

Anna Zaleska-ŻmijewskaKatedra i Klinika Okulistyki, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny w Warszawie

Rola lekarza POZ w leczeniu najczęstszych schorzeń powierzchni oka

The role of general practitioner in ocular surface disorders treatment

Streszczenie

Do zadań lekarza rodzinnego w zakresie chorób oczu należy rozpoznanie wstępne, wdrożenie odpowiedniego postępowania terapeutycznego w małych urazach i schorzeniach, udział w kontroli pacjentów leczonych przewlekle okulistycznie oraz profilaktyka schorzeń okulistycznych. Do najczęstszych schorzeń powierzchni oka należą: zespół suchego oka, dysfunkcja gruczołów powiekowych Meiboma, zapalenia brzegów powiek, zapalenia spojówek o różnej etiologii. Coraz częściej pacjenci z tymi schorzeniami szukają pomocy właśnie u lekarza pierwszego kontaktu. Dobry wywiad połączony z badaniem ostrości wzroku oraz podstawowe badanie przedmiotowe z reguły pozwalają na ustalenie rozpoznania i podjęcie decyzji o leczeniu lub pilnym skierowaniu do okulisty. Przy dobrej ostrości wzroku, prawidłowej reakcji źrenic na światło i przezierności rogówki najczęściej mamy do czynienia z przypadkami, które nie wymagają pilnej konsultacji. W takich sytuacjach lekarz POZ powinien zalecić pacjentowi odpowiednią terapię. Rozpoznanie przyczyny dolegliwości powinno być podstawą wdrożenia właściwego leczenia miejscowego. Równie istotne jest zlecenie odpowiednich działań profilaktyczno-terapeutycznych, np. higieny okolic oczu i stosowania sztucznych łez bez konserwantów, które w terapii schorzeń powierzchni oka są podstawą i mają

Abstract

General practitioners play an important role in the therapy of ocular diseases. Their tasks include initial diagnosis, implementation of treatment of small injuries and illnesses, control of patients treated chronically and prevention of ophthalmic diseases. The most common ocular surface diseases are dry eye disease, Meibomian gland dysfunction, blepharitis and conjunctivitis of different etiology. Patients with these problems more and more frequently seek help from their family doctors. Proper interview connected with the examination of visual acuity and basic physical examination usually allows to form diagnosis and make the decision about the treatment or urgent referral to an ophthalmologist. Symptoms without aggravation of visual acuity, appropriate response of the pupils to light and translucent cornea usually indicate that a patient can be treated by family doctor and does not require urgent ophthalmological consultation. In these situations doctors should implement relevant therapeutic procedure which should be preceded by the proper diagnosis. It is equally important to implement appropriate prophylactic and therapeutic procedures, e.g.: eyelid hygiene and use of artificial tears without preservatives. It can improve the effectiveness of the treatment of ocular surface diseases and increase the comfort of a patient. The article discusses the most

wpływ nie tylko na zwiększenie skuteczności leczenia, lecz także na poprawę komfortu pacjenta. W artykule zostały omówione najczęstsze schorzenia powierzchni oka wraz ze wskazówkami dotyczącymi podstawowej diagnostyki i zaleceń terapeutycznych oraz tego, kiedy należy kierować pacjenta na konsultację okulistyczną.

Słowa kluczowe

dyskomfort ze strony oczu, zaburzenia powierzchni oka, zespół suchego oka, dysfunkcja gruczołów Meiboma, zapalenia spojówek, zapalenie brzegów powiek

Wstęp

Obecny system opieki zdrowotnej w Polsce sprawia, że rola lekarza pierwszego kontaktu w opiece nad pacjentem z dolegliwościami ze strony oczu jest coraz bardziej istotna. Do zadań lekarza rodzinnego w zakresie chorób oczu należy rozpoznanie wstępne, wdrożenie odpowiedniego postępowania terapeutycznego w małych urazach i schorzeniach, udział w kontroli pacjentów leczonych przewlekle okulistycznie oraz profilaktyka schorzeń okulistycznych. Problemy okulistyczne dotyczą ok. 1,5–6% wizyt w gabinecie lekarza POZ [1]. Grupami wiekowymi, które najczęściej zgłaszają się z problemami okulistycznymi, są dzieci i osoby starsze, częściej kobiety. Ostrość wzroku do dali jest sprawdzana w mniej niż 10% przypadkach wizyt. Około 70% wizyt kończy się wypisaniem recepty na jeden lub więcej leków okulistycznych [1]. Lekarz POZ rozpoznaje najczęściej infekcyjne zapalenie spojówek, rzadziej wirusowe i alergiczne. Ponad 90% wszystkich wystawionych recept stanowią krople do oczu z antybiotykiem lub preparaty łączone (antybiotyk i steroid). Nie powinny być one stosowane w każdym schorzeniu powierzchni oka. Nadmierne ich stosowanie może prowadzić do antybiotykooporności lub wpływać niekorzystnie na narząd wzroku. Rozpoznanie przyczyny dolegliwości powinno być podstawą wdrożenia właściwego leczenia miejscowego. Równie istotne jest zlecenie odpowiednich działań profilaktyczno-terapeutycznych, np. wykonywania zabiegów higienicznych okolic oczu specjalistycznymi preparatami i stosowania sztucznych łez bez konserwantów, które w terapii schorzeń powierzchni oka są podstawą i mają wpływ nie tylko na zwiększenie skuteczności leczenia, lecz także na poprawę komfortu pacjenta.

Wywiad

Większość problemów okulistycznych, z którymi spotykają się lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, dotyczy schorzeń aparatu ochronnego

common ocular surface diseases and the guidelines in ophthalmology treatment for GPs.

Key words

ocular discomfort, ocular surface disease, dry eye disease, Meibomian gland dysfunction, conjunctivitis, blepharitis

oka i zaburzeń powierzchni oka (*ocular surface disease* – OSD). Niestety czasami pacjent nie jest w stanie określić precyzyjnie swoich problemów i jako dominujący objaw podaje ból oka. Dobry wywiad połączony ze zbadaniem ostrości wzroku oraz podstawowe badanie przedmiotowe z reguły pozwalają na ustalenie rozpoznania i podjęcie decyzji o leczeniu lub pilnym skierowaniu do okulisty [3, 4]. Wywiad z pacjentem ma na celu ustalenie:

- czy pacjent jednakowo widzi każdym okiem osobno (wykrywanie zaburzeń widzenia jednoocznego),
- czy nie ma kłopotów w poruszaniu się w obcym otoczeniu (zaburzenia pola widzenia, schorzenia neurologiczne),
- lokalizacji i charakteru bólu oka (np. ból przy ruchach gałką oczną i zlokalizowany za okiem może być pierwszym objawem zapalenia pozagałkowego nerwu wzrokowego, silny ból w okolicy czołowej i uczucie wypychania gałki ocznej może świadczyć o jaskrze i wysokim ciśnieniu w gałce ocznej, a nawet ostrym ataku jaskry, ból kłujący często towarzyszy zaburzeniom powierzchni oka).

Istotne jest, od kiedy pacjent odczuwa dolegliwości, na jakie choroby ogólne choruje, jakie przyjmuje leki doustne i miejscowe. Warto dopytać także o rodzaj i warunki pracy.

Najczęstsze schorzenia powierzchni oka w gabinecie lekarza POZ

Starzenie się społeczeństwa oraz zwiększona ekspozycja na czynniki drażniące dla oczu, np. środowiskowe, sprawia, że liczba osób z zaburzeniami powierzchni oka sukcesywnie wzrasta. Do najczęstszych schorzeń powierzchni oka, z jakimi zgłaszają się pacjenci, należą:

- zespół suchego oka,

- dysfunkcja gruczołów powiekowych Meiboma (*Meibomian gland dysfunction* – MGD),
- zapalenia brzegów powiek,
- zapalenia spojówek o różnej etiologii.

Objawy zaburzeń powierzchni oka

Zaburzenia powierzchni oka to grupa schorzeń, których objawy są niespecyficzne i mają różne nasilenie, często z okresowymi zaostrzeniami. Najczęściej pacjenci skarżą się na uczucie dyskomfortu ze strony oczu i/lub powiek, określając go w różny sposób:

- uczucie zmęczenia oczu bądź ciężkości powiek,
- uczucie suchości oka,
- uczucie obecności piasku pod powiekami,
- swędzenie oczu lub brzegu powiek,
- uczucie podrażnienia powierzchni oka lub powiek,
- pieczenie i ból oczu,
- zaczerwienienie oczu lub brzegów powiek,
- okresowe zamglenie widzenia,
- łzawienie oczu,
- światłowstręt,
- obecność śluzowatej wydzieliny w worku spojówkowym.

W przypadkach z dobrą ostrością wzroku, prawidłową reakcją źrenic na światło i przezierną rogówką zwykle nie jest konieczna pilna konsultacja okulistyczna. Wymienione objawy sugerują najczęściej zaburzenia powierzchni oka, które mają charakter przewlekły lub nawracający i w znaczący sposób obniżają jakość życia chorego. Główną przyczyną, szczególnie u dorosłych, jest zespół suchego oka i MGD, które często występują razem.

Zespół suchego oka [2, 4]

Zespół suchego oka (ZSO) to szeroko pojęty zespół objawów wynikających z niedoboru łez, ich nadmiernego parowania lub zaburzeń którejkolwiek z warstw filmu łzowego. Szacuje się, że ZSO występuje z częstością od ok. 5% do 35% populacji świata, jednak według najnowszych doniesień może to być 50% i więcej w wybranych subpopulacjach, np. użytkowników soczewek kontaktowych. Częściej dotyczy osób starszych i kobiet.

Niektóre leki stosowane ogólnie, np. β -blokery, diuretyki, preparaty antyhistaminowe, doustne środki antykoncepcyjne, hormonalna terapia zastępcza, mogą nasilać objawy zespołu suchego oka.

Zespołowi towarzyszy zwiększona osmolarność filmu łzowego i przewlekły stan zapalny powierzchni oka. Badanie osmolarności łez jest uznane za naj-

lepszy pojedynczy test diagnostyczny, ale w praktyce lekarskiej najczęściej stosuje się test Schirmera badający zaburzenia wodnej warstwy filmu łzowego oraz test przerwania filmu łzowego (*time break up test* – TBUT). Przy podejrzeniu zespołu Sjögrena zalecane jest wykonanie wysokospecjalistycznych testów na obecność specyficznych autoprzeciwciał.

Dysfunkcja gruczołów Meiboma i zapalenie przewlekłe brzegów powiek jest częstą przyczyną zespołu suchego oka z niedoborem warstwy tłuszczowej filmu łzowego i nadmiernym jego odparowywaniem. Alergiczne zapalenia spojówek sprzyjają wystąpieniu zespołu suchego oka z niedoborem warstwy śluzowej filmu łzowego z powodu uszkodzenia komórek kubkowych spojówki w ich przebiegu.

Objawami zespołu suchego oka są: uczucie ciała obcego, pieczenie, nadmierne łzawienie, częste mrużenie, suchość pod powiekami, czasami światłowstręt i ból oka.

Zalecenia terapeutyczne w ramach gabinetu lekarza POZ:

- chłodne okłady,
- higiena brzegów powiek – rano i wieczorem (ogrzewanie powiek, masaże powiek, oczyszczanie brzegów powiek) specjalistycznymi preparatami (chusteczki lub płyn),
- stosowanie preparatów sztucznych łez bez konserwantów,
- profilaktyka – unikanie ekspozycji na czynniki środowiska mogące nasilić dolegliwości, np. klimatyzowane pomieszczenia, suche i ciepłe powietrze, dym, kurz,
- zalecenia dietetyczne – produkty bogate w kwasy omega 3 lub suplementacja.

Skierowanie na konsultację okulistyczną jest niezbędne, jeśli:

- dolegliwości nie zmniejszą się w ciągu tygodnia od zastosowania leczenia,
- dołączy się ból oka mogący świadczyć o zajęciu rogówki,
- pacjent choruje na choroby z autoagresji, takie jak reumatoidalne zapalenie stawów, łuszczycowe zapalenie stawów, zespół Sjögrena, choroby tarczycy – u tych pacjentów głównym czynnikiem wywołującym ZSO jest stan zapalny na powierzchni gałki ocznej i należy zastosować leczenie immunosupresyjne (krople z cyklosporyny A, krople steroidowe), które może być prowadzone wyłącznie przez lekarza okulistę.

Zapalenie brzegów powiek (blepharitis) [2, 4]

Zapalenie brzegów powiek to przewlekły stan zapalny uznany za oczną manifestację trądziku różowatego. Występuje częściej u osób starszych oraz pacjentów z zaburzeniami hormonalnymi, głównie u kobiet. Początkowo pojawia się niewielki dyskomfort ze strony oczu, nasilający się, z okresami zaostrzeń. Charakterystyczne jest nasilenie dolegliwości w godzinach rannych: pieczenie i/lub łzawienie oczu, pogrubienie i zaczerwienienie brzegów powiek, uczucie ciężkości powiek, swędzenie brzegów powiek, uczucie ciała obcego w oku, suchość.

Zalecenia terapeutyczne w ramach gabinetu lekarza POZ:

- higiena brzegów powiek – rano i wieczorem (ogrzewanie powiek, masaż powiek, oczyszczanie brzegów powiek) specjalistycznymi preparatami (chusteczki lub płyn),
- stosowanie preparatów sztucznych łez bez konserwantów co najmniej 4–5 razy na dobę,
- rozgrzewające masaże powiek.

Skierowanie na konsultację okulistyczną jest niezbędne, jeśli:

- dolegliwości nie zmniejszą się w ciągu tygodnia od zastosowania leczenia,
- dołączy się ból oka mogący świadczyć o zajęciu rogówki,
- pacjent choruje na trądzik różowaty lub występują u niego zaburzenia hormonalne,
- zaostrza się stan zapalny i konieczne jest zastosowanie preparatów steroidowych (krople, maści), co powinno być zalecone przez lekarza okulistę,
- podejrzewa się zakażenie nużeńcem (*Demodex*) – konieczne jest badanie rzęs pod mikroskopem w celu potwierdzenia rozpoznania i wówczas wdrożenie odpowiedniego leczenia antybiotykowego (maść robiona z metronidazolu),
- konieczne jest włączenie antybiotyku miejscowo (azytromycyna lub erytromycyna).

Dysfunkcja gruczołów Meiboma [8, 9]

Gruczoły Meiboma, zwane również gruczołami tarczowymi, są zmodyfikowanymi holokrynowymi gruczołami łojowymi. Produkują lipidy, które są wydzielane przez ujścia u podstawy rzęs położone wzdłuż brzegów powiek. W czasie mrugania substancje olejowe są rozprowadzane po powierzchni gałki ocznej i tworzą powierzchnią, lipidową warstwę filmu łzowego.

Dysfunkcja gruczołów Meiboma jest przewlekłym, rozlanym zaburzeniem charakteryzującym się zwy-

kle zamknięciem ujść gruczołów i/lub jakościowymi bądź ilościowymi zmianami w wydzielinie gruczołów. Skutkiem tego mogą być zwiększone parowanie, hiperosmolarność i niestabilność filmu łzowego, zwiększony wzrost bakterii na brzegu powieki, suche oko z powodu nadmiernego parowania filmu łzowego oraz uszkodzenie i zapalenie powierzchni oka.

Objawy dysfunkcji gruczołów Meiboma zgłaszane przez pacjentów są niespecyficzne i mają różne nasilenie. Charakterystyczne jest nasilenie dolegliwości w godzinach porannych. Z progresją choroby bardziej dostrzegalne stają się objawy kliniczne na brzegach powiek, takie jak zaczerwienienie brzegów powiek – mówimy wówczas o tylnym zapaleniu brzegów powiek związanym z MGD.

Schorzenie to częściej występuje u osób z problemami dermatologicznymi, takimi jak: trądzik różowaty, AZS, łojotokowe zapalenie skóry, łuszczyca, a także u użytkowników soczewek kontaktowych.

Niektóre leki stosowane ogólnie, np. retinoidy, leki przeciwdepresyjne, antyhistaminowe, doustne środki antykoncepcyjne, hormonalna terapia zastępcza, mogą wpływać na nieprawidłowe funkcjonowanie gruczołów i rozwój MGD.

U większości chorych do MGD dołączają się objawy zespołu suchego oka.

Zalecenia terapeutyczne w ramach gabinetu lekarza POZ:

- higiena brzegów powiek – rano i wieczorem (ogrzewanie powiek, masaż powiek, oczyszczanie brzegów powiek) specjalistycznymi preparatami (chusteczki lub płyn),
- stosowanie preparatów sztucznych łez bez konserwantów co najmniej 4–5 razy na dobę,
- rozgrzewające masaże powiek.

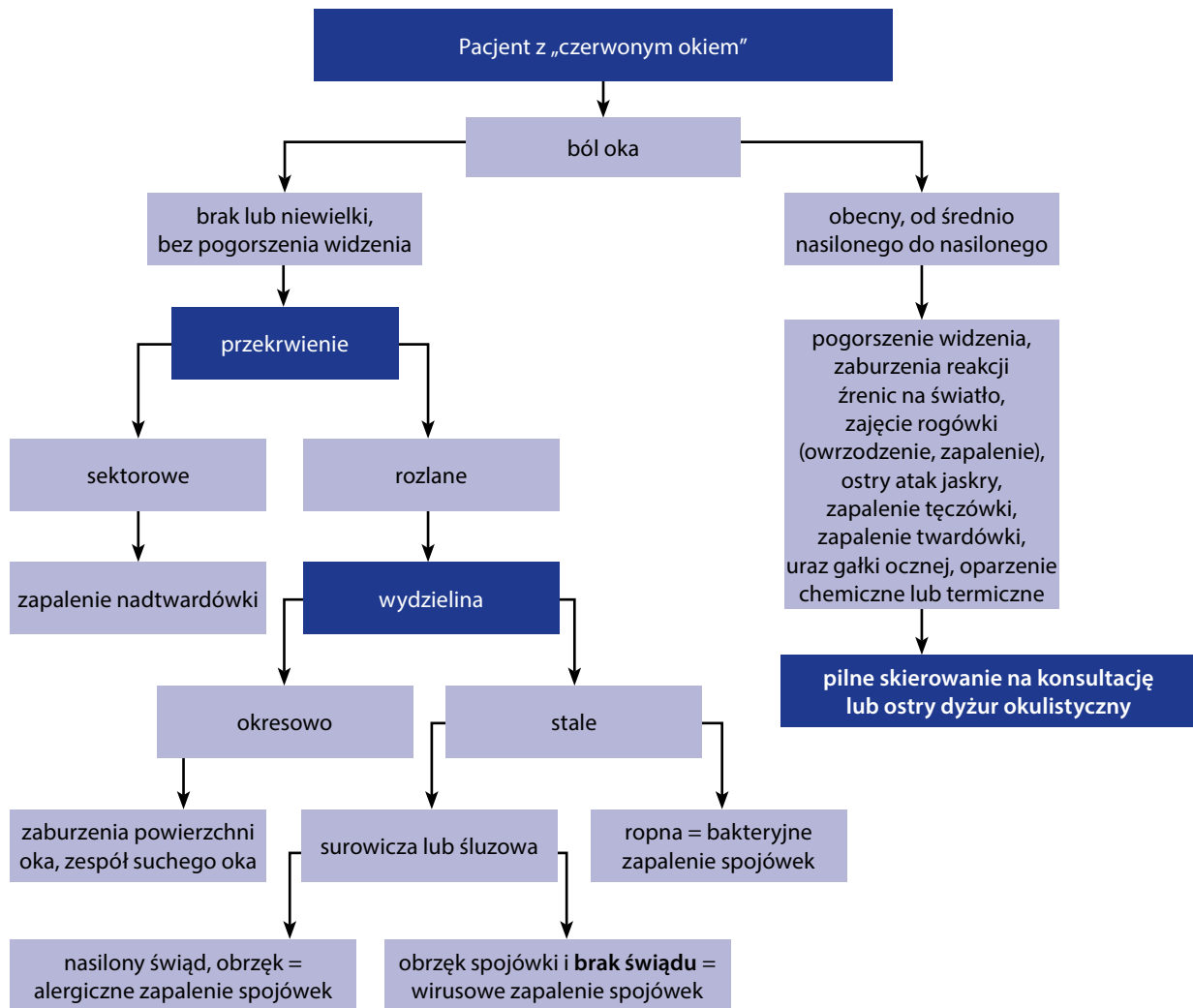
Skierowanie na konsultację okulistyczną jest niezbędne w podobnych przypadkach jak w ZSO i zapaleniu brzegów powiek.

Zespół „czerwonego oka” [3, 4]

Objaw „czerwonego oka” najczęściej świadczy o stanie zapalnym, a w ponad 50% przypadków dotyczy spojówki.

Inne przyczyny czerwonego oka to: zapalenie brzegów powiek, wylew podspojówkowy, erozje i stany zapalne rogówki, zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego, ostry atak jaskry, zapalenie nadtwardówki, zapalenie twardówki, urazy i oparzenia chemiczne.

W większości przypadków zapalenia spojówek są chorobami samoograniczającymi się, a ryzyko komplikacji jest niewielkie. Ponieważ nie istnieje



Rycina 1. Postępowanie diagnostyczne w ramach gabinetu lekarza POZ u pacjentów z objawem „czerwonego oka”

szybki test pozwalający na zróżnicowanie, czy mamy do czynienia z wirusowym czy bakteryjnym zapaleniem spojówki bez oglądania pacjenta w lampie szczelinowej, leczenie polega na podaniu miejscowo kropli z antybiotykiem. Istotne jest, podobnie jak w antybiotykoterapii ogólnej, ścisłe przestrzeganie zaleceń lekarskich co do dawki i czasu stosowania leku. W diagnostyce zapalenia spojówek przydatne jest zebranie dokładnego wywiadu od pacjenta. Wystąpienie w najbliższym otoczeniu pacjenta, zwłaszcza jeśli jest to dziecko, podobnych zmian okulistycznych lub towarzysząca infekcja górnych dróg oddechowych sugeruje wirusowe tło zapalenia spojówek. Należy pamiętać, że jest ono dużo bardziej zakaźne niż bakteryjne i pacjent oraz jego najbliżsi powinni przestrzegać higienicznych zaleceń profilaktycznych. Sezonowe, nawracające dolegliwości objawiające się „czerwonym okiem”, najczęściej z towarzyszącym zapaleniem błony śluzowej nosa, sugerują tło alergiczne. Czerwone oko może także nie być związane z żadną chorobą, czego przykładem jest niezakaźne zapale-

nie spojówek. Jego przyczynami mogą być czynniki fizyczne (wiatr i pył), czynniki chemiczne (dym) lub inne, takie jak: przewlekły brak snu, intensywna praca przy komputerze, niewyrównana korekcja wady wzroku.

Pacjent powinien być skierowany na konsultację okulistyczną, jeśli „czerwonemu oku” towarzyszą:

- silny ból oka,
- pogorszenie widzenia,
- zamglone widzenie,
- uraz oka w wywiadzie,
- przebyta operacja okulistyczna,
- duża ilość wydzieliny ropnej w worku spojówkowym, zwłaszcza u niemowląt i małych dzieci,
- zajęcie procesem zapalnym rogówki, w tym podejrzenie opryszczkowego zapalenia rogówki,
- nawracające infekcje.

Zapalenia spojówek

Wirusowe zapalenia spojówek [4, 5]

Zapalenia adenowirusowe (epidemiczne) są wyso- ko zakaźne, często towarzyszy im zapalenie gór-

nych dróg oddechowych. Zapalenia herpetyczne – spowodowane przez wirusy *herpes simplex* (HSV) lub *herpes zoster* (HZV) – są mniej zakaźne, ale wymagają leczenia specjalistycznego przez okulistę, ponieważ mogą powodować groźne dla narządu wzroku powikłania, w tym perforację rogówki.

Do typowych objawów należą: przekrwienie spojówek, obfita, przejrzysta, surowicza wydzielina, obrzęk powiek i reakcja grudkowa spojówki. Choroba charakteryzuje się dłuższym przebiegiem niż bakteryjne zapalenie spojówek – trwa zwykle 2–3 tygodnie.

Zalecenia terapeutyczne w ramach gabinetu lekarza POZ:

- chłodne okłady,
- higiena okolic oczu przeznaczonymi do tego preparatami,
- stosowanie preparatów sztucznych łez bez konserwantów,
- stosowanie miejscowo kropli z antybiotykiem – rzadko, jeśli istnieje ryzyko nadkażenia bakteryjnego,
- postępowanie zapobiegające rozsiewowi zakażenia – mycie rąk, osobne ręczniki, unikanie kontaktu z innymi osobami (zwłaszcza dzieci).

Skierowanie na konsultację okulistyczną jest niezbędne, jeśli:

- dolegliwości nie zmniejszą się w ciągu tygodnia,
- dołączy się ból oka mogący świadczyć o zajęciu rogówki,
- istnieje podejrzenie zapalenia o etiologii herpetycznej.

Bakteryjne zapalenie spojówek [3–5]

W przypadku bakteryjnego zapalenia spojówek zakażenie następuje poprzez bezpośredni kontakt z osobą chorą (ręce). W zależności od nasilenia i czasu trwania objawów może być: piorunujące (zakażenie dwóinką rzeżączki – *Neisseria gonorrhoeae*), ostre i przewlekłe. Zakażenie dwóinką rzeżączki przebiega z bardzo obfita ilością wydzieliny ropnej, bólem oka i pogorszeniem widzenia – wymaga leczenia przez lekarza okulistę. Ostre bakteryjne zapalenie spojówek jest najczęściej wywołane u dorosłych przez *Staphylococcus aureus*, a u dzieci przez *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae*. Przewlekłe zapalenie spojówek rozpoznaje się, gdy objawy utrzymują się przez co najmniej 4 tygodnie mimo leczenia. W takiej sytuacji pacjent powinien być skierowany na konsultację okulistyczną.

Typowymi objawami są: przekrwienie spojówek, wydzielina ropna lub śluzowo-ropna w worku spo-

jówkowym, łagodny obrzęk powiek z ich porannym sklejaniami z powodu ropnej wydzieliny.

Średni czas trwania zakażenia to 5–7 dni, choroba jest zwykle łagodna i ustępuje samoistnie.

Badania laboratoryjne w celu identyfikacji bakterii są zalecane:

- u pacjentów z ciężkim zapaleniem spojówek,
- u pacjentów z obniżoną odpornością,
- u użytkowników soczewek kontaktowych,
- u noworodków i niemowląt,
- jeśli zastosowane leczenie antybiotykiem jest nieskuteczne.

Zalecenia terapeutyczne w ramach gabinetu lekarza POZ:

- chłodne okłady,
- higiena okolic oczu przeznaczonymi do tego preparatami,
- stosowanie preparatów sztucznych łez bez konserwantów,
- stosowanie miejscowo kropli z antybiotykiem, najlepiej bez środków konserwujących,
- postępowanie zapobiegające rozsiewowi zakażenia: mycie rąk, osobne ręczniki, unikanie kontaktu z innymi osobami (zwłaszcza dzieci).

Skierowanie na konsultację okulistyczną jest niezbędne, jeśli:

- zapalenie spojówek trwa co najmniej 4 tygodnie mimo zastosowanego leczenia (zapalenie przewlekłe),
- istnieje podejrzenie zapalenia piorunującego spojówek (zarażenie dwóinką rzeżączki),
- zapalenie wystąpiło u pacjenta z obniżoną odpornością, w tym w trakcie leczenia immunosupresyjnego,
- mimo zastosowania antybiotyku nie nastąpiła poprawa w ciągu minimum 4 dni.

Chlamydiowe zapalenie spojówek [2, 3]

Etiologię chlamydiową należy podejrzewać, jeśli nie uzyskuje się pozytywnej odpowiedzi na zastosowane leczenie kroplami z antybiotykiem, szczególnie u osób aktywnych seksualnie. Chlamydiowe zapalenie spojówek zwykle ma postać przewlekłego grudkowego zapalenia. W jego przebiegu mogą się pojawić zmiany zapalne rogówki (owrzodzenia), które prowadzą do trwałego pogorszenia widzenia. Zakażenie tego typu wymaga leczenia antybiotykami z grupy makrolidów (azytromycyna, erytromycyna) miejscowo i/lub doustnie. Pacjent powinien być skierowany na konsultację okulistyczną.

Pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem chlamydiowego zapalenia spojówek należy oce-

niać i leczyć we współpracy z ginekologiem i urologiem.

Alergiczne zapalenie spojówek [3, 6]

Sezonowe alergiczne zapalenie spojówek (*seasonal allergic conjunctivitis* – SAC) to najczęstsza postać alergii ocznej, która występuje zwykle łącznie z alergicznym nieżytem błony śluzowej nosa (pyłkowica). W przewlekłym alergicznym zapaleniu spojówek (*perennial allergic conjunctivitis* – PAC) objawy utrzymują się także poza okresem pylenia. Ten typ zapalenia spojówek najczęściej towarzyszy alergii na roztocza kurzu domowego, pleśnie, grzyby. Sezonowe alergiczne zapalenie spojówek może też towarzyszyć atopowemu zapaleniu skóry (*atopic keratoconjunctivitis* – AKC), astmie i egzemie.

Typową dolegliwością zgłaszaną przez pacjentów i pozwalającą na postawienie trafnej diagnozy jest świąd oczu i powiek z towarzyszącym obrzękiem spojówek.

Preparaty miejscowe (krople) wykazują większą skuteczność w leczeniu większości alergii ocznych od doustnych antagonistów receptorów H1.

W przypadku zdiagnozowania zapalenia alergicznego przez lekarza POZ najczęściej przepisywane są krople z kromoglikanem sodu, doustne preparaty antyhistaminowe, krople steroidowe, a dopiero w ostatniej kolejności miejscowe krople o wielokierunkowym mechanizmie działania (np. zawierające ketotifen, olopatadynę, epinastynę, azelastynę), które działają szybko i przynoszą długotrwałą ulgę. Zalecenia terapeutyczne w ramach gabinetu lekarza POZ:

- chłodne okłady,
- unikanie ekspozycji na alergen,
- higiena okolic oczu przeznaczonymi do tego preparatami w celu usunięcia alergenów gromadzących się na rzęsach i brzegach powiek,
- stosowanie preparatów sztucznych łez bez konserwantów w celu wypłukania alergenów z worka spojówkowego,
- stosowanie preparatów miejscowych o wielokierunkowym mechanizmie działania, najlepiej bez konserwantów,
- w SAC – kromoglikany miejscowo minimum 2 tygodnie przed okresem pylenia.

Skierowanie na konsultację okulistyczną jest niezbędne, jeśli:

- dolegliwości nie zmniejszą się w ciągu tygodnia od zastosowania leczenia,
- dołączy się ból oka mogący świadczyć o zajęciu rogówki,

- pacjent choruje na atopowe zapalenie skóry i atopowe zapalenie spojówek i rogówki,
- istnieje podejrzenie wiosennego zapalenia spojówek i rogówki (*vernal keratoconjunctivitis* – VKC), które może prowadzić do powikłań rogówkowych.

Podsumowanie

Coraz częściej pomocy u lekarza POZ szukają pacjenci z zaburzeniami powierzchni oka. Wśród nich takie schorzenia, jak ZSO, MGD lub zapalenia brzegów powiek, mają charakter przewlekły. Ich leczenie jest długotrwałe i wymaga systematyczności. Stanowią one coraz poważniejszy problem cywilizacyjny, który dotyczy zarówno osób młodych, czynnych zawodowo, jak i ludzi starszych, obciążonych schorzeniami ogólnymi i przyjmujących wiele leków. Bardzo istotne jest zatem, aby lekarz rodzinny wspierał okulistę w procesie leczenia poprzez diagnozę, monitorowanie zmian, ale także przez mobilizowanie pacjenta do stosowania się do zaleceń.

Piśmiennictwo

1. Riad SF, Dart JK, Cooling RJ. Primary care and ophthalmology in the United Kingdom. *Br J Ophthalmol* 2003; 87: 493-499.
2. Kański JJ, Nischal KK. Okulistyka. Objawy i różnicowanie. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000.
3. Berta A, Higazy MT, Petricek I, Prost ME. Czerwone oko. Diagnostyka i leczenie. Warszawa 2009.
4. Cronau H, Kankanala RR, Mauger T. Diagnosis and management of red eye in primary care. *Am Fam Physician* 2010; 81: 137-144.
5. Bradford CA (red.). Okulistyka. Podręcznik dla studentów. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004.
6. Niżankowska MH. Okulistyka. Podstawy kliniczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
7. Gościńiewicz P, Drzyzga Ł. Aktualne poglądy na znaczenie higieny brzegów powiek w leczeniu i zapobieganiu schorzeniom narządu wzroku. *Ophtha Therapy* 2014; 2: 102-106.
8. Zaleska-Żmijewska A, Garbacewicz A, Udziela M i wsp. Przewlekłe zapalenie brzegów powiek a zarażenie roztoczymi z rodzaju *Demodex*. *Alergia* 2010; 2: 28-31.
9. Schaumberg DA, Nichols JJ, Papas EB i wsp. The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the subcommittee on the epidemiology of, and associated risk factors for, MGD. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2011; 52: 1994-2005.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Anna Zaleska-Żmijewska
Katedra i Klinika Okulistyki
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Sierakowskiego 13
03-709 Warszawa
e-mail: aniazaleska-zmijewska@wp.pl