

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации ГБОУ ВПО КрасГМУ им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России

Кафедра офтальмологии имени профессора М.А.Дмитриева с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Козина Е.В.

Реферат

на тему: «Воспалительные заболевания конъюнктивы»

Выполнила: ординатор Иванова Д.С.

Проверил: Торопов А.В.

Красноярск 2022

Оглавление

Определение	2
Анатомия конъюнктивы	2
Классификация	3
По характеру течения.....	3
По этиологии	3
Клиническая картина и лечение	3
Бактериальные конъюнктивиты	3
Вирусные конъюнктивиты	6
Хламидийные конъюнктивиты.....	9
Аллергические конъюнктивиты	11
Список литературы	15

Определение

Конъюнктивит – это воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия, характеризующаяся гиперемией и отеком век, слизистой оболочки глаза, характерным отделяемым в конъюнктивальной полости, образованием фолликулов и/или сосочков.

Анатомия конъюнктивы

Конъюнктиву разделяют на склеральную и тарзальную части и переходную складку – свод. При сомкнутых веках образуется полость конъюнктивы – конъюнктивальный мешок.

Основная часть конъюнктивы – рыхлая соединительная ткань. По поверхности конъюнктивы покрыта многослойным плоским эпителием. В эпителии конъюнктивы верхнего и нижнего века располагаются бокаловидные железы (железы Бехера, Генле, Манца), вырабатывающие слизистый секрет муцин, и добавочные слезные железки (железы Краузе и Вольфринга), по строению сходные со слезной железой и вырабатывающие слезную жидкость, увлажняющую конъюнктиву. Микроскопически эпителий конъюнктивы переходит в эпителий роговой оболочки.

Конъюнктивa век и глазного яблока, выполняя защитную функцию, постоянно подвергается воздействиям частицами пыли, движением воздуха, термическим и химическим воздействиям. Яркий свет также раздражает конъюнктиву. Это сказалось на морфологической перестройке конъюнктивы,

глубокие слои конъюнктивы приобрели аденоидную структуру. В глубоких слоях конъюнктивы располагаются скопления клеток, напоминающие миниатюрные лимфатические узлы.

При исследовании конъюнктивы следует обращать внимание на ее цвет, прозрачность, гладкость, влажность и на характер отделяемого.

Нормальная конъюнктивa гладкая, влажная, розовая, прозрачная; сквозь нее видны мейбомиевы железы и сосуды; ее секрет напоминает слезу.

При воспалительных состояниях конъюнктивa становится мутной, шероховатой, могут образоваться рубцы.

Классификация

По характеру течения

- Острый
- Хронический

По этиологии

- Бактериальный – вызываемый стафилококком, синегнойной палочкой, гонококком.
- Вирусный – эпидемический кератоконъюнктивит, аденовирусный конъюнктивит, эпидемический геморрагический конъюнктивит, герпес-вирусный конъюнктивит.
- Хламидийный – трахома, паратрахома, хламидийный конъюнктивит взрослых, хламидийный конъюнктивит новорожденных.
- Аллергический – поллинозный конъюнктивит, лекарственный аллергический конъюнктивит, весенний катар, крупнопапиллярный конъюнктивит, хронический аллергический конъюнктивит.
- Конъюнктивит при Синдроме «сухого глаза» – развивается в результате изменения гомеостаза слезной пленки и сопровождается офтальмологическими симптомами, в развитии которых этиологическую роль играют нестабильность, гиперосмолярность слезной пленки, воспаление и повреждение глазной поверхности, а также нейросенсорные изменения.

Клиническая картина и лечение

Бактериальные конъюнктивиты

Любой из широко распространенных возбудителей гнойной инфекции может вызвать воспаление конъюнктивы. Кокки, прежде всего стафилококки, являются наиболее частой причиной развития конъюнктивальной инфекции, но протекает она более благоприятно. Наиболее опасными возбудителями

являются сине гнойная палочка и гонококк, вызывающие тяжелый острый конъюнктивит, при котором нередко поражается и роговица.

При бактериальном конъюнктивите всегда есть опасность инфекционного поражения роговицы (кератит, язва роговицы).

Острые и хронические конъюнктивиты, вызываемые стафилококком. Острые конъюнктивиты чаще возникают у детей, реже — у пожилых людей, еще реже — у людей среднего возраста. Обычно возбудитель попадет в глаз с рук. Сначала поражается один глаз, через 2—3 дня — другой.

Конъюнктивит может быть связан с заболеваниями кожи и носоглотки, отитом, синуситом. У взрослых часто диагностируют на фоне хронического блефарита, синдрома сухого глаза, поражения слезоотводящих путей.

Клинические проявления *острого* конъюнктивита: Утром больной с трудом открывает глаза, так как веки склеиваются. При раздражении конъюнктивы увеличивается количество слизи. Характер отделяемого может быстро изменяться от слизистого до слизисто-гнойного и гнойного. Отделяемое стекает через край века, засыхает на ресницах. При наружном осмотре выявляют гиперемию конъюнктивы век, переходных складок и склеры. Слизистая оболочка набухает, теряет прозрачность, стирается рисунок мейбомиевых желез. Выраженность поверхностной конъюнктивальной инфекции сосудов уменьшается по направлению к роговице. Больного беспокоят отделяемое на веках, зуд, жжение и светобоязнь.

Для *хронического* конъюнктивита характерно медленное развитие. Он протекает с периодами улучшения состояния. Больных беспокоят светобоязнь, легкое раздражение и быстрая утомляемость глаз. Конъюнктива умеренно гиперемирована, разрыхлена, по краю век выявляют засохшее отделяемое (корочки).

В лечении основное место занимает местная антибактериальная терапия: закапывают сульфацил-натрий, витабакт, фуциталмик, 3—4 раза в день или закладывают глазную мазь: тетрациклиновую, эритромициновую, флоксала, 2—3 раза в день. При остром течении назначают глазные капли тобрекс, окацин, флоксал до 4—6 раз в сутки. При отеке и выраженном раздражении конъюнктивы добавляют инстилляции антиаллергических или противовоспалительных капель (аломид, лекаролин или наклоф) 2 раза в сутки.

Важно! При остром конъюнктивите нельзя завязывать и заклеивать глаз, так как под повязкой создаются благоприятные условия для размножения бактерий, повышается угроза развития воспаления роговицы.

Острый конъюнктивит, вызываемый синегнойной палочкой. Заболевание начинается остро: отмечают большое или умеренное количество гнойного отделяемого и отек век, конъюнктивит резко гиперемирован, ярко-красного цвета, отечная, разрыхленная. Без лечения конъюнктивальная

инфекция может легко распространиться на роговицу и обусловить образование быстро прогрессирующей язвы.

Лечение: инстилляцией антибактериальных глазных капель (тобрекс, окацин, флоксал или гентамицин) в первые 2 дня по 6-8 раз в сутки, за тем до 3-4. Наиболее эффективно сочетание двух антибиотиков, на пример тобрекс+окацин или гентамицин+полимиксин. При распространении инфекции на роговицу парабульбарно вводят тобрамицин, гентамицин или цефтазидим и системно применяют таваник в таблетках или гентамицин, тобрамицин в виде инъекций. При выраженном отеке век и конъюнктивы дополнительно инсталлируют антиаллергические и противовоспалительные капли (сперсаллерг, аллергофтал или наклоф) 2 раза в день. При поражении роговицы необходимы средства метаболической терапии - капли (тауфон, витасик, карнозин) или гели (корнерегель, солкосерил).

Острый конъюнктивит, вызываемый гонококком. Венерическое заболевание, передающееся половым путем (прямой генитально-глазной контакт или передача гениталии - рука - глаз). Гиперактивный гнойный конъюнктивит характеризуется быстрым прогрессированием. Веки отечны, отделяемое обильное, гнойное, конъюнктура резко гиперемирована, ярко-красная, раздраженная, собирается в выпячивающиеся складки, нередко отмечается отек конъюнктивы склеры (хемоз). Кератит развивается в 15-40% случаев, сначала поверхностный, затем образуется язва роговицы, которая может привести к перфорации уже через 1-2 дня. При острых конъюнктивитах, предположительно вызванных синегнойной палочкой или гонококком, лечение начинают немедленно, не ожидая лабораторного подтверждения, так как задержка на 1-2 дня может привести к развитию язвы роговицы и гибели глаза.

Лечение: при гонококковом конъюнктивите, подтвержденном лабораторно или предполагаемом на основании клинических проявлений и анамнеза заболевания, вначале проводят антибактериальную терапию: промывание глаза раствором борной кислоты, инстилляцией глазных капель (окацин, флоксал или пенициллин) 6-8 раз в сутки. Проводят системное лечение: хинолоновый антибиотик по 1 таблетке 2 раза в сутки или пенициллин внутримышечно. Дополнительно назначают инстилляцией антиаллергических или противовоспалительных средств (сперсаллерг, аллергофтал или наклоф) 2 раза в сутки. При явлениях кератита также закапывают витасик, карнозин или тауфон 2 раза в день.

Гонококковый конъюнктивит у новорожденных (гонобленнорея). Заражение происходит во время прохождения плода через родовые пути матери, больной гонореей. Конъюнктивит обычно развивается на 2-5 день после рождения. Отечные плотные синюшно-багровые веки почти невозможно открыть для осмотра глаза. При надавливании из глазной щели изливается кровянисто-гнойное отделяемое. Конъюнктура резко гиперемированная, разрыхленная, легко кровоточит. Исключительная опасность гонобленнореи

заключается в поражении роговицы вплоть до гибели глаза. Местное лечение такое же, как и у взрослых, а системное — введение антибактериальных препаратов в дозах соответственно возрасту.

Вирусные конъюнктивиты

Вирусные конъюнктивиты относят к часто выявляемым инфекционным поражениям глаз. Протекают в виде эпидемических вспышек и эпизодических заболеваний. Более половины больных с воспалительной патологией имеют доказанный или предполагаемый вирусный характер заболевания.

Значительную роль в патологии глаз играют герпес-вирусы. Однако они воздействуют на его ткани эндогенным путем, а потому практически не опасны в эпидемиологическом отношении, чем существенно отличаются от адено- и пикорнавирусов.

Эпидемический кератоконъюнктивит — высоко контагиозное госпитальное инфекционное заболевание, в более 70% случаев заражение происходит в медицинских учреждениях. Источник патогена — больной кератоконъюнктивитом.

Начало заболевания острое, обычно происходит поражение двух глаз: сначала одного, через 1-5 дней — второго. Больные предъявляют жалобы на резь, ощущение инородного тела в глазах, слезотечение. Веки отечны, конъюнктивальная складка умеренно или значительно гиперемирована, нижняя переходная складка инфильтрированная, складчатая, в большинстве случаев выявляют мелкие фолликулы или сосочки и точечные кровоизлияния. Фолликулы могут не просматриваться при выраженном хемозе. Через 5-9 дней от начала заболевания появляются характерные точечные инфильтраты под эпителием роговицы (в 80% случаев). При образовании большого числа инфильтратов в центральной зоне роговицы происходит ослабление зрения. Региональная аденопатия (увеличение и болезненность околоушных лимфатических узлов) возникает на 1-2-й день заболевания почти у всех пациентов. Поражение респираторного тракта отмечают у 5-25% больных. Длительность эпидемического кератоконъюнктивита до 3-4 недель. Как показали проведенные в последние годы исследования, тяжелое последствие аденовирусного инфекционного заболевания — развитие синдрома сухого глаза в связи с нарушением продукции слезной жидкости.

Лечение: сопряжено с трудностями, поскольку не существует лекарственных препаратов селективного воздействия на аденовирусы. Основное место занимают частые инстилляции препаратов широкого противовирусного действия — интерферонов: офтальмоферона, интэрферона альфа-2b 8-10 раз в сутки, постепенно уменьшая их количество до 6 раз в сутки, а на 2-ой неделе до 3-4 раз в сутки или интерферогенов («полиадениловая кислота + уридилловая кислота» (полудан) 6-8 раз в сутки). В остром периоде дополнительно принимают блокаторы рецепторов гистамина внутрь в

течение 5-10 дней. При тенденции к образованию пленок и в период роговичных высыпаний с осторожностью назначают глюкокортикоиды: 0,1% раствор дексаметазона 2 раза в сутки с контролем глазной поверхности.

Аденовирусный конъюнктивит (фаринго-конъюнктивальная лихорадка)

Воспаление конъюнктивы, вызванное аденовирусами и характеризующееся острой фолликулярной воспалительной реакцией конъюнктивы и обычно сочетающееся с поражением верхних дыхательных путей и лихорадкой.

Заболевание чаще бывает спорадическим, но могут быть вспышки аденовирусного конъюнктивита. Клинически чаще протекает как конъюнктивит средней тяжести, почти всегда сочетается или следует за фаринго-конъюнктивальной лихорадкой. Поражение роговицы возникает реже (у 30% больных), чем при эпидемическом кератоконъюнктивите и носит характер легких эпителиальных очагов, исчезающих к концу заболевания.

Симптомы заболевания сходны с начальными клиническими проявлениями эпидемического кератоконъюнктивита, но их интенсивность значительно меньше: отделяемое скудное, конъюнктивита гиперемирована и инфильтрирована умеренно, фолликулов немного, они мелкие, иногда выявляют точечные кровоизлияния. На роговице могут возникать точечные эпителиальные инфильтраты, но они исчезают бесследно, не влияя на остроту зрения. Для аденовирусного конъюнктивита характерна общая симптоматика: поражение респираторного тракта с повышением температуры тела и головной болью. Системное поражение может предшествовать заболеванию глаз. Длительность аденовирусного конъюнктивита — 2 недели.

Лечение: применяют неспецифическую иммунотерапию: частые инстилляций (каждые 2 часа) интерферона, рекомбинантного интерферона альфа-2b 8-10 раз в сутки, снижая до 6 раз в сутки, или интерферогенов («полиадениловая кислота + уридилловая кислота» (полудан) 6-8 раз в сутки). При поражении роговицы применяют ЛС, улучшающие её регенерацию: 4% раствор таурина, 20% гель, содержащий депротенинизированный гемолизат из крови телят, 5% глазной гель, содержащий деспантенол. После стихания острого воспаления в течение 5-7 дней закапывают растворы глюкокортикоидов (ГКС): 0,1% раствор дексаметазона 1-2 раза в день.

Можно использовать комбинированные ЛС, содержащие ГКС и антибиотик (дексаметазон 1мг/мл, полимиксин В 6000 ЕД/мл, неомицин 5мг/мл. При особенно остром начале заболевания с первых дней добавляют инстилляций стабилизаторов мембран тучных клеток: 2% раствор кромоглициевой кислоты 2 раза в день в течение 4-5 дней. Со второй недели и длительное время (до 6-8 недель) 2 раза в день применяют препараты искусственной слезы (слезозаменители).

Эпидемический геморрагический конъюнктивит (острый геморрагический конъюнктивит) – острое инфекционное поражение конъюнктивы, характеризующееся острым воспалением конъюнктивы с субконъюнктивальными, обычно обширными, кровоизлияниями.

Возбудитель — энтеровирус 70, вирус из группы пикорнавирусов. Наилучшая температура для роста энтеровируса 33°C, что и объясняет избирательное поражение сравнительно «холодной» слизистой, каковой является конъюнктура.

Отмечают высокую контагиозность заболевания. Эпидемия протекает «по взрывному типу».

Начало острое, сначала возникает поражение одного глаза, через 8-24 часов — второго. Вследствие сильной боли и светобоязни больной обращается за помощью уже в первый день. Отделяемое с конъюнктивы слизистое или слизисто-гнойное, конъюнктура резко гиперемирована, особенно характерны субконъюнктивальные кровоизлияния: от точечных петехий до обширных геморрагии, захватывающих почти всю конъюнктиву склеры. Изменения роговицы незначительные — точечные эпителиальные инфильтраты, исчезающие бесследно. Околоушная аденопатия. Некоторые больные предъявляют жалобы на боль в горле и слабость.

Лечение: применяют частые инстилляций препаратов широкого противовирусного действия — интерферонов: офтальмоферона, интферона альфа-2b 8-10 раз в сутки, постепенно уменьшая их количество до 6 раз в сутки, а на 2-ой неделе до 3-4 раз в сутки или интерферогенов («полиадениловая кислота + уридилловая кислота» (полудан) 6-8 раз в сутки). Принимают блокаторы 52 рецепторов гистамина внутрь в течение 5-10 дней. Со 2-й недели заболевания возможно применение глюкокортикоидные ЛС: 0,1% раствор дексаметазона 2 раза в сутки. Для профилактики присоединения бактериальной инфекции применяют 0,25% раствор хлорамфеникола. При поражении роговицы ЛС, улучшающие её регенерацию: 4% раствор таурина, 20% гель, содержащий депротеинизированный гемолизат из крови телят, 5% глазной гель, содержащий деспантенол. После ослабления острых явлений в течение 6-8 недель закапывают препараты искусственной слезы (слезозаменители).

Герпес-вирусный конъюнктивит – острое воспаление конъюнктивы, возникающее при первичном глазном инфицировании вирусом герпеса или как рецидив ранее перенесенного герпес-вирусного инфекционного заболевания.

Возбудитель - вирус простого герпеса 1-го типа, реже - вирус простого герпеса 2-го типа. Заражение происходит половым путем или занесением возбудителя руками. Возможно заражение через плаценту, часто инфицирование новорожденного происходит при родах.

Воспаление конъюнктивы проходит обычно с фолликулярной реакцией и сопровождается околоушной аденопатией. В 90% случаев происходит поражение одного глаза, которое часто сочетается с высыпаниями на коже и слизистых. Клиническая картина конъюнктивита не характерна, поскольку фаза высыпания герпетических пузырьков проходит очень быстро, а в дальнейшем конъюнктивит протекает как везикулезно-язвенный, фолликулярный, катаральный. Образование конъюнктивальных мембран выявляют редко. При рецидивирующих герпетических конъюнктивитах у взрослых более выразительна клиническая картина везикулезно-язвенного герпетического конъюнктивита с повторным высыпанием герпетических пузырьков, их вскрытием и обратным развитием без рубцевания. Конъюнктива раздражена, отделяемое отсутствует, есть склонность к упорному длительному течению и рецидивам.

Фолликулярный герпетический конъюнктивит трудно отличить от аденовирусного. Для герпетического конъюнктивита характерны следующие признаки: поражен один глаз, в патологический процесс часто бывают вовлечены края век и роговица. Отделяемое с конъюнктивы незначительное, слизистое, выявляют склонность к длительному рецидивирующему течению.

Для катаральной формы герпетического конъюнктивита характерно бурное течение и меньшая продолжительность. Характерно рецидивирующее течение заболевания. После каждой новой атаки число рецидивов в год возрастает.

Лечение: инстилляции противовирусных препаратов: интерферон альфа-2b по 2 капли 4 раза в день, офтальмоферон по 2 капли 4-6 раз в день, а также хлорамфеникол по 2 капли 3 раза в день. Тропикамид 1% раствор по 1 капле 2-3 раза в день. За веки закладывают 3% мазь ацикловира 2-3 раза в день. Гельганцикловир до 6 раз в сутки (в общей сложности не более 21 дня). Субконъюнктивально атропин 0,1% + фенилэфрин 1% раствор; интерферон альфа-2b чередуют с интерфероногенами 3б («полиадениловая кислота + уридиловая кислота» (полудан) по 0,5 мл через день. Системная терапия при тяжелых рецидивирующих формах ацикловир по 200 мг 5 раз в сутки в течение 5-10 дней (таблетки по 200, 400 и 800 мг), при необходимости в/в капельно медленно по 5 мг/кг каждые 8 часов в течение 5 дней.

Дополнительное: при бурном начале заболевания — диклофенак (глазные капли) 2 раза в день. При вторичном бактериальном поражении конъюнктивы, которую выявляют у 30% больных герпетическими конъюнктивитами — антибактериальные капли.

Хламидийные конъюнктивиты

Трахома - хронический инфекционный кератоконъюнктивит, характеризующийся появлением фолликулов с последующим их рубцеванием и сосочков на конъюнктиве, воспалением роговицы (паннусом), а в поздних стадиях - деформацией век. Возникновение и распространение

трахомы связано с низким уровнем санитарной культуры и гигиены. В экономически развитых странах трахома практически не встречается.

Возбудитель - *Chlamydia trachomatis* (серотипы А-С). Трахома возникает в результате попадания патогена на конъюнктиву глаза. Поражение обычно двустороннее.

Лечение: антибиотики (мазь тетрациклина или эритромицина), которые применяют по двум основным схемам: 1— 2 раза в день при массовом лечении или 4 раза в день при индивидуальной терапии соответственно в течение от нескольких месяцев до не скольких недель. Трихиаз и заворот век устраняют хирургическим путем.

Хламидийный конъюнктивит взрослых — инфекционный подострый или хронический инфекционный конъюнктивит, вызываемый *C. trachomatis* и передающийся половым путем.

Заболевание характеризуется воспалительной реакцией конъюнктивы с образованием многочисленных фолликулов, не склонных к рубцеванию. Чаще поражается один глаз, двусторонний процесс наблюдается примерно у одной трети больных. Инкубационный период 5-14 дней. Конъюнктивит чаще (у 65% больных) протекает в острой форме, реже (у 35 %) — в хронической.

Клиническая картина: выраженный отек век и сужение глазной щели, выраженная гиперемия, отек и инфильтрация конъюнктивы век и переходных складок. Особенно характерны крупные рыхлые фолликулы, располагающиеся в нижней переходной складке и в дальнейшем сливающиеся в виде 2-3 валиков. Отделяемое вначале слизисто-гнойное, в небольшом количестве, с развитием заболевания оно становится гнойным и обильным. Более чем у половины заболевших исследование со щелевой лампой позволяет обнаружить поражение верхнего лимба в виде отечности, инфильтрации и васкуляризации. Нередко, особенно в остром периоде, отмечается поражение роговицы в виде поверхностных мелкоочечных инфильтратов, не окрашивающихся флюоресцеином. С 3-5 дня заболевания на стороне поражения возникает региональная предушная аденопатия, как правило, безболезненная. Нередко с этой же стороны отмечаются явления евстахиита: шум и боль в ухе, снижение слуха.

Лечение: глазные капли окацин 6 раз в день или глазная мазь тетрациклиновая, эритромициновая, флоксаловая 5 раз в день, со 2-й недели капли 4 раза, мазь 3 раза, внутрь - антибиотик таваник по 1 таблетке в день в течение 5-10 дней. Дополни тельная терапия включает инстилляции антиаллергических капель: в остром периоде - аллергофтала или сперсаллерга 2 раза в сутки, в хроническом - аломида или лекролина 2 раза в сутки, внутрь - антигистаминные препараты в течение 5 дней. Со 2-й недели назначают глазные капли дексапос или максидекс 1 раз в сутки.

Эпидемический хламидийный конъюнктивит. Заболевание протекает более доброкачественно, чем паратрахома, и возникает в виде вспышек у посетителей бань, бассейнов и детей 3-5 лет в организованных коллективах (детских домах и домах ребенка). Заболевание может начинаться остро, подостро или протекать как хронический процесс. Обычно поражается один глаз: обнаруживают гиперемию, отек, инфильтрацию конъюнктивы, папиллярную гипертрофию, фолликулы в нижнем своде. Роговица редко вовлекается в патологический процесс; выявляют точечные эрозии, субэпителиальные точечные инфильтраты. Часто обнаруживают небольшую преушную аденопатию.

Лечение: тетрациклиновая, эритромициновая или флоксоловая мазь 4 раза в день или глазные капли олопатин либо флоксал 6 раз в день.

Хламидийный конъюнктивит (паратрахома) новорожденных. Заболевание связано с урогенитальной хламидийной инфекцией: его выявляют у 20—50 % детей, родившихся от инфицированных хламидиями матерей.

Частота хламидийного конъюнктивита достигает 40 % всех конъюнктивитов новорожденных. Большое значение имеет профилактическая обработка глаз у новорожденных, которая, однако, затруднена вследствие отсутствия высокоэффективных, надежных средств, так как традиционно используемый раствор нитрата серебра не предупреждает развитие хламидийного конъюнктивита. Более того, его инстилляцией часто вызывают раздражение конъюнктивы, т. е. способствуют возникновению токсического конъюнктивита.

Заболевание начинается остро на 5-10-й день после родов с появления обильного жидкого гнойного отделяемого, которое из-за примеси крови может иметь бурый оттенок. Резко выражен отек век, конъюнктивы гиперемирована, отечна, с гиперплазией сосочков, могут образовываться псевдомембраны. Воспалительные явления уменьшаются через 1-2 нед. Если активное воспаление продолжается более 4 нед, появляются фолликулы, преимущественно на нижних веках. Примерно у 70 % новорожденных заболевание развивается на одном глазу. Конъюнктивит может сопровождаться преушной аденопатией, отитом, назофарингитом и даже хламидийной пневмонией.

Лечение: тетрациклиновая или эритромициновая мазь 4 раза в день. В профилактике конъюнктивитов новорожденных центральное место занимает своевременное лечение урогенитальной инфекции у беременных.

Аллергические конъюнктивиты

Аллергические конъюнктивиты — это воспалительная реакция конъюнктивы на воздействие аллергенов, характеризующаяся гиперемией и отеком слизистой оболочки век, отеком и зудом век, образованием фолликулов или сосочков на конъюнктиве; иногда сопровождается поражением роговицы с нарушением зрения.

Поллинозный конъюнктивит (сезонный аллергический конъюнктивит, сенная лихорадка, пыльцевая аллергия) – сезонное аллергическое заболевание глаз, вызываемое пыльцевыми аллергенами в период цветения трав, злаковых, деревьев.

Для диагностики анамнез имеет большое значение: наследственная аллергическая отягощенность, особенности течения заболевания, сезонность. При конъюнктивите часто выявляют другие проявления поллиноза: ринит, дерматит, бронхиальную астму. Характерно острое начало, поражение обоих глаз. Заболевание может начинаться остро (5,2% случаев): нестерпимый зуд век, жжение под веками, светобоязнь, слезотечение, отек и гиперемия конъюнктивы. Отек конъюнктивы может быть настолько выраженным, что роговица «утопает» в окружающей хемотичной конъюнктиве. В таких случаях возникают краевые инфильтраты в роговице, чаще в области глазной щели. Полупрозрачные очаговые поверхностные инфильтраты, расположенные вдоль лимба, могут сливаться, изъязвляться, образуя эрозии или поверхностные язвы роговицы. Чаще поллинозный конъюнктивит протекает хронически с умеренным жжением под веками, незначительным отделяемым, периодически возникающим зудом век, легкой гиперемией конъюнктивы. Могут выявлять мелкие фолликулы или сосочки слизистой оболочки конъюнктивы.

Лечение: наиболее эффективным методом лечения поллинозов является специфическая гипосенсибилизация пыльцевыми аллергенами, которую проводят вне периода обострения заболевания. В период обострения наиболее эффективным является системное и местное применение антигистаминных ЛС (0,05% раствор азеластина 4-6 раза в день) в сочетании с сосудосуживающими ЛС (0,05% раствор тетризолина 2-3 раза в день).

Также применяют комбинированные препараты, содержащие эти компоненты. Системная десенсибилизирующая терапия: лоратадин взрослым и детям старше 12 лет по 10 мг 1 раз в день, детям 2-12 лет по 5 мг 1 раз в день. В дополнение используют ГКС (0,1% раствор дексаметазона 3-4 раза в день, на ночь закладывают 0,1% гидрокортизоновую мазь) и стабилизаторы мембран тучных клеток (2% раствор кромоглициевой кислоты 4-6 раз в день). Целесообразно начинать использование этих ЛС за 2 недели до начала появления предполагаемого контакта с аллергеном, продолжать весь период цветения и еще две недели после окончания цветения. При упорном рецидивирующем течении проводят специфическую иммунотерапию под наблюдением аллерголога. При нарушении слезной пленки назначают слезозаменители 3-4 раза в день до 4-6 недель.

Весенний кератоконъюнктивит (весенний катар, весенний конъюнктивит) – воспалительное сезонное заболевание, двустороннее с поражением конъюнктивы (с образованием характерных сосочков) и почти всегда — роговицы. До настоящего времени этиология заболевания остается малоизученной. Болезнь полностью регрессирует в период полового

созревания даже без лечения. Это позволило говорить о роли эндокринного фактора. Заболевание возникает в атопичных семьях и характеризуется выраженной сезонностью: начало обострения ранней весной (март-апрель), максимум — летом (июнь-август), регрессия — осенью (сентябрь-октябрь). Круглогодичное течение обычно более тяжелое.

Возникновение клинических признаков происходит постепенно. Главный, постепенно нарастающий и особенно тягостный для больного симптом — зуд век. Течение обычно хроническое, заболевание двустороннее с характерными сосочковыми разрастаниями на конъюнктиве хряща верхних век. Острая светобоязнь и блефароспазм приводят к тому, пациент не может открыть глаза в дневное время. Толстые белые нити слизистого отделяемого могут образовывать спиралевидные скопления под верхним веком, что причиняет особое беспокойство больным, усиливая зуд.

Лечение: наиболее эффективна глюкокортикостероидная терапия. Применяют 0,1% раствор дексаметазона 3-4 раза в день и 0,1% мазь гидрокортизона на ночь. Учитывая, что при длительной терапии ГКС (свыше 10 дней) возможно развитие различных побочных эффектов, следует использовать более низкие концентрации дексаметазона (0,01% - 0,05%). В дополнение к ГКС-терапии назначают стабилизаторы мембран тучных клеток (2% раствор кромоглициевой кислоты 4-6 раз в день) и системную десенсибилизирующую терапию (лоратадин взрослым и детям старше 12 лет по 10 мг 1 раз в день, детям 2-12 лет по 5 мг 1 раз в день).

Крупнопиллярный конъюнктивит – воспалительная реакция конъюнктивы с образованием крупных плоских сосочков на слизистой верхнего века, находящегося длительное время в контакте с инородным телом: жесткие и мягкие контактные линзы, глазные протезы, роговичные швы, стягивающие склеральные пленки, кальциевые отложения в роговице, другие инородные тела, с которыми верхнее веко контактирует длительное время.

Крупнопиллярный конъюнктивит возникает чаще и протекает тяжелее у пациентов с общей аллергией.

Клиника: Пациенты предъявляют жалобы на чувство инородного тела под веком, на потерю толерантности к линзам, зуд и слизистое отделяемое из глаз. В тяжелых случаях может появиться птоз. Конъюнктивит гиперемирован, мелкие, крупные (более типичны) или гигантские сосочки (диаметром 1 мм и более) выявляют по всей поверхности конъюнктивы верхних век.

Диагностика: клиническая картина крупнопиллярного конъюнктивита очень похожа на тарзальную форму весеннего конъюнктивита, вместе с тем есть ряд существенных отличий:

Диагностический критерий	Крупнопиллярный конъюнктивит	Весенний катар
Возраст	Любой	4-10 лет

Зуд, отделяемое	Незначительны	Выражены часто
Лимб роговицы	Не поражен	Поражен
Иные аллергические поражения	Не типичны	Типичны
Фактор риска	Есть	Нет

Лечение: основное значение имеет удаление инородного тела: прекратить использование контактных линз, убрать протез, удалить швы и др. До полного исчезновения симптомов используют стабилизаторы мембран тучных клеток: 2% раствор хромоглициевой кислоты или 0,1% раствор олопатадина 2 раза в день. Ношение новых контактных линз и протеза возможно только после полного исчезновения воспалительных явлений. Препараты искусственной слезы (слезозаменители) назначают на длительное время.

Лекарственный конъюнктивит (контактный конъюнктивит, лекарственная аллергия глаз) – воспаление конъюнктивы, возникающее как аллергическая реакция на воздействие лекарственных средств при местном либо системном применении. Лекарственный конъюнктивит — одно из наиболее частых проявлений аллергических заболеваний глаз. Частота и тяжесть лекарственного конъюнктивита непрерывно возрастает по мере увеличения арсенала биологически активных ЛС.

Практически любое ЛС может вызвать аллергический конъюнктивит. Лекарственный конъюнктивит чаще возникает в результате повторного применения лекарственных средств и реже — при длительном первичном курсе лечения. При применении глазных препаратов аллергическая реакция со стороны глаз возникает чаще на ЛС, но в 30% — на консервант глазных капель

При диагностике лекарственной аллергии необходимо: 1. Установить, что клинический синдром вызван применением лекарственных средств. 2. Выявить «виновное» ЛС. 3. Подтвердить аллергический механизм реакции, исключив токсическое осложнение. Следует обращать особое внимание на указания в анамнезе на внезапное или постепенно нарастающее ухудшение в состоянии глаз на фоне длительно проводимого лечения или после назначения нового для данного пациента ЛС.

Аллергический конъюнктивит может протекать остро, подостро или приобретает хроническое течение. Острая реакция возникает в течение 1 часа после введения препарата, развитие подострой реакции происходит в течение суток. Проявления затяжной реакции отмечают в течение нескольких дней и недель, обычно при длительном местном применении ЛС. Глазные реакции последнего типа встречаются наиболее часто (у 90% больных) и имеют хронический характер.

Характерные признаки острого аллергического конъюнктивита: гиперемия, отек век и конъюнктивы, слезотечение, иногда кровоизлияния.

Хроническому воспалению свойственны зуд век, гиперемия слизистой оболочки, умеренное отделяемое, образование фолликулов. При лекарственной аллергии наиболее часто возникает лекарственный конъюнктивит, но могут происходить поражения роговицы, кожи век, значительно реже — сосудистой оболочки, сетчатки, зрительного нерва.

Лечение: главным условием является отмена ЛС, вызвавшего аллергическую реакцию. Наиболее эффективна глюкокортикостероидная терапия: 0,1% раствор дексаметазона закапывают в конъюнктивальный мешок 3-4 раза в день, на ночь закладывают 0,1% мазь гидрокортизона. При длительной терапии (более 10 дней) следует использовать более низкие концентрации дексаметазона (0,01% - 0,05%). В дополнение к ГКС – терапии назначают: антигистаминные (0,05% раствор азеластина 4-6 раз в день); сосудосуживающие (0,05% раствор тетризолина 2-3 раза в день, но не более 5 дней). Широко используют комбинированные ЛС, содержащие сосудосуживающий и антигистаминный компоненты. Применяют системную десенсибилизирующую терапию: лоратадин взрослым и детям старше 12 лет по 10 мг 1 раз в день, детям 2-12 лет по 5 мг 1 раз в день.

Список литературы

1. Конъюнктивит Клинические рекомендации РФ 2021г.
2. Егоров, Басинский. Клинические лекции по офтальмологии – 2007г.
3. Федоров, Ярцева, Исманкулов Глазные болезни учебник 2005г.
4. Копаева В.Г. Глазные болезни учебник 2008г.