

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева
Зав. кафедрой: д.м.н., доцент, Козина Е.В.

Реферат

Эписклерит

Выполнила: Климкина Е.С.

Ординатор 2 года обучения

Проверила: ассистент кафедры

Балашова П.М.

Красноярск, 2022

Содержание

1. Введение.....	3
2. Этиология и патогенез.....	3
3. Клиника.....	4
4. Диагностика	4
5. Лечение.....	5
6. Прогноз и профилактика.....	6
7. Список литературы.....	7

Введение

Эписклерит — это распространенное, доброкачественное, самоограничивающееся и часто рецидивирующее заболевание, поражающее, как правило, лиц молодого возраста.

Эписклерит возникает в молодом возрасте, чаще у женщин. Обычно он бывает идиопатическим, и может сочетаться с системным заболеванием, но никогда не переходит в истинный склерит.

1.Этиология и патогенез

Патогенез эписклерита до конца не выяснен. Известно, что воспалительная реакция распространяется на эписклеру гематогенным путем. При эписклеритах наибольший застой крови происходит в сосудистом сплетении теноновой капсулы. Теноновая капсула и эписклера инфильтруются воспалительными клетками, а непосредственно склера не набухает.

К факторам риска развития эписклерита относят попадание инородного тела в глазное яблоко, воздействие различных химических веществ на глаза, наличие поливалентной аллергии. Заболевание часто возникает как офтальмологическое осложнение при:

- ревматоидном артрите;
- подагре;
- системной красной волчанке;
- язвенном колите;
- болезни Крона;
- болезни Лайма;
- туберкулезе.

При некоторых патологиях (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит) воспалительная реакция на эписклере может появляться несколько раньше, чем симптомы основного заболевания, что усложняет диагностику.

2. Клиника

Эписклерит может быть: простым и узелковым.

Простой эписклерит - наиболее распространенный тип. Характеризуется односторонним секторальным, реже диффузным покраснением. На участке воспаления эписклеральные сосуды вытянуты радиально от лимба кзади. Обычно разрешается самостоятельно в течение 1-2 нед.

Узелковый эписклерит характеризуется образованием гиперемизированных возвышенных узелков округлой формы вблизи лимба, могут быть с фиолетовым оттенком. Узелки покрыты не спаянной с ними конъюнктивой. Число подконъюнктивальных узелков колеблется от одного до нескольких. Они образуются постепенно вокруг всей роговицы. Имеет более длительное течение. Общие жалобы, которые могут быть при эписклерите:

- ощущение дискомфорта в пораженном глазу;
- умеренное слёзотечение;
- гиперемия;
- Болевые ощущения (сильнее выражены при узелковой форме).

Для эписклерита характерно хроническое течение, при котором периоды ремиссии сменяются периодами обострения. Обычно симптомы обострения воспалительного процесса сохраняются в течение одной-двух недель, после чего его активность стихает и заболевание переходит в латентную стадию, длящуюся на протяжении одного-трех месяцев.

3. Диагностика

Для выявления причины, приведшей к развитию эписклерита, необходимо тщательно собрать анамнез жизни и болезни пациента. При необходимости может возникнуть потребность в проведении не только офтальмологического осмотра, но и лабораторных исследований (определение ревматоидного фактора, антинуклеарных антител, уровня мочевой кислоты, проведение

развернутого общего анализа крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и СОЭ), а также инструментального (флюорография, рентгенография) исследования.

Для диагностики эписклерита врач-офтальмолог также применяет следующие методы обследования:

1. Сбор жалоб и анамнеза.
2. Визометрия
3. Биомикроскопия
4. Тонометрия
5. Офтальмоскопия

При пальпации гиперемизированный участок сдвигается над поверхностью склеры (в отличие от склерита). Инстилляцией фенилэфрина вызывает побледнение конъюнктивы и отчасти – теноновой капсулы, позволяя рассмотреть подлежащую склеру. Биомикроскопия в тонком срезе показывает, что передняя поверхность склеры не приподнята, т.е. набухания склеры нет.

5. Лечение

Лечение эписклерита только консервативное – медикаментозное и физиотерапевтическое. В большинстве случаев эписклерит проходит без лечения, при отсутствии жалоб пациента специальная лекарственная терапия не требуется. Базовая терапия направлена на коррекцию основной патологии.

При наличии жалоб показаны кортикостероиды, НПВС, противоаллергические препараты, антибиотики, слезозаместители.

Возможно применение Дексаметазона в сочетании с антибиотиком – препарат Комбинил 4 раза в день в течение 7 дней. При отсутствии поражения роговицы стероиды можно назначать в виде субконъюнктивальных или парабульбарных инъекций (Дипроспан). Инъекции дают шанс получить более быстрое выздоровление или более длительную ремиссию.

Нестероидные противовоспалительные средства при эписклеритах

обязательны. При местном применении эффективны инстилляции Бромфенака (Броксинак) 1-2 раза в день в течение 1 месяца и более. При выраженном воспалении допустимо назначение на короткий срок двух НПВС одновременно. Также назначаются НПВС внутрь.

При аллергических эписклеритах показаны антигистаминные средства. Терапию можно начинать с комбинации антигистаминных и сосудосуживающих средств. Они помогут устранить аллергическую составляющую, купируют отек и покраснение.

Слезозаместители облегчат симптоматику, при эписклеритах назначаются только жидкостные бесконсервантные слезозаместители.

6. Прогноз и профилактика

Прогноз зависит от основного заболевания, чаще благоприятный. Мероприятия по профилактике патологии предполагают использование защитных средств для глаз при работе на химических производствах, своевременное выявление и назначение грамотной терапии при хронических заболеваниях, прохождение регулярных профилактических осмотров, соблюдение правил личной гигиены и укрепление иммунной системы.

Литература.

1. Кански, Д. Клиническая офтальмология: систематизированный подход. Пер. с англ.// Д. Кански. – М.: Логосфера, 2012.
2. Офтальмология: национальное руководство // ред. С.Э. Аветисов, Е.А. Егоров, Л.К. Мошетова, В.В.Нероев, Х.П. Тахчиди. – 2ое изд – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.-944с.
3. Глазные болезни: учебник/Под ред.Капаевой.-Г52 М.: Медицина, 2002.-197с.
4. <http://avo-portal.ru/doc>
5. <https://eyepress.ru/Default.aspx>