

## ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ

*Аллергические заболевания глаз* встречаются часто и весьма разнообразно как по характеру аллергенов, так и по локализации поражений и клинической картине. Нередки аутоаллергические заболевания сосудистого тракта, сетчатки, конъюнктивы, роговицы.

Аллергические реакции могут протекать по немедленному типу (ангионевротический отек век, различные дерматиты век) и по замедленному типу (экзема век, весенний катар, токсикодермия, фликтенулезный кератоконъюнктивит). В первом случае аллергическое воспаление развивается внезапно после воздействия аллергена, достигает максимума через 15-30 мин и полностью исчезает через несколько часов. Во втором случае первые признаки воспаления развиваются через 1-12 ч, достигают максимума через 24-48 ч и исчезают через несколько дней и недель.

*Аллергический дерматоконъюнктивит* – острое эритематозно-экссудативное воспаление кожи век. Часто возникает при длительном употреблении глазных капель или мазей (атропина, дионина, дикаина, антибиотиков, витаминов и др.). Иногда заболевание вызывается средствами косметики. Наблюдаются отек век, гиперемия, зуд с везикулезными и даже буллезными высыпаниями. Иногда наблюдаются хемоз конъюнктивы и мацерация кожи в углах глазной щели из-за обильного выделения клейкой прозрачной жидкости; беспокоят зуд, резь, жжение в глазах. Постепенно кожа век утолщается, становится суховатой, сморщенной, с явлениями экзематизации и папулезно-везикулезными высыпаниями.

*Ангioneвротический отек век* (отек Квинке) является частым аллергическим осложнением общей медикаментозной терапии (сульфаниламиды, антибиотики, салицилаты). Специфическими аллергенами могут быть яйцо, молоко, шоколад, цитрусовые, земляника, различные виды рыбных продуктов, запах цветов. Неспецифические раздражители – алкоголь, травмы, охлаждение.

Отек век, как правило, не сопровождается гиперемией. Он характеризуется сильным зудом, быстрым развитием, кратковременностью и бесследно исчезает по прекращении действия аллергена. Иногда одновременно возникают отек клетчатки глазницы и экзофтальм различной степени. Отек может распространиться на все отделы глазного яблока (аллергический отек Викакса), сопровождаться повышением внутриглазного давления (ВГД). При позднем выявлении аллергена процесс может принять генерализованный характер с поражением слизистых оболочек гортани (так называемый стекловидный отек), пищеварительного тракта, мочеполовых путей. Может развиваться тяжелый анафилактический шок, если у больного в прошлом наблюдался ангионевротический отек.

*Конъюнктивиты* – воспалительные заболевания слизистой оболочки глаза. Наиболее распространенная патология органа зрения (до 30% всей глазной патологии). В связи с большой контагиозностью некоторых видов конъюнктивитов каждый медицинский работник должен уметь своевременно поставить диагноз и принять меры к предупреждению распространения заболевания среди здорового населения.

**Э т и о л о г и я.** Конъюнктивиты могут быть бактериальными, вирусными, аллергическими.

*Бактериальные конъюнктивиты* могут протекать остро и хронически. Основным и обычно начальным признаком воспаления конъюнктивы является ярко выраженная гиперемия, более выраженная в сводах. Конъюнктивита выражена отечной, набухшей, шероховатой, так как в результате пролиферации фолликулы и сосочки. В конъюнктивальной полости появляется слизистогнойное или гнойное отделяемое. Больные жалуются на чувство инородного тела, «песка» в глазу, светобоязнь, слезотечение, гнойные выделения из глаз, склеивание ресниц по утрам. При конъюнктивитах любой этиологии ни в коем случае нельзя накладывать на больной глаз повязку, так как под ней имеются все условия для роста микроорганизмов.

**Д и а г н о с т и к а.** Для того чтобы выяснить этиологию конъюнктивита, берут мазок с конъюнктивы и делают посев на средах для определения чувствительности к антибиотикам. Для экспресс-диагностики вирусной и хламидийной инфекции исследуют соскоб с конъюнктивы.

**Л е ч е н и е** заключается в частом промывании конъюнктивальной полости для удаления отделяемого. С этой целью применяют раствор калия перманганата 1:5000; 0,02% раствор фурацилина; 2% раствор борной кислоты. После промывания в конъюнктивальную полость через каждые 2-3 часа закапывают растворы антибиотиков (пенициллин – 30 000 ЕД в 1 мл физиологического раствора, 0,5% раствор левомицетина и ампициллина, 0,3% раствор гентамицина, бацитрацин – 10 000 в 1 мл, тобрамицин) или сульфаниламидных препаратов (20-30% раствор сульфацил-натрия), а на ночь закладывают за веки мази (1% тетрациклиновую и 0,5% левомицетиновую и эритромициновую).

Эффективны форсированные инсталляции антибиотиков (закапывание капель в конъюнктивальную полость каждые 5-10 мин в течение часа и через каждые 3 ч.). Следует помнить о возможности появления аллергической реакции на глазные капли, особенно на антибиотики. В подобных случаях необходимо отменить препарат, вызвавший аллергический дерматит век, и назначить десенсибилизирующие средства внутрь, местно – 0,1% аломид; 2-4% кромогликат натрия; «Макетситрол» (десаметазол с неомицином); «Тобрекс» (тобрамицин с дексаметазоном), гаразон, офтан-дексаметазон.

Среди острых конъюнктивитов вышеописанной симптоматикой у некоторых больных клиническая картина отличается. Ее особенности обусловлены возбудителем.

*Гонококковый конъюнктивит (гонобленнорея)* возникает в результате заноса грамотрицательного диплококка Нейссера в конъюнктивальную полость

новорождённых (в основном в момент прохождения через родовые пути матери болеющей гонореей) или детей и взрослых (при гонорее мочеполовых органов).

*Гонобленнорея новорожденных* начинается на 2—3-й день после рождения ребёнка, поражаются оба глаза. Характеризуется появлением водянистого, затем серозно-кровянистого отделяемого из конъюнктивальной полости; очень плотным «деревянистым» отёком век; фибринными плёнками на инфильтрированной конъюнктиве. На 3-5 день заболевания веки становятся мягкими, выделяется густой гной. Возможны осложнения со стороны роговицы. Гонобленнорея у детей и у взрослых протекает тяжелее, чем у новорожденных.

Д и а г н о з гонорейного конъюнктивита окончательно устанавливается после бактериологического исследования мазка с конъюнктивы.

Л е ч е н и е при гонококковом конъюнктивите заключается в общем и местном назначении больших доз сульфаниламидов и антибиотиков: пенициллин G ежедневно до 10 млн ЕД внутривенно в течение 5-10 дней. Часто промывают глаза раствором калия перманганата, фурацилином, после чего закапывают пенициллин (30 000 ЕД в 1 мл изотонического раствора натрия хлорида) через каждый час или 0,1% раствор нетромицина, 0,3% раствор ципромеда, зубитал (антибиотик), 30% раствор сульфацил-натрия. На ночь закладывают 1% тетрациклиновую мазь. При поражении роговицы назначают 1% раствор атропина, ферменты (1% раствор трипсина, химотрипсина).

П р о ф и л а к т и к а гонобленнорее новорожденных состоит в санации матери в родовом периоде. Сразу после рождения ребенку протирают веки тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором (фурацилин 1:5000; риванол 1:5000), и закапывают в каждый глаз однократно 2% раствор нитрата серебра (метод Матвеева – Креде). С этой же целью применяют свежеприготовленный раствор пенициллина (30 000 ЕД в 1 мл) или 30% раствор альбуцида, которые инсталлируют трехкратно в течение 1ч. Профилактика у взрослых и детей заключается в тщательном соблюдении правил личной гигиены.

*Вирусные конъюнктивиты* протекают в виде эпидемических вспышек, остро, чаще в виде фолликулярной формы. Наиболее часто встречаются аденовирусные конъюнктивиты.

В клинике выделяют две разновидности аденовирусного конъюнктивита: аденофарингоконъюнктивит (АФК) и эпидемический кератоконъюнктивит (ЭКК).

*Аденофарингоконъюнктивит.* Заболеванию глаз предшествует или сопутствует поражение верхних дыхательных путей (ринит, фарингит, назофарингит).

Конъюнктивит начинается остро, обычно на одном глазу, через 1-3 дня может заболеть другой глаз. Отделяемое в глазу обильное серозное или скудное, слизистого характера; гнойных выделений нет. Конъюнктивальная века и переходных складок гиперемирована, отёчна, с фолликулярной реакцией и образованием на конъюнктиве век, обычно у детей, легко снимающихся пленок. В зависимости от степени зараженности этих симптомов различают катаральную, фолликулярную

и пленчатую формы аденовирусного конъюнктивита. Поражение роговицы обнаруживается редко, обычно в виде мелких, точечных инфильтратов, окрашивающихся флюоресцеином. Явления кератита полностью исчезают при выздоровлении, которое наступает в течение 2-4 недель. Прогноз благоприятный.

*Аденовирусный эпидемический кератоконъюнктивит* протекает волнообразно. Начало его острое, сначала развивается на одном глазу, а спустя 2-5 дней – в другом. Через 7-8 дней явления острого конъюнктивита затихают, наступает период мнимого благополучия (2-4 дня), после чего наблюдается повторное обострение конъюнктивита, сопровождающееся появлением точечных инфильтратов на роговице. Поражается роговица обоих глаз. Количество субэпителиальных инфильтратов увеличивается в течение 2-5 дней, захватывая как периферическую, так и центральную часть роговицы. В последующие недели инфильтраты претерпевают медленное обратное развитие. Этот период сопровождается улучшением остроты зрения, снизившейся в период обильных роговичных высыпаний. Иногда точечные помутнения регрессируют очень медленно – 1-3 года.

Аденовирусным конъюнктивитам присуща высокая контагиозность. Вспышки инфекции отмечаются в различное время года, в основном среди взрослых в организованных коллективах, но чаще среди лиц, посетивших глазные медицинские учреждения. Это связано с особенностями распространения заболевания, передающегося главным образом воздушно-капельным путем при АФК и контактным – при ЭКК: посредством инфицированных инструментов, приборов, растворов лекарственных средств, предметов общего пользования, загрязнённых рук медперсонала.

**Л е ч е н и е.** При аденовирусных заболеваниях глаз применяются противовирусные средства: 0,5% флореналевая мазь, 0,05% бонафтоновая мазь, 0,25% риодоксоловая мазь, 1% раствор полиакриламида, фибробластный бета-интеферон, концентрированный альфа-интерферон – интерлок, иммуноглобулин. Целесообразно с первого дня лечения добавлять дексаметазон (0,1% или лучше 0,05% раствор) сначала 1 раз в день, затем 2, а в период высыпаний инфильтратов на роговице 3-4 раза. Именно такое раннее добавление дексаметазона в микродозах (или других кортикостероидов) в 2-3 раза уменьшает частоту роговичных высыпаний или их интенсивность. Для лечения больных с ЭКК используют инсталляции ДНК-азы, полудана, пирогенала. При начинающихся спайках (пленочная форма ЭКК) их разделяют стеклянной полочкой и закладывают 0,5% тиаминовую мазь. При рецидивирующем ЭКК показана иммунокорректирующая терапия Т-активном (на курс 6 инъекций в малых дозах – 25 мкг) или левамизолом по 75 мг 1 раз в неделю. Длительное время после перенесенного ЭКК снижено слезоотделение – видимо, вследствие поражения слезных желез. Явления дискомфорта снимаются инсталляцией искусственной слезы (полиглюкин, ликвифильм, лакрисин).

**Л е ч е н и е** больных аденовирусными заболеваниями глаз должно сопровождаться профилактическими мероприятиями: 1) изолировать

больных и лиц, тировавших с ними; 2) лечебные процедуры (инсталляции капель, закладывание мази) следует проводить индивидуальной стерильной пипеткой и стеклянной палочкой; 3) глазные капли менять ежедневно; 4) металлические инструменты, пипетки, растворы лекарственных веществ дезинфицировать кипячением в течении 45 мин; 5) глазные тонометры, инструменты и приборы, не выдерживающие термической обработки, обеззараживать 1% раствором хлорамина; после проведения химической дезинфекции необходимо промыть указанные предметы водой или протереть ватным тампоном, смоченным 80% этиловым спиртом, для удаления остатков дезинфектантов с их поверхности; б) в целях предупреждения передачи инфекции руками медицинского персонала после каждого осмотра или выполнения лечебных процедур мыть руки с мылом в теплой проточной воде, так как обработка рук спиртом недостаточна; 7) для дезинфекции помещения проводить влажную уборку с 1% раствором хлорамина и облучение воздуха УФ-лучами; 8) при вспышке заболевания избегать травмирования конъюнктивы и роговицы, для чего исключаются такие манипуляции, как массаж век, тонометрия, субконъюнктивальные инъекции, физиотерапевтические процедуры, операции на слизистой и глазном яблоке.

