## Тема: Сестринская помощь при заболеваниях глазного яблока: кератите, язве роговицы, склерите.

**План:**

**1.** Сестринская помощь при кератите

2. Сестринская помощь при язве роговицы

3. Сестринская помощь при склерите

4. Сестринская помощь при язве роговой оболочки

1. КЕРАТИТЫ.  **Воспалительные заболевания роговой оболочки.** Причиной могут быть травмы, бактериальные и вирусные инфекции, грибки, хронические заболевания (туберкулез, сифилис и т.д.), авитаминозы, дистрофические изменения. Кератиты являются серьезным заболеванием и могут приводить к стойкому снижению зрения в результате образования помутнения роговицы (бельма), спаек в области зрачка и т.д. В тяжелых случаях может развиться эндофтальмит и панофтальмит (см.). Длительность заболевания — несколько недель или месяцев.  Кератит поверхностный катаральный (краевой). Развивается на фоне конъюнктивита, блефарита, хронического дакриоцистита. Появляется светобоязнь, слезотечение, боль в глазу. Конъюнктива вокруг роговицы краснеет. По краю роговицы появляются единичные или сливные инфильтраты, которые могут изъязвляться. В дальнейшем роговица прорастает сосудами.  Для этого кератита характерно длительное течение без выраженной динамики.  Лечение. В первую очередь устраняется основная причина заболевания. Местно растворы: пенициллина, 1 % тетрациклина, 0,25 % левомицетина, 0,5 % гентамицина, 20-30 % сульфацил — натрия, 10-20 % сульфапиридазин-натрия. Мази: 1 % тетрациклиновая, 1 % эритромициновая, 1 % эмульсия синтомицина, актовегин, солкосерил. Растворы, расширяющие зрачок: 1 % гоматропина, 1 % платифиллина гидротартрата. Витаминные капли — цитраля, глюкозы. Раствор гидрокортизона — осторожно. Внутрь: 10 % р-р кальция хлорида, димедрол, пипольфен, супрастин.

2. ПОЛЗУЧАЯ ЯЗВА РОГОВИЦЫ.  Чаще всего возникает после травмы или микротравмы роговицы. Начало острое. Появляется сильная боль в глазу, светобоязнь, слезотечение, гнойное отделяемое. Конъюнктива красная, отечная. На роговице серовато-желтый инфильтрат, который быстро изъязвляется. Образуется дефект, один край которого выглядит подрытым, процесс начинает распространяться на здоровую ткань. В передней камере определяется уровень гноя (гипопион). Процесс может быстро захватывать внутренние оболочки глаза. Возможно прободение (разрыв) роговицы. Даже при благоприятном исходе остается стойкое помутнение.  Лечение. Обязательно в стационаре. Местно: частое закапывание растворов антибиотиков, сульфаниламидов, средств, расширяющих зрачок. Антибиотики вводятся под конъюнктиву. Общее лечение: внутримышечное, внутривенное введение антибиотиков, внутрь — сульфаниламиды, десенсибилизирующие средства. В тяжелых случаях проводится криоаппликация (т.е. при низкой температуре, минус 90-180ЬС), диатермокоагуляция (током высокой частоты), туширование 10% спиртовым раствором йода, покрытие язвы биологически активными тканями (конъюнктива, плацента, донорская роговица).

3. СКЛЕРИТЫ. **Воспалительное заболевание склеры** различного происхождения.  Симптомы и течение. На склере между роговицей и экватором глаза появляется ограниченная припухлость красно-фиолетового цвета. Пальпация этого места резко болезненна, возможна светобоязнь, слезотечение. Иногда присоединяется кератит или иридоциклит (см.). Поражаются обычно оба глаза. Процесс может захватывать большую поверхность. Если в него вовлекается радужка, то в результате заращения зрачка может присоединиться вторичная глаукома. Иногда воспаление принимает гнойный характер: на месте припухлости появляется гнойный инфильтрат, который вскрывается через конъюнктиву. Склерит склонен к рецидивам, в результате которых может развиться выбухание склеры, а это, в свою очередь, привести к снижению зрения или отслойке сетчатки.  Распознавание. При подозрении на склерит необходимо обратиться к врачу. Причиной его являются системные заболевания, аллергии, вирусные поражения, хронические инфекции (туберкулез, сифилис, ревматизм и т.д.).  Лечение. Местно: 1 % суспензия гидрокортизона; 0,3 % раствор преднизолона; 0,1 % дексаметазона — 3-4 раза в день. Глазные лекарственные пленки, содержащие дексаметазоп (1-2 раза вдень). Подконъюнктивальные инъекции по 0,3 % раствора дексазона; 0,4 % раствора дексаметазона — 2-3 раза в неделю. К этому добавляют 2 % раствор амидопирина с 0,1 % раствором адреналина гидрохлорида — 4-5 раз в день. Хороший результат дает электрофорез с 0,1% раствором гидрокортизона, 2 % раствором кальция хлорида, с 1 % раствором димедрола, ежедневно, курс 15-20 процедур. Местно — тепло. В стадии рассасывания закапывают 0,1 % раствор лидазы. Общее лечение: противоаллергическая, противовоспалительная терапия, при хронической инфекции — специфическая.

4. ЯЗВА РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ**. Поражение роговой оболочки.**  Симптомы и течение. Заболевание начинается остро, появляется сильная боль, резь в глазу, слезотечение, светобоязнь, зрение снижено. Предшествует заболеванию микротравма роговицы, конъюнктивит, блефарит, заворот века, дакриоцистит. Конъюнктива гиперемирована, отечна. На месте травмы появляется серо-желтый инфильтрат, который быстро изъязвляется. Образуется гнойная язва с подрытыми краями, окруженная полоской гнойного инфильтрата. Роговица вокруг отечна. Передняя камера частично заполнена гноем. Радужка отечна, зрачок узкий. Вовремя начатое лечение через 6-8 недель приводит к рубцеванию и образованию на месте язвы стойкого интенсивного помутнения — бельма. В нелеченых случаях или при тяжелом течении наступает вскрытие глазного яблока, распространение инфекции внутрь глаза (эндофтальмит, панофтапьмит), в исходе-субатрофия глазного ябпска (уменьшение глаза в размере с лотереи зрительный функций).  Распознавание. Клиническая картина достаточно характерна. Осмотр при боковом ярком освещении позволяет поставить диагноз. На ранних стадиях — прокрашивание флюоресцеином.  Лечение. Проводится обязательно в стационаре. Местно применяются растворы сульфаниламидов, антибиотиков, глазные лекарственные пленки с антибиотиками (0,25-1 % растворы неомицина, мономицина, канамицина, левомицетина, гентемицина назначаются 6-8 раз в день, 20-30 % сульфацил-натрия, 10 % раствор норсульфазола 3-4 раза в день). Для улучшения эпителизации назначают 1 % раствор хинина гидрохлорида 5-6 раз в день, витаминные капли (рибофлавин с аскорбиновой кислотой и глюкозой). Для расширения зрачка — 1 % раствор атропина, гоматропина. Внутрь назначают антибиотики: тетрациклин по 0,2 г, олететрин по 0,25 г, эритромицин по 0,25 % 3-4 раза в день.

**Самоконтроль:**

Вставьте пропущенные слова или допишите предложения.

КЕРАТИТЫ - ЭТО 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. **.**

Причиной могут быть 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и 4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ инфекции, грибки, 5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (туберкулез, сифилис и т.д.), авитаминозы, дистрофические изменения. Кератиты являются серьезным заболеванием и могут приводить к стойкому снижению зрения в результате образования 6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (бельма), спаек в области зрачка и т.д. В тяжелых случаях может развиться эндофтальмит и панофтальмит. Длительность заболевания — несколько недель или месяцев.  Кератит поверхностный катаральный (краевой). Развивается на фоне 7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, блефарита, хронического дакриоцистита. Появляется 8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 9. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 10. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Конъюнктива вокруг роговицы краснеет. По краю роговицы появляются единичные или сливные инфильтраты, которые могут изъязвляться. В дальнейшем роговица прорастает сосудами.  Для этого кератита характерно длительное течение без выраженной динамики.  Лечение. В первую очередь устраняется основная причина заболевания. Местно растворы:11. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1 % тетрациклина, 0,25 % левомицетина, 0,5 % гентамицина, 20-30 %12. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 10-20 % сульфапиридазин-натрия. Мази: 1 % 13.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1 % эритромициновая, 1 % эмульсия синтомицина, актовегин, солкосерил. Растворы, расширяющие зрачок: 1 % гоматропина, 1 % платифиллина гидротартрата. Витаминные капли — цитраля, глюкозы. Раствор гидрокортизона — осторожно. Внутрь: 10 % р-р кальция хлорида, димедрол, пипольфен,14. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**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