**Тема: Сестринская помощь при заболеваниях придаточного аппарата глаз: ячмене, блефарите, конъюнктивите.**

**План:**

**1. Сестринская помощь при ячмене**

**2. Сестринская помощь при блефарите**

**3. Сестринская помощь при конъюнктивите**

1. ЯЧМЕНЬ. **Острое гнойное воспаление волосяного мешочка или сальной железы края век.**

Симптомы и течение. На крае век появляется резко болезненная, ограниченная припухлость, сопровождающаяся отеком и гиперемией кожи века, конъюнктивы. На 2-3 день формируется гнойная головка желтоватого цвета. Через 3-4 дня инфильтрат гнойно расплавляется, при его прорыве выделяется гной и частицы омертвевшей ткани. Ячмени могут быть множественными, тогда присоединяется головная боль, температура, отек лимфоузлов.

Распознавание. Ячмень вызывается обычно стафилококковой инфекцией. Острое начало, быстрое разрешение позволяют отличить его от халязиона, блефарита, конъюнктивита.  Лечение. В первые дни — смазывание кожи век раствором йода, бриллиантового зеленого, 70 % спиртом. Закапывание в глаз 20-30 % раствора сульфацил-натрия (альбуцида). 10 % раствора сульфапиридазин-натрий, 1 % раствора пенициллина, 1% раствора эритромицина, 0,1 % раствора дексаметазона, 0,3% раствора преднизолона, 1 % эмульсии гидрокортизона 3-4 раза в день (растворы сульфаниламидов или антибиотиков обязательны). Закладывание за веко мазей сульфаниламидов, антибиотиков. 1 % желтой ртутной мази. Местно: сухое тепло (горячее вареное яйцо, завернутое в полотенце, синяя лампа с рефлектором), УВЧ. При повышении температуры — внутрь сульфаниламиды, антибиотики.

Рецидивирующим ячменям способствуют заболевания желудочно-кишечного тракта, сухарный диабет, анемии. В этих случаях рекомендуется аутогемотерапия, витаминотерапия, особенно группа В (пивные дрожжи), лечение основного заболевания.  Профилактика. Соблюдение правил гигиены, тщательное мытье руке мылом, закаливание организма, при хронических заболеваниях, способствующих возникновению ячменей, соблюдение рекомендаций терапевта.

2. БЛЕФАРИТ. Часто встречающееся заболевание, склонное к хроническому течению, встречается у лиц любого возраста, так, блефариты у детей являются наиболее частым заболеванием глаз. При блефарите глаз в целом может оставаться без изменений, что часто ведет к ошибочному мнению, что заболевание это пустяковое, и не требует лечения. На самом деле это не так, и при длительном течении блефарита глаза подвергаются постоянному инфекционному воздействию, что может вызывать значительные проблемы, включая и ухудшение зрения. Причины развития блефарита

Обычно заболевание вызывается инфекционным (бактерии, грибки, клещи) или аллергическим агентом. Блефарит может быть вызван различными причинами, но какой бы ни была непосредственная причина воспаления века, в развитии блефарита первостепенное значение имеет пониженный иммунитет, в результате недавно перенесенных или имеющихся общих заболеваний.

Часто блефарит развивается у людей, страдающих диабетом, гельминтозами (глистными инвазиями), туберкулезом, онкологическими заболеваниями, и др. Причиной блефарита у детей часто бывает нарушение гигиены (занесение инфекции грязными руками).

**Виды блефарита** По месту расположения блефарит бывает: Переднекраевой. При этом виде блефарита поражается только передний, ресничный край века.

Заднекраевой. Поражается задний край века, содержащий мейбомиевы железы.

Угловой, или ангулярный. Воспалительные явления сосредоточены в углах глаз. В зависимости от вызывавшей причины различают:

Себорейный (чешуйчатый) блефарит.Часто сочетается с проявлениями себореи на бровях, волосистой части головы.

Язвенный блефарит, вызывается стафилококковой инфекцией в волосяных фолликулах ресниц, в результате чего появляется их гнойное воспаление, затем переходящее в изъязвление.

Демодекозный блефарит. Вызывается клещом Demodex folliculorum или Demodex brevis, попадающим в ресничные фолликулы и мейбомиевы железы.

Аллергический блефарит. Проявляется обычно в сочетании с аллергическим поражением слизистой оболочки других участков тела. В качестве аллергена могут выступать микрочастички кожи домашних животных, пыльца цветущих растений, лекарственные средства, пыль, бытовая химия и др.

Розацеа, или угревой блефарит. Обычно сопутствует розовым угрям. Симптомы блефарита. К общим симптомам блефарита относят покраснение и отечность края века, зуд или неприятное жжение в области поражения, а также появление различных воспалительных образований. Для язвенного блефарита свойственно образование язвочек по краям век, для себорейного – серых сальных чешуек, для демодекозного – появление липких выделений из фолликулов ресниц, при аллергическом блефарите появляются обильные слизистые выделения, для блефарита розацеа характерно появление мелких серовато-красных узелков, впоследствии переходящих в пустулы. При блефарите глаза быстро утомляются, появляется повышенная светочувствительность, иногда переходящая в светобоязнь. Поскольку проявления заболевания часто связаны с ресничными фолликулами, одним из характерных симптомов блефарита являются изменения ресниц, которые могут обесцвечиваться, выпадать, принимать неправильное направление роста.

Диагностика обычно не вызывает затруднений ввиду характерных симптомов блефарита. Диагноз ставится на основании исследования века с помощью щелевой лампы. Уточнение необходимо для определения инфекционного агента, для чего проводится соскоб с конъюнктивы и корней ресниц с последующим лабораторным исследованием полученного материала. Если установлена аллергическая природа блефарита, проводят аллергопробы для выявления аллергена.

Лечение блефарита. Блефарит относится к заболеваниям, с трудом поддающимся терапии, и склонен к хроническому рецидивирующему течению. Поэтому лечение блефарита должно быть упорным и последовательным, а также включать в себя, помимо местных процедур, общеукрепляющие методы, направленные на усиление иммунитета. Для этого из медикаментозных средств используют витаминотерапию и прием иммуностимулирующих препаратов мягкого действия, например, «Иммунала» –препарата растительного происхождения, в состав которого входит сок эхинацеи пурпурной.

Если обнаружена дальнозоркость, следует обязательно принять меры по ее устранению при помощи корректирующих линз или очков. Синдром сухого глаза также необходимо устранить, для чего нужно делать перерывы в занятиях с компьютером каждые полчаса, максимум час. В случае уже развившегося синдрома сухого глаза используют закапывание адреналинсодержащих капель, например, «Визина». Местно для лечения блефарита применяются противовоспалительные препараты в виде примочек, мазей и капель. Если выявлен специфический инфекционный агент в виде стафилококка или демодекса, используют антибиотики или противоклещевые средства. Необходимо тщательное соблюдение гигиены глаз и отказ от использования косметики на все время лечения блефарита. Лечение блефарита народными средствами

Поскольку лечение блефарита иногда может длиться в течение многих месяцев, прием медикаментозных препаратов столь длительно может быть нежелательным, либо требуется их периодическая смена, для профилактики возникновения аллергических реакций. В этом случае хорошей альтернативой является применение для лечения блефарита народных средств. Наиболее часто из народных средств при блефарите используют промывание глаз и примочки с помощью отваров и настоев лекарственных трав. Для этой цели применяют цветы ромашки, календулы, василька, листья шалфея, эвкалипта. Одним из часто употребляемых народных средств для блефарита является отвар репчатого лука с добавлением небольшого количества борной кислоты, которым промывают глаза несколько раз в день. Также хороший эффект оказывает промывание глаза настоем взятого в равных пропорциях черного и зеленого чая. При лечении блефарита народными средствами необходимо учитывать два момента. Первый это то, что растительные препараты так же, как и медикаментозные средства, могут вызывать нежелательную реакцию (например, аллергию или раздражение), и перед их применением желательно посоветоваться с офтальмологом. И второе - применение при блефарите народных средств для достижения лечебного эффекта должно быть частым (несколько раз в день) и длительным.

3. КОНЪЮНКТИВИТЫ. Воспалительные заболевания слизистой оболочки глаз различной этиологии.

Бактериальные конъюнктивиты, вызванные тем или иным возбудителем (стафилококки, стрептококки и др.). К ним относятся:

**Неспецифический катаральный конъюнктивит.**

Возникает на фоне длительно отрицательных факторов: пыль, грязь, аэрозоли, химические вещества, нарушение обмена веществ, авитаминозы, заболевание век (блефарит, мейбомит), нарушение рефракции (дальнозоркость, астигматизм, близорукость), заболевания носа и его придаточных пазух.

Симптомы. Течение хроническое и острое. Жалобы на чувство засоренности, зуд, резь, жжение, утомляемость глаз. К вечеру явления значительнее. При хроническом течении конъюнктива несколько рыхлая, сосуды ее расширены, в конъюнктивальной полости небольшое слизистое или гнойное отделяемое (особенно по утрам).

При остром процессе симптомы усиливаются, присоединяется слезотечение, обильное гнойное отделяемое, конъюнктива красного цвета, может быть светобоязнь.  Распознавание. Конъюнктивит возникает при активизации стафилококковой флоры. Характерная картина слизистой оболочки, наличие отделяемого, субъективные ощущения, особенно при острой форме, не вызывают сомнений в диагнозе. При хронической — берется посев конъюнктивы, который позволяет уточнить возбудителя и его чувствительность к антибиотикам. Посев берется в утренние часы до умывания.

Стерильной проволочной петлей отделяемое с конъюнктивы переносится на специальную стерильную питательную среду и ставится на несколько дней в термостат.  Лечение. Закапывание: раствора фурацилина (1:5000), перманганата калия (1:5000), риванола (1:5000); 2 % раствора борной кислоты; 20-30 %сульфацила натрия (альбуцида); 10 % раствора норсульфазола; 0,25 % раствора левомицетина; 0,5 % раствора гентамицина. Применяются также мази с антибиотиками.

**Пневмококковый конъюнктивит.** Возбудитель — пневмококк. Заболевание возникает остро на фоне протекающей инфекции, может приобретать эпидемический характер. Сопровождается отеком век, мелкими кровоизлияниями в конъюнктиву и легко снимающимися с нее белесовато-серыми пленками.  Лечение — типичное для конъюнктивитов.

**Конъюнктивит доброкачественный (уголковый)**. Вызывается диплобациллой Моракса-Аксенфельда. Отличительная особенность — тягучее, несколько пенистое отделяемое, покраснение конъюнктивы, мелкие трещины на воспаленной коже в области наружного угла.  Лечение. Действует раствор сульфата цинка в концентрации 0,25 — 0,5-1 %. Дополнительно можно применять растворы антибиотиков.

**Конъюнктивит дифтерийный.** Возбудитель — палочка дифтерии Клебса-Леффлера. Поражаются чаще дети дошкольного возраста. Веки отечны, красные, болезненны при пальпации, из конъюнктивальной полости — серозно-кровянистое отделяемое, на конъюнктиве — с трудом снимаемые сероватые пленки, после удаления которых остается кровоточащая поверхность. Диагноз подтверждается лабораторно.  Лечение. Изоляция больного, внутримышечное введение противодифтерийной сыворотки (6000-10000 ЕД). Местно: растворы, мази сульфаниламидов, антибиотиков, витаминов.

**Конъюнктивит бленнорейный.**  Возбудитель — гонококк. Переносится грязными руками, у новорожденных — при прохождении через родовые пути болеющей гонореей матери. Конъюнктива красная, отечна, кровоточит, обильное гноетечение. Может присоединяться кератит (см).  Лечение. Обязательно общее и местное.  Каждые 1-2 часа растворы — 30 % сульфацил-натрия, 20 % сульфапиридазин-натрия, пенициллина (200000 ЕД на 10 мл изотонического раствора) или других антибиотиков**.**

**Вирусные конъюнктивиты.**  В зависимости от типа вируса и течения заболевания различают:

Конъюнктивит аденовирусный (фарингоконъюнктивальная лихорадка).  Вирус передается воздушно-капельным или контактным путем. Заболеванию предшествует или сопутствует катар верхних дыхательных путей. Поражается сначала один глаз, через 2-3 дня — другой. Появляется слезотечение, светобоязнь. Конъюнктива отечна, красного цвета, могут быть расширены ее сосочки. Скудное слизистое отделяемое, иногда тонкие, легко снимаемые пленки. Нередко присоединяется точечный поверхностный кератит, который бесследно проходит. Продолжительность заболевания около 2 недель.  Лечение. Раствор интерферона 6-8 раз в сутки (готовится из порошка перед применением каждый день), 0,1 % дезоксирибонуклеаза 4-5 раз в день. Раствор полудана 4-5 раз в день. Пирогенал 6 раз в день в первые дни заболевания, затем, 2-3 раза в день. Мази 0,25-0,5 % теброфеновая, флореналевая, бонафтоновая 2-4 раза в день. Для профилактики вторичной микробной инфекции добавляют растворы антибиотиков, сульфаниламидов.

Эпидемический кератоконъюнктивит. Начало заболевания острое, поражается сначало один, через 2-3 дня другой глаз, проявления напоминают аденовирусный конъюнктивит, но более выражен фолликулез. Может возникнуть общее недомогание, головная боль, легкие катаральные явления. Через 2 недели на фоне стихания клинических симптомов ухудшается зрение, появляются светобоязнь, слезотечение. На роговице заметны точечные помутнения. Заболевание продолжается до 2 месяцев. Поверхностные помутнения и ухудшение зрения сохраняются до 1-2 лет.  Лечение. Применяются противовирусные препараты как при аденовирусном конъюнктивите. Помутнения роговицы рассасываются самостоятельно.

**Самоконтроль:**

**Запишите все этапы сестринского процесса для пациента с острым бактериальным конъюнктивитом.**

Проблемы пациента с острым бактериальным конъюнктивитом

I. Настоящие проблемы:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* отек переходной складки;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* склеивание ресниц по утрам;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. Потенциальные проблемы:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. Приоритетная проблема: слизисто-гнойное отделяе­мое из глаза.

Цель сестринских вмешательств:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **План сестринских вмешательств** | **Мотивация** | |
| **1. Провести с пациентом индивидуаль­ную беседу о сути заболевания, о необ­ходимости изоляции от коллектива и соблюдении личной гигиены:**   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **1. Для создания психологи­ческого покоя и прекраще­ния распространения заболевания** | |
| **2. Провести индивидуальную беседу с родственниками, \_-------------------------** | | **2. Обеспечить психологи­ческую поддержку пациента и предупредить распростра­нение заболевания в семье** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **План сестринских вмешательств** | | **Мотивация** |
| **3. По согласованию с врачом дать паци­енту направление на бактериологичес­кое исследование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **3. Для -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **4. Обучить пациента:**   * ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------, * ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- | | **4. Для проведения туалета век** |
| **5. По назначению врача: \_** | | **5. ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------** |
| **6. По назначению врача закладывать -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**   * ------------------------------------------ | | **6. Лечение заболевания** |
| **7. После получения результатов лабора­торного исследования в лечение по на­значению врача -------------------------------------------------------------------------** | | **7. -------------------------------------------------------------------------------------------------------------** |
| **План сестринских вмешательств** | **Мотивация** |
| **8. Объяснить пациенту причину противопоказания наложения повязки на больной глаз:**   * **-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------** | **8. Профилактика развития ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------** |

**Литература**

1. Ерошевский Т.И. [Глазные болезни: учебное пособие](http://www.mmbook.ru/index.php?page=shop.product_details&flypage=shop.flypage&product_id=3841&category_id=24&manufacturer_id=0&option=com_virtuemart&Itemid=34) (под ред. Нестерова А.П., Малова В.М.). Москва, 2015. 316 с.
2. Петров С.Ю. «Анатомия глаза и его придаточного аппарата» (под ред. Аветисова С.Э.), 2013г.
3. Бровкина А.Ф., Вальский В.В., Гусев Г.А. «Офтальмоонкология», 2012г.
4. Волков В.В. «Глаукома открытоугольная», 2015г.
5. Федоров С.Н., Ярцева Н.С., Исманкулов А.О. «Глазные болезни», 2005г.

Электронные ресурсы:

Большая медицинская библиотека http://med-lib.ru/

Российская офтальмология онлайн https://eyepress.ru/default.aspx