

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра офтальмологии

Г.Ф. Малиновский Д.Е. Абельский О.А. Ярмак

СИНДРОМ «КРАСНОГО ГЛАЗА»

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО
2021

УДК 617.711-002(075.9)

ББК 56.7я73

М 19

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
от 20.05.2021 (протокол № 5)

Авторы:

Малиновский Г.Ф., профессор кафедры офтальмологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», доктор медицинских наук, профессор;

Абельский Д.Е., доцент кафедры офтальмологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук;

Ярмак О.А., доцент кафедры офтальмологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук, доцент

Рецензенты:

Семак Г.Р. доцент кафедры глазных болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, доцент

Кафедра оториноларингологии и глазных болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Малиновский, Г.Ф.

М 19

Синдром «красного глаза» : учеб.-метод. пособие / Г.Ф. Малиновский, Д.Е. Абельский, О.А. Ярмак. – Минск : БелМАПО, 2021. – 37 с

ISBN 978-985-584-644-5

Учебно-методическое пособие представляет собой обобщенные современные данные по заболеваниям вспомогательного аппарата глаза и глазной поверхности, базирующиеся на большом клиническом опыте разработки новых методов диагностики и лечения данной патологии. Пособие содержит тестовые задачи для самоконтроля знаний и практические рекомендации для врача и пациента.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Офтальмология», повышения квалификации врачей-офтальмологов.

УДК 617.711-002(075.9)

ББК 56.7я73

ISBN 978-985-584-644-5

© Малиновский Г.Ф., Абельский Д.Е.
Ярмак О.А., 2021

© Оформление БелМАПО, 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ	4
ВВЕДЕНИЕ	6
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК	7
ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ	19
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРЕДНЕГО СЕГМЕНТА ГЛАЗА	22
ОСТРЫЙ ПРИСТУП ГЛАУКОМЫ	27
СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА»	28
ТРАВМА ГЛАЗА КАК ПРИЧИНА СИНДРОМА «КРАСНЫЙ ГЛАЗ»	30
ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ	32
РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ «КРАСНЫЙ ГЛАЗ»	35
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	36

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Закономерен вопрос, «красный глаз» это – синдром или симптом? Чтобы ответить на этот вопрос и правильно определить причинно-следственную связь «красный глаз» и причины его вызывающие необходимо глубже и всесторонне проанализировать данную проблему.

Термин «красный глаз» следует рассматривать как полиэтиологичный синдромом, характеризующийся не только гиперемией (краснотой) и отеком структур глазной поверхности, но также нарушением зрительных функций разной степени выраженности. Синдром красного глаза (СКГ) - это не самостоятельное заболевание, а большая группа заболеваний, общим симптомом которой является красный глаз. Группа объединяет в себе те заболевания, которые являются острыми состояниями и почти всегда требуют неотложной медицинской помощи и лечения. Причинами синдрома «красного глаза» могут быть воспалительные, дистрофические процессы, травмы, повышение внутриглазного давления (ВГД), лучевые поражения и другие факторы. При синдроме «красного глаза," кроме гиперемии конъюнктивы, склеры, может наблюдаться отек роговицы, сопровождающиеся зрительным дискомфортом, жжением, болевыми ощущениями в глазу.

Синдром «красного глаза» по своим глазным проявлениям, клинической значимости и исходам неоднозначен. Так, при поверхностной эрозии роговицы, электроофтальмии, инородном теле конъюнктивы, банальном конъюнктивите, при своевременной диагностике и лечении, все может закончиться быстрым выздоровлением в кратчайшие сроки с полным восстановлением зрительных функций. Однако «красный глаз» может быть симптомом ряда серьезных заболеваний (проникающего ранения с внутриглазным инородным телом, острого приступа глаукомы, эндофтальмита, тяжелого панuveита и др.), запоздалая диагностика и несвоевременное лечение которых может закончиться тяжелыми осложнениями и даже гибелью глаза как органа. Поэтому «красный глаз» является тревожным сигналом о возможно тяжелой патологии глаза, требующей проведения неотложных мероприятий в плане диагностики и лечения.

Стремление расширить познания офтальмологов и врачей общей практики о причинах и механизмах возникновения синдрома красного глаза послужило основанием к разработке учебно-методического пособия. Данное пособие отражает детальный анализ клинических проявлений многих заболеваний, дифференциальную диагностику синдрома «красный глаз»,

позволяющие поставить правильный диагноз и определить необходимое лечение.

Целью учебно-методического пособия является ознакомление врачей-слушателей с этиопатогенетическими механизмами развития синдрома «красного глаза», современными методами диагностики, лечения и профилактики.

Задачи:

1. Изучить анатомическое строение и функцию передней глазной поверхности.
2. Определить основные причины и наиболее частые клинические формы заболеваний, сопровождающиеся «красным глазом».
3. Ознакомиться с клиническими проявлениями синдрома «красного глаза» и современными методами диагностики.
4. Обосновать выбор необходимого метода лечения и профилактики пациентов с синдромом «красного глаза».
5. Разработать рекомендации для пациентов с синдромом «красный глаз» для правильного алгоритма действий в конкретно сложившейся ситуации.

Требования к исходному уровню знаний:

1. Знание нормальной анатомии передней глазной поверхности.
2. Разграничение понятий «красный глаз» это – синдром или симптом?
3. Диагностические тесты характеризующие функциональное состояние слезопродукции и стабильность прекорнеальной слезной пленки.
4. Знание основной патологии, вызывающей развитие синдрома «красный глаз».

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Анатомия глазной поверхности.
2. Основные принципы обследования пациентов с синдромом «красный глаз».
3. Техника постановки проб для определения функционального состояния слезопродукции и прекорнеальной слезной пленки.
4. Каковы показания к оказанию неотложной помощи пациентам с синдромом «красный глаз».
5. Выбор и обоснование необходимого метода обследования и лечения пациентов с синдромом «красный глаз».
6. Основы профилактики осложнений у пациентов с синдромом «красный глаз».

ВВЕДЕНИЕ

Заболевания, обуславливающие развитие синдрома «красный глаз» проявляются, прежде всего, патологическими изменениями глазной поверхности. Глазная поверхность объединяет в себе такие структуры, как бульбарную и тарзальную части конъюнктивы, корнеосклеральный лимб, передний роговичный эпителий, и прекорнеальную слезную пленку.

Основные функции глазной поверхности – сохранение прозрачности роговицы за счет ее увлажнения, защита глаза от неблагоприятных экзогенных факторов и обеспечение комфортных условий функционирования органа зрения. Нарушение функции конъюнктивы проявляется по-разному. При хроническом вялотекущем воспалительном процессе конъюнктивита увеличивает секрецию слизи, а при интенсивном и длительном воспалении слизистой происходит утрата ею бокаловидных клеток и уменьшению выработки слезы и слизи. В далеко зашедших случаях может развиваться синдром «сухого глаза», а также происходит рубцевание конъюнктивы, укорочение ее сводов, формирование симблефаронов и ограничение подвижности глаза.

Причинами синдрома «красный глаз» могут быть различные заболевания глаз и его вспомогательного аппарата, а именно: инфекционно-воспалительные заболевания век, воспалительные заболевания переднего сегмента глаза (конъюнктивиты, склериты, кератиты, передние увеиты); при травмах и ожогах глаз (химических, термических, лучевых); при физических воздействиях (попадание в глаза инородных тел, частиц пыли, средств косметики, химических реагентов и т.п.); при воздействии аллергенов различного происхождения; при синдроме «сухого глаза».

Каковы клинические проявления синдрома «красного глаза»? Для выяснения причины синдрома «красный глаз» и определения первоочередных действий в выборе тактики лечения необходимо тщательно ознакомиться с анамнезом заболевания. При каких обстоятельствах и как остро «покраснел» глаз, была ли травма и воздействие других неблагоприятных факторов, связь с сезонными проявлениями заболевания и другие моменты. Следует обратить пристальное внимание на локализацию и характер покраснения (инъекции) глаза. Так, перикорнеальная инъекция глаза характерна для кератита, переднего увеита и локализуется в основном вокруг лимба, тогда как при конъюнктивите гиперемия и отек больше выражены в области век, конъюнктивальных сводов и задних отделов глазного яблока с убыванием в сторону роговицы. При конъюнктивитах слизистая ярко красного цвета, при склеритах синюшного цвета с

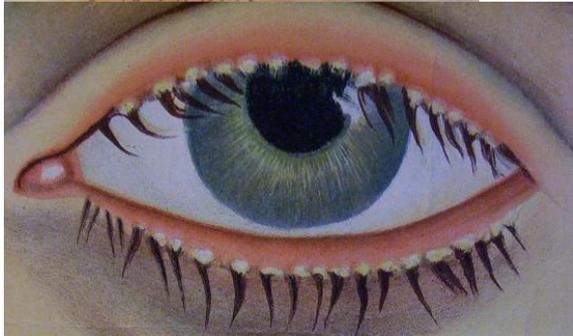
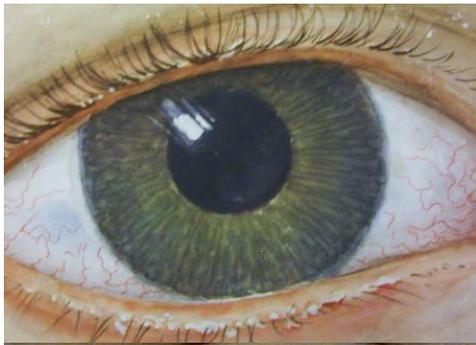
фиолетовым оттенком. Кроме покраснения глаза для разной патологии, вызвавшей данный симптом характерны и другие клинические проявления, о которых следует знать для правильной диагностики и эффективного лечения. Синдром «красного глаза» часто сопровождается болью, слезотечением, спазмом век и светобоязнью. Иногда наблюдается значительное снижение остроты зрения, что связано с отеком оптических сред глаза, экссудативными проявлениями во влаге передней камеры, в стекловидном теле, а также за счет патологических изменений в заднем отделе глаза, в сетчатке и в зрительном нерве. Отделяемое при синдроме «красного глаза» является одним из важнейших критериев в правильной диагностике заболеваний и выборе метода лечения. Следует обратить внимание на характер отделяемого (слизистое, гнойное, пенистое), скудное или обильное, цвет (желтый, мутно-серый, с примесью крови). Тщательный анализ указанных факторов может помочь установить причину болезни. Лабораторные методы исследования при синдроме «красного глаза» являются наиболее важными, позволяющими установить правильный этиологический диагноз и проводить патогенетически обоснованное лечение.

Какие заболевания включает понятие – синдром «красного глаза»?

Прежде всего это: 1) острые воспалительные заболевания век (блефарит, ячмень, мейбомит, абсцесс века), слезных органов, (острый каналикулит, дакриoadенит, острый дакриоцистит); 2) конъюнктивиты; 3) кератиты; 4) склериты; 5) увеиты; 6) острый приступ глаукомы и другие.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК

Блефариты – хроническое воспаление краев век. Характеризуются покраснением и утолщением краев век, нередко сочетаются с конъюнктивитом. Различают следующие клинические формы блефаритов: простой (чешуйчатый) блефарит, язвенный, мейбомиевый, ангулярный и демодекозный блефарит. Причиной воспалительных заболеваний век являются, как правило, латентно протекающие и не диагностированные заболевания организма: анемия, авитаминозы, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта, глистные инвазии, болезни зубов, носа и околоносовых пазух. Местными причинами блефаритов могут быть некоррегированные аномалии рефракции, хронические конъюнктивиты, заболевания слезоотводящих путей. Работа в неблагоприятных метеоусловиях, с профвредностями (пыль, дым, пар), отрицательно сказывается на клинических проявлениях и лечении воспалительных заболеваний век.



Чешуйчатый блефарит

Язвенный блефарит

Для **чешуйчатого блефарита** характерным является гиперемия, утолщение края века, на коже у основания ресниц образуются серовато-белые чешуйки, желтоватые корочки от застывшего секрета сальных желез. После удаления чешуек или корочек кожа слегка гиперемирована, но без изъязвлений. Протекает хронически, сопровождаясь легким зудом, повышенной чувствительностью к раздражителям и быстрой утомляемостью при работе.

Язвенный блефарит является более тяжелой клинической формой блефаритов. На фоне гиперемии и отека века образуются гнойные корочки по краю века и в основании ресниц, после удаления которых остаются кровоточащие язвочки. При последующем рубцевании язвенной поверхности наблюдается неправильный рост ресниц (трихиаз) и даже их выпадение вследствие нарушения трофики луковицы ресниц. Трихиаз доставляет много неприятных ощущений для пациента, а из-за постоянной травматизации роговицы происходит ее помутнение и снижение зрения. При длительном течении воспалительного процесса наступает утолщение и гипертрофия век - оmozолелость (tylosis).



Хронический блефарит (tylosis)

Лечение чешуйчатого и особенно язвенного блефарита является нелегкой задачей. Эти трудности обусловлены длительностью процесса, склонностью его к обострению и рецидивам, разнообразием этиологических факторов, выявить которые не всегда представляется возможным. Необходимо обратить внимание на укрепление общего состояния пациента, рекомендовать диету богатую витаминами, лечение конъюнктивитов, заболеваний придаточных пазух носа, слезоотводящих путей, коррекция аномалий рефракции и аккомодации. Местное лечение: размягчение корочек мазью с последующим их удалением. Туширование края век 1% р-ром бриллиантового зеленого. При обострении процесса необходимо назначить инстилляцию антибиотиков по бактериограмме или применение фиксированной комбинации антибиотика и кортикостероида (тобрадекс, неладекс, вигадекс) в течение 7 дней. Можно использовать мази с антибиотиками: 0,3% флоксала, 1% эритромициновая, 1% мазь календулы, 5% метилурациловая, 0,5% мазь гидрокортизона. В ряде случаев обоснована тканевая терапия, иммунизация стафилококковым анатоксином по схеме.

Ангулярный блефарит – наблюдается при конъюнктивите вызванным диплобациллой Моракса-Аксенфельда. Характерна резко выраженная гиперемия и отек кожи уголков век. Заболевание сопровождается сильным зудом, мацерацией кожи, пенистым отделяемым, трещинами и язвочками по уголкам глаз. Специфическим методом лечения является применение препаратов цинка (глазные капли 0,5% раствора сульфата цинка). В виду того, что при хроническом блефароконъюнктивите часто наблюдается микст инфекция, то целесообразно провести исследование отделяемого из конъюнктивальной полости на флору и чувствительность к антибиотикам, с последующем их правильным применением. В течение 7-10 дней инстилляцией

антибиотиков по бактериограмме, мази: 0,3% флоксала, 1% эритромициновая, 5% метилурациловая, 0,5% мазь гидрокортизона.



Ангулярный блефароконъюнктивит

Мейбомиевый блефарит – обусловлен хроническим воспалением и гиперсекрецией мейбомиевых желез. Заболевание часто сопровождается упорным конъюнктивитом и синдромом «красный глаз». Край века гиперемирован, утолщен и как бы промаслен. При осмотре век со стороны конъюнктивы мейбомиевы железы резко расширены, извиты заполнены мутным содержимым. Интермаргинальное пространство расширено, а при надавливании на хрящ со стороны конъюнктивы, из выводных протоков мейбомиевых желез выделяется мутный маслянистый секрет.

Лечение Blepharitis meibomiana заключается в массаже век с выдавливанием секрета из мейбомиевых желез с последующим обезжириванием ваткой со спиртом и эфиром 1:1 и тушированием краев век бриллиантовым зеленым. Хороший эффект отмечен от использования щелочных капель. Рецепт Rp: natrii bicarbonici, natrii biborici aa 0.1, aquae destill. 10 ml MDS Глазные капли. По 2 к. x 3 р. в день в оба глаза. Дополнительно при обострении блефарита назначают капли с антибиотиком и кортикостероидами. Обычно наступает быстрый эффект, но могут быть рецидивы.

Демодекозный блефарит – вызывается клещом (демодексом). Паразитирует в сальных и мейбомиевых железах, а также в волосяных фолликулах. Заражение происходит контактно-бытовым путем. Наиболее частое проявление демодекозного блефарита наблюдается по типу воспалительной аллергической реакции края век без чешуек. При демодекозном блефарите пациенты жалуются на зуд и неприятные ощущения в области век. Отмечается отечность, небольшая гиперемия края и кожи век, сальный налет у корней ресниц. Так как демодекс располагается у основания ресниц по краю века, то лабораторная диагностика основана на микроскопии препарата, приготовленного из 4-5 удаленных ресниц.

Лечение хронически протекающих блефаритов должно быть системным и комплексным. В обязательном порядке санация очагов инфекции, полноценное питание, исключить контакт с профвредностями, правильная коррекция аномалий рефракции и терпеливая местная терапия. Важным в лечении демодекозного блефарита является строгое соблюдение правил личной гигиены. Утром, днем, и вечером протирают лицо, шею, плечи, волосистую часть головы, стекла очков. отваром из пижмы. Приготовление раствора: одна столовая ложка пижмы заваривается одним стаканом кипятка в течение 30 минут, процеживается и используется по назначению. Для размягчения кожи края век и корочек у корней ресниц можно использовать тегель Стери-Фри – гипоаллергенный стерильный гель для ежедневной гигиены век и ресниц. Затем края век тушируют 1% раствором бриллиантовой зелени или смесью 70° этилового спирта с эфиром в равных частях, после чего смазывают 5% мазью демалон, содержащая метронидазол и гликозаминогликаны или глазным гелем «демодекс стоп» в течение 45 дней.

Для лечения демодекозного блефарита на стадии активного воспалительного процесса обосновано применение в течении 10 дней глазных капель: потадин (опатанол), тобрадекс (макситрол, вигадекс), флюкон. Через каждые 5-6 дней устраивают ванный день для всей семьи со сменой постельного и нательного белья, обработанного горячим утюгом. После проведенного курса комплексного лечения необходимо повторить лабораторное исследование ресниц на отсутствие демодекса.

Рожистое воспаление кожи век вызывается гемолитическим стрептококком. Заболевание редко возникает первично, чаще процесс переходит на веки с соседних отделов лица. В зоне воспаления кожа отечна, ярко-красного цвета, резко выделяется на фоне здоровой кожи. В ряде случаев на отечной поверхности кожи образуются пузырьки, а иногда и пустулы. Заболевание, как правило сопровождается сильными болями, повышением температуры. Часто отмечается хемоз конъюнктивы. Рожа век обычно заканчивается через 10-14 дней благоприятно, но может рецидивировать, что приводит к «слоновости» (утолщению) век. Могут наблюдаться весьма тяжелые осложнения: флегмона орбиты, тромбоз орбитальных вен, панофтальмит, неврит зрительного нерва с исходом в атрофию, а также тромбоз кавернозного синуса и менингит. Поэтому такие пациенты нуждаются в госпитализации. Пораженную поверхность не смачивать, сухая повязка и системно назначаются антибиотики.

Абсцесс века – ограниченное гнойно-инфильтративное воспаление тканей века. Тогда как флегмона – разлитое гнойное воспаление.



Абсцесс верхнего века

Причинами являются: непосредственное инфицирование раны при повреждении века, переход воспалительного процесса с окружающих структур (синуситы, флегмона орбиты, ячмень) или метастатический занос инфекции из других очагов (пневмония, сепсис). Наиболее частыми возбудителями являются стафилококки, стрептококки и другая флора из придаточных пазух носа. *Клиническая картина:* жалобы пациента на чувство напряжения и боль в области века. Кожа век гиперемирована, отечна, болезненная при пальпации. Глазная щель сужена или полностью закрыта, открывается с трудом. Из конъюнктивальной полости может быть слизисто-гнойное отделяемое. Часто происходит увеличение регионарных лимфатических желез (предушных, подчелюстных). Наблюдаются симптомы общей интоксикации (недомогание, повышение температуры тела, головная боль).

Лечение должно проводиться в условиях стационара. До появления флюктуации назначается сухое тепло, УВЧ-терапия. В глаз инстилляцией капель: 0,5% левофлоксацин, 0,3% ципрофлоксацин, тобрамицин, вигамокс, 1% глазная мазь тетрациклина, эритромицина, 0,3% мазь флоксала и др. При наличии флюктуации – вскрытие абсцесса и дренирование полости гнойника с гипертоническим раствором. Для промывания раны используют 1% раствор диоксидина или 1:5000 раствор фурациллина. По мере очищения раны используется мазь левомиколь или 5% метилурациловая мазь.

С первого дня заболевания назначаются системно на 7 дней антибиотики широкого спектра действия в эффективной дозе с учетом чувствительности к ним микроорганизмов. Это: аминогликозиды (гентамицин внутримышечно по 80 мг 2 раза в сутки); цефалоспорины (цефтриаксон внутримышечно или внутривенно по 1 г x 2 раза в день); амикацин; линезолид; метронидазол при анаэробной инфекции внутривенно капельно по 500 мг через 8 часов и др. При выраженных симптомах интоксикации – внутривенно капельно реополиглюкин 200-400 мл или 5%

глюкоза 200 мл с аскорбиновой кислотой 2 мл (обычно проводят 3 инъекции). Внутримышечно – витамины группы В.

Абсцесс и флегмону век следует дифференцировать с флегмоной глазницы, которая характеризуется более тяжелыми клиническими проявлениями: головными болями и в области глаза, недомоганием, высокой температурой тела. Наблюдается экзофтальм, ограничение или полная неподвижность глаза, диплопия, снижение зрения при осложнении невритом зрительного нерва. При запоздалой медицинской помощи могут возникнуть тяжелые мозговые осложнения в виде тромбоза кавернозного синуса, менингита, абсцесса мозга с летальным исходом. Причинами флегмоны глазницы чаще всего являются воспаления околоносовых пазух (синуситы), воспалительные заболевания век (абсцесс, ячмень, блефариты, дакриоциститы и др.), а также метастатическая инфекция. Лечение должно проводиться только в стационаре с привлечением оториноларинголога. В обязательном порядке производится вскрытие заинтересованных пазух носа, орбитотомия и адекватная системная антибактериальная терапия.

Фурункул на веках встречается редко, большей частью развивается в области брови. Причиной является стафилококк, который проникает в волосяную луковицу при несоблюдении правил личной гигиены, эпиляции волос с последующим занесением инфекции. Клиническая картина типичная. В центре инфильтрата волос с желтоватым экссудатом в центре. Общее состояние организма не страдает. На начальном этапе инфильтрата обоснована аппликация фурункула ватным тампоном со спиртом в течение 5 минут. Строго противопоказана экспрессия фурункула (ячменя) так как это может осложниться генерализацией инфекции и стать причиной флегмоны орбиты и даже сепсиса. При рецидивирующем фурункулезе необходимо провести обследование пациента на латентный сахарный диабет, анемию и другие хронические заболевания. В тяжелых случаях показана иммунопрофилактика стафилококковым анатоксином.

Ячмень (hordeolum) острое гнойное воспаление волосяного мешочка ресницы или сальной железы Цейса. На краю века появляется ограниченная, резко болезненная припухлость, сопровождающаяся отеком и гиперемией кожи века и даже конъюнктивы. Через 2-4 дня инфильтрат гнойно расплавляется, при его прорыве выделяется гной и частицы некротизированной ткани. Возможно образование сразу нескольких ячменей.



Ячмень верхнего века

Лечение. В начальной стадии формирования инфильтрата можно использовать аппликации на центр очага ваткой, смоченной 70% спиртом в течение 5 минут. Инстилляцией глазных капель: 20-30% р-ра сульфацил натрия, 0,3% р-ра гентамицина, 0,25% левомицетина, 0,3% тобрекса, 0,5% офтаквикса, 0,3% р-ра ципрофлоксацина, 0,5% левофлоксацин, 1% мазь эритромицина, 0,3% флоксал глазная мазь. Сухое тепло, УВЧ. При абсцедировании инфильтрата – вскрытие, перевязки с гипертоническим раствором, мази с антибиотиками. При общей симптоматике, повышении температуры тела назначение системно антибиотиков. При рецидивирующих ячменях необходимо обследовать пациента на предмет наличия хронических заболеваний, латентного сахарного диабета и провести необходимое лечение. Возможна иммунизация стафилококковым анатоксином.

Мейбомит (meibomitis, hordeolum internum) – острое гнойное воспаление мейбомиевых желез вследствие проникновения в нее кокковой флоры. Бывает острым и хроническим. *Острый мейбомит* по клинике сходен с ячменем. Однако патологический процесс располагается не у края века, а в глубине хряща, (через конъюнктиву просвечивается желтоватый очаг в хряще). При *хроническом мейбомите* отмечается покраснение и утолщение края век (мейбомиевый блефарит). Со стороны гиперемии конъюнктивы просматриваются увеличенные, извитые желтоватого цвета мейбомиевы железы. Мутный секрет через расширенные выводные протоки мейбомиевых желез попадает в конъюнктивальную полость и вызывает хронический конъюнктивит.

Лечение хронического мейбомита аналогично блефариту, а острого – такое же как при ячмене.



Острый мейбомит нижнего века

Вирусные заболевания век

К вирусным заболеваниям век следует отнести: простой герпес, опоясывающий лишай, ветряную оспу и заразный малюск.

Простой герпес (herpes simplex) – чаще локализуется на нижнем веке. Проявляется высыпанием пузырьков на покрасневшей и отечной коже. Обычно через неделю корочки подсыхают и бесследно исчезают. Нередко наблюдаются рецидивы. Толчком к активизации вируса являются различные лихорадочные заболевания, интоксикации, прием внутрь некоторых лекарств, стресс и др.

Лечение: местно элементы смазывают 1% метиленового синего или бриллиантового зеленого. Мази: 3% ацикловира, зовиракса, виролекса, 0,15% гель виргана. Для предупреждения вторичной инфекции или при её развитии назначают мази с антибиотиками (0,3% флоксала, 0,3% тобрекса, 1% мазь эритромицина), инстилляцию офтальмоферона. Внутрь: аскорбиновая кислота, ацикловир.

Опоясывающий лишай (herpes zoster ophthalmicus). В основе его лежит поражение тройничного нерва, цилиарного или гассерова узла. Наиболее часто поражаются I ветвь тройничного нерва и в процесс вовлекается верхнее веко. Значительно реже поражается II ветвь с высыпаниями на нижнем веке, иногда обе ветви поражаются одновременно. Клиническая картина – на коже век появляются пузырьки. Появлению пузырьков обычно предшествуют сильные боли (невралгические) в области иннервации тройничного нерва. Характерно, что высыпания резко отграничены по средней линии лба. Содержимое пузырьков вначале прозрачное, затем становится мутным, гнойным и засыхает в корки. После заживления язв остаются стойкие рубцы.

Лечение в основном симптоматическое – анальгетики. Местно, как и при простом герпесе назначают мази, содержащие противовирусные

препараты. При вторичной инфекции применяют мази с антибиотиками. Как обезболивающее и противовоспалительное средство внутрь назначают нестероидные противовоспалительные средства (НПВС): нимесулид, мовалис, окситен. При сильных болях в/м анальгин с димедролом. Блокады перивазальные. УФО кожи (эритемные дозы) на область высыпания элементов. При вторичной инфекции в/м антибиотики. Внутрь: ацикловир, аскорбиновая кислота.

Ветряная оспа – проявляется обычно высыпанием пузырьков на коже век или по интермаргинальному пространству. Может поражаться роговица и конъюнктив. У истощенных детей может развиваться некроз век, приводящий к их вывороту и лагофтальму. Течение обычно благоприятное, но в случае обширного некроза могут наступать деформации век. Лечение симптоматическое – поддержание чистоты, обработка элементов зеленкой и назначение индифферентных мазей.

Заразный моллюск (*molucum cantagiosum*). Проявляется в виде одиночных или множественных узелков желтовато-белого цвета с воронкообразным углублением в центре. Узелки небольших размеров, хотя иногда встречаются и так называемый гигантский моллюск диаметром до 1,5 см. При вскрытии узелков часто наблюдается жидкое содержимое.



Контагиозный моллюск

Поражение кожи век часто осложняется упорно протекающим фолликулярным конъюнктивитом и редко кератитом. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с бородавками, которые по сравнению с узелками моллюска, плотные на ощупь и не имеют жидкого содержимого. Ввиду значительной контагиозности заболевания узелки необходимо удалять, вскрывая их пинцетом и выскабливая ложечкой с последующим прижиганием ляписом или настойкой иода. После чего быстро разрешается конъюнктивит.

Аллергические заболевания век

Аллергические заболевания век могут протекать по типу реакций немедленного типа: крапивница, ангионевротический отек Квинке, и замедленного типа: аллергический дерматит век (токсикодермия), экзема. Аллергические реакции немедленного типа возникают сразу после контакта с аллергеном, минут через 30-40, затем явления воспаления уменьшаются. Проявления аллергической реакции замедленного типа возникают через 6-12 часов после контакта с аллергеном, спустя сутки-двое симптомы воспаления достигают максимальной степени выраженности и держатся несколько дней. Аллергические заболевания век сопровождаются выраженным зудом, безболезненным отеком тканей.

Ангионевротический отек Квинке – это аллергическая реакция сенсibilизированного организма на какой-то специфический или неспецифический аллерген. Относится к реакциям немедленного типа. Аллергенами могут быть пищевые продукты (яйца, молоко, шоколад, цитрусовые, земляника, различные виды рыбных продуктов, некоторые цветы и другие раздражители. Заболевание чаще наблюдается у молодых людей. Характеризуется внезапным появлением и таким же быстрым исчезновением. Отек, как правило односторонний, весьма значительный не сопровождается никакими субъективными ощущениями. Развивается чаще на верхнем веке. Отеку часто предшествует выраженный зуд. Кожа отечная, бледная, безболезненная при пальпации. Общее состояние пациента, как правило, не нарушено.



Ангионевротический отек век

Отек Квинке следует дифференцировать с воспалительным отеком, для которого характерны: гиперемия и инфильтративный отек кожи, болезненность при пальпации, общее недомогание, повышение температуры тела. *Лечение* связано с устранением основной причины (виновного аллергена), а также назначение антигистаминных препаратов и десенсибилизирующей терапии. Антигистаминные капли – 0,05%

аллергодил или сперсаллерг 3 раза в сутки. Сосудосуживающие капли – 0,05% визин или комбинированные капли: опатанол (потадин). Глазные капли 0,1% раствора дексаметазона через час 2-3 раза, потом 3 раза в день 3-5 дней. Системная десенсибилизирующая терапия – Кларитин по 10 мг 1 раз в сутки. Или парлазин (цетиризин), эбастин. Системные антигистаминные препараты включают в комплексную терапию на 3-6 дней.

Аллергический дерматит век – это острое, эриматозно-экссудативное заболевание кожи век, часто возникает при длительном и необоснованном использовании глазных капель или мазей из атропина, дикаина, антибиотиков, витаминных капель и других медикаментов. Иногда заболевание вызывается средствами косметики, многочисленными химическими веществами на производстве. Клиническая картина: отмечается отек век, гиперемия, зуд. На коже появляются мелкие пузырьки, которые вскрываются с выделением серозной жидкости. Раздражение может распространяться на кожу щеки, виска. *Лечение:* отмена всех медикаментов, устранение контакта с предполагаемыми вредными факторами, антигистаминные и десенсибилизирующие средства внутрь и парентерально. Местно назначают кортикостероидные препараты в виде глазных капель и мазей.

Экзема кожи век – своеобразное воспалительное заболевание кожи аллергической природы. В основе заболевания лежит повышенная чувствительность к различным эндогенным и экзогенным факторам. Характеризуется частыми обострениями и рецидивами, разнообразием клинических форм и полиморфизмом высыпных элементов. Кожа век может поражаться любой формой экземы, но наиболее часто у детей наблюдается мокнущая экзема. На покрасневшей, отечной коже образуются мелкие узелки и пузырьки, которые при присоединении вторичной инфекции превращаются в пустулы. Пузырьки и пустулы лопаются, сливаются, образуя обнаженную мокнущую поверхность, которая в последующем покрывается желтыми или коричневыми корками. Заболевание сопровождается зудом. Протекает экзема обычно без глубокого некроза не оставляя рубцов, заканчиваясь благополучно. При расчесах может наблюдаться нагноение раневой поверхности и грубое рубцевание. Иногда бывают осложнения в виде флегмоны, рожистого воспаления. При длительном хроническом течении заболевания может образоваться утолщение века и/или его выворот, а также стойкое выпадение ресниц.

У взрослых чаще встречается чешуйчатая форма экземы век, когда на покрасневшей и отечной коже отмечается обильное шелушение клеток эпидермиса в виде слоя беловатых чешуек. Пациенты жалуются на

выраженный зуд, жжение, слезотечение и серозное отделяемое из конъюнктивальной полости. По мере выздоровления наблюдается очищение кожи. Причинами экземы век у детей являются заболевания желудочно-кишечного тракта, глистные инвазии, перекармливание. У взрослых: ожирение, подагра, диабет, артриты, анемия, климакс, интоксикация, заболевание печени, дисфункции эндокринных желез и др. Местные предрасполагающие факторы экземы: неопрятное содержание кожи век, конъюнктивиты с отделяемым, хронические дакриоциститы, выворот и заворот век, трихиаз, применение липкого пластыря при завороте века.

Лечение: устранение вредных факторов, особенно важно устранить эндогенные причины, десенсибилизирующие средства, рациональная диета, не допускать расчесов (закрывать пальчики ребенка), Повязка противопоказана. Кожу смазывать индифферентными мазями, примочки с фурацилином. Пораженную поверхность кожи смазывают 0,5% гидрокортизоновой мазью или цинковой пастой и закапывают 0,1% раствор максидекса. При присоединении вторичной инфекции применяют комбинированные капли макситрол, тобрадекс, вигадекс.

Резюмируя вышесказанное следует отметить, что воспалительные заболевания век являются часто встречаемой, актуальной медицинской и социально значимой проблемой. Проявляясь клинически синдромом «красный глаз» воспалительные заболевания век с частыми обострениями и рецидивами лишают глаз присущей им привлекательности, ограничивают пациентов в выборе ряда профессий и могут быть причиной тяжелых орбитальных и мозговых осложнений. Причиной воспалительных заболеваний век являются, как правило, латентно протекающие и не диагностированные заболевания организма: анемия, авитаминозы, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта, глистные инвазии, болезни зубов, носа и околоносовых пазух. Из местных причин следует отметить: некоррегированные аномалии рефракции, хронические конъюнктивиты, заболевания слезоотводящих путей. Лечение хронически протекающих блефаритов должно быть комплексным, в обязательном порядке проведение санации очагов инфекции, полноценное питание, соблюдение правил личной гигиены, устранение профвредностей, правильная коррекция аномалий рефракции и терпеливая местная терапия.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ

Основным симптомом при патологии слезных органов является слезотечение, которое неприятно сказывается не только на психическом состоянии пациентов, но также часто из-за хронического воспалительного

процесса слезоотводящих путей, может осложниться поражением глазной поверхности в виде синдрома «красный глаз». Наиболее важными с практической точки зрения являются такие воспалительные заболевания слезоотводящих путей, как острый дакриоцистит, острый каналикулит, острый дакриoadенит, которые требуют разработки новых методов диагностики и лечения.

Острый дакриоцистит (флегмона слезного мешка) – воспаление слезного мешка. Отмечается болезненная припухлость, гиперемия и отек кожи в области внутреннего угла глаза, гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости вследствие вторичного конъюнктивита. Острый дакриоцистит обычно развивается на фоне хронического. В анамнезе у пациентов отмечалось упорное слезо-, – и гноетечение.

Острый каналикулит – гнойное воспаление слезного канальца. Чаще возникает вследствие воспалительных заболеваний конъюнктивы, слезного мешка, слезно-носового протока. Кожа в области канальца отечна, гиперемирована и болезненна при пальпации. Устья слезных точек расширены, гиперемированы, отечны. При надавливании на слезный каналец из слезных точек слизисто-гнойное отделяемое.

Лечение острого каналикулита заключается в назначении глазных капель с антибиотиками, желательно по бактериограмме. При чем, в первые два дня частые инстилляции не реже 6 раз в сутки, затем не реже 4 раз.

Хронический каналикулит часто наблюдается при длительном необоснованном лечении конъюнктивитов антибиотиками, в результате чего происходит подавление бактериальной флоры и размножение патогенных грибов. Для грибковых каналикулитов характерно слезостояние и слезотечение, значительное расширение канальца и слезной точки в результате накопления продуктов воспаления и грибковых конкрементов. При этом местная воспалительная реакция слабо выраженная, по ходу канальца отмечается безболезненное уплотнение и его эктазия. При сдавливании слезного канальца из слезной точки появляется скудное слизисто-гнойное отделяемое, иногда крошковидные желтоватого цвета массы. Лечение хронического грибкового каналикулита заключается в расщеплении канальца (каналикулотомия), удаление конкрементов и назначение противогрибковых лекарственных средств местно и системно. Только после этого наступает излечение сопутствующего конъюнктивита.

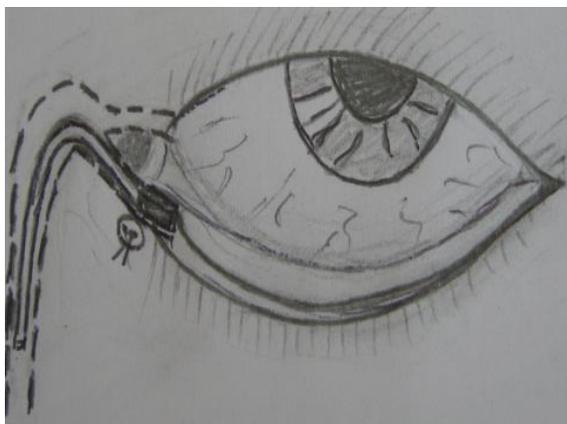
Хронический дакриоцистит. Развивается вследствие сужения или заращения слезно-носового протока. Слезная жидкость, застаиваясь в мешке,

вызывает раздражение его слизистой оболочки, а присоединившаяся инфекция запускает хронический воспалительный процесс. Основным его признаком наряду с постоянным слезотечением является наличие в полости слезного мешка экссудата. На коже в области слезного мешка появляется возвышение, при надавливании на которое из слезных точек выходит прозрачная (вначале) или мутная (позже) жидкость, а затем слизь и гной. Часто хронический дакриоцистит сопровождается вторичным конъюнктивитом.

Лечение: основным и наиболее эффективным методом лечения хронического дакриоцистита является операция – дакриоцисториностомия. В последнее время нами разработан мало травматичный метод лечения при не осложненных клинических формах хронического дакриоцистита, когда основным его проявлением является слезотечение без гнойного отделяемого и без эктазии слезного мешка. В этих случаях мы производим стентирование слезоотводящих путей.

Авторами разработан ряд способов лечения непроходимости слезоотводящих путей (дакриостенозов), ПАТЕНТ Республики Беларусь № 10075, Минск, 2005 (авторы: Малиновский Г.Ф., Сиденко Н.Н.); Способ лечения стриктуры слезоотводящих путей, ПАТЕНТ Республики Беларусь № 17566, Минск, 2011 (авторы: Малиновский Г.Ф., Автушко Ж.Б., Воронович Т.Ф., Алаэддин Биляль). Предложенные методы хирургического лечения дакриостенозов являются простыми и эффективными, а щадящая техника операции, не требующая использования дорогостоящего оборудования, позволяет отнести ее к разряду амбулаторных операций.

Схематическое расположение стента и способ его фиксации после бужирования стриктуры слезоотводящих путей (срок интубации 3 месяца) показаны на ниже представленных рисунках.



Сроки интубации слезоотводящих путей в среднем составляют 4 месяца. Проведенный анализ результатов применения разработанного нами

метода в клинической практике подтвердил его высокую эффективность. Операция выполняется без госпитализации пациентов, в амбулаторных условиях, а сроки временной нетрудоспособности составляют не более 5 дней. Дифференцированный подход, с учетом медицинских показаний, правильный выбор способа хирургического лечения стриктур и оптимальных сроков интубации позволяют получить высокий функциональный, косметический и экономический результат.

Воспаление слезной железы (дакриoadенит) может встречаться в острой и хронической форме.

Острый дакриoadенит – в большинстве случаев возникает в результате эндогенной инфекции: грипп, ангина, ревматизм, свинка, корь, малярия, скарлатина, сыпной тиф и даже болезнь Боткина. Может быть одно- и двусторонним. Клиническая картина: характерная S-образная форма верхнего века с опущением его в наружном отделе, повышение температуры тела, инъекция и часто хемоз конъюнктивы в наружном отделе глаза, болезненное увеличение предушной лимфатической железки. Наблюдается смещение глазного яблока книзу кнутри, диплопия при взгляде кверху кнаружи. Иногда острое воспаление слезной железы переходит в абсцесс.

Лечение: местно сухое тепло, антибиотики парантерально, десенсибилизирующие средства. Инстилляцией глазных капель с антибиотиками или фиксированные комбинации антибиотика и кортикостероида (тобрадекс, неладекс, вигадекс, макситрол). При абсцедировании – вскрытие гнойника со стороны конъюнктивы или кожи верхнего века, дренирование и дальнейшее ведение по правилам гнойной хирургии.

Хронический дакриoadенит может развиваться из острого, но чаще всего возникает как самостоятельное заболевание. Отмечается медленно прогрессирующее увеличение одной или обеих слезных желез без острых воспалительных явлений. Железа плотная, увеличена. Выраженных субъективных ощущений не бывает. Чаще всего протекает в виде: туберкулезного, реже сифилитического и в виде болезни Микулича. Основные факторы, способствующие, развитию заболевания – вирусная инфекция, аллергические и аутоиммунные процессы, заболевания крови и лимфатической системы. Встречается исключительно у взрослых и чаще всего у женщин. Лечение должно быть в контакте с гематологом. Для исключения новообразования слезной железы необходима выполнить КТ или МРТ, консультация офтальмоонколога. Этиология дакриoadенита устанавливается на основании результата биопсии пунктата железы.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРЕДНЕГО СЕГМЕНТА ГЛАЗА (конъюнктивиты, кератиты, склериты, передние увеиты, увеопатии).

Конъюнктивиты – воспаление слизистой оболочки, покрывающей веки и переднюю часть глаза. Конъюнктивиты могут быть бактериальными, вирусными, и аллергическими. Каждая разновидность конъюнктивита имеет различные клинические проявления и требует индивидуального подхода в выборе метода лечения. Неправильно назначенные препараты могут привести к хроническому течению заболевания и серьезным осложнениям, таким как формирование спаек, помутнение роговицы.

При **бактериальных конъюнктивитах** чаще всего вначале поражается один глаз, а затем второй, в результате заноса инфекции немытыми руками. Одним из главных отличий бактериального конъюнктивита является обильное гнойное отделяемое из глаза, слипание век по утрам.

Для **вирусного конъюнктивита** характерно скудное отделяемое и в большей степени слизистое. Чаще краснеют оба глаза одновременно на фоне простуды, ОРВИ, гриппа, перенесенных в течении последних двух недель. В нижнем конъюнктивальном своде и переходной складке наблюдаются увеличенные отечные фолликулы, характерно снижение чувствительности конъюнктивы.

Аллергическим конъюнктивитом чаще страдают люди с наследственной предрасположенностью к аллергии. Наблюдается сезонность проявления аллергических реакций (весна, лето) в виде конъюнктивита, ринита, крапивницы, вплоть до генерализованных аллергических форм, бронхиальной астмы и различных сочетаний. Характерными жалобами является зуд с резкой отечностью век, конъюнктивы, бледно-розовые сосочковые разрастания конъюнктивы. Аллергенами могут быть: пыльца при цветении растений, аллергены животного происхождения, химические препараты. Очень часто аллергический конъюнктивит встречается у пациентов, страдающих atopическим дерматитом, бронхиальной астмой, в таком случае конъюнктивит может носить хронический характер.

Синдром «красный глаз» может наблюдаться не только при заболевании век, конъюнктивите, но также при воспалении роговицы (кератите), склеры (склерите), переднем увеите. Довольно часто бывает сочетание этих заболеваний, что затрудняет их диагностику и лечение.

Кератит – воспаление роговой оболочки глаза вследствие инфекции, герпеса, травмы, как осложнение ССГ и лагофтальма. Жалобы пациента на боль и чувство инородного тела в глазу, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Объективно: красный глаз, перикорнеальная инъекция, инфильтрат в роговице, снижение остроты зрения. Кератит может сочетаться с конъюнктивитом, что затрудняет диагностику и лечение. Для герпетического кератита характерно снижение чувствительности роговицы. **Склериты.** Различают поверхностные воспалительные процессы эписклериты и глубокие – склериты. Деление условное, т.к. склериты обычно начинаются с эписклерита и свидетельствуют о более тяжелом течении заболевания. Эписклериты и склериты могут быть очаговыми и диффузными. По локализации - передние (95%) и задние склериты (5%). Примерно 50% всех пациентов со склеритами имеют конкретное ассоциированное системное заболевание. По мере возрастания степени тяжести склерита, вероятность сопутствующего заболевания поднимается до 95%, в особенности при некротизирующих склеритах.

Диагноз эписклерита/склерита устанавливают на основании анамнеза и характерной клинической картины. Этиологический диагноз базируется на результатах клинико-лабораторного, иммунологического исследования, рентгенографии органов грудной клетки и др. Для диагностики эписклерита/склерита применяют следующие методы обследования: визуальный осмотр, визометрию, тонометрию, рефрактометрию, биомикроскопию. При биомикроскопии с помощью щелевой лампы оценивают степень инфильтрации и распространенность процесса, набухание или истончение склеры. Пораженные участки имеют ярко-красную окраску с фиолетовым оттенком. Кроме ярко выраженного покраснения глаза, может отмечаться сильный зуд в области глаза, жжение, сверхчувствительность к любому свету, природному или искусственному. При пальпаторном исследовании отмечается локальная болезненность!!! Вследствие частых рецидивов эписклерита поверхностные слои склеры истончаются, и склера становится более прозрачной.



Передний диффузный склерит

Проведение биомикроскопии при некротическом склерите позволяет выявить зону нависания хемозированной конъюнктивы над лимбом. Этот участок имеет красно-коричневый оттенок и желатиноподобную консистенцию. При гнойном склерите наружный осмотр позволяет выявить гнойный инфильтрат и инъекцию сосудов. Поражение задних отделов склеры сопровождается отеком век, конъюнктивы, ограничением подвижности и болью при движении глазом, незначительным экзофтальмом. С помощью ультразвукового исследования в В-режиме, компьютерной томографии, МРТ можно подтвердить изменение толщины склеры, скопление экссудата в теноновом пространстве. При некротизирующем склерите при помощи флуоресцентной ангиографии определяется извитой ход, участки окклюзии сосудов, аваскулярные зоны. Из дополнительных методов назначают лабораторные исследования крови: реакцию Вассермана, анализ на ВИЧ-инфекцию, флюорографию, а также определяют иммунный статус, при необходимости специфические пробы (пробу Манту). С учетом того, что эписклерит/склерит является осложнением различных заболеваний, для точной диагностики и лечения необходимы консультации других специалистов: ревматолога, инфекциониста, эндокринолога, аллерголога.

Для скрининга аутоиммунных заболеваний, таких как системные заболевания соединительной ткани, аутоиммунный гепатит, первичный билиарный цирроз, СКВ и др. необходимо проводить исследования антинуклеарных антител (АНА – ANA) и антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА – ANCA). Антитела к ядерным антигенам (ANA) – это гетерогенная группа аутоантител, направленных против компонентов собственных ядер. Они являются маркером аутоиммунных заболеваний и определяются для их диагностики, оценки активности процесса и контроля за их лечением. Биоматериалом для исследования является венозная кровь. Исследование показано при симптомах аутоиммунного заболевания: длительной лихорадке неясного генеза, болях в суставах, кожной сыпи, немотивированной утомляемости и др. При положительном результате анализа пациенты нуждаются в дальнейшем лабораторном обследовании, включающем более специфичные для каждого аутоиммунного заболевания тесты. Также рекомендуется: общий анализ крови, общий анализ мочи с микроскопией осадка, . в сыворотке, альбумин в сыворотке, СРБ, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), билирубин общий, ПЦР – диагностика на бактерии, вирусы, хламидии и др. ИФА для определения антител к хламидиям, бактериям, вирусам герпеса, цитомегаловирусу и др.

Лечение эписклеритов и склеритов: общее и местное. Прежде всего следует лечить основное заболевание, вызвавшее воспаление склеры (ревматизм, ревматоидные процессы, туберкулез, сифилис др.). В соответствии с этиологией процесса назначают специфическую терапию, санация очагов инфекции. *Общее лечение включает:* антибактериальную терапию, кортикостероиды, десенсибилизирующую (антигистаминные препараты), общеукрепляющую терапию, НПВС. *Местное лечение –* кортикостероиды (флюкон, дексаметазон, максидекс и др). НПВС (0,1% диклофенак, неванак, наклоф и др.); с/к дексазон и др. 1-2 раза в неделю). Инстилляцией комбинированных средств 4-6 раз в сутки 7-10 дней: суспензии неомидин / полимиксин В / дексаметазон, суспензии тобрамицин/ дексаметазон, тобрадекс, вигадекс. Инстилляцией 0,5% раствора эркетона (кеторолака) 3 раза в сутки 7-10 дней. При нормальном ВГД-мидриатики в инстилляциях. При повышении ВГД – В-блокаторы, осмотерапия. Обычно эписклерит проходит в течение 10 дней. При эписклерите не назначать системно кортикостероиды, так как они удлиняют сроки течения заболевания и способствуют расширению границ поражения. При склеритах, ассоциированных с системными заболеваниями, общее применение клортикостероидов решает ревматолог. Местное назначение НПВС как монотерапия не оказывает должного эффекта. Каждый тяжелый склерит требует системной терапии. Использование одних стероидных капель недостаточно. При тяжелом течении заболевания для снятия неприятных ощущений назначают общую противовоспалительную нестероидную терапию. Мовалис (мелоксикам) по 7,5-15 мг 2 раза в сутки 7-10 дней (по согласованию с врачом-ревматологом). При отсутствии эффекта направление на стационарное лечение.

Передний увеит (иридоциклит) по внешнему клиническому проявлению можно отнести к синдрому «красный глаз».



Передний увеит

Передние увеиты могут быть как инфекционной этиологии (бактериальной, вирусной, хламидийной, токсоплазмозной, грибковой), так и токсико-аллергической, на фоне системных заболеваний, при травмах глаза и

других причин. Характерными клиническими проявлениями острого иридоциклита являются боли в глазу, красный глаз в виде перикорнеальной и смешанной инъекции глазного яблока, преципитатов на задней поверхности роговицы, гиперемии радужки, образования задних синехий с деформацией зрачка, снижение остроты зрения. В отличие от конъюнктивита для увеита характерна перикорнеальная ярко-красная инъекция, слегка возвышающаяся над лимбом с фиолетовым оттенком. При пальпации в области лимба отмечается резкая цилиарная болезненность. Для конъюнктивита инъекция сосудов наблюдается главным образом в области век, конъюнктивальных сводов и конъюнктивы заднего отдела глазного яблока.

По локализации воспалительного процесса в сосудистом тракте различают: передний увеит, задний, периферический (интермедиарный) и панувеит. Синдром «красного глаза» наблюдается при переднем увеите и редко – при пребазальной форме периферического увеита. Установить клинический диагноз увеита не представляет особых затруднений. Важным для эффективного лечения и профилактики рецидивов заболевания является установление этиологии увеита. Для этого необходимо тщательное обследование пациента: исследование общесоматического статуса, ПЦР – диагностика и метод иммуноферментного анализа (ИФА) при подозрении на инфекционный характер воспаления. При рецидивирующем течении заболевания необходимо исследовать иммунный статус. Для исключения системных аутоиммунных заболеваний, на фоне которых развился увеит с тяжелым клиническим течением и рецидивами заболевания, необходимо провести комплексное обследование пациента как при склеритах и привлечь для консультации смежных специалистов (ревматолога, эндокринолога, невропатолога и др.).

Лечение увеита является трудной задачей и должно осуществляться с учетом этиологии заболевания (антибиотики, противовирусные и другие специфические препараты), стадии и активности воспалительного процесса (кортикостероиды и НПВС), десенсибилизирующая, симптоматическая, иммунокорректирующая терапия. После перенесенного рецидивирующего увеита, склерита пациенты нуждаются в диспансерном наблюдении и проведении противорецидивного лечения два раза в году в течение двух лет.

Дистрофические заболевания переднего отдела сосудистого тракта (увеопатии) могут сопровождаться синдромом «красного глаза». Чаще всего это наблюдается в более поздних стадиях заболевания. Так, при синдроме Фукса, псевдоэксфолиативном синдроме и эссенциальной эндотелиальной дистрофии радужки «красный глаз» наблюдается в далеко зашедшей стадии вторичной глаукомы при некомпенсации ВГД и возникновении застойной

инъекции глаза и отека роговицы. В этом случае поздняя диагностика и несвоевременное лечение может закончиться слепотой глаза и болевым синдромом. При глаукомоциклитическом кризе «красный глаз наблюдается во время острого приступа на начальных стадиях заболевания. Глаукомоциклитический криз следует дифференцировать с острым приступом глаукомы и острым иридоциклитом. Отсутствие застойной и смешанной инъекции глазного яблока, болевого синдрома, нормальная глубина передней камеры и круглая форма зрачка без его деформации и без задних синехий, отличает глаукомоциклитический криз от острого приступа глаукомы и острого иридоциклита. Вторичная глаукома при увеопатии – закономерно развивающийся процесс вследствие дистрофических изменений в углу передней камеры, возникновения сопротивления оттоку внутриглазной жидкости и нарушения гидродинамики глаза. Поэтому пациенты с данной патологией должны динамически наблюдаться офтальмологом, получать дедистрофическую и гипотензивную терапию.

ОСТРЫЙ ПРИСТУП ГЛАУКОМЫ – внезапное повышение внутриглазного давления (ВГД) в результате блокады угла передней камеры корнем радужной оболочки и нарушения оттока внутриглазной жидкости (ВГЖ) из глаза. Заболевание возникает остро в результате нервно-психического перенапряжения, длительной работы с наклоном головы и туловища, работа в условиях пониженной освещенности. Острый приступ глаукомы рассматривается как одна из стадий закрытоугольной глаукомы. Заболевание характеризуется тяжелым течением и сопровождается сильными болями в глазу, резким снижением остроты зрения, радужными кругами вокруг источника света. Наблюдается застойная инъекция глазного яблока, отек роговицы, мелкая передняя камера, расширение зрачка с отсутствием реакции его на свет и высокие цифры ВГД, порядка 40-50 мм рт. ст. Красный глаз обусловлен застойной инъекцией (расширением передних цилиарных сосудов), вследствие резкого нарушения оттока ВГЖ из глаза. Пациент нуждается в неотложной госпитализации и срочной врачебной помощи. Консервативное лечение острого приступа глаукомы заключается в закапывании 1% раствора пилокарпина в конъюнктивальную полость через каждые 15 минут в течение первого часа; затем через час в течение 3-4 часов, в последующем инстилляцией повторяют через каждые 4 часа. Параллельно назначают мочегонные, седативные и обезболивающие средства. С отвлекающей целью можно применять на висок пиявку, горячую ножную ванну. Консервативное лечение острого приступа глаукомы проводится в течение 24-х часов. Если приступ глаукомы за этот период времени не купируется, то необходимо переходить к хирургическому лечению. После

купирования приступа и снятия отека роговицы пациенту выполняют лазерную базальную иридэктомию на больном и профилактическую на так называемом здоровом глазу.

СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА» – «нитчатый» кератоконъюнктивит. Пациенты жалуются на зуд, жжение, чувство инородного тела, сухость в глазах, быстрая утомляемость и зрительный дискомфорт. При чтении и работе за компьютером часто наблюдается расплывчатое изображение предметов и быстрое восстановление зрения после моргания. Основной причиной возникновения синдрома «сухого глаза» (ССГ) является нарушение стабильности прекорнеальной слезной пленки и снижение продукции слезы вследствие продолжительного отрицательного воздействия электромагнитного излучения от офисных приборов, кондиционированного сухого воздуха, ношения контактных линз, заболевания век и конъюнктивы, приема лекарственных средств, возрастных анатомических и функциональных изменений. Наиболее часто синдром сухого глаза бывает у людей, работающих длительное время за компьютером.

Слезная плёнка состоит из трёх слоёв: липидный слой (поверхностный), водянистый слой (средний), муциновый слой, прилежащий к роговице. В норме слезная пленка покрывает поверхность глаза (роговицу) и защищает глаз от высыхания. При моргании слезная плёнка обновляется. Каждый слой слезной плёнки продуцируется отдельными структурами глаза, и, при нарушении одной из них, нарушается и сама структура слезной плёнки, что, в свою очередь, ведет к высыханию роговицы и появлению неприятных ощущений. Синдром «сухого глаза» – полифакторная патология, основными причинами которого является ряд местных и системных заболеваний: хронические заболевания конъюнктивы, век, роговицы (вирусные кератиты, кератоконъюнктивиты, блефароконъюнктивиты, лагофтальм), синдром Шегрена, эндокринная офтальмопатия, прочие системные и хронические заболевания. К возникновению ССГ может привести ношение мягких контактных линз, проведение лазерной коррекции аномалий рефракции, длительное применение глазных антиглаукомных капель, работа в неблагоприятных метеоусловиях, лучевые поражения.

Диагностика ССГ. В настоящее время известно, что главная слезная железа (gl. Lacrimalis) обеспечивает рефлекторную слезопroduкцию, которая происходит в ответ на механические или иные раздражители и характеризует суммарную слезопroduкцию, определяемую с помощью теста Ширмера (в норме за 5 минут увлажняется не меньше 15 мм фильтровальной полоски). Слезная жидкость, постоянно увлажняющая глазное яблоко, в нормальных

условиях образуется за счет добавочных слезных желез (основная слезопродукция). Основную слезопродукцию определяют пробой Джонес. После местной анестезии ватным тампоном убирают остатки слезы и анестетика из нижнего конъюнктивального свода. Затем за нижнее веко на 5 минут, как и в тесте Ширмера, ставят полоску фильтровальной бумаги и оценивают результат. В норме за 5 мин. увлажняется не менее 10 мм фильтровальной полоски, если меньше 10 мм – является свидетельством ССГ.

Для оценки стабильности прекорнеальной слезной пленки используется проба Норна. В области лимба на 12 часах закапывают 1 каплю 0,5%-1% раствора флюоресцеина, пациента усаживают за щелевую лампу и после моргания просят широко открыть глаз и включают секундомер. В норме время разрыва слезной пленки составляет 20-30 сек., не <10 сек.

Для лечения ССГ применяются заменяющие слезу препараты, которые восстанавливают и стабилизируют прекорнеальную слезную плёнку. Использование заменителей слезы, содержащих в качестве консервантов бензалкония хлорид, поликвад и другие оказывает отрицательное воздействие не только на слезную пленку, но также на роговицу и конъюнктиву. Консерванты, вызывая уменьшение плотности бокаловидных клеток, приводят к гибели и десквамации эпителия и прогрессированию клинических проявлений ССГ. На сегодняшний день, наиболее оптимальным решением данной проблемы является переход на использование бесконсервантных препаратов с системой «КОМОД», основными преимуществами которых является отсутствие консерванта, пролонгированный эффект действия и большое процентное содержание гиалуроновой кислоты (0,1–0,2%), что выгодно отличает их от других популярных слезозаместителей. Правильная диагностика и адекватное лечение поможет избавиться от неприятных ощущений, обеспечит комфортное зрение и качество жизни пациентам с синдромом «сухого глаза».

Профилактика ССГ. Профилактика ССГ прежде всего сводится к устранению причин, которые его вызывают. Это: создание комфортных условий труда, увлажнение воздуха в офисных помещениях, регулярные проветривания и перерывы во время длительной зрительной нагрузки за компьютером. Необходимо проводить лечение хронических воспалительных заболеваний, если таковые имеются, коррекцию аномалий рефракции, ношение защитных очков в яркие солнечные дни от ультрафиолетового излучения.

ТРАВМА ГЛАЗА КАК ПРИЧИНА СИНДРОМА «КРАСНЫЙ ГЛАЗ»

Синдром «красного глаза» может наблюдаться при травмах глаза и чаще всего при несоблюдении правил техники безопасности. Пользование защитными очками при обработке металла, дерева гарантирует почти 100% защиту глаз от повреждений. Наиболее частой причиной красного глаза при травме является попадание в глаз инородных тел. Помните! Если Вам что-то попало в глаз, то не стоит ждать, что “все само пройдет”. Следует срочно обратиться за медицинской помощью и лучше всего в специализированный офтальмологический центр. При длительном пребывании инородного тела в роговице развивается воспаление (кератит) с образованием язвы роговицы и исходом в грубый рубец со снижением зрения. В худшем случае все может закончиться перфорацией роговицы и гибелью глаза как органа. Особо тяжелой травмой глаза считаются проникающие ранения с внутриглазным инородным телом. Такие пациенты нуждаются в срочной госпитализации для оказания специализированной офтальмологической помощи. Всем пациентам с травмой глаза в обязательном порядке следует выполнить обзорную рентгенографию глазниц в 2-х проекциях, чтобы не пропустить внутриглазное инородное тело. При наличии инородного тела в проекции глаза необходимо сделать рентгенограмму с протезом Балтина, а по возможности КТ.

Кроме механических повреждений синдром «красного глаза» могут вызывать химические, термические ожоги, лучевые поражения, электроофтальмия.

Клиническая картина ожога глаз многообразна и определяется физико-химическими свойствами повреждающего фактора, его концентрацией, количеством, длительностью воздействия и локализацией. Для ожога характерна резкая боль в глазу, слезотечение, выраженный блефароспазм. Длительный блефароспазм при несвоевременном обезболивании может усугубить ишемию тканей конъюнктивы и роговицы и вследствие этого тяжесть ожога. Определяется разной степени отек век, конъюнктивы и роговицы, снижается острота зрения. Могут наблюдаться остатки химического вещества в конъюнктивальных сводах (известь, цемент, кристаллы марганцовки и др.), которые срочно следует удалить на месте происшествия и в течение 10-15 минут промывать конъюнктивальную полость. Постановка диагноза ожога глаз основывается на данных анамнеза, указании этиологического фактора, детального офтальмологического обследования пациента. В первые часы после травмы не всегда удается определить степень тяжести ожога. Уточняющий диагноз необходимо ставить спустя несколько дней, так как повреждения тканей по площади и глубине увеличиваются вследствие продолжающейся интоксикации и

нарушения трофики. Во многих случаях термические и некоторые химические ожоги кислотой, вызывающие резкий спазм сосудов и отек конъюнктивы, проявляются значительным побледнением глазной поверхности, а при некрозе эпителия поверхность становится матовой. В процессе лечения, спазм сосудов проходит, пораженная ткань розовеет и вместо первоначально выставленного ожога III степени констатируется всего лишь ожог II степени тяжести. При химическом ожоге роговицы чаще наблюдается противоположная картина. Пораженная роговица может выглядеть вначале почти прозрачной, так как пораженные поверхностные слои отторглись, а оставшиеся глубокие истонченные остаются прозрачными. Позже оставшиеся слои роговицы постепенно мутнеют с формированием рубца (бельма) разной интенсивности.

Химические и термические ожоги глаз требуют безотлагательной помощи на месте полученной травмы (промывание глаза, очищение от остатков химического вещества), закапывании глазных капель с антибиотиком, обезболивающих капель, наложением сухой стерильной повязки и срочного направления пострадавшего в специализированное лечебное учреждение.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ:

Ситуационная задача 1.

Пациентка, 65 лет, в течение года беспокоит слезотечение из правого глаза. Последние два месяца отмечает красный правый глаз, гнойное отделяемое, слипание век по утрам. Закапывание глазных капель: 30% сульфацил натрия, 0,3% гентамицин, 0,5% левофлоксацин, давало временное улучшение. В анамнезе операция по поводу синусита справа. Ваш диагноз, тактика лечения?

Ситуационная задача 2.

Пациентка, 37 лет, жалобы на покраснение правого глаза, обильное гнойное отделяемое в течение 3-х дней, а в последние сутки появились боли, краснота и жжение в левом глазу. При выполнении сельхозработ грязь попала в правый глаз, на месте платком удалила инородное тело. Дома промывала глаз кипяченой водой. Объективно: конъюнктивита обоих глаз резко гиперемирована, отечна, больше справа, умеренное гнойное отделяемое. Острота зрения обоих глаз в норме. Ваши действия?

Ситуационная задача 3.

Пациентка, 18 лет, жалобы на зуд, жжение и красноту обоих глаз. Это симптоматика повторяется в течение пяти лет, весной и летом. Закапывание 0,1% дексаметазона приносит временное улучшение. Объективно: Выраженная смешанная инъеция обоих глаз, скудное слизистое отделяемое. Роговица прозрачная, острота зрения в норме. Ваши действия?

Ситуационная задача 4.

Пациент, 29 лет, жалобы на резь в глазах, снижение остроты зрения, покраснение обоих глаз. Дней десять назад перенес ОРВИ, было повышение температуры тела, насморк. Через неделю покраснели глаза, болезненность, дискомфорт и затуманивание зрения. Закапывала в оба глаза 0,25% левомицетин, без улучшения. Объективно: острота зрения OD = 0,7; OS = 0,6. Смешанная инъеция глазных яблок. В роговице обоих глаз субэпителиальные монетовидные инфильтраты. Ваши действия?

Ситуационная задача 5.

Пациент, 44 года, жалобы на красноту правого глаза, снижение остроты зрения в течение недели. Причину заболевания указать затрудняется. Работает слесарем. Объективно: острота зрения правого глаза = 0,2 н/к; левого = 1,0. OD: в области лимба на 4-х часах рубчик роговицы около 2 мм. Зрачок подтянут в сторону рубца, передняя синехия. Перикорнеальная

инъекция в нижнем внутреннем квадранте. Рефлекс с глазного дна тускло-розовый, субкапсулярные помутнения хрусталика во внутреннем отделе. Ваш диагноз, тактика, лечение?

Ситуационная задача 6.

Пациент, 42 года, жалобы на снижение остроты зрения, чувство инородного тела в правом глазу. Недели три тому назад веткой травмировал правый глаз. Закапывал 30% раствор сульфацила натрия, 0,3% мазь гентамицина. Боли и резь в глазу прошли, однако отмечается зрительный дискомфорт и нечеткость восприятия предметов. Объективно: острота зрения OD = 0,4; OS = 1,0. В центре роговицы правого глаза отмечается отек, поверхностный древовидный инфильтрат, окрашивающийся флуоресцеином. Ваши действия?

Ситуационная задача 7.

Пациентка, 53 года, жалобы на боли в левом глазу, резкое снижение остроты зрения, боли в эпигастральной области, однократная рвота. В анамнезе эпизодические случаи затуманивания зрения и боли в левом глазу при физической и длительной зрительной нагрузке. После отдыха зрение восстанавливалось, боли прекращались. Объективно: острота зрения OD = 0,5 с корр sph + 2,0 D = 1,0; OS = 0,02 н/к. Правый глаз: спокойный, роговица прозрачная, ПК мелкая, рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, артерии узкие, вены неравномерного калибра, слегка извиты, Салюс II. Левый глаз: выраженная застойная инъекция глазного яблока, симптом «кобры», роговица отечна, ПК мелкая, на периферии контакт радужки с роговицей. Зрачок неправильной формы, рефлекс с глазного дна тусклый. Эхоскопия – нанофтальм (ПЗО OD = 22,4 мм; OS = 22,6 мм), оболочки прилежат, плюс-ткани нет. ОКТ: OD – УПК закрыт; OS – роговица утолщена, отечна, ПК практически отсутствует. ВГД OD = 17 мм рт.ст.; OS = 47 мм рт.ст. Ваши действия?

Ситуационная задача 8.

Пациентка, 61 год, жалобы на жжение, зуд, ощущение песка, инородного тела в глазах, светобоязнь, затруднение открытия глаз по утрам, снижение четкости и ухудшение зрения. Подобные жалобы наблюдаются в течение двух лет. Последние полгода беспокоят боли в крупных суставах, сухость во рту. Объективно: острота зрения OD = 0,6; OS = 0,5, с корр. sph + 0,5 = 0,8 / 0,7. ВГД OD = 16 мм рт.ст.; OS = 15 мм рт.ст. Тест Ширмера = 5 / 3 мм, Проба Джонес = 1-2 мм. Смешанная инъекция обоих глаз. Роговица

прозрачная, не окрашивается флуоресцеином. Проба Норна = 8 сек. Ваши действия?

Ситуационная задача 9.

Ребенок, 3 месяца, со слов матери с рождения красный правый глаз, гнойное отделяемое больше по утрам. Закапывает периодически в правый глаз 0,5% раствор офтаквикса, тобрекс, однако улучшения не наблюдается. По рекомендации врача делала массаж слезного мешка, который как оказалось выполняла неправильно. Объективно: В области внутреннего угла правого глаза имеется мягкое безболезненное образование величиной с горошину, при надавливании на которое из слезных точек небольшое количество гнойного отделяемого. Конъюнктивит век и глазного яблока гиперемирована, отечна. Роговица прозрачная. Зрачок круглый, реакция на свет живая. Рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно офтальмоскопируется в норме. Ваш диагноз, тактика, лечение?

Ситуационная задача 10.

Пациент, 4 года, жалобы на покраснение левого глаза, гнойное отделяемое. Со слов матери у ребенка с рождения слезится левый глаз. В пяти месячном возрасте дважды проводили зондирование слезно-носового канала слева. Вначале было улучшение, прекратились гнойные выделения из левого глаза, но наблюдалось слезостояние и слезотечение. В течение последнего года, после перенесенного респираторного заболевания дважды была флегмона слезного мешка, которая купирована консервативными методами лечения. Однако продолжает беспокоить слезотечение из левого глаза. Объективно: острота зрения на оба глаза = 1,0. В области внутреннего угла левого глаза остаточный отек и гиперемия кожи, возвышающееся образование величиной с фасоль, при надавливании на которое из слезных точек гнойное отделяемое. Конъюнктивит век и глаза гиперемирована, отечна. Передний отдел глаза не изменен. Глазное дно офтальмоскопируется в норме. Ваш диагноз, лечебная тактика?

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ «КРАСНЫЙ ГЛАЗ»

Как сохранить здоровыми ваши глаза при синдроме «красный глаз»?

1. Внимание! «Красный глаз» – тревожный сигнал, требующий неотложной медицинской помощи и желательно специалиста. Инфекция может переноситься грязными руками на другой глаз. Соблюдайте правила личной гигиены.

2. Не занимайтесь самолечением, так как это может принести лишь временное облегчение. Срочно обратитесь за медицинской помощью к врачу-офтальмологу. Не пользуйтесь средствами косметики и не используйте контактные линзы до излечения инфекции.

3. Если вы пользовались контактными линзами, при покраснении глаза, временно перейдите на ношение очков, так как контактные линзы будут способствовать размножению микробов и могут стать причиной тяжелых осложнений (кератита, язвы роговицы, эндофтальмита и др.). В этом случае очки будут защищать глаза от дополнительного инфицирования извне и от вредной привычки прикасаться руками к глазам.

4. Особенно важно в период пандемии коронавирусной инфекции соблюдать санитарный эпидемический режим. При красных раздраженных глазах, сопровождающихся жжением и необходимостью «почесать» их, используйте чистую одноразовую салфетку. Не трите глаза! Чаще мойте руки! Используйте индивидуальное полотенце для рук!

5. Перед и после закапывания глазных капель мойте руки. Коронавирус может проникать в организм человека через поверхность глаза посредством «грязных» рук. Поэтому сначала вымойте руки с мылом не менее 20 секунд, закапайте глазные капли и снова вымойте руки. Пользуйтесь только индивидуальными глазными каплями.

6. При синдроме «сухого глаза». Основными глазными проявлениями синдрома «сухого глаза» являются: сухость, краснота, зуд, жжение в глазах, стремление потереть глаза. Соблюдайте элементарные правила личной гигиены. Не прикасайтесь немытыми руками к глазам. После подтверждения диагноза необходимо выполнять рекомендации врача и использовать увлажняющие глазные капли, придерживаясь наших рекомендаций.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хламидийный конъюнктивит / М.Т. Азнабаев, В.Б. Мельханов, Э.А. Латыпова, Н.Е. Шевчук. – Уфа, 2003. – 132 с.
2. Вэндер, Д.Ф. Синдром «красного глаза» ; перевод с английского / Джеймс Ф. Вэндер, Дженис А Голт // Секреты офтальмологии. – М : «МЕДпресс-информ», 2005. – С. 85–101.
3. Кански, Д.Д. Клиническая офтальмология ; перевод с английского / Джек Дж. Кански. – М : «Логосфера», 2006. – 733 с.
3. Современные представления о блефароконъюнктивальной форме синдрома сухого глаза / А.О. Забегайло, Г.С. Полуниин, Е.Г. Полунина, Е.А. Каспарова // Вестн. Офтальмол., 2007. – № 2. – С. 49–53.
4. Майчук, Ю.Ф. Аллергические заболевания глаз / Ю.Ф. Майчук. – М. : «Медицина», 1983. – 223 с.
5. Майчук, Ю.Ф. Вирусные заболевания глаза / Ю.Ф. Майчук. – М. : «Медицина», 1980. – С. 163–187.
6. Малиновский, Г.Ф. Практическое руководство по заболеванию слезных органов / Г.Ф. Малиновский, В.В. Моторный. – Минск : «Белорусская наука», 2000. – 192 с.
7. О вопросах лечения пациентов с инфекцией Covid-19 : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.07.2020 № 690.
8. Полуниин, Г.С. Особенности клинического течения различных форм синдрома сухого глаза – основа для разработки методов лечения / Г.С. Полуниин, Т.Н. Сафонова, Е.Г. Полунина // Вестн. Офтальмол., 2006. – № 5. – С. 17–20.
9. Сомов, Е.Е. Краткое руководство по обследованию и лечению больных с синдромом «сухого глаза» / Е.Е. Сомов, В.В. Бржеский. – СПб., 2003. – 32 с.

Учебное издание

Малиновский Григорий Федорович

Абельский Дмитрий Евгеньевич

Ярмак Ольга Александровна

СИНДРОМ «КРАСНОГО ГЛАЗА»

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 20.05.2021. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,25. Уч.- изд. л.1,88. Тираж 120 экз. Заказ 189.

Издатель и полиграфическое исполнение –

государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра офтальмологии

Г.Ф. Малиновский Д.Е. Абельский О.А. Ярмак

СИНДРОМ «КРАСНОГО ГЛАЗА»

Минск, БелМАПО
2021

