***I. Паспортные данные:***

Ф.И.О. больного:

Возраст больного:

Место жительства:

Образование: высшее

Профессия: экономист

***II. Жалобы со стороны органа зрения:***

снижение зрения вдаль и вблизи, светобоязнь (фотофобия: средняя), затруднение в размыкании век, ощущение «песка» в глазах, слезотечение.

***III. История глазного заболевания***

В течение 1 месяца страдает конъюктивитом. Больная обращалась за помощью к окулисту по месту жительства, однако назначенное лечение не дало положительных результатов, снизилась острота зрения.

С данными жалобами пациентка обратилась в РКОБ.

***IV. Наследственный анамнез:*** не отягощен

***V. Условия труда, быта, вредные привычки***

спокойная обстановка. Вредных привычек нет.

***VI. Состояние зрительных функций***

* *а) Острота зрения*

Vis. OD= 0,3 без коррекции Vis. OS= 0,4 без коррекции

* *Рефракция:*

Vis OD = (-4.5D)

Vis OS = (-5.0D)

* Периферическое зрение – не нарушено.
* *Цветоощущение*: нормальная трихромазия
* *Бинокулярное зрение*

**Состояние органа зрения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Наименование исследуемой функции глаза.* | ***Oculus dexter.*** | ***Oculus sinister.*** |
| ***Область орбиты.*** | Края орбиты: Края орбиты гладкие (дефекты, бугристость, припухлость, крепитация отсутствуют), при пальпации безболезненные.Положение глаз в орбите: ортофория (правильноеположение)глазное яблоко обычного размера, шаровидной формы, положение правильное, движения в полном объеме, безболезненные, равномерные.* При максимальном отклонении

глазного яблока кнаружи – наружный край роговицы доходит донаружной спайки век* Кнутри – до области слезного мясца
* При взгляде книзу – за краем нижнего века больше половины роговицы
* При взгляде вверх – роговая оболочка заходит за край верхнего века приблизительно на 2 мм.

Конвергенция симметрична. | Края орбиты: Края орбиты гладкие (дефекты, бугристость, припухлость, крепитация отсутствуют), при пальпации безболезненные.Положение глаз в орбите: ортофория (правильноеположение)глазное яблоко обычного размера, шаровидной формы, положение правильное, движения в полном объеме, безболезненные, равномерные.* При максимальном отклонении

глазного яблока кнаружи – наружный край роговицы доходит донаружной спайки век* Кнутри – до области слезного мясца
* При взгляде книзу – за краем нижнего века больше половины роговицы
* При взгляде вверх – роговая оболочка заходит за край верхнего века приблизительно на 2 мм.

Конвергенция симметрична. |
| ***Веки*** | Переднее и заднее ребро* Форма:

Переднее – слегка закруглено, вдольрастут ресницыЗаднее – острое, плотно прилежит кглазному яблоку.* рост ресниц:

правильный, ресницы растут кнаружи, верхние ресницы загибаются концамкверху, нижние – книзу.* Интермаргинальное пространство

В норме, дефектов нетНовообразований нетКожа верхнего века слабо гиперемирована. Край века шириной 2 мм. Глазная щель длиной 27 мм, шириной 8 мм. | Переднее и заднее ребро* Форма:

Переднее – слегка закруглено, вдольрастут ресницыЗаднее – острое, плотно прилежит кглазному яблоку.* рост ресниц:

правильный, ресницы растут кнаружи, верхние ресницы загибаются концамкверху, нижние – книзу.* Интермаргинальное пространство

В норме, дефектов нетНовообразований нетКожа век слабо гиперемирована. Край века шириной 2 мм. Глазная щель длиной 27 мм, шириной 8 мм. |
| ***Конъюнктива*** | Конъюнктива:– верхнего и нижнего века умеренно гиперемирована;– нижняя переходная складка инфильтрированная, складчатая с мелкими фолликулами и точечными кровоизлияниями.– смешенная инъекцияОтделяемое скудное слизистое | Конъюнктива:– верхнего и нижнего века умеренно гиперемирована;– нижняя переходная складка инфильтрированная, складчатая с мелкими фолликулами и точечными кровоизлияниями.– смешенная инъекцияОтделяемое скудное слизистое |
| ***Слезопроводящий аппарат*** | * а) Слезная железа:

осмотр области проекции слезной железы: кожа не изменена, припухлости не отмечается, при пальпации безболезненна.Отмечается слезотечение.* *Функциональная деятельность:*

(проба Ширмера) = 1.6 смб) Слезные точкипогружены в слезноеозер, толщиной с булавкув) Слезные канальцыПроба ВестаКанальцевая – положительнаяНосовая – проба положительная* Слезный мешок:

Кожа в области проекциислезного мешка не измененаслезной мешок пуст, принадавливании из слезныхточек отделяемого нет. | а) Слезная железа:осмотр области проекции слезной железы: кожа не изменена, припухлости не отмечается, при пальпации безболезненна.Отмечается слезотечение.Функциональная деятельность: (проба Ширмера) = 1.6 смб) Слезные точкипогружены в слезноеозер, толщиной с булавкув) Слезные канальцыПроба ВестаКанальцевая – положительнаяНосовая – проба положительная* Слезный мешок:

Кожа в области проекциислезного мешка не измененаслезной мешок пуст, принадавливании из слезныхточек отделяемого нет. |
| ***Склера*** | Склера белого цвета, поверхность гладкая. Отмечается умеренная смешанная инъекция. | Склера белого цвета, поверхность гладкая. Отмечается умеренная смешанная инъекция. |
| ***Роговица*** | субэпителиальные округлые монетовидные инфильтраты серого цветаЗеркальность: снижена, форма: сферичная,сосудов нет.Чувствительность резко снижена,горизонтальный размер –10 мм,вертикальный – 11 ммповерхность гладкая, отечности нет | на поверхностном слое роговицы располагаются инфильтраты монетовидной формы серого цветазеркальность: снижена, форма: сферичная сосудов нетЧувствительность резко снижена,горизонтальный размер –10 мм,вертикальный – 11 ммповерхность гладкая, отечности нет |
| ***Передняя камера глаза*** | Глубиной 3 мм, влага передней камеры прозрачна. | Глубиной 3 мм, влага передней камеры прозрачна. |
| ***Радужка*** | Радужка карего цвета, рисунок четкий, пигментная кайма зрачка сохранена. Зрачок в центре радужки, круглый, 4 мм в диаметре. Прямая, содружественная реакции зрачка на свет, а также на конвергенцию живая. | Радужка карего цвета, рисунок четкий, пигментная кайма зрачка сохранена. Зрачок в центре радужки, круглый, 4 мм в диаметре. Прямая, содружественная реакции зрачка на свет, а также на конвергенцию живая. |
| ***Хрусталик*** | Хрусталик нормального размера, прозрачныйФорма: двояковыпуклая линзаПоложение: правильное | Прозрачный, положение правильное. |
| ***Рефлекс с глазного дна*** | Розовый, стекловидное тело прозрачное. | Розовый, стекловидное тело прозрачное. |
| ***Глазное дно*** | Диск зрительного нерва бледно-розового цвета, границы четкие, калибр и ход сосудов не изменен,В области желтого пятна и на периферии сетчатки патологические изменения не определяются. | Диск зрительного нерва бледно-розового цвета, границы четкие, калибр и ход сосудов не изменен,В области желтого пятна и на периферии сетчатки патологические изменения не определяются. |
| ***Внутриглазное давление пальпаторно*** | В пределах нормы. | В пределах нормы. |
| ***Поле зрения.******Цвет объекта белый, размер объекта – 3 мм*** |  |  |

**Предварительный диагноз:** Oculus dexter et sinister: Эпидемический фолликулярный кератоконъюктивит.

Дифференциальный диагноз

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***признаки*** | ***Бактериальный кератит*** | ***Грибковый кератит*** | ***Герпетический кератит*** | ***Эпидемический******фолликулярный******кератоконъюнк******тивит (ФЭКК)*** |
| ***Возбудитель*** | Стрептококк, стафилококк, пневмококк, синегнойная палочка | Актиномицеты, плесневые и дрожжевые грибки | Вирус Herpes simplex | Аденовирусы типа 8 |
| ***сезонность*** | Лето, осень | Лето, осень | Осень, зима | Лето, осень |
| ***КЛИНИКА*** |
| ***Инъекция сосудов переднего отдела глаза*** | Резкая смешанная | Чаще цилиарная, нерезкая | Чаще нерезкая, смешанная | Чаще смешанная, конъюктива гиперемирована |
| ***Основной морфологический элемент*** | Инфильтрат, язва | Инфильтрат плотный, сухой | Пузырёк, склонный к слиянию | Инфильтрат |
| ***форма*** | полиморфная | Округлая, нитевидная | Чаще древовидная, реже точечная, дисковидная | Точечная, монетовидная |
| ***цвет*** | Жёлто-зелёный | Желтовато-белый | серый | серый |
| ***Глубина расположения элементов*** | Глубокие слои | Поверхностные, средние | Поверхностные – (при древовидном) и глубокие | поверхностное |
| ***васкуляризация*** | Отсутствует или слабая | отсутствует | Выражена только при первичном | Не выражена |
| ***Чувствительность роговицы*** | Снижена в области язвы | сохранена | Резко снижена | снижена |
| ***Длительность заболевания*** | 2–3 недели | До устранения причины | В среднем 1–3 месяца | До 2 месяцев |
| ***рецидивы*** | отсутствуют | возможны | частые | возможны |
| ***Поражение других органов и систем*** | Как правило, отсутствует | Часто грибковое заболевание кожи | Характерные везикулёзные высыпания на коже и слизистых оболочках, ринит, стоматит. | Увеличение, болезненность предушных, реже подчелюстных лимфатических узлов |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии****оценки** | **Бактериальные****кератиты** | **Вирусные****кератиты** | **Кератиты специфической****этиологии** |
| Наружныйосмотр, методбоковогоосвещения,комбинирован-ный метод | На фоне общегоотека эпителия истромы, сниженияпрозрачности, отсутствия блескароговицы, имеется гнойнаяинфильтрация,подвергающаяся вдальнейшемраспаду собразованием язвыроговицы. | Отек роговицы менее выражен, инфильтраты серогоцвета, множественные мелкие, расположеныв цепочку, эрозияобласти расположенияинфильтратов, красится в виде причудливыхрисунков. | Отек не всегда выражен,частично вначале сохраняетсяблеск, в дальнейшем отекусиливается, на этом фонепросматривается единичныеили многочисленные глубокорасположенные инфильтратыразличной интенсивности,серого или желтого цвета. |
| В проходящемсвете | Свечение зрачказависит отрасположения,интенсивностипоражения роговицы. | Свечение зрачкаслабое. На фоне свечения возможныетемные нити.слабого свечения. | При единичных инфильтратахтемные очаги на фоне |
| Биомикроскопия | В периодвозникновенияинфильтрата, естьнебольшоевозвышение надроговицей. В периодраспада появляетсяуглубление вроговице систончением вцентре сперифокальнойинфильтрацией(образование язвы).Вне язвы, роговицаобычно утолщается,часто отмечаютсяповерхностныесосуды. | Роговица отечная,отмечаются складкидесцеметовойоболочки, почтиравномерноеутолщение. Почтиотсутствуютновообразованныесосуды. | Роговица утолщается не-равномерно. В областиинфильтратов oтмечаетсярезкое утолщение,выраженный десцеметит. Час-то наблюдается глубокаяваскуляризация, иногдасочетается с поверхностной |

**Конъюнктивиты при общих инфекционных заболеваниях**

**Инфекционное заболевание**

**Его проявления**

**1. Ветряная оспа** Сопровождается катаральным конъюнктивитом с высыпанием пузырьков на конъюнктиве хряща и межреберном пространстве. Последние изъязвляются, образуются рубчики.

**2. Корь** Гиперемия конъюнктивы, слизисто-серозное отделяемое. Конъюнктивит резко усиливается в период появления сыпи на конечностях и туловище (4-ый день болезни).

**3. Пузырчатка (пемфигус)**

Высыпанию пузырьков предшествует вязкое обильное отделяемое. Пузырьки не только на конъюнктиве, но и на других участках лица и туловища. Заболевание относится к группе муко-кутанно-окулярных заболеваний. После вскрытия пузырьков обнаженная поверхность покрывается белесовато-сероватым налетом, кровоточит, страдает роговица, образуются симблефароны.

**Окончательный диагноз:** Oculus dexter et sinister: Аденовирусный кератоконъюктивит (эпидемический фолликулярный кератоконъюктивит).

фолликулярный кератоконъюктивит эпидемический лечение

**Лечение**

* Гамма-глобулин в/м по 2–3 мл или под конъюнктиву по 0,5 мл – 3–5 инъекций через 2- 3 дня,
* местно инстилляции 0,1–0,5% раствора ДНК-азы,
* человеческий лейкоцитарный интерферон в каплях (150–200 ЕД активности)
* 0,1% раствора амантадина по 4–6 раз в день,
* закладывание за веки 0,5% теброфеновой мази 3–4 раза в день.
* сперсаллерг или полинадим 2–3 раза до 10 дней далее опатанол или задитен 2 раза
* лоратадин х 1 таб на ночь
* циклоферон по схеме: в/м или внутрь 5–10 дней
* Лайфферон в/м 900 тыс. ед., п/кожу виска по 70 тыс. ЕД и 60 тыс. ЕД капельно 3–5 дня.
* Полудан п/кожу виска 100 ед 3–10 инъекций до рассасывания инфильтратов.
* поливитамины

**Прогноз**

При активном лечении прогноз благоприятный – через 2–4 недели наступает рассасывание инфильтрата. Характерно рецидивирующее течение, с частотой обострения примерно раз в 6 лет.

**Рекомендации**

Избегать переохлаждений. Во время эпидемических вспышек ОРВИ принимать меры профилактики.

**Профилактика**

При подозрении на эпидемический аденовирусный кератоконъюнктивит или при первых случаях заболевания необходимо локализовать- инфекцию и предупредить ее распространение. Основное внимание должно быть уделено профилактическим мероприятиям в глазных кабинетах поликлиник и в глазных стационарах. Необходима изоляция больных и контактировавших. Инсталляция капель, закладывание мазей должны проводиться стерильными пипетками и стеклянными палочками разового пользования с последующим кипячением в течение 15–20 мин. Инструменты, не подлежащие термической стерилизации, обеззараживают выдерживанием в 5% растворе фенола или 4% растворе пероксида водорода с удалением остатков дезинфектантов с их поверхности спиртом и стерильной ватой. Во время процедур при оттягивании век для предупреждения возможности передачи инфекции руками медперсонала рекомендуется пользоваться палочками с ватными тампонами. Помещение дезинфицируется влажной уборкой с 1% раствором хлорамина, проветривается и кварцуется. При массовом заражении отделение закрывается на карантин. В глазных кабинетах амбулаторий проводятся аналогичные профилактические мероприятия с отдельным приемом больных с конъюктивитами. Глазные процедуры (массаж век, тонометрия, гоноскопия и пр.) запрещаются. Неотложные манипуляции выполняются тщательно простерилизованными инструментами с соблюдением особых мер предосторожности. Больные должны быть предупреждены о высокой заразности эпидемического кератоконъюнктивита и необходимости усиления самоконтроля за личной гигиеной.

Лечение вирусных конъюнктивитов заключается в местном применении антивирусных средств. Из средств неспецифической противовирусной иммунотерапии назначают