

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего 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

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

«Язва роговицы».

Выполнила: клинический ординатор

Селихова О.Ф.

Проверила: заведующая кафедрой,
д.м.н, проф. Козина Е.В.

Красноярск, 2018 год

Содержание:

Причины.....	2
Классификация.....	4
Клиника.....	4
Осложнения.....	7
Диагностика.....	8
Лечение.....	8
Прогноз и профилактика.....	10
Список литературы.....	12

Роговица глаза имеет пятислойную структуру и включает эпителиальный слой, боуменову оболочку, строму, десцеметову оболочку и нижний слой эндотелия. При повреждении эпителия возникает эрозия роговицы. О язве роговицы говорят в том случае, если разрушение тканей роговицы распространяется глубже боуменовой оболочки. Язвенные поражения роговицы относятся в клинической офтальмологии к числу тяжелых поражений глаза, которые трудно поддаются лечению и часто приводят к значительным нарушениям зрительной функции, вплоть до слепоты.

Исходом язвы роговицы во всех случаях служит формирование рубца роговицы (бельма). Язвенный дефект может локализоваться в любой части роговицы, однако наиболее тяжело протекает поражение центральной зоны: оно сложнее поддается лечению, а рубцевание этой области всегда сопровождается потерей зрения.

Язва роговицы – деструктивный процесс в роговой оболочке глаза, сопровождающийся образованием кратерообразного язвенного дефекта. Язва роговицы сопровождается резко выраженным роговичным синдромом, болью и значительным снижением зрения пораженного глаза, помутнением роговой оболочки. Диагностика язвы роговицы основывается на данных осмотра глаза с помощью щелевой лампы, проведения инстилляционной пробы с флюоресцеином, бактериологического и цитологического исследования соскобов с конъюнктивы, ИФА слезной жидкости и сыворотки крови. Принципы лечения язвы роговицы требуют проведения специфической (противовирусной, антибактериальной, противогрибковой, антипаразитарной), метаболической, противовоспалительной, иммуномодулирующей, гипотензивной фармакотерапии. При угрозе перфорации язвы роговицы необходимо проведение кератопластики.

Причины язвы роговицы

По этиологии язвы роговицы могут иметь инфекционный и неинфекционный характер. Инфекционные язвы возникают на фоне герпесвирусного, бактериального, грибкового, паразитарного поражения роговицы. С поверхности язвы роговицы в большинстве случаев выделяются стафилококки,

диплококки, стрептококки, пневмококки, синегнойная палочка, вирус простого герпеса и ветряной оспы, микобактерии туберкулеза, акантамебы, грибки, хламидии. Неинфекционные язвы роговицы могут быть обусловлены иммунным генезом, синдромом сухого глаза, первичной или вторичной дистрофией роговицы. Для развития язвы роговицы необходимо сочетание ряда условий: повреждение роговичного эпителия, снижение местной резистентности, колонизация дефекта инфекционными агентами.

К экзогенным факторам, способствующим развитию язвы роговицы, относят длительное ношение контактных линз (в т. ч. использование загрязненных растворов и контейнеров для их хранения); нерациональная топическая фармакотерапия кортикостероидами, анестетиками, антибиотиками; использование загрязненных глазных препаратов и инструментов при проведении лечебных офтальмологических процедур. В плане последующего возникновения язвы роговицы чрезвычайно опасны сухость роговой оболочки, ожоги глаз, попадание в глаза инородных тел, фотоофтальмии, механические повреждения глаз, ранее проводимые хирургические вмешательства на роговице и др.

Благоприятным фоном для развития язвы роговицы могут являться различные нарушения вспомогательного аппарата глаза: конъюнктивиты, трахома, блефариты, каналикулит и дакриоцистит, трихиаз, выворот или заворот век, поражения глазодвигательного и тройничного черепно-мозговых нервов.

Опасность язвы роговицы существует при любых формах кератита (аллергическом, бактериальном, вирусном, мейбомиевом, нейрогенном, нитчатом, хламидийном и др.), а также невоспалительных поражениях роговицы (буллезной кератопатии).

Кроме местных факторов, в патогенезе язвы роговицы важная роль принадлежит общим заболеваниям и нарушениям: сахарному диабету, атопическому дерматиту, аутоиммунным заболеваниям (синдрому Шегрена, ревматоидному артриту, узелковому полиартриту и др.), истощению и авитаминозу, иммуносупрессии.

Классификация язв роговицы

По течению и глубине поражения язвы роговицы классифицируются на острые и хронические, глубокие и поверхностные, непрободные и прободные. По расположению язвенного дефекта различают периферическую (краевую), парацентральную и центральную язву роговицы.

В зависимости от тенденции к распространению язвенного дефекта в ширину или в глубину выделяют ползучую и разъедающую язву роговицы. Ползучая язва роговицы распространяется в сторону одного из своих краев, тогда как с другого края дефект эпителизируется; при этом происходит углубление язвы с вовлечением глубоких слоев роговицы и радужки, формированием гипопиона.

Ползучая язва обычно развивается на фоне инфицирования микротравм роговицы пневмококком, диплобациллой, синегнойной палочкой. Этиология разъедающей язвы роговицы неизвестна; она характеризуется образованием нескольких периферических язв, которые затем сливаются в единый полулунный дефект с последующим рубцеванием.

В числе основных, наиболее часто встречающихся клинических форм выделяют инфекционные (герпесвирусную, бактериальную, грибковую, паразитарную, краевую инфекционно-аллергическую, трахоматозную) язвы роговицы, а также неинфекционные язвы роговицы, ассоциированные с весенним катаром, системными иммунными заболеваниями, синдромом сухого глаза, первичной дистрофией роговицы, рецидивирующей эрозией роговицы.

Симптомы язвы роговицы

Язва роговицы, как правило, имеет одностороннюю локализацию. Наиболее ранним признаком, сигнализирующим об опасности развития язвы роговицы, является боль в глазу, которая возникает еще на стадии эрозии и усиливается по мере прогрессирования изъязвления. Одновременно развивается выраженный роговичный синдром, сопровождающийся обильным слезотечением, фотофобией, отеком век и блефароспазмом, смешанной инъекцией сосудов глаза.

При расположении язвы роговицы в центральной зоне отмечается значительное снижение зрения, обусловленное помутнением роговицы и последующим рубцеванием дефекта. Рубец на роговице, как исход язвенного процесса, может быть выражен в различной степени - от нежного рубчика до грубого бельма.

Начинается ползучая язва роговицы с того, что в роговице, почти всегда в ее центрально расположенной против зрачка области, появляется инфильтрат с желтоватым оттенком, который состоит из гнойных телец. При распаде гнойных телец выделяется гистологический фермент, который расплавляет ткани; инфильтрат при этом распадается, и на его месте образуется язва, один край которой немного приподнят, подрыв и окружен полоской гнойного инфильтрата. Этот край язвы называется прогрессивным. Пневмококки находятся не только в ткани инфильтрированного края, но и в окружающей здоровой ткани роговицы. Противоположный край язвы чистый, дно же ее покрыто серо-желтым инфильтратом.

В процесс очень рано вовлекается радужная оболочка. При этом меняется ее цвет, сглаживается рисунок, сужается зрачок, зрачковый край радужки срастается с передней капсулой хрусталика (задние синехии), появляется гной в передней камере, отмечаются резко выраженные явления раздражения глаза, сильные боли, отек век, периконеальная инъекция фиолетового цвета. Ползучая язва роговицы - тяжелое заболевание, однако нередко под влиянием своевременного правильного лечения она очищается и образовавшийся дефект эпителизируется. На месте язвы остается углубление (фасетка), В дальнейшем фасетка восполняется соединительной тканью и образуется стойкое интенсивное помутнение (бельмо). Иногда ползучая язва роговицы распространяется как по поверхности, так и вглубь роговицы, приводя к ее прободению. После прободения наступает заживление язвы с последующим рубцеванием и образованием бельма, сращенного с радужной оболочкой. В очень тяжелых случаях роговина быстро расплавляется, инфекция проникает внутрь глаза, вызывает гнойное воспаление всех оболочек глаза (панофтальмит). Ткани глаза разрушаются, замещаются соединительной тканью, глазное яблоко атрофируется.

Ползучая язва роговицы развивается обычно при попадании пневмококка, стафилококка, стрептококка, синегнойной палочки на поверхность эрозии. Поверхностное повреждение роговицы может быть вызвано мелкими инородными телами, листьями и ветками деревьев, острыми остями хлебных злаков и зернами. Особенно часты случаи заболевания ползучей язвой роговицы летом и ранней осенью в период сельскохозяйственных работ.

Инфекция заносится ранящим телом. Обычно возбудители находятся в нормальной флоре конъюнктивальной полости как сапрофит. Особенно часто его обнаруживают в гное слезной мешка при хроническом гнойном дакриоцистите. Приблизительно в 50% всех случаев ползучая язва развивается у лиц, страдающих хроническим дакриоциститом или сужением слезно-носового канала. Прогноз всегда очень серьезный. В результате центрального расположения язв их рубцевание приводит к резкому снижению остроты зрения, образуется бельмо роговицы, сращенное с радужкой.

Если возбудитель палочка Моракс-Аксенфельда (диплококк), язва роговицы распространяется очень быстро в глубину, оба края инфильтрированы, гипопион вязкой консистенции.

Язва роговицы при гонобленнорее имеет беловатый цвет, быстро распространяется по поверхности и вглубь, быстро наступают перфорация и паноптальмит. Исход - обширное бельмо, стафилома роговицы. При синегнойной палочке поражение по типу абсцесса быстро захватывает всю роговицу, передние слои роговицы отслаиваются и свисают. Расплавление роговицы происходит за 24-48 ч, язвы быстро перфорируются. Глаз гибнет.

Клиника ползучей язвы роговицы характеризуется сильными болями режущего характера, слезотечением, гноетечением из глаза, блефароспазмом, хемозом, смешанной инъекцией глазного яблока. На роговице определяется инфильтрат желтовато-серого цвета, который, распадаясь, образует кратерообразную язву с регрессирующим и прогрессирующим краями. За счет прогрессирующего края язва быстро «расползается» по роговице в ширину и вглубь. При вовлечении

внутриглазных структур возможно присоединение ирита, иридоциклита, панuveита, эндофтальмита, панофтальмита.

При туберкулезной язве роговицы в организме всегда имеется первичный очаг туберкулезной инфекции (легочный туберкулез, генитальный туберкулез, туберкулез почек). В этом случае на роговице обнаруживаются инфильтраты с фликтенозными ободками, которые в дальнейшем прогрессируют в округлые язвы. Течение туберкулезной язвы роговицы длительное, рецидивирующее, сопровождающееся образованием грубых роговичных рубцов.

Герпетические язвы образуются на месте древовидных инфильтратов роговицы и имеют неправильную, разветвленную форму.

Изъязвление роговицы, обусловленное недостаточностью витамина А (кератомалиция), развивается на фоне молочно-белого помутнения роговицы и не сопровождается болевыми ощущениями. Характерно образование сухих ксеротических бляшек на конъюнктиве. При гиповитаминозе В2 развиваются дистрофия эпителия, васкуляризация роговицы, язвенные дефекты.

Осложнения язвы роговицы

При своевременно предпринятых лечебных мерах удастся добиться регресса язвы роговицы: очищения ее поверхности, организации краев, заполнения дефекта фибринозной тканью с последующим образованием рубцового помутнения - бельма.

Стремительное прогрессирование язвы роговицы может приводить к углублению дефекта, формированию десцеметоцеле (грыжеподобного выпячивания десцеметовой мембраны), перфорации роговицы с ущемлением радужной оболочки в образовавшемся отверстии. Рубцевание прободной язвы роговицы сопровождается образованием передних синехий и гониосинехий, которые препятствуют оттоку ВГЖ. Со временем это может привести к развитию вторичной глаукомы и атрофии зрительного нерва.

В том случае, если перфорационное отверстие в роговице не тампонируется радужкой, гнойная инфекция беспрепятственно проникает в стекловидное тело, приводя к возникновению эндофтальмита или панофтальмита. В самых

неблагоприятных случаях возможно развитие флегмоны глазницы, тромбоза пещеристой пазухи, абсцесса мозга, менингита, сепсиса.

Диагностика язвы роговицы

Для обнаружения язвы роговицы прибегают к осмотру глаза с помощью щелевой лампы (биомикроскопии), окрашиванию роговицы раствором флюоресцеина (флюоресцеиновой инстилляционной пробе). Признаком наличия язвы роговицы служит окрашивание дефекта ярко-зеленым цветом. В этом случае осмотр позволяет выявить даже незначительные язвы роговицы, оценить количество, обширность и глубину повреждений роговицы.

Реакцию глубоких структур глаза и их вовлеченность в воспалительный процесс оценивают с помощью диафаноскопии, гониоскопии, измерения ВГД, офтальмоскопии, УЗИ глаза. При необходимости производится исследование функции слезопродукции и слезоотведения (цветная слезно-носовая проба, проба Норна, тест Ширмера).

Для идентификации этиологических факторов, вызвавших язву роговицы, необходимо цитологическое и бактериологическое исследование мазка с конъюнктивы, определение иммуноглобулинов в сыворотке крови и слезной жидкости, микроскопия соскоба с поверхности и краев язвы роговицы.

Лечение язвы роговицы

При язве роговицы необходимо оказание специализированной стационарной помощи под контролем офтальмолога. С целью недопущения углубления и расширения язвы роговицы производится туширование дефекта спиртовым раствором бриллиантовой зелени или йодной настойкой, диатермо- или лазеркоагуляция язвенной поверхности. При язве роговицы, обусловленной дакриоциститом, необходимо срочное промывание слезно-носового канала или выполнение экстренной дакриоцисториностомии для устранения гнойного очага в непосредственной близости к роговице.

В зависимости от этиологии язвы роговицы назначается специфическая (антибактериальная, противовирусная, антипаразитарная, противогрибковая) терапия. Патогенетическая терапия язвы роговицы включает назначение мидриатиков, метаболических, противовоспалительных, антиаллергических, иммуномодулирующих, гипотензивных препаратов. Лекарственные препараты вводят местно - в виде инстилляций, мазевых аппликаций, субконъюнктивальных, парабульбарных инъекций, а также системно - внутримышечно и внутривенно.

Инстилляции антибактериальных капель необходимо проводить каждый час до чех пор, пока больной не попадает на прием к специалисту, если диагноз кератита поставлен на приеме у врача-окулиста, сначала берут мазок содержимого конъюнктивальной полости или соскоб с поверхности роговичной язвы, чтобы выявить возбудителя заболевания и определить его чувствительность к антибактериальным препаратам, затем назначают лечение, направленное на подавление инфекции и воспалительной инфильтрации, улучшение трофики роговицы. Для подавления инфекции используют антибиотики: левомицетин, неомицин, канамицин (капли и мази), ципромед, окацин. Выбор противомикробных препаратов и их сочетание зависят от вида возбудителя и его чувствительности к лекарственным препаратам. Препаратом выбора для грамположительных организмов является церазолин, для грамотрицательных - тобралин или гентамицин. Назначают цефазолин (50мг/мл), тобрамин и гентамицин (15 мг/мл) в инстилляциях под конъюнктиву или парабульбарно системно в зависимости от тяжести процесса.

Для усиления терапии инсталляции рекомендуют проводить каждые 30 мин течение дня и каждый час ночью на протяжении 7-10 дней. При отсутствии эффекта язву тушируют 10%-ной йодной настойкой, производят механическую абразию или диатермокоагуляцию. С целью профилактики иридоциклита назначают инсталляции мидриатиков. Частота их закапывания индивидуальна и зависит от выраженности воспалительной инфильтрации и реакции зрачка.

Стероидные препараты назначают местно в период рассасывания воспалительных инфильтратов после того, эпителизируется поверхность язвы роговицы. В это время эффективны препараты, содержащие антибиотик широкого спектра действия и глюкокортикоид (гаразон). Наряду с этими препаратами Применяют ингибиторы протеолиза, иммунокорректоры, антигистаминные и витаминные препараты местно и внутрь, а также средства, улучшающие трофику и процесс эпителизации роговины (баларпан, тауфон, содкосерил, актовегии, карпозин, этаден и др.).

По мере очищения язвы роговицы для стимуляции репаративных процессов и предотвращения формирования грубого рубца назначается рассасывающая физиотерапия: магнитотерапия, электрофорез, ультрафонофорез.

При угрозе прободения язвы роговицы показано проведение сквозной или послойной кератопластики. После заживления язвы может потребоваться эксимерлазерное удаление поверхностных рубцов роговицы.

Показаниями к экстренному хирургическому лечению являются прогрессирование язвы роговицы, через 24-36 ч после начатою активного лечения - увеличение язвы роговицы, складчатость мембран, появление дочерних инфильтратов по краю язвы. Для спасения глаза производится послойная лечебная кератопластика. Первый трансплантат может расплавиться и отпасть - пересадка делается глубже и шире, вплоть до сквозной пересадки роговицы с каймой склеры.

Пересадка делается трупной роговицей, высушенной на силикогеле.

Прогноз и профилактика

Так как в исходе язвы роговицы всегда образуется стойкое помутнение (бельмо), перспектива для зрительной функции неблагоприятна. При отсутствии осложнений, после стихания воспаления, может потребоваться проведение оптической кератопластики с целью восстановления зрения. При паноптальмите и флегмоне глазнице высока опасность потери органа зрения. Грибковые,

герпетические и другие язвы роговицы трудно поддаются излечению и имеют рецидивирующее течение.

В целях профилактики язвы роговицы необходимо избегать микротравм глаза, соблюдать необходимые правила при использовании и хранении контактных линз, проводить превентивную антибактериальную терапию при угрозе инфицирования роговицы, проводить лечение общих и глазных заболеваний на ранних стадиях.

Список литературы:

1. «Глазные болезни. Полный справочник» Передерий В.А. – М.: Эксмо, 2008. – стр. 279-283;
2. <http://ilive.com.ua/health/diseases/bolezni-glaz-oftalmologiya/16015-yazva-rogovitsy>;
3. <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/ophthalmology/corneal-ulcer>.

Рецензия на работу

Селиховой Ольги Фёдоровны

«Язва роговицы».

По данным ВОЗ, среди причин, приводящих к утрате зрения роговичная слепота занимает 4 место (5,1%) после катаракты, глаукомы и возрастной макулярной дистрофии. По причинам временной нетрудоспособности воспалительные заболевания глаз составляют 80% , и в 50% являются причиной госпитализаций, а в 20-30% приводят к слепоте. Формирование бельм роговицы вследствие травм и воспалительных заболеваний различной этиологии приводит к инвалидизации по зрению. Язвы роговицы являются следствием первичной инфекции в 27,6%, и в 30,2 % возникают при развитии вторичной инфекции. Гнойная язва роговицы часто приводит к гибели глаза вследствие развития эндофтальмита.

В данном реферате достаточно точно описаны клиника, осложнения диагностика и дифференциальная диагностика, а также освещены прогноз и профилактика язв роговицы. Подобранные материалы структурированы, логичны и ёмкие, позволяют применить их в практике.

Таким образом, данная информация позволяет ознакомиться с этой актуальной темой врачам, непосредственно занимающимся решением данной проблемы.

Рецензент: д.м.н., профессор, заведующая кафедрой офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева, Козина Е.В.

