СИНДРОМ КРАСНОГО ГЛАЗА

В.Е. Корелина

Общество с ограниченной ответственностью «Американская медицинская клиника»,
Санкт-Петербург;
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

© В.Е. Корелина, 2020

В лекции для врачей общей практики дана характеристика заболеваний, входящих в синдром красного глаза. Предложено деление синдрома красного глаза на две подгруппы: без снижения зрительных функций и со снижением зрения. Описаны основные классификационные схемы этих заболеваний. Изложены принципы дифференциальной диагностики, отражены способы лечения и оказания неотложной помощи основных заболеваний, которые могут проявляться покраснением глаза.

Ключевые слова: синдром красного глаза; конъюнктивит; кератит; синдром сухого глаза.

SYNDROME OF RED EYE

V.E. Korelina

American Medical Clinic, Saint Petersburg, Russia;
North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

In a lecture for general practitioners, a characteristic of diseases which are included in the red eye syndrome. The division of the red eye syndrome into two subgroups is proposed: without a decrease in visual functions and with a decrease in vision. The main classification schemes of these diseases are described. The principles of differential diagnosis are stated methods of treatment and emergency care of the main diseases that can be manifested by redness of the eye are reflected.

Keywords: red eye syndrome; conjunctivitis; keratitis; dry eye syndrome.

Понятие «синдром красного глаза» объединяет большую группу глазных заболеваний, сопровождающихся характерным клиническим признаком — гиперемией слизистой оболочки глаза (конъюнктивы).

Наиболее часто на общем приеме больные жалуются именно на покраснение глаз. К сожалению, нередко врачи к этому относятся без должного внимания. Красноту глаз ошибочно воспринимают как результат переутомления, несоблюдения режима работы за компьютером, следствие нарушений сна.

Между тем синдром красного глаза — сигнал тревоги, признак очень многих серьезных заболеваний глаза. Он может быть достоверным признаком патологии, при которой необходима экстренная специализированная помощь.

Чтобы врачам общей практики легче было ориентироваться в структуре этого многоликого синдрома, мы условно подразделяем его на две группы:

- без снижения зрения;
- со снижением зрения.

К синдрому красного глаза без снижения зрительных функций относят заболевания:

- век;
- слезных органов;
- конъюнктивы;
- склеры.

Синдром красного глаза со снижением зрительных функций включает:

- кератиты;
- иридоциклиты;
- острый приступ закрытоугольной глаукомы;
- травмы и ожоги глаз и век.

Среди заболеваний век самыми частыми являются:

- аллергический дерматит век (аллергический блефароконъюнктивит);
- блефарит;
- ячмень (наружный и внутренний);
- халязион;
- абсцесс и флегмона века.

Аллергический дерматит век, или аллергический блефароконъюнктивит

Острое эритематозно-экссудативное заболевание кожи век. Характерны нарастающие гиперемия и отек кожи век, нередко сопровождающиеся зудом. Как правило, процесс носит двусторонний характер. Возможна мацерация в углах глазной щели. Может возникать хемоз (выраженный отек) конъюнктивы.

Лечение:

- устранить действие аллергена;
- назначить антисептические растворы: бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний (Окомистин), пиклоксидин (Витабакт);
- назначить глюкокортикостероиды (в виде глазных мазей и капель): гидрокортизоновая глазная мазь 1 %, флуцинолон (Флуцинар), десонид (Пренацид), 0,1 % раствор дексаметазона (иногда, при необходимости, возможно применение растворов для внутривенного введения);
- назначить антигистаминные средства в виде глазных капель — олопатадин (Опатадол) и внутрь — лоратадин (Кларитин), цетиризин (Зиртек).

Блефарит

Хроническое двустороннее воспаление краев век. Возникает вследствие целого ряда причин:

- некорригированных или неправильно корригированных близорукости, дальнозоркости или астигматизма;
- хронического конъюнктивита и дакриоцистита;
- гигиенических факторов (несоблюдение такой необходимой процедуры, как снятие макияжа перед сном; постоянное использование накладных ресниц).

Отказываясь от очков, пациенты часто прищуриваются, чтобы сфокусироваться на каком-то изображении. Мышцы век сокращаются, способствуя избыточному выделению секрета мейбомиевых, сальных и добавочных слезных желез. Секрет скапливается у ресничного края век и служит хорошей питательной средой для микроорганизмов, фоном для активизации и размножения клеща *Demodex*, живущего в волосяных фолликулах ресниц.

Различают следующие формы блефаритов: простой, чешуйчатый и язвенный.

Простой блефарит сопровождается зудом, ощущением засоренности в глазах, быстрой утомляемостью при зрительной нагрузке, умеренным покраснением краев век. Продукты жизнедеятельности клещей скапливаются и обра-

зуют так называемые «муфты» вокруг корней ресниц, что со временем приводит к их обламыванию.

Чешуйчатый блефарит характеризуется выраженной гиперемией и утолщением краев век, появлением «чешуек», напоминающих перхоть между ресницами.

Язвенный блефарит возникает при инфицировании стафилококками фолликулов ресниц, желез Цейса и Моля. Появляются желтоватые корки у корней ресниц (засохший гнойный секрет сальных желез), после удаления которых остаются кровоточащие язвочки. Осложнения: трихиаз (неправильный рост ресниц), мадароз (отсутствие ресниц).

Лечение:

- выявление и устранение причин;
- массаж и туалет век;
- применение антибактериальных глазных капель и мазей.

Ячмень

Острое гнойное воспаление волосяного фолликула ресницы или сальной железы у корня ресниц. Заболевание вызывают стрептококки или стафилококки (наиболее часто — золотистый стафилококк). Диагноз устанавливают на основании данных анамнеза и характерной клинической картины.

Сначала появляется инфильтрат у края века, потом возникают болезненность, отек; гиперемия и отек нарастают в течение 1–2 дней; ко 2–3-му дню формируется гнойная головка; на 3–4-й день микроабсцесс вскрывается с отторжением гнойного стержня; к концу недели симптомы воспаления исчезают.

Лечение ячменя проводят антибактериальными препаратами в глазных каплях и мазях (предпочтительно содержащих аминогликозиды или фторхинолоны 3–4-го поколения):

- антибиотики в каплях 4 раза в день: моксифлоксацин (Вигамокс), левофлоксацин (Офтаквикс);
- мазь с антибиотиками (за нижнее веко) 2–3 раза в день (эритромициновая, гентамициновая).

При часто рецидивирующих ячменях необходимо проверять уровень глюкозы крови, выполнять обследование на демодекоз.

Следует помнить, что ни в коем случае ячмень нельзя выдавливать.

Не рекомендуют также использовать контактное тепло.

Осложнения, возникающие при выдавливании и прогревании ячменя: флегмона века, флегмона орбиты, тромбоз вен орбиты, тромбоз кавернозного синуса, гнойный менингит (редко).

Халязион

Хроническое пролиферативное воспаление хряща вокруг мейбомиевой железы. Имеет вид плотного образования округлой формы, не спаянного с окружающими тканями. Локализуется в толще века. В отличие от ячменя халязион не связан с волосяными фолликулами ресниц и находится в отдалении от ресничного края века.

В первые 5–7 дней в зоне формирования халязиона отмечаются выраженная болезненность, гиперемия и отек. В дальнейшем при пальпации становится безболезнен. Виден не только со стороны кожи, но и со стороны конъюнктивы.

Лечение проводят глюкокортикоидами в каплях и мазях (0,1 % раствор дексаметазона 4 раза в день 5–7 дней). При отсутствии эффекта выполняют инъекцию в полость халязиона кортикостероидов пролонгированного действия (бетаметазон — Дипроспан, Флостерон) или прибегают к оперативному лечению.

Абсцесс и флегмона век

Абсцесс — ограниченное гнойное воспаление века. Флегмона — разлитое инфильтративно-гнойное воспаление века.

Заболевание возникает вследствие инфицирования ран в области век и надбровья (травмы, эпиляция бровей), перехода воспалительного процесса с окружающих структур (синуситы, флегмона орбиты, ячмень, язвенный блефарит) или метастатического заноса инфекции из других очагов (сепсис).

Наиболее частыми возбудителями абсцесса и флегмоны век являются грамположительные кокки (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*) или анаэробы.

Больные жалуются на чувство напряжения и спонтанную боль в области век. Пальпация век болезненна. Глазная щель резко сужена или закрыта из-за выраженного отека века. Кожа века напряжена, без складок, блесит. Отмечаются гиперемия и гипертермия кожи век. При абсцессе в центре инфильтрации — участок размягчения и флюктуации. Регионарные лимфоузлы увеличены, при пальпации болезненны. На фоне развития воспаления появляются недомогание, головная боль и другие симптомы общей интоксикации, повышается температура тела. При абсцессе, в отличие от флегмоны века, температура тела нормальная.

Абсцесс и флегмона века являются показанием для экстренной госпитализации в офтальмологический стационар, где выполняют хирургическое лечение: вскрытие и дренирование, с последующей терапией антибиотиками.

Острый дакриоцистит

Острый дакриоцистит — это воспаление слезного мешка. Развивается на фоне облитерации или стеноза носо-слезного канала. Нарушение оттока слезы способствует развитию в слезном мешке патогенной флоры (чаще стрептококковой или стафилококковой). Часто острому дакриоциститу предшествует слезотечение, а иногда и гнойное отделяемое, продолжающееся в течение нескольких месяцев. Характерны жалобы на боль, покраснение кожи у внутренней спайки век. Объективно определяются отек век, сужение глазной щели, гиперемия и отек слезного мясца, конъюнктивы и полулунной складки, отек в проекции слезного мешка, выраженная локальная болезненность в области слезного мешка (у внутренней спайки век), слезотечение. При надавливании на область слезного мешка из слезных точек выделяется гнойное отделяемое. Пальпация резко болезненна. На высоте воспалительного процесса через кожу просвечивает инфильтрированный гной слезный мешок. Затем инфильтрация размягчается, появляется флюктуация. Повышается температура тела, возникает слабость и головная боль.

Может сформироваться абсцесс, который иногда самопроизвольно вскрывается. При отсутствии своевременной помощи образуется фистула, через которую выделяется слеза.

Лечение дакриоцистита может заключаться в зондировании и промывании носо-слезного канала антисептическими растворами, применении антибактериальных капель. При неэффективности показано проведение дакриоцистопластики или дакриоцисториностомии. Пациент с острым дакриоциститом должен быть госпитализирован в глазной стационар по экстренным показаниям.

Острый дакриoadенит

Острый дакриoadенит — острое воспаление слезной железы.

Эндогенные инфекции: бактерии (стафилококк, стрептококк), вирусы (эпидемического паротита, герпеса, гриппа, цитомегаловируса, инфекционного мононуклеоза).

Процесс чаще односторонний, но может быть и двусторонним, особенно при паротите. Заболевание начинается остро с выраженной болезненности, отека и покраснения кожи верхнего века в наружном отделе.

Вследствие отека наружный край века опущен, в результате чего веко приобретает характерную S-образную форму. В тяжелых случаях из-за сильного отека глазное яблоко может сместиться книзу и к носу, подвижность его ограничена кверху и кнаружи, в результате этого появляется двоение. Пальпация в области

железы очень болезненна. В процесс могут вовлекаться регионарные лимфоузлы, тогда отечность распространяется на всю половину лица и глазная щель полностью закрывается. Очень редко может произойти нагноение слезной железы и образоваться абсцесс. Гораздо чаще заболевание протекает доброкачественно, и инфильтрат подвергается обратному развитию в течение 10–15 дней.

Лечение:

- лечение основного заболевания;
- системное применение антибиотиков, антигистаминных и противовоспалительных препаратов;
- местное введение в область слезной железы противовоспалительных средств;
- вскрытие абсцесса, его последующее дренирование и наложение гипертонических повязок при необходимости;
- срочная консультация офтальмолога.

Заболевания конъюнктивы

Классификация конъюнктивитов

I. По этиологии.

1. Инфекционные:

- бактериальные;
- вирусные;
- хламидийные.

2. Аллергические:

- поллинозный;
- лекарственный.

3. Дистрофические:

- сухой кератоконъюнктивит (синдром сухого глаза);
- птеригиум (крыловидная плева).

II. По течению — острые и хронические.

Конъюнктивит — это воспаление конъюнктивы, характеризующееся гиперемией и отеком, отделяемым, образованием на поверхности конъюнктивы фолликулов или сосочков. Конъюнктивит может сопровождаться отеком, гиперемией и зудом век (блефароконъюнктивит), протекать с поражением роговицы (кератоконъюнктивит). При вовлечении в воспалительный процесс роговицы зрение всегда снижается.

Конъюнктивиты составляют около 30 % всей офтальмологической патологии, они являются основными клиническими формами глазной инфекции — 66,7 % общего числа больных с воспалительными заболеваниями глаз. Диагноз обычно ставят на основании данных анамнеза и клинической картины.

Тщательно собранный анамнез, как правило, помогает определить этиологию конъюнктивита. Если заболевание появилось на фоне острой респираторной вирусной инфекции или контакта с вирусоносителем, наиболее вероятно, что это вирусный конъюнктивит.

Если заболевание носит сезонный характер (например, только в период цветения), проявляется системной аллергической реакцией, появилось сразу после использования нового косметического средства — это аллергический конъюнктивит.

Если незадолго до воспаления произошла микротравма — попали в глаз песок, инородное тело, хлестнуло веткой дерева по лицу, то чаще всего возникает бактериальный конъюнктивит.

Посещение бассейнов, бань с купелями ассоциировано с риском заражения хламидийной инфекцией. Об этой этиологии конъюнктивита может также говорить наличие хронического урогенитального воспаления.

Необходимо также помнить, что носители контактных линз составляют группу повышенного риска развития инфекционно-воспалительных осложнений. При нарушении режима ношения и/или графика замены, повторном использовании однодневных линз, несоблюдении гигиенических требований существует большая вероятность возникновения бактериального конъюнктивита.

Основные субъективные признаки конъюнктивита: чувство инородного тела (песка), жжение и зуд, слезотечение, отделяемое из конъюнктивальной полости.

Основные объективные признаки конъюнктивита следующие.

1. Конъюнктивальная или смешанная инъекция глазного яблока, гиперемия конъюнктивы век.

2. Отделяемое:

а) прозрачное (серозное) — характерно для острых аллергических или вирусных конъюнктивитов (рефлекторное увеличение секреции слезы и серозная экссудация);

б) слизистое — обычно сопровождает аллергические (поллинозные) или вирусные конъюнктивиты;

в) гнойное — при остром бактериальном конъюнктивите;

г) слизисто-гнойное — подострый бактериальный, хламидийный.

3. Отек конъюнктивы (хемоз).

4. Фолликулез (фолликулы выглядят как округлые выпуклости на поверхности конъюнктивы век и переходных складок). Их диаметр обычно составляет 1–2 мм. Образование фолликулов обусловлено агрегацией лимфоцитов в субэпителиальном аденоидном слое конъюнктивы.

5. Разрастание сосочков (конъюнктив становится шероховатой) из-за чего и появляется чувство песка или инородного тела в глазах.

6. Образование пленок (аденовирусный, дифтерийный конъюнктивит).

7. Вовлечение парного глаза: бинокулярно обычно протекают аллергический и бактериальный конъюнктивит. Для аденовирусного поражения характерно вовлечение второго глаза через 1–3 дня. Монокулярное воспаление характерно для герпетической и острой хламидийной инфекции.

Лабораторная диагностика:

- посев (культуральный метод);
- соскоб конъюнктивы (полимеразная цепная реакция на аденовирус, герпес простой 1-го и 2-го типа и зостер, хламидии и т. д.).

Возможна экспресс-диагностика аденовирусного конъюнктивита с помощью аденодетектора на основе качественного анализа аденовирусных антигенов в слезе. Чувствительность метода составляет 89 %.

Осмотр пациента в общей врачебной практике включает следующие этапы.

1. Исследование остроты зрения.
2. Осмотр методом бокового освещения (по возможности — выполнение биомикроскопии).
3. Флюоресцеиновый тест (при подозрении на поражение роговицы).
4. Забор материала для лабораторных исследований.

При осмотре выявляют гиперемию и отек конъюнктивы век и переходных складок, конъюнктивальную или смешанную инъекцию глазного яблока. В конъюнктивальной полости может присутствовать слизистое, слизисто-гнойное или гнойное отделяемое. Возможно появление петехиальных и обширных геморрагий (характерно для вирусных конъюнктивитов), пленок.

Бактериальный конъюнктивит

Наиболее распространенными возбудителями бактериальных конъюнктивитов являются *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas*, *Moraxella*, *Neisseria gonorrhoeae* и атипичные микобактерии.

Больные жалуются на покраснение глазного яблока, отделяемое (от умеренного до сильно выраженного, желтоватого или зеленоватого оттенка), слипание век по утрам (в основном за счет высыхания отделяемого), боль (незначительная при конъюнктивите, выраженная при кератоконъюнктивите), ухудшение зрения при кератоконъюнктивите.

Бактериальный конъюнктивит может протекать как в острой, так и в хронической форме. Скорость развития острой формы и выраженность симптомов зависят прежде всего от возбудителя заболевания. При хронической форме до момента обращения к врачу может пройти несколько недель, а единственной жалобой будет незначительное покраснение и слипание век по утрам. При наиболее распространенной стафилококковой или стрептококковой инфекции

конъюнктивит развивается в течение 2–4 дней, а кератоконъюнктивит или язва роговицы — не менее 7 дней без лечения. На фоне антибиотикотерапии улучшение состояния наступает с 3-го дня лечения.

При бактериальных и хламидийных конъюнктивитах назначают антибиотики и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в каплях 4 раза в день:

- аминогликозиды: тобрамицин (Тобрекс), гентамицин;
- фторхинолоны: моксифлоксацин (Вигамокс), левофлоксацин (Офтаквикс), ломефлоксацин (Лофокс), офлоксацин (Флоксал);
- НПВС в каплях: диклофенак (Диклоф, Наклоф), индометацин (Индоколлир), непафенак (Неванак).

Контрольный осмотр проводят через 3 дня (при правильно назначенной терапии должно быть улучшение).

С 7-го дня отменяют антибиотики и НПВС, назначают препараты искусственной слезы для восстановления работы добавочных слезных желез, пострадавших во время острого периода воспаления.

Если в течение трех дней не наступает улучшения, следует направить пациента на консультацию к офтальмологу.

Поскольку острый конъюнктивит отличается контагиозностью, следует предупредить о необходимости соблюдать ограничительный режим (предусмотреть отдельное полотенце, средства гигиены, постель, игрушки).

Вирусный конъюнктивит

Вирусный конъюнктивит вызывают аденовирусы, вирусы герпеса (simplex и zoster), гриппа и т. д. Заболевание очень контагиозно. Начинается остро. Поражаются оба глаза (при аденовирусе второй глаз вовлекается через 1–3 дня). Характерны выраженная гиперемия и отек конъюнктивы, мелкие кровоизлияния, обильное водянистое отделяемое. Аденовирусный конъюнктивит протекает в виде фарингоконъюнктивальной лихорадки (сопровождается повышением температуры тела, фарингитом, шейным лимфаденитом, могут быть увеличены околушные лимфатические узлы) или эпидемического кератоконъюнктивита (сопровождается выраженной светобоязнью и снижением зрения).

Возможны четыре формы заболевания:

- катаральная (чаще) — отмечаются слезотечение, гиперемия, отек конъюнктивы век и переходных складок, множественные мелкие фолликулы, серозное или слизистое отделяемое. Длительность — 5–7 дней;
- геморрагическая — на фоне перечисленных симптомов наблюдаются множественные

кровоизлияния (от петехиальных до обширных геморрагий). Длительность — 7–14 дней;

- кератоконъюнктивальная — на 5–7-й день заболевания образуются множественные точечные округлые субэпителиальные инфильтраты в роговице, которые не прокрашиваются флюоресцеином. Проявляется это выраженной светобоязнью и снижением зрения. Длительность — 14–21 день (иногда — до 2–3 мес.);

- пленчатая (самая редкая) — возникают нежные серовато-белые пленки, которые легко снимаются влажным тампоном.

Специфической противовирусной терапии не существует.

Назначают НПВС в каплях 4 раза в день: диклофенак (Диклоф, Наклоф), индометацин (Индоколлир), непафенак (Неванак); антисептики (для предупреждения вторичной бактериальной инфекции) в каплях 4 раза в день: бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний (Окомистин), пиклоксидин (Витабакт).

Антигистаминные препараты (для уменьшения отека и зуда) применяют в каплях 2 раза в день (олопатадин — Опатанол) и в таблетках 1 раз в день (лоратадин).

Препараты искусственной слезы используют для восстановления работы добавочных слезных желез, пострадавших во время острого периода воспаления.

При пленчатой форме и аденовирусном кератоконъюнктивите для дальнейшего лечения необходимо направить пациента к офтальмологу.

Аллергические конъюнктивиты

По форме проявления аллергические конъюнктивиты классифицируют на острые и хронические.

По времени возникновения и этиофакторам аллергические конъюнктивиты разделяют на сезонные (острые) — чувствительность к пыльце и плесневым грибам; круглогодичные (хронические) — чувствительность на пыль, шерсть животных, бытовую химию, косметику, лекарственные средства.

Клинически проявляются зудом, жжением, отеком конъюнктивы и век, слезотечением, прозрачным серозным отделяемым.

Лечение:

- устранение контакта с антигеном (при возможности);

- применение антигистаминных глазных капель — блокаторов H_1 -гистаминовых рецепторов — азеластина (Аллергодил) до 4 раз в день;

- применение сосудосуживающих капель, содержащих блокатор H_1 -гистаминовых рецепторов антазолин и альфа-адреномиметик тетризолин (Сперсаллерг) до 4 раз в сутки;

- назначение препарата, тормозящего дегрануляцию тучных клеток — кромогликата

(Лекролин) до 4 раз в сутки. Кромогликаты используют с профилактической целью, терапевтический эффект развивается медленно, но поддерживается дольше, чем при применении антигистаминных глазных капель;

- применение комбинированного препарата — олопатадина (Опатанол) 2 раза в день;

- назначение глюкокортикостероидов (в виде глазных мазей и капель): гидрокортизоновой глазной мази 1 %, флуцинолона (Флуцинар), дексонида (Пренацид), 0,1 % раствора дексаметазона до 4 раз в день (иногда, при необходимости, возможно использование растворов для внутривенного введения);

- применение антисептиков для предупреждения вторичной бактериальной инфекции при выраженном зуде в каплях 4 раза в день: бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмония (Окомистин), пиклоксидина (Витабакт);

- использование препаратов искусственной слезы для восстановления работы добавочных слезных желез;

- прием антигистаминных препаратов внутрь: лоратадина (Кларитин, таблетки по 10 мг, взрослым и детям старше 12 лет — по 10 мг 1 раз в сутки, детям 2–12 лет — по 5 мг 1 раз в сутки).

Синдром сухого глаза

Синдром сухого глаза — самое распространенное заболевание глазной поверхности, которое называют болезнью цивилизации или компьютерным синдромом. Возникновение его связано с длительным нарушением состава и количества слезы. Слезная жидкость необходима главному яблоку, так как выполняет целый ряд функций: защитную (вымывает мелкие соринки, препятствует высыханию роговицы, оказывает бактерицидное действие за счет лизоцима); оптическую (сглаживает микроскопические неровности роговицы, обеспечивает ее гладкость); трофическую (слеза содержит белки и липиды, соли, кислород, необходимые для питания роговицы).

Синдром сухого глаза может быть разной степени выраженности. При легкой клинической форме в ответ на дефицит слезы компенсаторно увеличивается слезопродукция. На первый взгляд парадоксально, однако таких пациентов беспокоит слезотечение. Причем оно заметно усиливается при воздействии на глаз неблагоприятных факторов внешней среды (кондиционированного воздуха, тепловентиляторов, ветра, дыма). Заболевание проявляется выраженной гиперемией конъюнктивы, особенно к вечеру при просмотре телевизора и/или работе за компьютером. Характерна негативная реакция больных на обычное ежедневное умывание, вода вызывает ощущение жжения

или рези в глазу. При ксерозе средней степени тяжести слезотечение отсутствует. Больные жалуются на сухость, жжение, чувство «песка» в глазах, густое тягучее слизистое отделяемое, ощущение «залипания» век, особенно по утрам. Тяжелый синдром сухого глаза проявляется как кератоконъюнктивит (сопровождается болью, светобоязнью, снижением зрения). Лечение заключается в слезозаместительной терапии (в виде капель и гелей).

Синдром красного глаза со снижением зрительных функций

Кератиты (воспаление роговицы) и иридоциклиты (воспаление радужки и цилиарного тела) протекают с обязательным симптомокомплексом, именуемым роговичным синдромом:

- боль, чувство инородного тела;
- слезотечение;
- светобоязнь;
- блефароспазм (рефлекторное смыкание век);
- перикорнеальная инъекция (выраженная гиперемия конъюнктивы вокруг роговицы);
- ухудшение зрения.

Классификация кератитов

1. Экзогенные: эрозия роговицы; инфекционный кератит (язва роговицы); краевой кератит; грибковый кератит.

2. Эндогенные: герпетический кератит; туберкулезный кератит; сифилитический кератит.

Врач общей практики:

- исследует остроту зрения;
- проводит осмотр методом бокового освещения (по возможности — биомикроскопию);
- выполняет флюоресцеиновый тест;
- определяет чувствительность роговицы.

Кроме роговичного синдрома при кератите возникают эрозии (дефект эпителия роговицы с характерным зеленоватым окрашиванием при закапывании флюоресцеина) или инфильтрат роговицы той или иной формы (например, в виде ветки дерева при герпетическом кератите).

Наиболее часто встречаются герпетические кератиты, которые развиваются после переохлаждения, гриппа, острого респираторного заболевания, опоясывающего лишая, ветряной оспы. Выделяют поверхностные формы герпетических кератитов (дendритный) и глубокие (stromальные). Для всех форм герпетического кератита характерны отсутствие отделяемого из конъюнктивальной полости; инъекция глазного яблока; снижение чувствительности роговицы; упорное, вялое, длительное течение.

Лечение проводят совместно с офтальмологом. Местно применяют 3% мазь ацикловира 5 раз в день, закладывая за нижнее веко. Внутри назначают противогерпетический препарат (на-

пример, ацикловир по 400 мг 5 раз в день; фамцикловир по 500 мг 3 раза в день; валацикловир по 1000 мг 3 раза в день) на 7–10 дней.

Пациенты с кератитами и кератоконъюнктивитами нуждаются в срочной консультации офтальмолога.

Иридоциклит

Развитие острого иридоциклита могут вызвать инфекция любой локализации, герпесвирусы, сифилис, болезнь Лайма (*Borrelia burgdorferi*), токсоплазмоз, токсокароз, ВИЧ-инфекции; системные заболевания (саркоидоз, анкилозирующий спондилит, хронический ювенильный артрит (болезнь Стилла), болезнь Бехчета и т. д. Иногда существует связь заболевания с инфекцией переднего отрезка глаза: кератитом или травмой (например, длительное присутствие инородного тела на роговице).

Больные жалуются на боль в глазу, усиливающуюся по ночам.

Кроме роговичного синдрома при иридоциклите возможны изменение цвета радужки: карие приобретают ржавый оттенок, голубые и серые — зеленоватый (хорошо заметно при сравнении с другим глазом); сужение зрачка (реакция его на свет будет ослаблена или отсутствует), а также, в некоторых случаях, зрачок может принимать неправильную форму.

При пальпации отмечается цилиарная болезненность глазного яблока.

Неотложная помощь в общей врачебной практике:

- глазные капли с антибиотиком, НПВС, кортикостероидами, мидриатик (тропикамид);
- внутрь анальгетик или НПВС (диклофенак в дозе 0,2 г или др.).

Пациента с острым иридоциклитом необходимо госпитализировать в глазной стационар по экстренным показаниям.

Острый приступ закрытоугольной глаукомы

Приступ закрытоугольной глаукомы возникает чаще у людей старше 40 лет, развивается остро, внезапно. Пациенты жалуются на тошноту, рвоту, резкое ухудшение зрения, радужные круги при взгляде на источник света, сильнейшую ломящую боль в глазу, иррадирующую в одноименную половину головы. Состояние, как правило, сопровождается повышением артериального давления, развитием брадикардии.

Объективно при осмотре отмечают застойную инъекцию глазного яблока, отек роговицы, мелкую переднюю камеру, расширенный зрачок (может быть в виде вытянутого овала), отсут-

ствие реакции на свет. При пальпации глазное яблоко плотное («глаз как камень»).

Главным симптомом острого приступа закрытоугольной глаукомы является резкое повышение внутриглазного давления.

Схема купирования острого приступа:

1) назначают 1 % раствор пилокарпина, закапывают часто — первые 2 ч по 1 капле каждые 5–10 мин, затем каждые 30 мин до сужения зрачка;

2) применяют гипотензивные глазные капли — β -адреноблокатор тимолола малеат 0,5 % 1–2 раза с интервалом 1–2 ч; ингибиторы карбангидразы — дорзоламид (Дорзопт, Трусопт) и бринзоламид (Бринзопт);

3) используют диуретики, предпочтительнее ацетазоламид (Диакарб). Можно парентерально ввести 2–4 мл лазикса;

4) назначают анальгетики внутрь или парентерально при выраженном болевом синдроме.

Пациента необходимо госпитализировать в глазной стационар по экстренным показаниям.

Иридоциклит, острый приступ закрытоугольной глаукомы и склерит дифференцируют от других причин красного глаза по наличию болевых ощущений и отсутствию повреждений роговицы, видимых при окрашивании. Иридоциклит проявляется болью, светобоязнью,

отсутствием окрашиваемых повреждений роговицы при флуоресцеиновой пробе на фоне нормального внутриглазного давления. Диагноз ставят при наличии взеси и воспалительной реакции в передней камере. Острый приступ закрытоугольной глаукомы можно отличить по внезапному началу тяжелых и характерных симптомов, но диагноз уточняют с помощью тонометрии.

Заключение

Синдром красного глаза объединяет большое количество самых разных глазных заболеваний. Необходимость ранней диагностики и своевременного, а иногда и неотложного лечения объясняет высокий интерес практикующих врачей к этой патологии. В зависимости от этиологии процесса схемы терапии значительно разнятся. Тщательно собираемый анамнез и понимание основных диагностических критериев позволяет увереннее выполнять дифференциальную диагностику заболеваний, протекающих с выраженным признаком красноты глаза. Подразделение синдрома на подгруппы (со снижением зрения и без снижения зрительных функций) позволяет сужать спектр диагностического поиска.

Литература

1. Конъюнктивит. Клинические рекомендации [интернет]. — М.: Ассоциация врачей-офтальмологов; Общество офтальмологов России, 2019. — 38 с. [Kon'yunktivit. Klinicheskiye rekomendatsii [Internet]. Moscow: Assotsiatsiya vrachey-oftal'mologov; Obshchestvo oftal'mologov Rossii; 2019. 38 p. (In Russ.)]. Доступ по: <http://avo-portal.ru/documents/fkr/Konyunktivit.docx>. Ссылка активна на 14.12.2019.
2. Герпетические заболевания глаз. Клинические рекомендации [интернет]. — М.: Ассоциация врачей-офтальмологов, 2017. — 26 с. [Gerpetcheskiye zabolevaniya glaz. Klinicheskiye rekomendatsii [Internet]. Moscow: Assotsiatsiya vrachey-oftal'mologov; 2017. 26 p. (In Russ.)]. Доступ по: <https://bz.medvestnik.ru/nosology/Gerpetcheskiye-zabolevaniya-glaz.html>. Ссылка активна на 14.12.2019.
3. Офтальмология. Национальное руководство / под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой и др. — 2-е изд. перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 904 с. [Oftal'mologiya. Natsional'noye rukovodstvo. 2nd ed. revised and updated. Ed. by S.E. Avetisov, E.A. Egorov, L.K. Moshetova. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. 904 p. (In Russ.)]
4. Бактериальные язвы роговицы. Клинические рекомендации [интернет]. — М.: Ассоциация врачей-офтальмологов, 2017. — 26 с. [Bakterial'nyye yazvy rogovitsy. Klinicheskiye rekomendatsii [Internet]. Moscow: Assotsiatsiya vrachey-oftal'mologov; 2017. 26 p. (In Russ.)]. Доступ по: <https://kiberis.ru/?p=50005>. Ссылка активна на 14.12.2019.
5. Ковалевская М.А., Майчук Д.Ю., Бржевский В.В., и др. Синдром «красного глаза»: практ. руководство для врачей-офтальмологов / под ред. Д.Ю. Майчука. — М., 2010. — 108 с. [Kovalevskaya MA, Maychuk DYU, Brzhevskiy VV, et al. Sindrom "krasnogo glaza": prakt. rukovodstvo dlya vrachey-oftal'mologov. Ed. by D.Yu. Maychuk. Moscow; 2010. 108 p. (In Russ.)]
6. Ангелопуло Г.В., и др. Офтальмология. Фармакотерапия без ошибок. Руководство для врачей / под ред. Ю.С. Астахова, В.П. Николаенко. — М.: Е-ното, 2016. — 647 с. [Angelopulo GV, et al. Oftal'mologiya. Farmakoterapiya bez oshibok. Rukovodstvo dlya vrachey. Ed. by Yu.S. Astakhov, V.P. Nikolayenko. Moscow: E-noto; 2016. 647 p. (In Russ.)]
7. Руководство по клинической офтальмологии / под ред. А.Ф. Бровкиной, Ю.С. Астахова. — М.: МИА, 2014. — 955 с. [Rukovodstvo po klinicheskoy oftal'mologii. Ed. by A.F. Brovkin, Yu.S. Astakhov. Moscow: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo; 2014. 955 p. (In Russ.)]

8. Воронцова Т.Н., Прозорная Л.П. Особенности терапии бактериальных конъюнктивитов у детей // Офтальмология. – 2014. – Т. 11. – № 4. – С. 87–92. [Vorontsova TN, Prozornaya LP. Treatment of bacterial conjunctivitis in children. *Ophthalmology*. 2014;11(4):87-92. (In Russ.)]

9. Захлевная Г.Н., Дегтярева Л.Н. Неотложная офтальмологическая помощь в общей врачебной практике: учебное пособие. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. – 26 с. [Zakhlevnaya GN, Degtyareva LN. Neotlozhnaya oftal'mologicheskaya pomoshch' v obshchey vrachebnoy praktike. Uchebnoye posobiye. Saint Petersburg: Severo-Zapadnyy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet im. I.I. Mechnikova; 2013. 26 p. (In Russ.)]

10. Landis ZC, Pantanelli SM. Corneal and conjunctival infectious disease diagnostics. *Int Ophthalmol Clin*. 2017;57(3):1-11. <https://doi.org/10.1097/IO.0000000000000182>.

Для цитирования: Корелина В.Е. Синдром красного глаза // Российский семейный врач. – 2020. – Т. 24. – № 1. – С. 5–13. <https://doi.org/10.17816/RFD19004>.

For citation: Korelina VE. Syndrome of red eye. *Russian Family Doctor*. 2020;24(1):5-13. <https://doi.org/10.17816/RFD19004>.

Информация об авторе

Виктория Евгеньевна Корелина — канд. мед. наук, врач-офтальмолог Американской медицинской клиники; преподаватель кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. <https://orcid.org/0000-0003-2022-5912>. SPIN-код: 5635-6090. E-mail: a.korelin@gmail.com.

Information about the author

Viktoria E. Korelina — PhD, ophthalmologist of the American Medical Clinic; Assistant Professor of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. <https://orcid.org/0000-0003-2022-5912>. SPIN-code: 5635-6090. E-mail: a.korelin@gmail.com.