

ЗМІСТ

Передмова	11
Перелік умовних скорочень	13
Розділ 1. Організація надання медичної допомоги офтальмологічним хворим на первинному рівні	14
1.1. Роль сімейної медицини в сучасній охороні здоров'я	14
1.2. Організація надання допомоги пацієнтам зі скаргами на зниження зорових функцій у практиці сімейного лікаря	17
Розділ 2. Методи обстеження ока та придаткового апарату в практичній діяльності ЛЗП-СЛ	21
2.1. Діагностичні маніпуляції	21
2.2. Лікувальні маніпуляції	36
Розділ 3. Офтальмологічні синдроми, захворювання допоміжного апарату ока та кон'юнктиви, актуальні в практиці сімейного лікаря	45
3.1. Хвороби повік	45
3.2. Синдром червоного ока	62
3.3. Хвороба сухого ока	83
3.4. Хвороби слізних органів	91
Розділ 4. Травми ока та його придаткового апарату	102
Розділ 5. Бойові ураження ока та його придаткового апарату	110
Розділ 6. Зміни органа зору при загальних захворюваннях організму	113
6.1. Зміни органа зору при артеріальній гіпертензії	113
6.2. Зміни органа зору при цукровому діабеті	115
6.3. Зміни органа зору при атеросклерозі	122
6.4. Зміни органа зору при захворюваннях щитоподібної залози	123

6.5. Зміни органа зору при колагенозах.....	126
6.6. Зміни органа зору при остеохондрозі.....	127
6.7. Зміни органа зору при захворюваннях крові.....	128
6.8. Зміни органа зору при пухлинах головного мозку.....	129
6.9. Зміни органа зору при туберкульозі.....	131
6.10. Зміни органа зору при ВІЛ/СНІДі.....	132
Розділ 7. Глаукома в практиці сімейного лікаря.....	141
7.1. Скринінг офтальмогіпертензії.....	141
7.2. Первинна профілактика глаукоми.....	150
7.3. Основні види та прояви глаукоми.....	157
7.4. Загальні принципи лікування глаукоми.....	161
7.5. Гострий напад глаукоми: клініка, діагностика, невідкладна допомога.....	170
7.6. Участь сімейного лікаря в нагляді за хворими з глаукомою ...	172
Розділ 8. Ведення хворих із поступовою втратою зорових функцій.....	179
8.1. Хвороби кришталика в практиці сімейного лікаря.....	179
8.2. Атрофія зорового нерва.....	182
8.3. Вікові зміни сітківки (макулодистрофія).....	184
8.4. Пігментна дегенерація сітківки.....	187
Розділ 9. Раптова втрата зору в практиці сімейного лікаря.....	188
9.1. Тромбоз центральної вени сітківки та її гілок.....	188
9.2. Оклюзія центральної артерії сітківки та її гілок.....	190
9.3. Відшарування сітківки.....	191
9.4. Сонячний опік сітківки.....	192
Розділ 10. Медико-соціальна експертиза, інвалідність внаслідок офтальмологічної патології.....	197
Розділ 11. Очі та комп'ютер.....	202
Розділ 12. Фармакотерапія очних хвороб.....	208
Список рекомендованої літератури для поглибленого вивчення курсу офтальмології.....	255

РОЗДІЛ 3

ОФТАЛЬМОЛОГІЧНІ СИНДРОМИ, ЗАХВОРЮВАННЯ ДОПОМІЖНОГО АПАРАТУ ОКА ТА КОН'ЮНКТИВИ, АКТУАЛЬНІ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Захворювання допоміжного апарату ока зумовлюють близько 10 % первинних звернень зі скаргами на хвороби ока та придаткового апарату. Своєрідна анатомо-морфологічна будова повік, орбіти, близькість додаткових пазух носа визначають своєрідність запальних процесів, які, на жаль, можуть призводити не тільки до сліпоти, а й до смерті хворого. У даному розділі ми розглянемо лише ті нозологічні форми, що мають першочергове значення в повсякденній роботі лікаря загальної практики — сімейного лікаря.

3.1. Хвороби повік

Повіки належать до придаткового, або захисного, апарату ока, утворюють очну щілину, ширина та форма якої залежить від віку й спадкових особливостей кожної людини (рис. 3.1, 3.2*).

Вільні краї повік завтовшки близько 2 мм щільно прилягають один до одного. Вони мають переднє й заднє ребра, міжреберний (інтермаргінальний) простір. Переднє ребро містить цибулини вій.

В інтермаргінальний простір відкриваються вивідні протоки залоз хряща (мейбомієві залози), жирний секрет яких змашує краї повік, сприяючи їх щільному приляганню до очного яблука при зімкненні. Також секрет майбомієвих залоз бере участь у формуванні верхнього, третього, шару слізної плівки, що запобігає передчасному випаровуванню сльози.

* Кольорові рисунки див. на с. 96-101.

У нормі край нижньої повіки на 0,5–1 мм нижчий від лімба рогівки, а верхньої — на 2 мм прикриває верхній лімб. Шкіра повік дуже тонка, ніжна, бідна на жирову клітковину. Вона пухко з'єднана з тканинами, розташованими глибше. Особливості її анатомічної будови зумовлюють легке поширення набряків (в умовах місцевих запальних процесів, венозного стазу, деяких загальних захворювань, крововиливів).

Під шкірою лежить круговий (циркулярний) м'яз повіки (*m. orbicularis oculi*), окремі волокна цього м'яза досягають шкіри скронь, щік, брів спереду від лобового м'яза. Скорочуючись, м'яз закриває очну щілину. Під круговим (циркулярним) м'язом повіки розташований хрящ (*tarsus*) завдовжки 2 см, завширшки на верхній повіці 1 см, на нижній — до 0,5 см. Піднімання верхньої повіки (одночасно шкіри, хряща й кон'юнктиви) забезпечується скороченням м'яза — підіймача верхньої повіки (*m. levator palpebrae superior*), який починається поблизу зорового отвору орбіти, проходить під верхньою її стінкою й закінчується у верхній повіці (рис. 3.2).

Повіки мають густу мережу судин, що широко анастомозують і належать до двох систем: очної (гілка внутрішньої сонної) та верхньощелепної (гілка зовнішньої сонної) артерій. Щедра васкуляризація повік створює сприятливі умови для регенерації їх тканин у разі ушкодження або хірургічного втручання. Відтік венозної крові відбувається в кутову, слізну й зовнішню скроневі вени, у бік лицевих та орбітальних вен, між якими є анастомози. Клапанів вени не мають, тому кров циркулює в різних напрямках, а це може спричинити поширення запального процесу з повік (абсцес, ячмінь, флегмона), верхньої половини обличчя в орбіту й печеристу пазуху, а також зумовити розвиток гнійного менінгіту.

Чутливу іннервацію верхньої повіки здійснюють кінцеві гілки *r. ophthalmicus n. trigemini*, нижньої — *r. infraorbitalis* — від *r. maxillaris n. trigemini*. Останні досягають також шкіри бічної стінки носа, щоки й верхньої губи, нижньої частини слізного мішка й носослізного каналу.

Рухова іннервація повік забезпечується лицевим нервом, що іннервує круговий (циркулярний) м'яз, симпатичним та окооруховим нервами, що іннервують м'яз — підіймач верхньої повіки. При ураженні лицевого нерва круговий м'яз перестає працювати, розвивається лагофтальм (незмикання очної щілини). При порушенні функції м'яза — підіймача верхньої повіки виникає птоз (опущення верхньої повіки).

Активна роль повік у захисті очей проявляється їх рефлекторним зажмурюванням під дією яскравого світла, пилу, ядучих речовин тощо. Морганія сприяє проходженню сльози до внутрішнього кута очної щілини, зволоженню рогівки та видаленню дрібних сторонніх предметів з кон'юнктивального мішка й рогівки.

Лікар загальної практики — сімейний лікар має розпізнавати клініку хвороб повік, а також може здійснювати їх лікування (крім новоутворень). Патологія повік буває різного генезу: запалення, алергія, вроджені вади розвитку, функціональні порушення, новоутворення. Багато хвороб повік є проявами системних захворювань: туберкульозу, сифілісу, авітамінозу та інших.

За класифікацією хвороби повік бувають:

I. Вроджені: телекантус, епіблефарон, дистрихіаз, мадароз, трихомегалія, колобома, ентропіон, анкілоблефарон, аблефарія, блефарофімоз, мікроблефарон, атрофія, заворот, виворіт, птоз, новоутворення.

II. Набуті:

1. Аномалії розвитку й положення: виворіт, заворот, трихіаз, колобома, птоз.

2. Запальні: блефарит, мейбоміїт, халязіон, ячмінь, абсцес, флегмона.

3. Травми: контузії, непроникні поранення, проникні поранення, опіки лугами, опіки кислотами, опіки променеві.

4. Новоутворення:

а) доброякісні: нейрофіброматоз Реклінгаузена, епітеліома Боуена, пігментна ксеродерма, гемангіома, дермоїд, бородавки, шкірний ріг, папілома й інші;

б) злоякісні: рак шкіри повік і саркома.

3.1.1. Вроджені аномалії повік та їх лікування

Епікантус (Q10.3) — шкірна складка у внутрішньому (медіальному) куті очної щілини, вільним краєм закриває спайку повік, слізне м'ясе й слізні точки. Вада, як правило, двостороння. Деформує конфігурацію очної щілини. Може поєднуватися з уродженим птозом, косоокістю (рис. 3.3).

При діагностиці беруть до уваги клінічну картину, результати зовнішнього огляду, огляду у фокальному освітленні.

Необхідно проводити диференціальну діагностику зі спайкою повік. Патологія може бути сімейною.

Лікування оперативне, проводиться в умовах дитячого офтальмологічного стаціонару.

Блефарофімоз (Q10.3) — укорочення очної щілини. Клінічно визначається зрощення країв повік із зовнішнього кута ока при хронічних запаленнях слизової оболонки, особливо опіках, трахомі, коли на шкірній частині країв повік відбувається мацерація, що призводить до зростання позбавлених епітелію поверхонь (рис. 3.4). Нерідко ця аномалія поєднується з епікантусом і мікрофтальмом.

При діагностиці беруть до уваги клінічні прояви, результати зовнішнього огляду, огляду в боковому освітленні та при біомікроскопії.

Лікування оперативне, проводиться в умовах дитячого офтальмологічного стаціонару.

Дистрихіаз (Q10.3) — уроджена відсутність або недостатній розвиток мейбомієвих залоз, на місці яких знаходяться тонкі вій. Визначається наявність двох і більше рядів вій на кожній повіці — уздовж переднього ребра міжреберного простору повіки, а також по задньому її ребру. Додаткові ряди вій ростуть у напрямку, протилежному природному (до очного яблука), а тому натирають, подразнюють кон'юнктиву і рогівку, обумовлюючи розвиток запального процесу (рис. 3.5). Ця патологія є вродженою (домінантно детермінований тип наслідування).

При діагностиці беруть до уваги клінічну картину, результати зовнішнього огляду, огляду в боковому освітленні, біомікроскопії.

Лікування оперативне, в умовах дитячого офтальмологічного стаціонару.

Колобома повік вроджена (Q10.3) — вроджений дефект краю повік. Виявляється дефект, який проходить через усі шари повіки від краю до ділянки брів. Може бути локалізований на верхній повіці посередині або ближче до внутрішнього кута, на нижній повіці посередині або ближче до зовнішнього кута (рис. 3.6). Основа дефекту звернена до краю повік, форма дефекту трикутна, краї дефекту закруглені, покриті пушковим волоссям, можуть мати рудиментарні сальні й потові залози. Крім того, від краю колобоми до кон'юнктиви склери може тягнутися шкірний місток. Може зустрічатися декілька колобом на одній повіці. Колобома повік може бути єдиним проявом вродженої патології або однією з багатьох інших вад розвитку (заяча губа, щілинні дефекти носа, грижі живота, аномалії інших органів).

При діагностиці враховують наявність клінічних ознак, результати зовнішнього огляду, огляду в боковому освітленні та при біомікроскопії.

Лікування хірургічне, проводиться в умовах дитячого офтальмологічного стаціонару.

Заворот повік (Q10.2) — вроджений заворот повік виникає, як правило, через гіпертрофію маргінальних частин кругового м'яза повік, атарзію чи гіпоплазію хрящів повік, епіблефарон. Може бути одно- чи двостороннім, іноді буває сімейний (рис. 3.7). Зустрічається порівняно рідко й практично завжди на нижній повіці. При завороті вільний край повік завернутий у напрямку до очного яблука, через що він труть рогівку, викликаючи її подразнення, поверхневе запалення, і навіть можуть спричиняти розвиток виразки рогівки.

У молодому віці спастичний заворот може виникати при блефароспазмі, обумовленому захворюваннями рогівки. Крім того, спастичний заворот може бути при відсутності чи атрофії очного яблука, а також при глибоко запалих в орбіту очак унаслідок атрофії орбітальної клітковини. У людей похилого віку зі зниженим тургором шкіри розвивається набутий спастичний заворот повік.

Для діагностики важливою є клінічна картина, результати зовнішнього огляду, огляду в боковому освітленні, біомікроскопії.

Лікування хірургічне, в умовах офтальмологічного стаціонару.

Виворіт повік (Q10.1). Вроджений виворіт повік спостерігається дуже рідко. Може бути одно- чи двостороннім, частіше верхньої повіки. При легкому ступені вивороту відмічається тільки відставання краю повіки від очного яблука, що призводить (унаслідок неправильного розташування слізної точки) до постійної сльозотечі, мацерції шкіри та сприяє ще більшому посиленню вивороту повіки. У більш тяжких випадках повіка може бути цілком вивернута таким чином, що її край виявляється розташованим по нижньому краю орбіти. При постійному впливі зовнішніх подразників на вивернуту назовні кон'юнктиву її поверхня набуває вигляду епідермісу шкіри, кон'юнктива стає гіперемованою, гіпертрофічною (рис. 3.8).

Спастичний виворіт повік спостерігається при гострих і хронічних запаленнях слизової оболонки. Паралітичний виворіт розвивається при ураженні лицевого нерва разом з лагофтальмом. Крім того, набутий виворіт повіки може виникнути в людей похилого віку внаслідок атрофії кругового м'яза й підшкірної клітковини повік, рубцевих змін краю повіки й шкіри повік.

При діагностиці враховують клінічну картину, результати зовнішнього огляду, огляду в боковому освітленні, біомікроскопії.

Лікування хірургічне в умовах офтальмологічного стаціонару.

Птоз (Q10.0) — опущення верхньої повіки. Вираженість птозу може бути різною: від трохи помітного (частковий птоз) до повного прикривання очного яблука (повний птоз). Він може бути одно- чи двостороннім (рис. 3.9). Птоз частіше має яскраво виражений сімейно-спадковий характер. Ізольований птоз передається тільки домінантно, а в поєднанні з епікантизмом — і домінантно, і рецесивно. Розрізняють три ступені опущення верхньої повіки: I — верхня повіка прикриває верхню третину зіниці (частковий птоз), II — верхня повіка прикриває верхню половину зіниці (неповний птоз), III — верхня повіка прикриває всю ділянку зіниці (повний птоз). При неповному й двосторонньому птозі діти напружують лобовий м'яз і нахиляють голову назад, щоб створити більш сприятливі умови для поля зору («голова зіздаря»).

Виражений птоз може бути причиною амбліопії та співдружної косоокості. Досить часто порушується чутливість рогівки. У ряді випадків відзначається блефароспазм.

При діагностиці враховують клінічну картину, результати зовнішнього огляду, огляду в боковому освітленні.

Лікування хірургічне, в умовах офтальмологічного (дитячого) стаціонару.

3.1.2. Запальні захворювання повік

Ячмінь (H00.0) — гостре гнійне запалення волосяного мішечка сальної залози біля краю повік. Рецидивуючі ячмені свідчать про зниження резистентності організму (авітаміноз, анемія, хвороби обміну, діабет). Як правило, викликається гноєтворними мікробами, найчастіше стафілококом. Факторами, що сприяють їх розвитку, є: блефарит, хронічний кон'юнктивіт, недотримання правил особистої гігієни. Хворі скаржаться на гіперемію й набряк повік, болючість шкіри повік на дотик. Нерідко бувають головний біль, підвищення температури тіла. Клінічно на обмеженій ділянці поблизу краю повіки відзначається почервоніння, з болючою припухлістю. Запальний інфільтрат швидко збільшується, супроводжуючись набряком повіки, а іноді й кон'юнктиви очного яблука. На 2–3-й день інфільтрат гнійно розплавляється, верхівка припухлості набуває жовтуватого кольору (рис. 3.10). На 3–4-й день голівка ячменя проривається назовні з відторгненням некротизованих

тканин, після чого болючість зменшується, запальні явища стихають. Набряклість і гіперемія шкіри зникають до кінця тижня.

При діагностиці враховують клінічну картину, результати зовнішнього огляду, огляду в боковому освітленні, біомікроскопії. Диференціальна діагностика проводиться з блефаритом, мейбомітом, абсцесом повік, халязіоном.

Залишаються актуальним для пацієнтів та мають бути рекомендованими для ретельного дотримання заходи гігієни повік із щоденним очищенням шкіри повік, нормалізацією роботи сальних і мейбомієвих залоз та зняттям набряку, почервоніння. З цією метою можуть застосовуватися лікарські засоби, призначені для гігієни повік (наприклад, стерильний гель для гігієни повік, стерильні серветки для гігієни повік, просочені багатокомпонентним лосьйоном, без консервантів, можлива їх комбінація з традиційними щоденними засобами гігієни. Стерильні серветки для гігієни повік зручні тим, що при розпакуванні вже готові для застосування, після якого не треба додатково змивати (протирати) шкіру повік, вони не містять парабенів, консервантів та ароматизаторів, а тому рекомендовані навіть у дітей із 3-місячного віку. Ефект, якого необхідно досягнути для запобігання прогресуванню запалення повік, полягає в розчиненні та виведенні сухого відокремлюваного та кірок, що утворюються при інфекції повік, сприянні нормалізації роботи мейбомієвих залоз, заспокійливій та м'якій антисептичній дії для сприяння швидшому одужанню.

Лікування пацієнтів із запальними захворюваннями повік, зокрема з ячменем, розпочинають в амбулаторних умовах. Місцево застосовують очні краплі, сульфациетамід натрію, 0,01% розчин мірамістину, розчин хлорамфеніколу, розчин гентаміцину сульфату; очні мазі — сульфациетамід натрію 2% біброкатол, 0,3% офлоксацин, 1% тетрациклін; розчин моксифлоксацину гідрохлорид, розчин гатіфлоксацину, розчин левофлоксацину (5 мг/мл), розчин ципрофлоксацину, гентаміцину сульфат; змашування краю повік 1% спиртовим розчином брильянтового зеленого; всередину (*per os*) призначають полівітаміни з мікроелементами. Серед антибактеріальних препаратів на сьогодні найбезпечнішим залишається розчин левофлоксацину (5 мг/мл) та 0,3% розчин офлоксацину, які можуть бути призначені пацієнтам будь-якого віку (від народження до літнього віку), має широкий спектр антибактеріального впливу та дві форми випуску — краплі та мазь, що забезпечує додаткову зручність при виборі терапії з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів.

У стадії інфільтрації додатково може бути призначено сухе тепло, УВЧ на повіку, але як тільки з'явилася гнійна пробка, теплові процедури стають протипоказаними, а тому їх відмінюють.

При спробі видавити ячмінь може розвинутися флегмона орбіти, тромбоз орбітальних вен, а також тромбоз кавернозного синуса. Ці стани загрожують не тільки сліпотю, а й летальним кінцем, особливо тромбоз кавернозного синуса. Тому видавлювання ячменя є неприпустимим!

При рецидивуючих або множинних ячменях необхідно обов'язково визначити патогенну флору (провести дослідження гною з ячменя, що відкрився) та уточнити чутливість до антибіотиків; виключити цукровий діабет, анемію, авітаміноз.

При ячмені пов'язку накладати не можна. Навпаки, посилюють заходи з гігієни повік, що сприяють кращому очищенню поверхні шкіри від продуктів життєдіяльності та розпаду самих збудників, пошкодженого епітелію війкового краю повіки. Слід пам'ятати, що ячмінь може ускладнюватися хронічним кон'юнктивітом, флегмоною орбіти, тромбофлебітом орбітальних вен, рідко — тромбозом кавернозного синуса, гнійним менінгітом. При загрозі появи ускладнень ячменя (абсцедування, поява одночасно кількох ячменів) додатково призначають антибіотики, сульфаніламідні препарати всередину.

Прогноз при своєчасному й правильному лікуванні добрий.

Абсцес повік (Н00.0) — обмежене або розлите гнійне інфільтративне запалення тканин повік (рис. 3.11). Виникає внаслідок інфікування, пошкодження повіки, фурункула, хвороб придаткових пазух носа, захворювань кісток орбіти, сепсису.

Хворі скаржаться на набряк, почервоніння, болючість повіки, погіршення загального стану, підвищення температури тіла. Абсцес розвивається гостро з наростаючою розливою інфільтрацією підшкірної клітковини.

При огляді повіка набрякла, болюча при пальпації, шкіра її гіперемована, гаряча на дотик, напружена, поступово набуває жовтуватого відтінку. У стадії некрозу й розплавлення тканин з'являється флуктуація. Після мимовільного розкриття абсцесу й виділення гнійного вмісту запальні явища стихають. Може залишатися свищ.

Діагностика відбувається за клінічною картиною захворювання. До уваги беруться результати зовнішнього огляду, огляду в боковому освітленні, біомікроскопії, клінічного аналізу крові. Диференціальна діагностика проводиться з ячменем, виразковим блефаритом, мейбомітом.

Лікування розпочинають на ранніх стадіях захворювання, бажано в умовах стаціонару. Проводиться інтенсивна антибактеріальна терапія (моксифлоксацину гідрохлорид або тетрациклін або ципрофлоксацин та інші антибіотики широкого спектра дії; сульфаніламід). За наявності сформованого гнійного вогнища (флуктуація) показано провести розтин (паралельно краю повік, щоб не пошкодити м'язи повіки), за потреби — дренажування та промивання рани. При тяжкому перебігу лікування має відбуватися тільки в стаціонарі. При несвоєчасному лікуванні абсцес може ускладнюватися флегмоною повік, орбіти. Прогноз при вчасно розпочатому лікуванні добрий. Слід обов'язково з'ясувати першопричину абсцесу або флегмони (захворювання придаткових пазух носа, анемія, діатез, захворювання краю орбіти тощо).

Флегмона повік (H00.0) — гостре гнійне запалення підшкірної клітковини повіки з некрозом і розплавленням тканин (рис. 3.12). Розвивається в результаті травм, ускладнених інфікуванням тканин гноєтворними бактеріями, ячменя, фурункула повіки, виразкового блефариту, запальних процесів у орбіті, придаткових пазухах носа тощо. Флегмона повік може розвинути також метастатичним шляхом при різних інфекційних захворюваннях організму. Розрізняють обмежену й поширену флегмону повік. Обмежена флегмона перебігає так, як і абсцес повіки, але з більш різкими запальними явищами й більшою площею ураження. При поширеній флегмоні запальний процес захоплює ще більшу площу й може перейти з повіки на підшкірну клітковину обличчя, шиї, орбіти.

Хворі скаржаться на почервоніння, болі, набряк повіки, головний біль і підвищення температури тіла. Клінічно відзначається гіперемія, набряк і напружена шкіра повік; іноді повіки стають твердими на дотик; мають місце мимовільні болі й біль при пальпації повік, а також головний біль, підвищення температури тіла. Надалі настає флуктуація й розкриття гнійника.

Діагностика відбувається з урахуванням клінічної картини, результатів зовнішнього огляду, огляду в боковому освітленні, біомікроскопії, клінічного аналізу крові. Диференціальна діагностика проводиться з ячменем, абсцесом повік.

Лікування навіть на ранніх стадіях захворювання проводиться тільки в умовах офтальмологічного стаціонару. При несвоєчасному лікуванні процес може ускладнюватися флегмоною орбіти й септикопемією. Прогноз при вчасно розпочатому лікуванні добрий.

Фурункул краю повік (H00.0) — гостре гнійне запалення волосяного мішечка або потової залози. При огляді спостерігається вира-

жене запалення шкіри в ділянці фурункула, набряк повіки та прилеглої частини обличчя. Може стати причиною абсцесу та флегмони.

Діагноз ставлять з урахуванням клінічної картини, результатів зовнішнього огляду, огляду в боковому освітленні, біомікроскопії, клінічного аналізу крові. Диференціальна діагностика проводиться з ячменем, виразковим блефаритом, мейбомітом.

Для лікування застосовується: щоденна гігієна повік, інтенсивна антибіотикотерапія (як при абсцесі). Додатково після розкриття фурункула утворену виразку обробляють 1% спиртовим розчином брильянтового зеленого, зрошують розчином мірамістину, у кон'юнктивальний мішок вводять антибіотики в краплях (наприклад, 0,3% офлоксацин по 1–2 краплі 4 рази на добу).

Халязіон (Н00.1) — обмежене щільне округле утворення в товщі хряща повіки. Часто це результат хронічного проліферативного запалення хряща навколо місця закупорки мейбомієвої залози, що супроводжується розвитком грануляційної тканини, яка містить епітеліоїдні, гігантські клітини з ознаками некрозу. Як правило, розвивається повільно без яких-небудь запальних явищ. Хворі скаржаться лише на косметичне потовщення повіки (рис. 3.13).

При огляді визначається щільне округле, добре відмежоване пухлиноподібне утворення, не спаяне з незміненою шкірою, розміром від горошини до дрібної вишні, яке повільно й поступово збільшується, добре пальпується через шкіру, щільно спаяне із хрящем. При огляді з боку кон'юнктиви халязіон просвічує сіруватим кольором; слизова оболонка навколо стовщена й гіперемована. Дуже рідко невеликі халязіони розсмоктуються. Іноді халязіон мимовільно може розкриватися через кон'юнктиву з наступним розростанням навколо отвору плоских листовидних грануляцій.

Діагноз встановлюють з урахуванням клінічної картини, зовнішнього огляду, огляду методом бокового освітлення, біомікроскопії. Диференціальну діагностику проводять з мейбомітом, аденокарциномою мейбомієвої залози.

Лікування проводиться амбулаторно, як правило, халязіон рекомендують видаляти хірургічно. Оперативне втручання на амбулаторно-поліклінічному рівні проводить офтальмолог (розріз проводиться зі сторони кон'юнктиви). Крім того, халязіон можна зруйнувати шляхом введення у його товщу бетамезону, тріамцинолону, дексаметазону (0,2 мг 1–2 рази з тижневим інтервалом). Таку процедуру може провести тільки офтальмолог. Ін'єкцію можна зробити зі сторони шкіри чи кон'юнктиви, тримаючи при цьому шприц паралельно до повіки. Прогноз при лікуванні халязіону добрий.

Блефарит (H01.0) — хронічне запалення країв повік (рис. 3.14, 3.15).

Причини блефаритів численні, часто поєднані:

- забруднення повітря (механічне, токсичне);
- загальні захворювання (хронічні інфекційні й інфекційно-алергічні захворювання, анемії, глистяні інвазії, цукровий діабет, авітамінози, шлунково-кишкові захворювання);
- некореговані аномалії рефракції: гіперметропія, міопія, астигматизм;
- хронічні кон'юнктивіти, захворювання слізних шляхів;
- демодекоз — захворювання країв повік, спричинене кліщем демодексом.

Клінічно захворювання проявляється по-різному:

1. Простий блефарит: потовщення та почервоніння краю повік. Хворі скаржаться на свербіння в очах, прискорене мигання повік, стомлюваність очей при зоровому навантаженні.

2. Лускатий блефарит: край повіки, шкіра поблизу краю повіки, вії вкриті лусочками (як пластівцями). Під ними краї повік стовщені, гіперемовані. Кон'юнктива очного яблука та повік помірно гіперемована, виділення в невеликій кількості в кутах очної щілини слизистого характеру. Хворі скаржаться на постійне свербіння повік, відчуття засміченості, підвищену чутливість очей до пилу, штучного світла.

3. Виразковий блефарит: кірочки на краю повіки, під ними виразки, точкові абсцеси навколо основи вій (запалені волосяні мішечки). Скарги хворих подібні до скарг при лускатому блефариті, але більш виражені. Кон'юнктива набрякла, гіперемована, спостерігаються слизисто-гнійні виділення. Після видалення кірочок на краях повік залишаються ранки, що кровоточать. Видалення кірочок буває досить утрудненим, болючим, разом з ними видаляються й вії. Можливе нагноєння волосяних мішечків і сальних залоз.

4. Демодекозний блефарит: спостерігається запалення країв повік різної вираженості, муфтоподібне потовщення коренів вій, свербіння та неприємні відчуття в ділянці повік. Часто інфікування демодексом перебігає безсимптомно. Кліщ можна виявити в практично здорових осіб. У несприятливих умовах носійство проявляється блефаритом. Діагностувати демодекоз нескладно. Необхідний тільки мікроскоп. Видаляють 5–8 вій, вкладають на предметне скельце, змочують краплею води, покривають предметним скельцем. Мікроскопічно біля основи вії визначаються кліщі (їх розмір відносно великий — довжина 0,2–0,5 мм). Демодекоз — заразне за-

хворювання. Передача кліща відбувається через спільний рушник, подушку, щіточку для вій та ін. Часто демодекоз вій поєднується з таким же ураженням шкіри обличчя.

Діагностика блефаритів відбувається за клінічною картиною, результатами зовнішнього огляду, огляду в боковому освітленні, біомікроскопії. Диференціальна діагностика проводиться з кон'юнктивітами й мейбоміітом.

Лікування блефаритів проводиться амбулаторно. Необхідне обов'язкове лікування першопричини виникнення запального процесу повік.

Лікувальні процедури при блефариті включають:

— як мінімум щоденну, у гострий період — двічі на день гігієну повік, протирання реберного краю повіки стерильною серветкою для гігієни повік, просякнутою багатокомпонентним лосьйоном, без консервантів. У разі великої кількості лусочок, наприклад при себорейному блефариті, перед протиранням серветкою попередньо (на 2–3 хвилини) для розм'якшення лусочок з некротизованого епітелію повіки на неї наносять стерильний гель для гігієни повік без консервантів, а вже потім протирають стерильною серветкою;

— нормалізацію функцій мейбомієвих залоз (цьому сприяє масаж повік із попередніми тепловими процедурами в поєднанні із застосуванням стерильних серветок для гігієни повік, просякнутих багатокомпонентним лосьйоном, без консервантів та зволожуючих крапель для сприяння відновленню епітелію та зволоженню слизової ока (кон'юнктиви));

— відновлення оптимальної товщини сльозної плівки (застосування сльозозамінних препаратів гіалуронової кислоти для поповнення дефіциту сльози, оптимально на гелевій основі, або комбінації трегалози та гіалуронової кислоти);

— нормалізацію зволоження, якій сприяють сльозозамінні препарати: на водній основі (гіпромелоза, карбомер, декстран, натрію гіалуронат тощо); комбіновані препарати в поєднанні з декспантенолом (гіпромелоза, карбомер, декстран тощо); очні краплі з декспантенолом; препарати на основі гіалуронової кислоти, застосування яких забезпечує і тривале зволоження, і регенерацію епітелію;

— антибактеріальну та іншу спеціальну терапію, покликану подолати причину захворювання, знищити збудник інфекційного процесу, а отже, припинити захворювання (офлоксацин 0,3%), антибактеріальні краплі та мазь).

Показаннями для щоденного проведення гігієни повік є: *алергічні захворювання* ока та його придаткового апарату (наявність алергенів призводить до загострення симптоматики, рецидивів та може стати причиною неефективності лікування, натомість проведення гігієнічних процедур повік сприяє видаленню алергенів); *інфекційні блефарокон'юнктивіти* (засоби для гігієни повік розчиняють та виводять сухе відокремлюване та кірки, що утворюються при інфекції повік, покращують специфічну дію антибіотиків); *синдром червоних очей*, у тому числі при користуванні *контактними лінзами* (видалення жирів та сухих продуктів секрету з країв повік для запобігання інфікуванню та покращенню стану повік).

Місцево краї повік очищують від лусочок; при виразковому процесі видаляють кірочки після їх розм'якшення препаратами на гелевій основі (мазі із боратом натрію або з 2% біброкатолам), також можна наносити на краї повік антибактеріальні очні мазі на вибір: 0,3% офлоксацинова, 1% тетрациклінова, гентаміцинова тощо. Окремі офтальмологи вважають доцільним застосування дексаметазонової мазі.

При відсутності своєчасно призначеного лікування в поєднанні із щоденною гігієною повік можливий розвиток ускладнень: рубцювання, неправильний ріст вій, припинення росту вій. Також може розвиватися деформація війкових країв повік, їх потовщення, гіпертрофія, заворот. Грубі зміни країв повік можуть призводити й до ускладнень з боку рогівки. У випадку своєчасного лікування — прогноз добрий, при пізньому зверненні — тільки тимчасове полегшення. У періоді ремісії та задля профілактики рецидивів рекомендована гігієна повік за допомогою стерильного гелю для гігієни повік без консервантів або стерильних серветок для гігієни повік, просякнутих багатокомпонентним лосьйоном, без консервантів як мінімум 1 раз на добу ще декілька місяців після клінічного видужання.

Лікування *демодекозного блефариту* додатково включає застосування специфічних препаратів, таких як очна мазь метронідазол 10%, 2% біброкатол на краї повік. Гігієна повік доповнюється вмиванням обличчя дегтярним милом, ефективним є застосування стерильних серветок для гігієни повік, просякнутих багатокомпонентним лосьйоном, без консервантів. Рекомендованими є: обробка країв повік екстрактом календули, очні краплі: антисептик з екстрактом очанки лікарської, натрій бікарбонат 0,01%, розчин мірамістину по 1 краплі 3–4 рази протягом доби; замінники слюзи без консервантів, в тому числі комбіновані з декспантенолом або з

трегалозою сльозозамінні препарати, застосування яких забезпечує одночасний ефект зволоження та регенерації.

Щоб уникнути повторного самозараження, задля профілактики рецидивів, рекомендованою є тривала ретельна гігієна повік 1 раз на добу (із застосуванням стерильних серветок для гігієни повік, просочених багатокомпонентним лосьйоном, без консервантів). Необхідно ліквідувати обсіану кліщами косметику, виключити з раціону харчування гострі, копчені й солодкі страви, обмежити вживання алкоголю, відвідування сауни, бані.

Герпесвірусна інфекція (herpes simplex) (B00.5 + H03.1*) має, як правило, гострий початок з наступною появою на почервонілій та набряклій шкірі прозорих пухирців, що згодом перетворюються на кірочки (рис. 3.16).

Хворий скаржиться на печіння, поколювання в ураженій ділянці повіки.

Для діагностики має значення клінічна картина, результати зовнішнього огляду, огляду в боковому освітленні, біомікроскопії.

Для місцевого лікування герпесвірусної інфекції повік застосовують 1% спиртовий розчин брильянтового зеленого або 2% спиртовий розчин йодистого калію, якими обробляються пухирці на шкірі повік; на ділянку ураження наносять ацикловір або ганцикловір (мазь або крем); місцево інстиляції очних крапель: ідоксуридин; внутрішньо: ацикловір, імуностимулятори.

Оперізуючий лишай (herpes zoster) (B02.3 + H03.1*) — захворювання починається гостро, різким неврологічним болем. Потім на шкірі повіки й часто на рогиці утворюються пухирці. Усе це прояви вірусного ураження трійчастого нерва, циліарного та гассерова вузлів. Локалізація пухирців залежить від ураження вказаних нервових утворень. Частіше уражується верхня повіка. Вірусне ураження повік (поява пухирців) іноді спостерігається й при вітряній віспі та після щеплення від віспи. Хворий скаржиться на печію, поколювання в ураженій ділянці повіки. Іноді підвищується температура тіла. В уражених ділянках шкіри (лоба, повік, скроні) з'являється сильний біль, гіперемія і набряк, напівпрозорі пухирці, що не поширюються за серединну лінію обличчя.

Діагностика проводиться за клінічною картиною захворювання з урахуванням результатів зовнішнього огляду, огляду в боковому освітленні, біомікроскопії.

Для лікування пухирці обробляються 1% спиртовим розчином брильянтового зеленого або 2% спиртовим розчином йодистого калію; на ділянку ураження: ацикловір або ганцикловір

(мазь або крем); місцево інстиляції очних крапель: ідоксуридин; внутрішньо: імуностимулятори, ацикловір. Необхідно усунути провокуючі фактори — переохолодження, контакти тощо.

Контагіозний моллюк (V08.1 + H03.1*) — захворювання зумовлене фільтруючим вірусом (дерматотропний коксвірус Роха). На шкірі повік (частіше біля їх краю) утворюються вузлики жовтуватого кольору дископодібної форми (рис. 3.17). У їх центрі спостерігається заглиблення й точковий отвір, з якого при натисканні на вузлик виділяється його вміст. Вузлик може бути одиночним, або їх може бути багато. Розмір — від вухка голки до 1,5–2,0 мм (так званий гігантський моллюк).

Діагноз встановлюють за клінічною картиною, результатами зовнішнього огляду, огляду в боковому освітленні, біомікроскопії. Додатково при потребі призначається консультація дерматолога.

Лікування проводять амбулаторно. Вузлики слід видаляти (вишкрібання, діатермокоагуляція, припікання йодом або брильянтовим зеленим). Дрібний вузлик витискається пінцетом, вичищається його дно та припікається 1% спиртовим розчином брильянтового зеленого. Великі вузлики можна коагулювати. Захворювання заразне (контактний шлях передачі вірусу). Прогноз добрий. Може викликати хронічний кон'юнктивіт, блефарит, іноді — кератит.

Дерматит повіки алергічний (H01.1) — алергічна реакція може розвиватися: за швидким типом (кропивниця, ангіоневротичний набряк повік — набряк Квінке, алергічний дерматит); за сповільненим типом, через 6–12 годин (екзема шкіри повік, токсидермія шкіри повік). Причиною алергічних уражень шкіри повік можуть бути медикаменти, косметичні засоби для шкіри повік, брів та вій. Незапальний набряк повік зазвичай двобічний і поєднується з набряком інших частин тіла (рис. 3.18).

Діагноз встановлюється за клінічною картиною з урахуванням алергологічного анамнезу, результатів зовнішнього огляду, бокового освітлення, біомікроскопії.

Лікування алергічного дерматиту повік відбувається амбулаторно. Лікування поєднується із заходами гігієни шкіри повік, що дозволить ефективніше позбутися алергенів та зняти набряк, почервоніння шкіри повік. Для застосування при алергічних блефаритах пропонуються препарати без консервантів, парабенів та барвників, такі як стерильні серветки з натрієм гіалуронатом та екстрактом центели азіатської, щоб запобігти виникненню повторної алергічної реакції на інший медичний препарат або його консервант.

Місцево застосовують різні очні краплі — розчин мірамістину, розчин очанки лікарської, 0,3% офлоксацин, 0,3% розчин цинку сульфату, 2% розчин кромогліцјевої кислоти, 2% розчин кромоглікату натрію, 0,025% розчин кетотифену фумарату, 0,3% розчин сірчаноокислого цинку, 0,1% олопатадін, 2% краплі 0,5% або 2% розчин ектоїну; очні мазі — 2% біброкатол або 0,3% офлоксацин (для профілактики приєднання бактеріальної інфекції), для зняття симптомів гострого запального процесу — очна мазь з дексаметазоном; всередину призначають антигістамінні препарати (мебгідроліну, фексофенадіну гідрохлорід, лоратадин та інші); через їх властивість мати снодійний ефект препарати призначаються в основному на ніч.

3.2. Синдром червоного ока

При багатьох офтальмологічних захворюваннях очі можуть бути червоними. У медичній термінології почервоніння слизової ока (кон'юнктиви ока) називається ін'єкцією. Для кожного офтальмологічного захворювання, що супроводжується почервонінням ока, характерний свій вид ін'єкції, усього їх розрізняють три, а саме:

1. Кон'юнктивальна, або поверхнева, ін'єкція, що характерна для різних кон'юнктивітів (рис. 3.19). Вона характеризується яскравим почервонінням слизової, найбільше вираженим на периферії, з помірним зменшенням при наближенні до рогівки.

2. Глибока перикорнеальна (циліарна) ін'єкція є характерною для кератитів, увеїтів. Має вигляд віночка навколо рогівки фіолетового кольору, інтенсивність якого суттєво зменшується на периферії (рис. 3.20).

3. Змішана ін'єкція поєднує в собі ознаки поверхневої й глибокої. Характерна для запалення рогівки, райдужки, циліарного тіла, всіх оболонок ока, гострого нападу глаукоми, проникних поранень ока (рис. 3.20).

Розпізнавання й правильна діагностика різних ін'єкцій ока дозволить сімейному лікарю своєчасно надати допомогу пацієнту, встановити клінічний діагноз і призначити адекватне лікування або направити до офтальмолога в більш складних випадках перебігу офтальмологічного захворювання.