# Тема: Осложнения со стороны глаз и неотложная помощь при общих, инфекционных и паразитарных заболеваниях

# План:

# 1. Гриппозный иридоциклит

# 2. Осложнения при кори

# 3. Осложнения при ветряной осре

# 4. Осложнения при малярии

При многих инфекционных заболеваниях поражается и **орган зрения**. Грипп, характеризующийся острым началом, непродолжительным течением с явлениями общей интоксикации и вовлечением в процесс слизистой оболочки дыхательных путей, может вызвать воспаление различных тканей глаза. Более всего в таких случаях страдают роговица (наружная прозрачная оболочка) и сосудистый тракт (радужная оболочка, цилиарное тело и сосудистая оболочка).

Происходят реактивация вируса герпеса в организме и развитие герпеса глаза. В начальном периоде гриппа **глаза краснеют**, появляются светобоязнь и слезотечение. На поверхности слизистой оболочки век отмечаются фолликулы или высыпания свежих пузырьков, которые при обратном развитии не оставляют рубцовых изменений. В дальнейшем могут возникнуть воспаления наружной, белочной оболочки глаза (склеры), сосудистого тракта, сетчатки, зрительного нерва и пр. Воспаление склеры развивается чаще всего в передних частях. Оно бывает поверхностным (эписклерит) и глубоким (склерит). При эписклерите на ограниченном участке склеры появляется припухлость в виде бугорка, болезненного при прикосновении. Бугорок красный, с фиолетовым оттенком. В дальнейшем он полностью рассасывается, иногда же на его месте остается серовато-аспидное пятно. Нередко при рассасывании воспалительногоочага в одном месте в другом образуется новый очаг. Так может быть поражена вся роговая оболочка. Довольно часто воспаляются оба глаза. Зрение обычно не страдает.

При склерите наблюдаются светобоязнь и **боли в глазу**, более выражены воспалительные явления. Обычно развивается 1, реже одновременно 2 или несколько **очагов воспаления**, имеющих вид бугорка.

Нередко процесс распространяется на роговую оболочку и осложняется иридоциклитом, т. е. заболеванием цилиарного (ресничного) тела и радужной оболочки. При воспалении роговой оболочки (кератит) на ее поверхности появляются пузырьки, едва достигающие размера булавочной головки. Они лопаются, образуя поверхностные язвочки, вяло заживающие и оставляющие после себя помутнения. Чувствительность роговицы бывает сниженной или даже отсутствует.

Под воздействием различных микроорганизмов может возникнуть глубокая **гнойная язва**, осложняющая течение болезни и приводящая к снижению остроты зрения, а в некоторых случаях к полной слепоте. Для ирита (воспаление радужной оболочки) и иридоциклита характерны светобоязнь, чувство жара в глазу и боли, усиливающиеся в ночное время, покраснение. Отмечается болезненность глазного яблока при его ощупывании в области цилиарного тела, что соответствует лимбу— месту перехода роговицы в склеру.

**1. Гриппозный иридоциклит** гнойного характера отличается тяжелым течением. Возникает абсцесс стекловидного тела. Появляется отек век и конъюнктивы. Развивается гнойное воспаление внутренних оболочек глаза (эндофтальмит), приводящее к слепоте. Вслед за этим развивается гнойная инфильтрация всех оболочек глазного яблока (панофтальмит). Воспалительные явления в глазу еще более выражены, сопровождаются сильными болями в нем и соответствующей половине головы. Глазное яблоко может выпячиваться (экзофтальм).

При прогрессировании процесса гнойные массы могут вызвать прободение склеры. После этого развивается атрофия глазного яблока. Оно сморщивается и превращается в бесформенный комочек. Если в процесс вовлекается сосудистый тракт и одновременно поражается роговица (кератоувеит), развиваются инфильтраты в различных ее слоях, изъязвления, а на задней поверхности появляются отложения, имеющие вид серых точек (преципитаты). Экссудация из сосудов, наблюдающаяся при воспалении, затушевывает рисунок радужки, она изменяет свой цвет, гиперемирована. Влага в передней камере мутнеет. Наблюдается и помутнение стекловидного тела. В дальнейшем экссудат может рассосаться.

При прогрессировании болезни продукты воспаления, богатые фибрином, попадают на заднюю поверхность радужной оболочки, которая соприкасается с передней поверхностью хрусталика. Между ними образуются спайки — задние синехии. Зрачок теряет округлую форму и в этом месте не может расширяться. Возможно и заращение зрачка — окклюзия. Это очень опасно, так как может повыситься внутриглазное давление и развиться вторичная глаукома. Происходит и помутнение хрусталика.

**2. Корь**, относящаяся к группе острых инфекций и проявляющаяся повышением температуры, катаром верхних дыхательных путей, пятнисто-папулезной сыпью, конъюнктивитом, может привести и к более тяжелым осложнениям со стороны глаз. Возбудитель кори (вирус) проникает в организм через дыхательные пути. Уже в начальном катаральном периоде наблюдаются судорожное сжатие век (блефароспазм), их отек, светобоязнь, слезотечение, конъюнктивит. Может развиться поверхностное воспаление роговицы. У ослабленных больных оно протекает тяжело и иногда сопровождается ее прободением. В исходе формируются помутнение роговицы, ее выпячивание (стафилома) и даже атрофия глазногояблока. К более редким осложнениям относятся ирит, иридоциклит, флегмона орбиты, дистрофия сетчатки, а в связи с менингитом — неврит зрительного нерва с исходом в атрофию.

Краснуха тоже вызывает поражение глаза. Уже с первых дней заболевания обнаруживается конъюнктивит. Реже возникают кератит и множественные мелкие очаги в центральной части сетчатки. Заболевание краснухой женщин в первые месяцы беременности может явиться причиной возникновения у плода пороков развития глазного яблока: колобомы внутренних оболочек, помутнения роговицы, врожденной глаукомы, пигментной дегенерации сетчатки, катаракты.

**3. Ветряная оспа**, возбудителем которой является вирус из группы герпес-вирусов, характеризуясь повышением температуры, умеренной интоксикацией, пятнисто-папулезной сыпью, отражается и на состоянии глаз. Иногда высыпания бывают на коже век, конъюнктиве и роговице, вызывая кератит. Редко возникают иридоциклит, неврит зрительного нерва, ретинит, хориоретинит, поражение слезоотводящих путей. При осложнении энцефалитом возможны расширение зрачков (мидриаз), птоз, паралич глазодвигательных нервов, неврит зрительного нерва, преимущественно отрезка его, расположенного позади глазного яблока, и пр. Поражение зрительных нервов может закончиться атрофией, приводящей к слепоте.

Вирус простого герпеса при первичном инфицировании (чаще в раннем детстве) размножается в тканях организма, что вызывает проявления, связанные с поражением слизистых оболочек, кожи, иногда печени, мозга и других органов. В большом количестве вирус находится в содержимом герпетических пузырьков и слюне больного. Заражение происходит контактным или воздушно-капельным путем. Носитель вируса — человек. После клинического выздоровления этот вирус в организме может длительное время находиться в неактивном состоянии. Развитию заболевания способствуют охлаждение, перегревание, физическая, психическая травмы и другие инфекции (грипп, пневмония).

Наблюдаются герпетические дерматит век, блефарит, конъюнктивит, эпителиальный кератит — древовидный и картообразный, кератит стромальный — герпетическая язва роговицы, дисковидный кератит, кератит эндотелиальный, кератоувеит, ирит, иридоциклит, хориоретинит, неврит, ретинит и кератопатия. Возникновению герпетического дерматита предшествуют повышение температуры, головная боль, озноб. На различных участках кожи век и по ресничному краю их появляются мелкие герпетические пузырьки, при которых отмечаются зуд, жжение, дергающая боль.

Герпетический конъюнктивит характерен длительным, вялым течением, склонностью к рецидивам. Процесс обычно односторонний. При этом часто имеются высыпания пузырьков герпеса на коже век и крыльях носа. Общими проявлениями герпетического кератита являются снижение или полное отсутствие чувствительности роговицы, склонность к рецидивам. При эпителиальном герпетическом кератите в поверхностном эпителиальном слое роговицы появляются мелкие точечные серые инфильтраты, которые, сливаясь, распространяются по ходу ее нервных волокон и образуют инфильтрат в виде ветви дерева или принимают характер картообразного помутнения. Инфильтраты могут появляться и распространяться по поверхности и в строму. Нередко в процесс вовлекаются радужная оболочка, цилиарное тело, тогда развиваются ирит или иридоциклит, которые характеризуются длительным, вялым течением. Герпетический неврит вызывает снижение адаптации к темноте, нарушения полей зрения. При нем отмечается инфильтрация диска зрительного нерва и прилегающей сетчатки. Герпетическая кератопатия представляет собой остаточные явления после перенесенного основного процесса. Наблюдаются шероховатость и приподнятость эпителия, склонность к образованию пузырей, отек и утолщение стромы, отложение пигмента на задней ее поверхности, отсутствие или снижение чувствительности. Герпетические поражения роговицы и глубоких тканей глаза приводят к снижению зрения и даже слепоте.

**4. Профилактика малярии** состоит в борьбе с переносчиками инфекции, защите тела от укусов комаров, а также в раннем выявлении и лечении больных.

В период эпидемии гриппа лицам, переболевшим герпесом глаз, следует с профилактической целью закапывать препараты интерфероногена и интерферона. Кроме того, противорецидивный метод включает применение герпетической вакцины (курсы внутрикожного введения), когда нет признаков обострения болезни.

Заболевшие герпесвирусной или аденовирусной инфекцией подлежат срочной изоляции. Для дезинфекции рук используется 1 % раствор хлорамина. На это должен обратить внимание средний медицинский персонал в своей повседневной практической и профилактической работе.

**Самоконтроль:**

*Инструкция по выполнению тестовых заданий: 1-7 выберите цифру, соответствующую правильному варианту ответа и запишите ее в рабочую тетрадь.*

1. Внутриглазное давление при проникающем ранении глаза   
   1) не изменяется  
   2) резко повышено  
   3) понижено  
   4) незначительно повышено  
   ! 3
2. При проникающем ранении глаза больному необходимо ввести парентерально   
   1) антибиотик широкого спектра действия  
   2) 40% раствор глюкозы  
   3) 25% раствор сульфата магния  
   4) 1% раствор никотиновый кислоты
3. Неотложная помощь при ожоге глаз кислотой  
   1) промыть глаза водой 10-20 минут и 0,1% раствором уксусной кислоты  
   2) промыть глаза водой 10-20 минут и 2% раствором гидрокарбоната натрия  
   3) закапать в конъюнктивальную полость 30% раствор сульфацил натрия и ввести мазь с антибиотиком  
   4) ввести в конъюнктивальную полость мазь с антибиотиком
4. Неотложная помощь при ожоге глаз щелочью  
   1) промыть глаза водой 10-20 минут и 0,1% раствором уксусной кислоты  
   2) промыть глаза водой 10-20 минут и 2% раствором гидрокарбоната натрия  
   3) закапать в конъюнктивальную полость 30% раствор сульфацил натрия и ввести мазь с антибиотиком  
   4) ввести в конъюнктивальную полость мазь с антибиотиком
5. Симптом, характерный для кератита  
   1) гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости  
   2) гиперемия конъюнктивального свода  
   3) инфильтрат на роговице  
   4) чувство засоренности глаза
6. Признак острого дакриоцистита  
   1) гиперемия конъюнктивы   
   2) светобоязнь  
   3) гнойное отделяемое из верхней и нижней слезных точек   
   4) помутнение роговицы глаза

7. При травмах глаза в первую очередь необходимо произвести закапывание раствора  
1) фурацилина 1: 5000  
2) 30% сульфацил натрия  
3) 5% новокаина  
4) 0,25% сульфата цинка

**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