

КОНЪЮНКТИВЫ

Бишкек 2009

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра специальных клинических дисциплин № 2

КОНЪЮНКТИВИТЫ

Учебно-методическое пособие
к практическим занятиям
для студентов всех факультетов
и клинических ординаторов

Бишкек 2009

Рецензенты:
канд. мед. наук, доцент *В.А. Усенко*
канд. мед. наук, профессор *А.М. Мадаминов*

К 64 КОНЪЮНКТИВИТЫ: Учебно-методическое пособие для студентов всех факультетов и клинических ординаторов / Сост. М.З. Эшимбетова. – Бишкек: Изд-во КРСУ, 2009. – 56 с., табл. 1. Библ. 11.

Описаны анатомия конъюнктивитов, классификация конъюнктивитов, методы диагностики, клинические признаки и рекомендации лечения различных форм конъюнктивитов. Даны вопросы для самоконтроля студентов.

Рекомендовано для клинических ординаторов и студентов.

СОДЕРЖАНИЕ

Анатомия и функции конъюнктивы	4
Классификация конъюнктивитов	6
Клинические признаки и симптомы конъюнктивитов	8
Методы лабораторной диагностики	8
Клинические рекомендации	11
Бактериальные конъюнктивиты	12
Хламидийные конъюнктивиты	23
Вирусные конъюнктивиты	30
Грибковые конъюнктивиты.....	36
Аллергические и аутоиммунные конъюнктивиты	38
Профессиональные заболевания конъюнктивы	53
Контрольные вопросы	54
Литература.....	55

АНАТОМИЯ И ФУНКЦИИ КОНЬЮНКТИВЫ

Конъюнктива (соединительная оболочка глаза) – слизистая оболочка глаза, состоящая из соединительнотканной основы, покрытой эпителием. Она выстилает всю заднюю поверхность век и переднюю поверхность глазного яблока вплоть до роговицы. Анатомически она подразделяется на конъюнктиву хряща век, переходных складок и глазного яблока. При закрытой глазной щели конъюнктива образует замкнутую полость – конъюнктивальный мешок (узкое щелевидное пространство между задней поверхностью век и передней поверхностью глаза, вмещающее до двух капель слезной жидкости). Во внутреннем углу глаза конъюнктива участвует в образовании слезного мясца и полулунной складки. Конъюнктива век плотно сращена с хрящом верхнего и нижнего века. Эпителий здесь многослойный, цилиндрический с большим количеством бокаловидных клеток, выделяющих слизь (муцин).

В норме при внешнем осмотре конъюнктива век представляется гладкой бледно-розовой блестящей оболочкой. Под ней просвечиваются заложенные в толще хряща перпендикулярно ресничному краю века желтоватые столбики мейбомиевых желез. Лишь у наружного и внутреннего краев век покрывающая их конъюнктива выглядит слегка гиперемированной и бархатистой за счет сосочков. При патологических состояниях (раздражение, воспаление) сосочки конъюнктивы гипертрофируются, эпителий становится более грубым, и поверхность ее выглядит шероховатой, что вызывает у больных ощущение засоренности или сухости в глазу.

Конъюнктива переходных складок рыхло связана с подлежащими тканями, а в сводах даже избыточна, чтобы не ограничивать глазное яблоко при его движениях. Глубина верхнего свода значительно больше нижнего (около 22 и 12 мм соответственно), что имеет значение для исследования конъюнктивы свода при ожогах, травмах глаза, опухолевых процессах в орбите.

На переходных складках эпителий конъюнктивы из многослойного цилиндрического переходит в многослойный плоский, содержащий мало бокаловидных клеток. Субэпителиальная ткань здесь богата аденоидными элементами и скоплениями лимфоидных клеток – фолликулами. На раздражение или воспаление аденоидный слой конъюнктивы реагирует усиленной клеточной пролиферацией и увеличением числа и размеров фолликулов. В конъю-

юнктиве верхней переходной складки имеется большое количество мелких добавочных (20–30) слезных железок (железы Краузе), в нижней переходной складке их значительно меньше (6–8). Имеются также крипты Генле (в тарзальной конъюнктиве в проекции дистального края хряща) и железки Манца (в лимбальной конъюнктиве).

По строению и характеру секрета железы конъюнктивы аналогичны функции слезной железы. В височной части верхнего свода конъюнктивы открываются выводные протоки слезной железы.

Конъюнктива глазного яблока – очень нежная слизистая оболочка, гладкая и прозрачная, через нее хорошо видна склера. На глазном яблоке конъюнктива легко смещается, и лишь у лимба она плотно сращена с подлежащими тканями. Легкая смещаемость бульбарной конъюнктивы позволяет при лечении различных заболеваний органа зрения свободно вводить растворы лекарственных веществ субконъюнктивально, а также применять конъюнктивальное покрытие (конъюнктивальный лоскут) во время различных операций на глазном яблоке. На конъюнктиве глазного яблока эпителий становится плоским, а вблизи лимба роговицы – многослойным плоским и без резкой границы переходит в эпителий роговицы. Эмбриологически эпителий роговицы вместе с подлежащей под ним боуеновой оболочкой (передняя пограничная пластинка) является продолжением конъюнктивы. Этим объясняется однотипность поражения и легкость распространения различных патологических процессов с конъюнктивы на роговицу. Слизистых клеток в эпителии конъюнктивы глазного яблока и аденоидной ткани очень мало.

Конъюнктива обильно снабжена кровеносными сосудами. В ее кровоснабжении участвуют задние конъюнктивальные артерии, исходящие из системы артериальных дуг верхнего и нижнего века, и передние конъюнктивальные артерии, относящиеся к системе передних цилиарных артерий. Передние и задние конъюнктивальные артерии связаны между собой анастомозами. Вены конъюнктивы сопутствуют артериям, но их разветвления более многочисленны. Часть из них впадает в вены лица, другая – в систему вен глазницы. Лимфатические сосуды конъюнктивы образуют густую сеть, лежащую в подконъюнктивальной ткани. От височной половины конъюнктивы лимфатические сосуды идут к предушной лимфатической железе, а от носовой – к подчелюстным лимфати-

ческим железам. Чувствительная иннервация конъюнктивы осуществляется от первой ветви тройничного нерва – глазного нерва и его ветвей (слезный, надглазничный и надблоковый нервы), а также от второй ветви тройничного нерва – верхнечелюстного нерва и его ветвей (скуловой и подглазничный нервы).

Конъюнктива выполняет важные физиологические функции. Обилие чувствительной иннервации в ней обеспечивает защитную функцию. При попадании мелких инородных тел в конъюнктивальный мешок или на роговицу усиливается секреция слезной жидкости, учащаются мигательные движения, в результате чего инородное тело механически вымывается из конъюнктивального мешка. Секрет конъюнктивальных желез, постоянно смачивая поверхность глазного яблока, играет роль смазки, уменьшающей трение при его движениях, предохраняет эпителий роговицы от высыхания и сохраняет ее прозрачной. Барьерная функция конъюнктивы осуществляется благодаря содержанию ферментов в слезной жидкости (лизоцим и др) и обилию в подслизистой аденоидной ткани лимфоидных элементов.

КЛАССИФИКАЦИЯ КОНЪЮНКТИВИТОВ

Течение: острые, подострые и хронические. Острый конъюнктивит начинается внезапно и характеризуется выраженной воспалительной реакцией конъюнктивы с обильным отделяемым. При подостром конъюнктивите воспалительные явления в конъюнктиве выражены значительно слабее. Хронический конъюнктивит обычно начинается незаметно и характеризуется упорным и длительным течением.

Выделяют конъюнктивиты экзогенного и эндогенного происхождения. Конъюнктивиты экзогенного происхождения: бактериальные, вирусные, хламидийные, грибковые, вызываемые физическими и химическими факторами, аллергические или токсико-аллергические. Конъюнктивиты эндогенного происхождения: при общих заболеваниях, аутоаллергические, при синдроме «сухого глаза».

В зависимости от этиологии:

Бактериальные конъюнктивиты:

- острый и хронический неспецифический катаральный;
- острый, вызываемый синегнойной палочкой;
- пневмококковый;

- дифтерийный;
- острый эпидемический;
- диплобациллярный (ангулярный);
- гонококковый (гонобленнорея).

Хламидийные конъюнктивиты:

- трахома;
- паратрахома (конъюнктивит с включениями).

Вирусные конъюнктивиты:

- герпетический;
- аденовирусный (фарингоконъюнктивальная лихорадка);
- эпидемический кератоконъюнктивит;
- вызванный контагиозным моллюском;
- при общих вирусных заболеваниях (ветряная оспа, корь, краснуха).

Грибковые конъюнктивиты.

Аллергические конъюнктивиты:

- весенний катар;
- поллиноз (сенной конъюнктивит);
- лекарственный;
- инфекционно-аллергические;
- хронический аллергический;
- аллергический (при ношении контактных линз);
- гиперпапиллярный;
- пузырчатка (пемфигус);
- атопический.

При общих заболеваниях:

- Метастатический конъюнктивит.

Для бактериальных конъюнктивитов характерно гнойное отделяемое, для вирусных – обильное серозное, для аллергических – слизистое, липкое, скатывающееся в отдельные нити.

Различные формы фолликулярных конъюнктивитов характеризуются образованием в лимфоидной ткани очаговых скоплений клеточных элементов в виде отдельных мелких бледно-розовых фолликулов, чаще располагающихся горизонтальными рядами в переходных складках. Эти фолликулы никогда не замещаются рубцовой тканью и не ведут к заболеванию (поражению роговицы).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ КОНЬЮНКТИВИТОВ

Клиническая картина конъюнктивитов различной этиологии сходна. Больные жалуются на слезотечение, светобоязнь, ощущение инородного тела, зуд, жжение, отделяемое из конъюнктивальной полости.

При осмотре наблюдаются отек конъюнктивы глазного яблока и переходных складок, конъюнктивальная инъекция глазного яблока. При некоторых видах конъюнктивитов (аллергические, вирусные, хламидийные) может возникать фолликулез или папиллярная гипертрофия конъюнктивы век и переходных складок. Отделяемое из конъюнктивальной полости носит слизистый, гнойный, нитчатый или фибринозный характер.

Диагноз и рекомендуемые клинические исследования

Диагноз конъюнктивита несложен и может быть установлен на основании анамнеза и характерной клинической картины. Однако могут возникнуть трудности при проведении дифференциального диагноза между различными формами конъюнктивитов.

Большую роль в установлении причины конъюнктивитов играет лабораторная диагностика.

Методы лабораторной диагностики

В настоящее время для определения этиологии конъюнктивитов и кератитов применяют следующие методы лабораторной диагностики:

- непосредственное определение возбудителя в соскобе (цитологический метод с окраской по Романовскому и по Грамму);
- иммуноферментный, иммунофлюоресцентный, полимеразная цепная реакция (ПЦР);
- выделение хламидий и микоплазм в культуре клеток (культуральный метод, который считается эталонным);
- серологические тесты.

Результаты лабораторной диагностики зависят от тщательности выполнения процедуры забора патологических клеток конъюнктивы или роговицы. Применяют соскобы с конъюнктивы и мазки-отпечатки с конъюнктивы и роговицы.

Для забора соскобов необходимы следующие манипуляции: после эпibuльбарной однократной анестезии с конъюнктивы верхнего и нижнего века с помощью одноразовых зондов-пробоотборников забирают клетки с патологически измененной конъюнктивы. Материал наносят на обычные предметные стекла, сушат в течение 8–10 мин на воздухе и фиксируют ацетоном, после чего предметные стекла с фиксированным материалом рекомендуется в течение 1 ч транспортировать в микробиологическую лабораторию.

Мазки-отпечатки берут с конъюнктивы нижнего века или роговицы, что позволяет повысить достоверность лабораторной диагностики. С помощью пинцета покровную пластинку прижимают к конъюктиве век, глазного яблока или непосредственно к роговице после эпibuльбарной анестезии любым анестетиком. Затем мазок-отпечаток сушат на воздухе в течение 5 мин и фиксируют метиловым спиртом. Транспортировку материала необходимо осуществлять в течение 1 ч после его забора.

Цитологический метод. При использовании специальных окрасок (по Граму и Романовскому) можно выявить хламидийные включения, разнообразную бактериальную флору, мицелий грибов, воспалительные клетки, измененные ядра и цитоплазму клеток конъюнктивы и роговицы. Для бактериальных конъюнктивитов характерны обнаружение большого количества нейтрофилов и отсутствие изменений эпителиальных клеток. При вирусных конъюнктивитах обнаруживают дистрофические изменения эпителиальных клеток, выражающиеся в вакуолизации цитоплазмы и фрагментации хроматина ядер. В экссудате преобладают лимфоциты и макрофаги. При аллергических конъюнктивитах в экссудате преобладают эозинофилы и базофилы. При грибковых конъюнктивитах в пенистом отделяемом определяются грибы, которые нередко подвергаются фагоцитозу нейтрофилами и гистиоцитарными клетками. Хронически протекающие конъюнктивиты характеризуются лимфоцитарной и плазмоцитарной инфильтрацией.

Прямая иммунофлюоресценция – достоверный и специфичный метод. Соскобы с конъюнктивы глаза окрашивают родоспецифическими моноклональными антителами хламидий, вируса простого герпеса типа 1 и 2, аденовируса. Данные антитела представляют собой моноклональные мышинные антитела, специфич-

ные к определенному антигену. При люминесцентной микроскопии хламидии и вирусы выявляются либо в пораженных клетках в виде характерных цитоплазматических включений, окрашенных в зеленых цвет, либо внеклеточно в виде отдельных образований, окрашенных в ярко-зеленый цвет.

Культуральный метод является дорогостоящим и трудоемким. К его отрицательным сторонам следует отнести длительность культивирования (48–52 ч). Однако возможность получения четких результатов даже при минимальном присутствии микрофлоры – важное преимущество этого метода.

Для идентификации и дифференциального титрования микоплазм используют специальный набор. Данная методика позволяет культивировать, а также идентифицировать микоплазмы. Титр микоплазм выражается в количестве единиц изменения цвета (ЕИЦ) на 1 мл пробы. Культивирование позволяет определить титры порядка 10^3 /мл, которые уже считаются патогенными.

ПЦР позволяет непосредственно определить специфический участок последовательности ДНК для любого известного микроорганизма и вируса.

Серологические методы имеют второстепенное значение. Используют различные иммунные реакции, оценивается диагностический титр (1/64). Но даже при достоверно положительном титре для определенной инфекции в сыворотке крови невозможно установить локализацию патологического процесса и достоверно определить стадию заболевания.

В стадии разработки находится метод определения иммуноглобулинов различных классов в слезной жидкости. Обсуждается вопрос диагностической ценности этого метода и его помощи в постановке диагноза хламидийного поражения органа зрения. Чаще всего иммуноферментным методом определяют секреторные иммуноглобулины класса А и G. Считается, что появление в слезной жидкости иммуноглобулинов различных классов связано с несколькими причинами. Во-первых, это транссудация их из крови, во-вторых, активизации локального иммунитета непосредственно в органе зрения.

Серологический анализ слезной жидкости включает определение чаще всего иммуноглобулинов класса А и G. Используют метод иммуноферментного анализа (ИФА), который обладает вы-

сокой специфичностью и чувствительностью. Чаще всего диагностический титр в таких тест-системах составляет 1/32. Соответственно результаты с титром менее 1/32 считаются отрицательными для определения антител к IgA и IgG.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Накладывать повязку при конъюнктивите запрещено (под повязкой резко усиливается возможность развития кератита). Для предотвращения распространения инфекции необходимо соблюдать правила личной гигиены.

Для механического удаления, отделяемого из конъюнктивальной полости ее промывают растворами антисептиков 2–3 раза в сутки в течение семи-десяти суток растворами фурацилина (1:5000) и перманганата калия (1:1000).

В конъюнктивальный мешок закапывают глазные капли в течение первых нескольких дней каждые 2–4 ч, по мере стихания воспалительного процесса частота закапывания уменьшается до трех-шести раз в сутки. Мазевые формы лучше использовать в ночное время суток. Курс лечения 7–10 дней. Выбор препарата зависит от возбудителя.

При лечении неаллергических конъюнктивитов (бактериальных, вирусных, хламидийных) для уменьшения явлений воспаления (при остром конъюнктивите после стихания явлений воспаления) закапывают растворы ГКС или НПВС 2–3 раза в сутки в течение семи-десяти суток:

- дексаметазона 0,1%-ный (Офтан Дексаметазон);
- диклофенак натрия 0,1%-ный (Наклоф);
- индометацина 0,1%-ный (Индоколлир).

Можно использовать комбинированные препараты, содержащие ГКС и антибиотик, 2–3 раза в сутки в течение семи-десяти дней:

- дексаметазон / неомицин / полимиксин В, р-р (Макситрол);
- дексаметазон / гентамицин, р-р (Декса-гентамицин);
- бетаметазон / гентамицин, р-р (Гаразон).

Применяют комбинированные препараты, содержащие сосудосуживающие средства, 2–3 раза в сутки, не более пяти-семи дней:

- нафазолин / антозолин / метиленовый синий / сульфат цинка, р-р (Окуметил).

Дополнительно используют инстилляции препаратов, являющихся стабилизаторами мембран тучных клеток, 2–3 раза в сутки в течение двух-трех недель:

- хромогликат натрия 2%-ный р-р (лекролин);
- кодоксамида – 0,1%-ный р-р (Аломид).

При поражении роговицы при различных формах конъюнктивитов применяют препараты, улучшающие ее регенерацию, 3–4 раза в сутки в течение двух-трех недель:

- тауфона 4%-ный р-р;
- ретинола ацетата или пальмитата 3,44%-ный р-р;
- депротеинизированный диализат из крови молочных телят, 20%-ный гель (солкосерил);
- декспантенола мазь 5%-ный (корнерегель);
- рибофлавин 0,01 / аскорбиновая кислота 0,02 / глюкоза 2%-ный 10,0 р-р (ex tempore).

Оценка эффективности лечения. При рациональной терапии наступает полное выздоровление, однако при некоторых конъюнктивитах возможно длительное хроническое течение, при котором может развиваться поражение окружающих структур: век, слезных органов и роговицы. При некоторых конъюнктивитах наблюдаются рубцовые изменения, которые приводят к возникновению симблефарона и синдрома «сухого глаза».

Особенности клинической картины различных форм конъюнктивитов диктуют разный подход к их лечению.

Бактериальные конъюнктивиты

Острый неспецифический катаральный конъюнктивит.

Этиология. Возбудитель – стафилококки или стрептококки. Острые конъюнктивиты чаще возникают у детей, реже – у пожилых людей, еще реже – у людей среднего возраста. Обычно возбудитель попадает в глаз с рук.

Клинические признаки и симптомы. Заболевание возникает остро, сопровождается выраженными субъективными ощущениями (светобоязнь, слезотечение, чувство жжения и тяжести в глазах). Поражаются оба глаза (вначале один, затем, через 2–3 дня, другой). Острый конъюнктивит характеризуется выраженной конъюнктивальной инъекцией, отеком переходной складки и

обильным слизисто-гнойным отделяемым из конъюнктивальной полости. За ночь отделяемое высыхает на ресницах и склеивает веки. Острый конъюнктивит обычно протекает без осложнений. Но иногда процесс может распространиться на роговицу – развивается поверхностный краевой кератит (на роговице появляются серые точечные инфильтраты, которые располагаются цепочкой вокруг лимба). Обычно инфильтраты полностью рассасываются, реже распадаются, оставляя после процесса репаративной регенерации помутнение роговицы.

Клинические рекомендации. Частые промывания глаз растворами фурацилина (1:5000), перманганата калия (1:5000), риванола (1:5000), борной кислоты (2%). Закапывают капли или закладывают мазь. Выбор препарата зависит от этиологии конъюнктивита.

Если возбудитель неизвестен, следует использовать следующие препараты:

- мирамистин, 0,01%-ный р-р;
- сульфацил-натрия, 20%-ный р-р;
- сульфапиридазин-натрия, 10%-ный р-р;
- ципрофлоксацин, 0,3%-ный р-р или мазь (Ципромед);
- офлоксацин, 0,3%-ный р-р или мазь (Флоксал);
- Ломефлоксацин, 0,3%-ный р-р (Окацин);
- тетрациклиновую мазь 1%-ную;
- эритромициновую мазь 1%-ную.

При подтверждении стафилококковой флоры, кроме вышеперечисленных препаратов, можно использовать:

- пиклоксидин, 0,05%-ный р-р (Витабакт);
- пентамицин, 0,3%-ный р-р;
- тобрамицин, 0,3%-ный р-р или мазь (Тобрекс);
- фузидиевую кислоту, 1%-ный р-р (Фуцитальмик).

При подтверждении стрептококковой флоры, кроме перечисленных препаратов широкого спектра действия, эффективных в отношении и стафилококкового и стрептококкового возбудителя, можно использовать хлорамфеникол, 0,25%-ный р-р.

После стихания острых воспалительных явлений рекомендуются в течение трех-пяти дней инстилляцией растворов кортикостероидов – 0,5%-ную эмульсии гидрокортизона, 0,3%-ный преднизолон, 0,1%-ный офтан-дексаметазона, 0,1%-ный наклофа, преднида.

Хронический неспецифический катаральный конъюнктивит. *Этиология.* Заболевание развивается вследствие длительного раздражения конъюнктивы пылью, дымом, химическими примесями окружающего воздуха. Имеют значение также нарушения питания, обмена веществ, развитие гиповитаминоза, заболевания век (блефарит, мейбомит), нарушение оттока слезной жидкости, некорригированные аметропии, заболевания носа и придаточных пазух. Это приводит к активизации микроорганизмов – сапрофитов, находящихся в конъюнктивальном мешке. Хронический конъюнктивит может развиваться также при неправильном лечении острого конъюнктивита.

Клинические признаки и симптомы. Жалобы на зуд, жжение, покалывание, ощущение «песка за веками», утомление глаз. Эти ощущения усиливаются к вечеру. При осмотре отмечаются легкая гиперемия конъюнктивы, ее разрыхленность, может быть незначительное слизистое отделяемое по утрам.

Клинические рекомендации. Необходимо устранить причину, вызвавшую заболевание. Местно назначают вяжущие и дезинфицирующие средства – 0,25%-ный р-р цинка сульфата с адреналином, борную кислоту и резорцин, 0,25%-ный р-р цинка сульфата на 2%-ной борной кислоте с адреналином, 0,25%-ный р-р левомицетина, 0,02 %-ный р-р фурацилина. Лечение длительное.

При обострениях процесса и наличии отделяемого проводят инстилляцией следующими растворами:

- сульфацил-натрия, 20%-ный;
- сульфамиридазин-натрия, 10%-ный;
- хлорамфеникол, 0,25%-ный.
- фурацилин, 0,02%-ный.

Рекомендуется также инстилляцией: 0,5%-ной эмульсии гидрокортизона, 0,3%-ного раствора преднизолонa, 0,1%-ного раствора наклофа, гаразона. Если лечение одними препаратами оказалось недостаточно эффективным, через одну-две недели их заменяют другими.

При воспалении не только конъюнктивы, но и краев век (блефароконъюнктивит) применяют мази: 1%-ную тетрациклиновую, 0,5%-ную гентамициновую, 0,5%-ную гидрокортизоновую, 1%-ную календулы.

Острый конъюнктивит, вызываемый синегнойной палочкой. *Этиология.* Возбудитель – синегнойная палочка.

Клинические признаки и симптомы. Заболевание начинается остро. Отмечаются большое или умеренное количество гнойного отделяемого и отек век. Конъюнктивальная век резко гиперемирована, ярко-красного цвета, отечная, разрыхленная. Без лечения конъюнктивальная инфекция может легко распространиться на роговицу и обусловить образование быстро прогрессирующей язвы.

Клинические рекомендации. Инстилляцией антибактериальных глазных капель (тобрекс, окацин, флоксал или гентамицин) в первые два дня – по 6–8 раз в сутки, затем до 3–4. Наиболее эффективно сочетание двух антибиотиков, например тобрекс + окацин или гентамицин + полимиксин. При распространении инфекции на роговицу парабульбарно вводят тобрамицин, гентамицин или цефтазидим, системно применяют таваник в таблетках или гентамицин, тобрамицин – в виде инъекций. При выраженном отеке век и конъюнктивы дополнительно инстиллируют антиаллергические и противовоспалительные капли (сперсаллерг, аллергофтал или наклоф) два раза в сутки. При поражении роговицы необходимы средства метаболической терапии – капли (тауфон, витасик, карнозин) или гели (корнерегель, солкосерил).

Пневмококковый конъюнктивит. *Этиология.* Возбудитель – *Streptococcus pneumoniae*. Чаще происходит экзогенное заражение контактно-бытовым путем. Однако возможна и аутоинфекция, при которой микроорганизмы конъюнктивы, вследствие неблагоприятных условий, приобретают патогенные свойства, а также метастатическая инфекция у больных пневмонией. Инкубационный период – двое-трое суток. Заболевают преимущественно дети; возможны эпидемии в детских коллективах.

Заболевание имеет сезонный характер, преимущественно в осенне-зимний период и преобладает в странах с умеренным и холодным климатом. Иногда конъюнктивиту предшествует насморк и бронхит той же этиологии. Диагноз подтверждается бактериологическим исследованием мазка из конъюнктивальной полости.

Клинические признаки и симптомы. Заболевание возникает остро, сопровождается выраженными субъективными ощущениями. Поражаются оба глаза (вначале один, затем другой). Характеризуется выраженной конъюнктивальной инъекцией, отеком переходной складки, часто сопровождается точечными геморрагиями в

конъюнктиве склеры. Появляются нежные белесовато-серые пленки на конъюнктиве век и переходных складок (пленчатый конъюнктивит). Пленки легко удаляются влажной ватой. После их удаления обнажается рыхлая, но некровоточащая ткань конъюнктивы. Процесс может распространиться на роговицу – развивается поверхностный краевой кератит.

Клинические рекомендации. Всем лицам, находившимся в контакте с заболевшим, в течение двух-трех дней закапывают 10–20%-ный раствор сульфацил-натрия или 0,25%-ный раствор левомицетина.

Для механического удаления отделяемого из конъюнктивальной полости ее промывают растворами антисептиков, пленки снимают влажной ваткой.

Наиболее целесообразно использовать следующие препараты:

- мирамистина, 0,01%-ный р-р;
- эритромициновую 1%-ную мазь;
- хлорамфеникол, 0,25%-ный р-р.

Препаратами выбора являются:

- ципрофлоксацин, 0,3%-ный р-р или мазь (Ципромед);
- офлоксацин, 0,3%-ный р-р или мазь (Флоксал);
- ломефлоксацин, 0,3%-ный р-р (Окацин);
- тетрациклиновая мазь, 1%-ная;
- эритромициновая мазь, 1%-ная;
- фузидиевая кислота, 1%-ный р-р (Фуцитальмик).

При стихании острых воспалительных явлений в течение пяти-семи дней рекомендуются инстилляции растворов кортикостероидов: 0,5%-ной эмульсии гидрокортизона, 0,3%-ного преднизолона, 0,1%-ного дексаметазона, глазных капель «Софрадекс», 0,1%-ного Наклофа, пренацид.

Дифтерийный конъюнктивит. *Этиология.* Возбудитель – *Corynebacterium diphtheriae* (палочки дифтерии Клебса-Левфлера). Заболевание возникает на фоне поражения верхних дыхательных путей, но возможно и первичное поражение глаз. Чаще болеют дети и взрослые, которым не были сделаны противодифтерийные прививки.

Клинические признаки и симптомы. Дифтерия конъюнктивы может иметь разные клинические проявления, различают дифтеритическую, крупозную и катаральную формы.

Для *дифтеритической формы* характерны: выраженный отек, гиперемия, уплотнение и болезненность век. Вывернуть веки невозможно, удастся только слегка открыть глазную щель, из которой выделяется мутная, с хлопьями, серозно-кровянистая жидкость. Конъюнктивита век, переходных складок и глазного яблока покрыта грязно-серыми, плотно спаянными с подлежащей тканью пленками. При попытке их удаления конъюнктивита кровоточит. Через 7–10 дней пленки начинают отпадать, под ними наблюдается некроз конъюнктивы. В этот период отделяемое носит гнойный характер. Постепенно явления отека уменьшаются, в исходе процесса, через 2–3 недели, образуются рубцовые изменения конъюнктивы, может развиваться симблефарон. Возможно поражение роговицы: возникают множественные инфильтраты, изъязвления, стойкие помутнения роговицы. Происходит отложение на слизистой оболочке фибринозного экссудата, некроз поверхностных слоев эпителия и подлежащей соединительной ткани.

Наряду с поражением глаз отмечаются общие симптомы, характерные для дифтерии: повышение температуры тела, головная боль, слабость, увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов (предушных и подчелюстных). Этиологический диагноз подтверждается бактериологическим исследованием отделяемого конъюнктивы.

Крупозная форма проявляется слабым отеком век, скудным отделяемым, хемозом слизистой глаза и образованием на конъюнктиве хряща нежных, легко снимающихся поверхностных пленок, под которыми обнаруживается кровоточащая поверхность. Роговица обычно не вовлекается в процесс, исход благоприятный.

При *катаральной форме* не наблюдается фибринозного экссудата и пленок. Отмечается только гиперемия слизистой оболочки разной интенсивности и обильное гнойное отделяемое. Диагностировать заболевание помогает обнаружение палочек дифтерии в мазке и посеве.

Клинические рекомендации. Больного изолируют в инфекционном отделении.

Системная терапия включает применение противодифтерийной сыворотки и антибиотиков пенициллинового ряда.

Внутримышечно вводят:

- противодифтерийную сыворотку, по 10–20 тыс. МЕ (1000 МЕ/кг по Безредке);

- внутримышечно или внутривенно в течение пяти-восьми дней вводят бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль, порошок для приготовления раствора по 250 000, 500 000, 1 000 000 ЕД.) по 25–50 000 ЕД./кг 4–6 раз в сутки;

В течение семи-десяти дней назначают прием феноксиметилпенициллина (таблетки по 100 и 250 мг) по 125–250 мг 4 раз в день за 1,5 ч до еды и эритромицина сукцинит (таблетки по 100 и 250 мг) по 125–500 мг 4 раз в день за 1 ч до еды.

Конъюнктивальную полость несколько раз в день промывают растворами антисептиков фурациллина (1:5000) и перманганата калия (1:5000).

В конъюнктивальную полость вводят раствор пенициллина (10–20 тыс. ЕД./мл каждые 2–3 ч (*ex tempore*)) и эритромициновую 1%-ную мазь, 3–4 раза в день.

При поражениях роговицы применяют дополнительно капли, содержащие витамины: цитраль, рибофлавин с аскорбиновой кислотой на 5%-ном растворе глюкозы, 0,5%-ную тиаминовую мазь.

При выраженных симптомах интоксикации внутривенно капельно в течение одних-трех суток применяют растворы гемодеза (200–400 мл) и глюкозы 5%-ный (200–400 мл) с аскорбиновой кислотой (2 г).

Гонококковый конъюнктивит (гонобленнорея). *Классификация.* Выделяют гонобленнорею новорожденных (заражение происходит при прохождении через родовые пути матери, воспалительный процесс развивается на второй-третий день после рождения); детей (контактно-бытовой путь заражения от больных взрослых) и взрослых (занос инфекции из половых органов).

Этиология. Возбудитель – *Neisseria gonorrhoeae*.

Клинические признаки и симптомы. У новорожденных процесс вовлекаются оба глаза. У детей и взрослых, как правило, возникает одностороннее поражение (при ранней диагностике и рациональном лечении возможно предупреждение заболевания второго глаза). В клиническом течении гонобленнореи новорожденных различают три периода: инфильтрации, гноетечения, папиллярной гипертрофии. В начале заболевания наблюдается *период инфильтрации*: выраженный отек, гиперемия и уплотнение век. Вывернуть веки невозможно, удастся только слегка открыть глаз-

ную щель. Из конъюнктивальной полости выделяются кровянистая жидкость цвета мясных помоев. Выраженная конъюнктивальная инъекция, конъюнктива отечная, рыхлая, легко кровоточит. Через 2–4 дня наступает *период пиореи*, который продолжается около недели: отек век уменьшается, веки становятся на ощупь мягкими, тестоватой консистенции. Из конъюнктивальной полости выделяется большое количество пенистого сливкообразного гнойного отделяемого, которое в дальнейшем приобретает зеленоватый оттенок. В этот период резко отекает конъюнктива склеры, окружая роговицу в виде валика. В это время, обычно на первой неделе заболевания, существует опасность возможного распространения воспалительного процесса на роговицу вследствие мацерации эпителия, образования в нем дефектов и нарушения питания из-за сдавления отечной конъюнктивой краевой петливой сосудистой сети вокруг роговицы. Возникают гнойные инфильтраты, быстро переходящие в язвы и имеющие тенденцию к прободению. В таких случаях может образоваться бельмо, сращенное с радужкой, а при проникновении инфекции внутрь глаза возможно развитие эндофтальмита.

Постепенно явления воспаления исчезают. Длительное время могут сохраняться гиперемия и сосочковая гипертрофия конъюнктивы – *период гиперпапиллярной инфильтрации*. Этот период бывает длительностью 6–8 недель. После излечения обычно рубцов конъюнктивы не остается.

У взрослых и детей поражение роговицы встречается чаще. У взрослых возможно появление общих симптомов интоксикации. Для подтверждения диагноза гонобленнореи необходимо проведение бактериологического исследования конъюнктивального отделяемого на наличие гонококков.

Клинические рекомендации. В конъюнктивальный мешок закапывают (режим применения такой же, как при лечении острого конъюнктивита) антибактериальные препараты. Наиболее целесообразно использовать следующие:

- бензилпенициллин, р-р, 100 000–333 000 ЕД/мл; новорожденным 10 000–20 000 ЕД/мл (*ex temporae*);
- цефазолин, р-р, 133 мг/мл (*ex temporae*);
- цефтазидим, р-р, 50 мг/мл (*ex temporae*);
- цiproфлоксацин, 0,3%-ный р-р или мазь (Ципромед);
- офлоксацин, 0,3%-ный р-р или мазь (Флоксал);
- ломефлоксацин, 0,3%-ный р-р (Окацин);
- эритромициновая мазь 1%-ная;

- сульфацил-натрия, 20%-ный р-р;
- сульфapiидазин-натрия, 10%-ный р-р;
- левомицетин, 0,25%-ный р-р.

Препаратами выбора являются:

- тетрациклиновая мазь 1%-ная;
- фузидиевая кислота, 1%-ный р-р (Фуцитальмик).

Для санации урогенитального очага инфекции или при тяжелом течении процесса (особенно при поражении роговицы) проводят системную антибактериальную терапию.

Наиболее целесообразно использовать следующие препараты.

Внутрь:

- офлоксацин (таблетки, 200 мг), взрослым по 400 мг однократно; детям не рекомендуется;
- ципрофлоксацин (0,25 г), взрослым по 500 мг однократно; детям не рекомендуется.

Внутримышечно цефтриаксон (роцефин, порошок для приготовления раствора по 0,25, 0,5, 1 и 2 г) взрослым по 1 г однократно; детям при массе тела менее 45 кг по 125 мг однократно, при массе тела более 45 кг по схемам взрослых; новорожденным – по 25–50 мг/кг (но не более 125 мг) 1 раз в сутки в течение двух-трех дней.

Внутривенно (при осложненной гонорее) цефотаксим (клафоран, порошок для приготовления раствора по 0,5 и 1 г) по 1 г каждые 8 ч. Продолжать в течение 24–48 ч после уменьшения клинических симптомов.

Препаратами выбора являются.

Внутрь:

- эритромицин (таблетки 100 и 250 мг) по 400 000 ЕД 6 раз в течение 2 дней, далее по 400 000 ЕД 5 раз в течение 2 дней;
- азитромицин (сумамед, таблетки 125 и 500 мг) по 1 г однократно;
- доксициклин (капсулы по 50, 100 и 200 мг) по 200 мг однократно, далее по 100 мг каждые 12 ч в течение семи суток.

Лечение продолжают до полного клинического выздоровления и отрицательных результатов бактериологического исследования содержимого конъюнктивальной полости на выявление гонококков. Лечение проводят совместно с венерологом.

Для профилактики гонобленнореи у новорожденных в конъюнктивальный мешок после рождения ребенка закапывают по 1 капле в каждый глаз:

- серебро нитрата, 1%-ный р-р однократно (метод Матвеева-Креде);
- сульфацил-натрия, 20%-ный р-р трехкратно с интервалом 10 мин.

Также с этой целью в конъюнктивальный мешок после рождения ребенка закладывают полоску мази, по 1 см, в каждый глаз однократно тетрациклиновой или эритромициновой (1%-ной).

Острый эпидемический конъюнктивит. *Этиология.* Возбудитель – *Haemophilus conjunctivitis* (бактерия Коха-Уикса). Палочка Коха-Уикса обитает и на клинически здоровой конъюнктиве у бактерионосителей. Заболевание передается контактным путем. Переносчиком являются мухи. Чаще болеют дети грудного и ясельного возраста. Заболевание высококонтагиозно. Вспышки приходятся на летне-осеннее время. Сезонность эпидемий объясняют размножением мух, раздражением глаз пылью, ветром, ярким солнечным светом при пониженной влажности воздуха, а также понижением реактивности организма больного в жаркое время года, что способствует повышению его восприимчивости к инфекции и проявлению патогенных свойств возбудителя.

Клинические признаки и симптомы. Инкубационный период – 1–2 дня. Протекает остро, нередко начинается сначала на одном глазу. Для заболевания характерны выраженный отек и гиперемия конъюнктивы глазного яблока и нижней переходной складки, в которой отмечаются петехиальные кровоизлияния. Вследствие выраженного отека конъюнктивы глазного яблока в просвете глазной щели она выглядит в виде двух треугольников, обращенных основанием к лимбу. В первый день отмечается скудное слизистое отделяемое, которое склеивает ресницы, и больной не может открыть веки. Затем отделяемое становится обильным гнойным (напоминающим гонорейный конъюнктивит), иногда на конъюнктиве век появляются нежные, легко снимающиеся пленки (напоминающие пленки при дифтерийном конъюнктивите). Обязательно проводят бактериологическое исследование отделяемого конъюнктивы. Могут наблюдаться симптомы общей интоксикации (повышение температуры тела, головная боль, насморк). У детей возможно

распространение процесса на роговицу. Может развиваться поверхностный точечный кератит, у ослабленных детей возможно развитие язвенного кератита.

Клинические рекомендации. В конъюнктивальный мешок закапывают или закладывают (режим применения такой же, как при лечении острого конъюнктивита) антибактериальные препараты.

Наиболее целесообразно использовать следующие препараты:

- сульфацил-натрия, 20%-ный р-р;
- сульфапиридазин-натрия, 10%-ный р-р;
- тобрамицин, 0,3%-ный р-р или мазь (Тобрекс).

Препаратами выбора являются:

- ципрофлоксацин, 0,3%-ный р-р или мазь (Ципромед);
- офлоксацин, 0,3%-ный р-р или мазь (Флоксал);
- ломефлоксацин, 0,3%-ный р-р (Окацин);
- эритромициновая мазь 1%-ная.

Диплобациллярный (ангулярный) конъюнктивит.

Этиология. Возбудитель – *Moraxella lacunata* (бактерия Моракса-Аксенфельда). Заболевание передаются контактно-бытовым путем.

Клинические признаки и симптомы. Инкубационный период – 4 дня. Характеризуется хроническим или (в редких случаях) подострым течением, двустороннее, сопровождается блефаритом.

Больные жалуются на сильных зуд, жжение и резь в глазах, частые болезненные моргания. При осмотре обращают на себя внимание гиперемия и отек конъюнктивы в области углов глазной щели, а также гиперемия и мацерация кожи в области углов глазной щели. Характерно скудное отделяемое в виде тягучей слизи из конъюнктивальной полости, которое снижает зрение и скапливается в углах глазной щели, образуя восковидные корочки. Возможно осложнение процесса краевыми инфильтратами или язвой роговицы.

Клинические рекомендации. В конъюнктивальный мешок закапывают 4–6 раз в сутки в течение 1–1,5 мес., а после исчезновения симптомов 2 раз в сутки в течение 7–10 дней следующие препараты:

- цинка сульфат 0,25%-ный, 0,5%-ный и 1%-ный р-р (ex tempore);
- цинка сульфата 0,25%-ный /борной кислоты 2%-ный р-р;

- нафазолин/антозолин/метиленовый синий/сульфат цинка р-р (Окуметил) не более 5–7 суток.

Препаратами выбора являются:

- ципрофлоксацин, 0,3%-ный р-р или мазь (Ципромед);
- офлоксацин, 0,3%-ный р-р или мазь (Флоксал);
- ломефлоксацин, 0,3%-ный р-р (Окацин);
- эритромициновая мазь, 1%-ная;
- тетрациклиновая мазь, 1%-ная;
- гентамицин, 0,3%-ный р-р;
- тобрамицин, 0,3%-ный р-р или мазь (Тобрекс).

ХЛАМИДИЙНЫЕ КОНЬЮНКТИВИТЫ

Классификация. Выделяют две формы хламидийных конъюнктивитов – трахому и паратрахому.

Этиология. Хламидии – мелкие внутриклеточные паразиты, проявляющие свойства вирусов и бактерий. Размножаясь в эпителиальных клетках, образуют скопления в цитоплазме клеток (тельца Гальбершtedтера-Провачека). Для подтверждения этиологии заболевания используют микроскопию мазков с конъюнктивы (окраска по Романовскому-Гимзе). Более чувствительными являются исследования с помощью культуры клеток McCoу и иммунофлюоресцентный анализ (подтверждение этиологии в 90–95%-ный случаев).

Трахома. *Этиология.* Возбудитель – *Chlamydia trachomatis* серотипы А, В, В_a и С. Заражение происходит контактно-бытовым путем от больного человека.

Клинические признаки и симптомы. Трахома характеризуется диффузной инфильтрацией лимфоидной ткани конъюнктивы и образованием трахоматозных фолликулов с их последующим распадом и рубцеванием. Инкубационный период – 7–14 дней. Как правило, трахома начинается незаметно. Острое начало заболевания возникает реже в случаях наложившейся на трахоматозный процесс различной микробной инфекции, сопровождающейся картиной острого конъюнктивита. При незаметном начале трахомы субъективные ощущения слабо выражены. Иногда больных беспокоят чувство тяжести в веках, ощущение засоренности глаза песком, небольшое количество слизистого, реже слизистогнойного отделяемого, склеивание век во время сна. Заболевание

характеризуется хроническим длительным течением с периодами обострения и ремиссии. Выделяют четыре стадии трахомы. Во время первых трех стадий больные заражны.

Трахома I – стадия прогрессирующего воспаления (начальная). Характеризуется выраженной гиперемией конъюнктивы, которая приобретает вишнево-багровый оттенок, наблюдаются инфильтрация слизистой оболочки, гипертрофия сосочков и развитие фолликулов. Фолликулы в виде глубоко сидящих, студенистомутных, крупных сероватых зерен. Поверхность слизистой оболочки становится неровной, бугристой. Процесс начинается с верхней переходной складки, затем распространяется на конъюнктиву верхнего века. На конъюнктиве хряща, в связи с более плотным строением ткани, фолликулы мелкие и меньше выступают над поверхностью. Мелкие множественные красноватые сосочки придают конъюнктиве бархатистый вид. При дальнейшем развитии болезни инфильтрация увеличивается, и конъюнктив переходных складок может выступать в виде горизонтально расположенных валиков. При этом увеличиваются количество и размер фолликулов. Утяжеленные и слегка приспущенные верхние веки придают больным трахомой характерный сонный вид. Уже в этой стадии возможны развитие фолликулов в зоне верхнего лимба и переход воспалительного процесса на роговицу (отек, инфильтрация и васкуляризация).

Трахома II – стадия развитого процесса (активная трахома). Характеризуется появлением крупных студенистых фолликулов, нарастанием инфильтрации и папиллярной гиперплазии конъюнктивы верхнего века. Отдельные фолликулы подвергаются некрозу с образованием нежных рубцов. Для этой стадии характерно появление трахоматозного паннуса. Вовлечение в воспалительный процесс роговицы является характерным признаком трахомы. В поверхностных слоях лимба, обычно в его верхней области, появляются мелкие округлые сероватые инфильтраты, окруженные тонкими петлями сосудов. Одни инфильтраты слегка выступают над поверхностью, напоминая фолликулы, другие вдавлены и имеют вид ямок (*глазки Бонне*). Затем воспалительная инфильтрация поверхностных слоев роговицы от лимба, по роговице, спускается ниже, и весь верхний сегмент роговицы становится мутным, как бы прикрытым нависающей пленкой, пронизанной сосудами, продолжающимися на роговицу с конъюнктивы склеры (*трахоматозный паннус*).

Паннус представляет собой поверхностный, диффузный, сосудистый кератит. Распространяясь постепенно вниз, паннус может занимать всю верхнюю половину роговицы и даже распространяться еще ниже. Однако чаще паннус спускается лишь до середины роговицы и заканчивается резкой, изогнутой линией. В зависимости от выраженности инфильтрации и количества врастающих в роговицу сосудов различают тонкий, сосудистый и мясистый паннус. Паннус может развиваться в любом периоде заболевания независимо от выраженности трахоматозного поражения конъюнктивы. Вследствие рубцевания паннуса остаются более или менее интенсивные, стойкие помутнения роговицы, содержащие сосуды. Характерная локализация трахоматозного паннуса обусловлена в известной мере давлением инфильтрированного верхнего века на верхний сегмент роговицы, в связи с чем ухудшается ее питание. Больные в этой стадии наиболее заразы.

Трахома III – рубцующаяся трахома. Явления воспаления затухают, могут сохраняться единичные фолликулы, подвергающиеся перерождению. Преобладают процессы рубцевания. Появляются характерные осложнения: заворот век (энтропион), трихиаз (неправильный рост ресниц), мадароз (выпадение ресниц и облысение ресничного края век), симблефарон (сращение между конъюнктивой век и глазным яблоком), глубокий паренхиматозный ксероз (недостаточное увлажнение конъюнктивы и роговицы). Длиться эта стадия может годами, сопровождаясь периодическими обострениями.

Трахома IV – клинически излеченная трахома (рубцовая трахома). Конъюнктивa белесоватого цвета, покрыта множественными рубцами. IV стадию делят на четыре группы: трахома IV(0) – без снижения зрения; трахома IV(1) – незначительное снижение зрения; трахома IV(2) – умеренное снижение зрения; трахома IV(3) – резкое снижение зрения.

Определенное значение имеют общее состояние организма, его реактивность, возраст больного. У детей трахома протекает легче, чем у взрослых и реже приводит к осложнениям. В настоящее время трахома имеет широкое распространение в странах Юго-Восточной Азии, в Африке и Южной Америке.

Дифференциальная диагностика. Диагноз трахомы особенно труден в начальной стадии болезни, когда по клиническим проявлениям она имеет сходство с другими фолликулярными заболеваниями конъюнктивы.

Прежде всего, трахому следует дифференцировать от *фолликулеза*, который часто наблюдается у детей школьного возраста. При фолликулезе фолликулы конъюнктивы мелкие, розового цвета, прозрачные, расположены поверхностно правильными рядами на фоне нормальной конъюнктивы, главным образом вдоль нижней переходной складки.

При дифференциальной диагностике трахомы с *аденовирусными конъюнктивитами* следует учитывать общее состояние больного, вовлечение в процесс регионарных лимфатических желез, явления фарингита (при аденофарингоконъюнктивальной лихорадке), наличие точечных инфильтратов на роговице и мелких кровоизлияний в конъюнктиве (при эпидемическом кератоконъюнктивите).

Значительные трудности возникают при дифференцировании начальной стадии трахомы от *паратрахомы* – конъюнктивита с включениями Провачека – Гальбершtedтера. При паратрахоме начало заболевания острое, поражается преимущественно нижняя переходная складка, инфильтрация конъюнктивы незначительная, фолликулы отдельные, крупные, розового цвета, полупрозрачные, расположены поверхностно; на исходе заболевания фолликулы рассасываются, не оставляя рубцов. Роговица поражается реже, нет характерного трахоматозного паннуса. При исследовании щелевой лампой можно обнаружить микропаннус и мелкие множественные точечные эпителиальные инфильтраты. Характерным для паратрахомы является возникновение с третьего-пятого дня заболевания регионарной предущной аденопатии на стороне больного глаза, чего не бывает при трахоме.

Клинические рекомендации. В конъюнктивальный мешок закапывают или закладывают 4–5 раз в сутки антибактериальные препараты от одного-трех до шести мес. Лучше использовать мазевые лекарственные формы. Местное лечение сочетают с экспрессиями фолликулов. Применяют:

- сульфацил-натрия 20%-ный р-р;
- сульфацил-натрия 10%-ный р-р;
- ципрофлоксацин, 0,3%-ный р-р или мазь (Ципромед);
- офлоксацин, 0,3%-ный р-р или мазь (Флоксал);
- ломефлоксацин, 0,3%-ный р-р (Окацин);
- эритромициновую мазь, 1%-ную;
- тетрациклиновую мазь 1%-ную;
- дитетрациклиновую мазь 1%-ную;
- пиклоксидин, 0,05%-ный р-р (Витабакт).

Выдавливание (экспрессию) трахоматозных фолликулов осуществляют после уменьшения инфильтрации конъюнктивы двух–четырёх-кратно. Интервалы между экспрессиями две–три недели.

Системную антибактериальную терапию проводят непрерывными или прерывистыми курсами в течение трех–четырёх недель. Наиболее целесообразно использовать следующие антибиотики.

Внутрь:

- кларитромицин (таб. по 250 мг) по 250 мг 2 раза в сутки;
- азитромицин (таб. по 125 и 500 мг) по 0,25–0,5 г 1 раз в сутки;
- доксициклин (капс. по 50, 100 и 200 мг) по 100 мг 2 раза в сутки;
- рокситромицин (таб. по 150 мг) по 0,15–0,3 г 1–2 раза в сутки;
- офлоксацин (таб. по 200 мг) взрослым по 200–400 мг 1 раз в сутки; детям не рекомендуется;
- ципрофлоксацин (таб. по 0,25 г) взрослым по 0,25–0,5 г 2 раза в сутки; детям не рекомендуется.

Проводят системную терапию интерферонами и интерферонотгенами.

Внутримышечно:

- интерферон (реаферон, порошок для приготовления раствора для инъекций по 500 000 и 1 000 000 ЕД.) по 1 000 000 ЕД. через день (на курс 7–10 инъекций);
- циклоферон, 12,5%-ный р-р по 2 мл в течение 10 дней, 2–3 курса с интервалом 1 нед.

Ректально:

- интерферон (Виферон-2, свечи ректальные по 500 000 ЕД) по 500 000 МЕ 2 раза в сутки ежедневно в течение 10 дней, далее по 1 000 000 МЕ 3 раза в неделю в течение 1–1,5 мес.

Паратрахома (конъюнктивит с включениями). *Классификация.* Поражение глаз может протекать в различных клинических формах:

Паратрахома взрослых. Заражение происходит в результате переноса инфекции из половых органов.

Эпидемический хламидийный конъюнктивит (банальный или бассейновый конъюнктивит) – заражение происходит контактно-бытовым путем.

Конъюнктивит при синдроме Рейтера.

Конъюнктивит при генерализованном хламидиозе зоонозной природы.

Паратрахома новорожденных (бленнорея с включениями).

Заражение происходит через плаценту или при прохождении через родовые пути больной матери.

Этиология. Возбудитель – *Chlamydia trachomatis*, серотипы D-K. Методы лабораторной диагностики те же, что при трахоме. Одним из основных признаков, характерных и типичных только для хламидийных инфекций, является обнаружение в соскобе эпителия конъюнктивы внутриклеточных включений – телец Провачека-Хальбершtedтера (цитологический метод). Более информативны такие методы, как исследование флюоресцирующих антител, иммунофлюоресцентный анализ, а также методы серологической диагностики.

Клинические признаки и симптомы. Инкубационный период – 10 -14 дней с колебаниями от 7 до 21 дня. Заболевание характеризуется острым, подострым или хроническим течением с периодами обострения и ремиссии. В большинстве случаев заболевание начинается в виде острого конъюнктивита, реже процесс имеет подострое или хроническое течение. Как правило, поражается один глаз. При осмотре обращают на себя внимание выраженная гиперемия и отек конъюнктивы переходных складок. Вначале наблюдается небольшое количество слизистого-гнойного отделяемого из конъюнктивальной полости, затем оно становится обильным гнойным. В течение первой недели заболевания увеличиваются регионарные предушные лимфатические узлы на стороне поражения (чего не бывает при трахоме), при пальпации они безболезненны (что служит одним из критериев дифференциального диагноза с аденовирусным конъюнктивитом). Через 2–3 недели появляется гипертрофия сосочков, которая максимально выражена на нижней переходной складке. Фолликулы крупные, вначале расположены изолированно, затем сливаются, образуя валики. Может наблюдаться односторонний псевдоптоз вследствие отека и фолликулеза конъюнктивы века. В области верхнего лимба иногда возникают микропаннус, а также субэпителиальные множественные точечные инфильтраты роговицы. В исходе процесса никогда не наблюдаются рубцовые изменения роговицы. Из общих проявлений хламидийной инфекции в организме обнаруживают сопутствующую урогени-

тальную патологию, евстахиит или отит на стороне больного глаза.

Паратрахома у новорожденных развивается на 3-й–15-й день после рождения ребенка. Различают врожденные и приобретенные при родах хламидийные конъюнктивиты. Как правило, поражается один глаз. Вначале отмечаются слезотечение, незначительный отек и гиперемия конъюнктивы, затем появляется обильное гнойное отделяемое, иногда с примесью крови. Характерные фолликулы возникают через 3–4 недели, расположены они в основном на нижней переходной складке. Возможно развитие предущной аденопатии на стороне поражения. У новорожденных иногда наблюдается развитие блефаритов, а также отитов, ринитов, энтеритов. Косвенным признаком наличия хламидийной инфекции в конъюнктиве новорожденного является обнаружение хламидии в цервикальном канале матери, а также хламидийных антител в ее крови.

Новорожденным после проведения стандартной профилактики против гонобленнореи для профилактики хламидийных конъюнктивитов Ю.Ф. Майчук (1986) предлагает закладывать в конъюнктивальный мешок 1%-ную тетрациклиновую мазь или 0,5%-ную эритромициновую глазную мазь.

Основным клиническим признаком паратрахомы в отличие от трахомы является отсутствие рубцевания конъюнктивы.

Клинические рекомендации. Местная терапия такая же, как при трахоме. Экспрессия фолликулов не применяется. При лечении паратрахомы у взрослых необходимо проводить санацию урогенитального очага инфекции.

Существует несколько способов применения антибиотиков: прием в течение одного, трех или пяти в течение 7–14 дней; непрерывный прием в течение 21–28 дней; пульс-терапия – проводится 3 цикла антибиотикотерапии по 7–10 дней с перерывами 7–10 дней.

Наиболее целесообразно использовать следующие антибиотики (внутри):

- кларитромицин (таб. по 250 мг) по 250 мг 2 раза в сутки;
- азитромицин (таб. по 125 и 500 мг) по 0,25–0,5 г один раз в сутки;
- доксициклин (капс. по 50, 100 и 200 мг) по 100 мг 2 раза в сутки;

- рокситромицин (таб. по 150 мг) по 0,15–0,3 г 1–2 раза в сутки;
- офлоксацин (таб. по 200 мг) взрослым по 200–400 мг 1 раз в сутки; детям не рекомендуется;
- ципрофлоксацин (таб. по 0,25 г) взрослым по 0,25–0,5 г 2 раза в сутки; детям не рекомендуется.

Как и при лечении трахомы, проводят системную терапию интерферонами и интерферогенами.

ВИРУСНЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ

Герпетический конъюнктивит. *Классификация.* Выделяют катаральную, фолликулярную и везикулярно-язвенную формы герпетического конъюнктивита.

Этиология. Возбудитель – Herpes simplex.

Клинические признаки и симптомы. Заболевание чаще возникает у детей, характеризуется вялым длительным течением, как правило, носит односторонний характер. В патологический процесс часто вовлекаются края век, кожа, роговица. Заражение происходит от больного контактным или воздушно-капельным путем. Попав в организм, вирус простого герпеса сохраняется в течение всей жизни, вызывая рецидивы болезни.

Катаральная форма конъюнктивита характеризуется гиперемией и отеком конъюнктивы, небольшим количеством слизистого или слизисто-гнойного отделяемого из конъюнктивальной полости. Протекает остро, менее продолжительна.

Фолликулярная форма конъюнктивита сопровождается появлением фолликулов на фоне перечисленных выше симптомов.

Везикулярно-язвенная форма заболевания протекает с образованием рецидивирующих язв или эрозий на конъюнктиве и крае века, прикрытых нежными пленками, без последующих рубцовых изменений слизистой оболочки. Иногда возможно образование узелков в склере в области лимба, напоминающих фликтены.

При всех формах герпетического конъюнктивита возможно появление характерных высыпаний на коже век и крыльев носа.

Клинические рекомендации. Местно применяют антиметаболиты в виде глазных капель или мазей:

- идоксиуридина 0,1%-ный р-р 6–8 раз в сутки (Офтан-ИДУ);
- ацикловира 3%-ная мазь (Зовиракс) 2–3 раза в сутки;

- оксалиновую 0,25%-ная мазь 2–3 раза в сутки;
- флореналевую 0,5%-ная мазь 2–3 раза в сутки;
- теброфеновую 0,5%-ная мазь 2–3 раза в сутки.

Антиметаболиты сочетают с местным использованием интерферона и его индукторов:

- интерферон, р-р, 4000 ЕД./мл каждые 2 ч (ex tempore);
- полудан, р-р, 50 ЕД./мл каждые 2 ч (ex tempore);
- парааминобензойная кислота 0,07%-ный р-р 3–4 раз в сутки (Актипол).

Аденовирусный конъюнктивит (фарингоконъюнктивальная лихорадка). *Классификация.* Выделяют катаральную, фолликулярную и пленчатую формы аденовирусного конъюнктивита.

Этиология. Возбудитель – чаще аденовирусы серотипов 3 и 7а, реже – аденовирусы типа 6 и 10, 11, 17, 21, 22. Заболевание передается воздушно-капельным и контактным путем. Обычно возникает в детских коллективах. Протекает легче, чем эпидемический кератоконъюнктивит и редко вызывает вспышки госпитальной инфекции.

Клинические признаки и симптомы. Инкубационный период – 7–8 дней. Начало заболевания острое. Начинается с выраженного назофарингита и повышения температуры тела. На второй волне повышения температуры появляются симптомы конъюнктивита, сначала на одном глазу, а через 2–3 дня – на другом. Регионарные лимфатические узлы увеличиваются. Чувствительность роговицы снижена.

Катаральная форма конъюнктивита характеризуется гиперемией и отеком конъюнктивы, век и переходных складок, небольшим количеством слизистого или слизисто-гнойного отделяемого из конъюнктивальной полости. Продолжительность заболевания – 5–7 дней; конъюнктивит не сопровождается поражением роговицы.

Фолликулярная форма конъюнктивита характеризуется появлением фолликулов на фоне перечисленных выше симптомов. Фолликулы располагаются преимущественно в области переходных складок, они могут быть мелкими или крупными, студенистыми.

Пленчатая форма протекает с образованием нежных серовато-белых пленок на конъюнктиве, которые легко снимаются

влажным ватным тампоном. Редко пленки могут быть плотными и с трудом отделяться от конъюнктивы. Поверхность конъюнктивы под пленкой кровоточит.

Нередко развивается точечный эпителиальный кератит, который проходит, не оставляя следов. Длительность аденовирусного конъюнктивита – 2 недели.

Клинические рекомендации. Местно применяют антиметаболиты в виде глазных капель или мазей в течение двух-трех недель, 2–3 раз в сутки:

- оксалиновую 0,25%-ную мазь;
- флореналевую 0,5%-ную мазь;
- теброфеновую 0,5%-ную мазь.

Антиметаболиты сочетают с местным использованием интерферона и его индукторов:

- интерферон, р-р, 4000 ЕД./мл каждые 2 ч (*ex tempore*);
- полудан, р-р, 50 ЕД./мл каждые 2 ч (*ex tempore*);
- парааминобензойную кислоту, 0,07%-ный р-р, 3–4 раза в сутки (Актипол).

Для профилактики присоединения вторичной инфекции 2–3 раза в сутки в течение 10–14 дней применяют:

- пиклоксидин, 0,05%-ный р-р (Витабакт);
- мирамистин, 0,01%-ный р-р;
- левомицетин, 0,25%-ный р-р.

Эпидемический кератоконъюнктивит. *Этиология.* Возбудитель – аденовирусы серотипа 8. Эпидемический кератоконъюнктивит – это госпитальная инфекция, более 70%-ный больных заражаются в медицинских учреждениях. Источником инфекции является больной кератоконъюнктивитом. Заболевание передается контактным путем, реже – воздушно-капельным. Факторами передачи возбудителя являются инфицированные руки медперсонала, глазные капли многократного использования, инструменты, приборы, глазные протезы, контактные линзы. Эпидемический кератоконъюнктивит протекает более тяжело, чем аденовирусный конъюнктивит.

Клинические признаки и симптомы. Инкубационный период – 4–8 дней. Продолжительность заболевания – от двух недель до двух месяцев. Продолжительность заразного периода 14 дней. После заболевания остается иммунитет. Заболевание начинается остро, симптомы конъюнктивита появляются сначала на одном

глазу, а затем, через 1–5 дней, на другом глазу. Симптомам конъюнктивита предшествует общее недомогание. Поражение респираторного тракта отмечается у 5–25% больных. Регионарные лимфатические узлы увеличиваются на 1–2-й день заболевания с обеих сторон, при пальпации болезненны. При осмотре обращают на себя внимание гиперемия и отек конъюнктивы, век и переходных складок, наблюдается небольшое количество слизистого или слизисто-гнойного отделяемого из конъюнктивальной полости. На конъюнктиве главным образом нижних переходных складок появляются мелкие прозрачные фолликулы и точечные кровоизлияния. Чувствительность роговицы снижена. Через неделю, после небольшого снижения субъективных ощущений появляются симптомы кератита – множественные точечные субэпителиальные инфильтраты роговицы. При образовании большого числа инфильтратов в центральной зоне роговицы зрение снижается. Как показали исследования, проведенные в последние годы, тяжелым последствием аденовирусной инфекции является развитие синдрома сухого глаза в связи с нарушением продукции слезной жидкости.

Клинические рекомендации. Местно применяют антиметаболиты в виде глазных капель или мазей в течение двух-трех недель, 2–3 раз в сутки:

- оксалиновую, 0,25%-ную мазь;
- флореналевую, 0,5%-ную мазь;
- теброфеновую, 0,5%-ную мазь.

Антиметаболиты сочетают с местным использованием интерферона и его индукторов:

- интерферон, 4000 ЕД./мл каждые 2 ч (ex tempore);
- полудан, 50 ЕД./мл каждые 2 ч (ex tempore);
- парааминобензойной кислоты, 0,07%-ный р-р 3–4 раз в сутки (Актипол).

Для профилактики присоединения вторичной инфекции 2–3 раз в сутки в течение 10–14 дней применяют:

- пиклоксидин, 0,05%-ный р-р (Витабакт);
- мирамистин, 0,01%-ный р-р;
- левомицетин, 0,25%-ный р-р.

Профилактика внутрибольничной аденовирусной инфекции включает необходимые противоэпидемические мероприятия и меры санитарно-гигиенического режима:

- осмотр глаз каждого больного в день госпитализации для предупреждения заноса инфекции в стационар;
- раннее выявление случаев развития заболеваний в стационаре;
- изоляция больных при единичных случаях возникновения заболевания и карантин при вспышках, противоэпидемические мероприятия;
- санитарно-просветительная работа.

Эпидемический геморрагический конъюнктивит. *Этиология.* Возбудитель – энтеровирус-70 (из группы пикорнавирусов). Заболевание передается контактным путем. Отмечается высокая контагиозность, эпидемия протекает «по взрывному типу». В глазных стационарах при отсутствии противоэпидемических мероприятий может быть поражено 80–90%-ный пациентов.

Клинические признаки и симптомы. Инкубационный период – 12–48 ч. Через 8–12 дней после начала заболевания наступает выздоровление. Заболевание начинается остро, симптомы конъюнктивита

(светобоязнь, резкая боль, ощущение инородного тела) появляются сначала на одном глазу, а через 1–2 дня – на другом. Вследствие сильной боли и светобоязни больной обращается за помощью уже в первый день. Симптомом конъюнктивита предшествует общее недомогание. Наблюдается увеличение предушных лимфатических узлов. При осмотре выявляют гиперемию, фолликулы и выраженный отек конъюнктивы нижней переходной складки, небольшое количество слизистого или слизисто-гнойного отделяемого из конъюнктивальной полости. На 2-й день появляются различной степени выраженности субконъюнктивальные кровоизлияния: от точечных петехий до обширных геморрагий, захватывающих почти всю конъюнктиву склеры. Чувствительность роговицы снижена. Иногда появляются точные субэпителиальные инфильтраты роговицы, исчезающие бесследно.

Клинические рекомендации. В конъюнктивальный мешок закапывают в течение двух-трех недель растворы интерферона и его индукторов:

- интерферон, 4000 ЕД./мл каждые 2 ч (ex tempore);
- полудан, 50 ЕД./мл каждые 2 ч (ex tempore);
- парааминобензойной кислоты 0,07%-ный р-р 3–4 раза в сутки (Актипол).

Для профилактики присоединения вторичной инфекции 2–3 раза в сутки в течение 10–14 дней применяют растворы:

- пиклоксидина 0,05%-ного (Витабакт);
- мирамистина 0,01%-ного;
- левомицетина 0,25%-ного.

Конъюнктивит, вызванный контагиозным моллюском.

Этиология. Возбудитель относится к дерматотропным поксвирусам. Поражает различные отделы кожи, в том числе лица и век. Передается контактно-бытовым путем.

Клинические признаки и симптомы. На фоне характерных изменений кожи век появляются гиперемия, отек и фолликулез конъюнктивы век и переходных складок.

Клинические рекомендации. После устранения поражения кожи век симптомы конъюнктивита исчезают самостоятельно.

Конъюнктивиты при общих вирусных заболеваниях (ветряная оспа). *Этиология.* Возбудитель – вирус ветряной оспы. Заражение происходит от больного человека воздушно-капельным путем. Чаще заболевают дети.

Клинические признаки и симптомы. Инкубационный период – 21 день. На фоне резкого повышения температуры тела и пятнисто-везикулезной сыпи появляются слезотечение, светобоязнь. Поражение конъюнктивы характеризуется инъекцией глазного яблока и везикулезными высыпаниями на конъюнктиве, коже век и межреберном пространстве век. Пузырьки изъязвляются с образованием мелких рубчиков. Появляется небольшое количество слизистого отделяемого из конъюнктивальной полости. В редких случаях возможно развитие кератита.

Клинические рекомендации. В конъюнктивальный мешок закапывают в течение двух-трех недель растворы интерферона и его индукторов:

- интерферон, 4000 ЕД./мл каждые 2 ч (ex tempore);
- полудан, 50 ЕД./мл каждые 2 ч (ex tempore);
- парааминобензойной кислоты 0,07%-ный р-р, 3–4 раза в сутки (Актипол).

Для профилактики присоединения вторичной инфекции два-три раза в сутки в течение 10–14 дней применяют растворы:

- пиклоксидин, 0,05%-ный (Витабакт);
- мирамистин, 0,01%-ный;

- сульфацил-натрия 20%-ный;
- левомецетин, 0,25%-ный.

Конъюнктивиты при общих вирусных заболеваниях (коревой конъюнктивит). *Этиология.* Возбудитель – вирус кори. Заражение происходит от больного человека воздушно-капельным путем, особенно в катаральном периоде и первые 4 дня периода высыпания при гладком течении кори (при осложненном течении кори – до 10 дня высыпания). Чаше заболевают дети.

Клинические признаки и симптомы. Коровой конъюнктивит – ранний признак заболевания ребенка корью. Возникают светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, покраснение конъюнктивы век и глазного яблока, появляется слизисто-серозное отделяемое. Конъюнктивит резко усиливается в период появления сыпи на конечностях и туловище (4-й день болезни). Может осложниться кератитом, который обычно имеет торпидное течение и оставляет стойкое помутнение роговицы, иногда снижающее зрительные функции.

Клинические рекомендации. Общее лечение кори и ее осложнений. Местно – частые промывания конъюнктивального мешка раствором калия перманганата или фурацилина (1:5000), подогретыми до 37°; инстиллянии растворов антибиотиков (пенициллин, эритромицин, олеандомицин, неомицин, левомецетин и др), сульфаниламидных препаратов (сульфацил-натрий, сульфацил-натрий) 4–6 раз в день. Применяют также 0,25%-ный р-р цинка сульфата с борной кислотой и адреналином, 2%-ный раствор амидопирин с адреналином, 0,01%-ный – цитраля; витаминные капли, содержащие рибофлавин, аскорбиновую кислоту и глюкозу. На ночь закапывают рыбий жир или вводят в конъюнктивальный мешок 1%-ную эмульсию синтомицина либо 0,5%-ную тиаминую мазь.

ГРИБКОВЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ

Грибковые конъюнктивиты протекают на фоне микозов век или роговицы. Чаше всего грибковые поражения конъюнктивы развиваются у пациентов, страдающих СД, нарушением иммунитета или длительно применявших антибактериальные препараты или ГКС.

Классификация. Выделяют гранулематозные и экссудативные формы грибковых конъюнктивитов.

Гранулематозные грибковые конъюнктивиты. *Этиология.* Возбудителями являются паразитарные грибы рода *Sporotrichum*, *Pennicillium viridans*, *Coccidioides immitis* и актиномицеты.

Клинические признаки и симптомы. Грибковые конъюнктивиты, возникающие при споротрихозе, риноспоридозе, актиномикозе характеризуются появлением на фоне отека и гиперемии конъюнктивы гранулематозных разрастаний или включений в виде крупинок или инфарктов мейбомиевых желез. В то время как грибковый конъюнктивит, возникающий при кокцидиозе, характеризуется появлением на фоне отека и гиперемии конъюнктивы фликтеноподобных образований, грибковый конъюнктивит, вызываемый *Pennicillium viridans*, характеризуется появлением поверхностных язв конъюнктивы с зеленоватым налетом.

На фоне гранулематозных конъюнктивитов увеличиваются лимфатические узлы, которые могут нагнаиваться, в гное содержатся мицеллы грибов.

Экссудативные грибковые конъюнктивиты. *Этиология.* Возбудитель – грибы рода *Candida albicans* и аспергиллы.

Клинические признаки и симптомы. Экссудативные конъюнктивиты характеризуются появлением псевдомембранозного отделяемого в конъюнктивальной полости. При внеглазной локализации воспалительного процесса, вызванного вышеперечисленными грибами, может развиваться аллергический конъюнктивит.

Клинические рекомендации лечения грибковых конъюнктивитов. В конъюнктивальную полость закапывают 3–6 раз в сутки растворы противогрибковых препаратов:

- амфотерицин, В 3–8 мг/мл (ex tempore);
- натамицин, 5%-ный;
- нистатин, 50 000 ЕД./мл (ex tempore).

В конъюнктивальную полость закладывают на ночь или 2–3 раза в сутки противогрибковую нистатиновую мазь, 100 000 ЕД./г (ex tempore).

Системная терапия включает применение одного из следующих препаратов.

Внутрь:

- флуконазол (Дифлюкан, капс. по 50, 100 и 150 мг) по 200 мг раз в сутки. В 1-й день дозу увеличивают в два раза; курс лечения – несколько месяцев;
- интраконазол (Орунгал, капс. по 100 мг) по 100–200 мг раз в сутки в течение от трех недель до семи месяцев.

Внутривенно капельно (при обширных поражениях различных структур органа зрения) вводят амфотерицин (амбизом, лиофилизированный порошок для приготовления раствора по 50 мг) по 0,5–1 мг/кг/сут растворяют в 5%-ный растворе глюкозы, вводят со скоростью 0,2–0,4 мг/кг/ч. Курс лечения зависит от тяжести заболевания.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ И АУТОИММУННЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ

Аллергические конъюнктивиты развиваются вследствие повышенной чувствительности организма к тому или иному веществу – аллергену. Аллергические конъюнктивиты характеризуются гиперемией и отеком слизистой оболочки век, отеком и зудом век, образованием фолликулов или сосочков на конъюнктиве; иногда сопровождаются поражением роговицы с нарушением зрения.

Аллергические конъюнктивиты занимают важное место в группе заболеваний, объединенных общим названием «синдром красного глаза»: он поражает примерно 15%-ный населения.

В связи с анатомическим расположением глаза часто подвергаются воздействию различных аллергенов. Повышенная чувствительность часто проявляется в воспалительной реакции конъюнктивы (аллергический конъюнктивит), но поражаться могут любые отделы глаза. В этом случае развиваются аллергический дерматит, отек кожи век, аллергический блефарит, конъюнктивит, кератит, ирит, иридоциклит, ретинит, неврит зрительного нерва.

Глаза могут быть местом развития аллергической реакции при многих системных иммунологических расстройствах, причем поражение глаза нередко бывает наиболее драматичным проявлением болезни. Аллергическая реакция играет важную роль в клинической картине инфекционных заболеваний глаз. Аллергические конъюнктивиты часто сочетаются с такими системными аллергическими заболеваниями, как бронхиальная астма, аллергические риниты, атопические дерматиты.

Реакции гиперчувствительности (синоним аллергии) классифицируются на немедленные (развиваются в пределах 30 мин от момента воздействия аллергена) и замедленные (развиваются спустя 24–48 ч или позже после воздействия).

А.Д. Адо различал три стадии аллергической реакции:

- иммунологическая – характеризуется началом специфического взаимодействия аллергенов с антителами или сенсibilизированными Т-лимфоцитами;
- патохимическая – проявляется наличием «медиаторов» аллергии (гистамин и др);
- патофизиологическая – выражается в нарушении функции или анатомической структуры вовлеченного в патологический процесс органа или ткани.

Основную роль в аллергической реакции организма играют базофилы крови и тучные клетки, выделяющие химические медиаторы, которые определяют гиперчувствительность немедленного типа. Тучные клетки содержатся в соединительной ткани всех органов, в том числе в тканях век, глазного яблока и в конъюнктиве. Тучная клетка имеет до 1000 цитоплазматических гранул с медиаторами. В ее клеточную мембрану «встроено» много тысяч рецепторов для антител – иммуноглобулинов класса Jg E. Этот иммуноглобулин играет главную роль в аллергических реакциях организма. Его содержание в тканях у гиперчувствительных лиц значительно больше.

Антиген, вызывающий аллергическую реакцию, попадая в организм, соединяется с рецепторами фиксированных на тучной клетке антител (Jg E). После этого происходит разрушение цитоплазматической мембраны тучной клетки и в окружающие ткани выделяются гистамин, гепарин и другие вазоактивные амины. Эти вещества, воздействуя на соответствующие рецепторы, вызывают воспалительную реакцию в тканях глаза и его придаточного аппарата (покраснение, отек, уплотнение тканей, боль и другие). Аллергенами могут быть различные бактерии, медикаменты, косметические продукты взвешенные в воздухе частицы животного и растительного происхождения, продукты питания и другие вещества. Аллергический конъюнктивит на пищевые продукты может проявиться через 8–24 ч после еды. К сенсibilизирующим продуктам чаще всего относятся цитрусовые, клубника, земляника, яйца и другие. Аллергические реакции могут быть приобретенными или возникать при наследственном предрасположении.

Типы аллергических реакций:

- Тип 1. Анафилактический.
- Тип 2. Цитотоксический.
- Тип 3. Иммуно-комплексный.
- Тип 4. Замедленного типа.

Тип 1. Анафилактический. Реакции, при которых аллергены взаимодействуют со специфическими антигенами (поллинозы, сенная лихорадка, аллергический сезонный конъюнктивит).

К этому типу относятся следующие заболевания:

- ✓ ангионевротический отек век (отек Квинке);
- ✓ атопический дерматит век;
- ✓ сенная конъюнктивальная лихорадка;
- ✓ острый аллергический конъюнктивит;
- ✓ хронический аллергический конъюнктивит;
- ✓ вернальный кератоконъюнктивит;
- ✓ экзематозный кератоконъюнктивит ;
- ✓ папиллярный конъюнктивит;
- ✓ гигантский папиллярный конъюнктивит возникающий при ношении контактных линз.

Тип 2. Цитотоксический. Реакции обусловлены взаимодействием антител с антигенными компонентами клеток или тканей (лекарственный дерматит век, аллергический конъюнктивит).

Цитотоксические реакции:

- ✓ болезнь роговичного трансплантата;
- ✓ симпатическая офтальмия;
- ✓ вульгарный пемфигус;
- ✓ глазной пемфигOID.

Тип 3. Иммуно-комплексный. Реакции, обусловленные отложением в сосудах или тканях растворимых циркулирующих комплексов антиген-антитела (при заболеваниях конъюнктивы, связанных с системными поражениями слизистых оболочек, краевых и дисковидных кератитах, кератомалации, некоторых формах склерита, увеите при сывороточной болезни).

Иммуно-комплексные реакции:

- ✓ синдром Стивена-Джонсона (мультиформная эритема);
- ✓ ревматоидный артрит;
- ✓ узелковый полиартериит;

- ✓ сухой кератоконъюнктивит при системной красной волчанке;
- ✓ синдром Сьегрена;
- ✓ болезнь Бехтерева;
- ✓ болезнь Рейтера;
- ✓ болезнь Педжета;
- ✓ гранулематоз Вегенера.

Тип 4. Замедленного типа. Клеточные реакции замедленного или туберкулинового типа, возникают после контакта сенсibilизированных Т-клеток со специфическими антигенами (поражение глаз при сифилисе, проказе, туберкулезе, герпетической инфекции, токсоплазмозе, трахоме, симпатической офтальмии, гранулематозе Вегенера и синдроме Сьегрена).

Реакции замедленного типа:

- ✓ контактный дерматит век;
- ✓ контактный конъюнктивит;
- ✓ фликтенулезный конъюнктивит;
- ✓ медикаментозный кератоконъюнктивит.

В некоторых случаях типичная картина заболевания или четкая связь его с воздействиями внешнего аллергенного фактора не оставляет сомнения в диагнозе. В большинстве же случаев диагностика аллергических заболеваний глаз сопряжена с большими трудностями и требует применения специфических аллергологических методов исследования.

Аллергологический анамнез — наиболее важный диагностический фактор. Он должен отражать данные о наследственной аллергической отягощенности, особенностях течения заболевания, совокупности воздействий, способных вызывать аллергическую реакцию, периодичности и сезонность обострений, наличии аллергических реакций, помимо глазных.

Важное диагностическое значение имеют естественно возникающие или специально проводимые элиминационная и экспозиционная пробы. Первая заключается в «выключении» предполагаемого аллергена, вторая — в повторном воздействии им после стихания клинических явлений. Тщательно собранный анамнез позволяет предположить «виновный» алергизирующий агент более чем у 70%-ных пациентов.

Кожные аллергические пробы, применяемые в офтальмологической практике (аппликационная, скарификационная, скарифи-

кационно-аппликационная), мало травматичны и в то же время достаточно достоверны. Провокационные аллергические пробы (конъюнктивальная, назальная и подъязычная) применяют только в исключительных случаях и с большой осторожностью. Лабораторная аллергодиагностика высокоспецифична и возможна в остром периоде заболевания без опасения причинить вред больному. Важное диагностическое значение имеет выявление эозинофилов в соскобе с конъюнктивы.

Лечение аллергических конъюнктивитов. Лечение имеет три основных направления:

- Профилактическое исключение контакта с аллергенами – к сожалению это не всегда это возможно.
- Десенсибилизация (иммунотерапия аллергенами) – аллерген вводится подкожно, по специальной схеме.
- Неспецифическая десенсибилизация – медикаментозное лечение аллергического процесса.

Медикаментозное лечение:

1.1. Блокаторы гистаминовых рецепторов.

1.1.1. Антигистаминные препараты первого поколения – дифенгидрамин (димедрол).

1.1.2. Антигистаминные препараты второго поколения – антазолин, ацеластин, левокабастин (гистимет, левостин) и фенирамин. Фармакодинамика: блокируя H_1 -рецепторы, препараты данной группы при местном применении уменьшают экссудативные проявления аллергической реакции, т.е. обладают прямым лечебным воздействием на патологический процесс.

1.1.3. Блокаторы гистаминовых рецепторов местного применения:

- аллергодил (Allergodil) (Asta Medica, Германия) – 0,05%-ный раствор ацеластина – глазные капли во флаконах по 6 мл.
- гистимет (Histimed) (Janssen pharmaceutical, Бельгия) – 0,05%-ный раствор левокабастина – глазные капли во флаконах по 4 мл.

1.2. *Сосудосуживающие препараты.* Для уменьшения симптомов аллергии используются монокомпонентные и комбинированные препараты, содержащие альфа-адреномиметики, тетризолин, нафазолин, оксиметазолин, фенилэфрин. Все препараты отпускаются без рецепта врача. Показания к применению: лечение

аллергических заболеваний глаз, снятие симптомов раздражения конъюнктивы, вызванных различными агентами. Побочные эффекты: снижение зрения, раздражение конъюнктивы, повышение ВГД, расширение зрачка. Длительный прием препаратов этой группы может привести к обратному эффекту – развитию пареза сосудистой стенки,стойкой вазодилатации и возникновению симптомов синдрома «сухого глаза». Продолжительность вазоконстрикторного эффекта адrenomиметиков:

Препарат	Концентрация, %	Продолжительность действия, (час)
Нафазолин	0,012	3–4
	0,02	
	0,03	
	0,1	
Оксиметазолин	0,025	4–6
Тетризолин	0,05	1–4
Фенилэфрин	0,12	0,5–1,5
	2,5	
	10	

Способ применения и дозы: сосудосуживающие препараты закапывают 2–3 раза в день по 1 капле в конъюнктивальный мешок. Не рекомендуется непрерывное применение препаратов этой группы более 7–10 дней.

1.3. *Комбинированные препараты* – препараты, воздействующие на сосудистую стенку и H_1 -блокаторы.

- Сперсаллерг (Spersallerg) (Novartis ophthalmics, Франция) – глазные капли во флаконах по 10 мл, содержащие антазолин 0,5 мг, тетразолин 0,4 мг в 1 мл.
- Опкон-А (Opcon-A) (Bausch & Lomb Inc., США) – глазные капли в пластмассовых флаконах-капельницах по 3 и 10 мл. Препарат содержит 0,3%-ный раствор фенирамина малеата и 0,025%-ный раствор нафазолина гидрохлорида. За счет этого эффективность опкона значительно выше, чем сперсаллерга.

1.4. *Кортикостероиды* подключают, когда одними противоаллергическими препаратами не удается добиться быстрого и стойкого эффекта.

В таких случаях применяют:

- преднизолон;
- дексаметазон (Офтан-дексаметазон),
- флудрокортизон (кортинефф) – очень незначительно проникает в глубокие ткани глаза и за счет этого оказывает меньше побочных эффектов (повышение ВГД, стероидная катаракта).

1.5. *Нестероидные противовоспалительные препараты.* Хотя эти препараты обладают меньшим эффектом, но зато они более безопасны (0,1%-ный раствор диклофенака (дикло-ф)).

1.6. *Стабилизаторы клеточных мембран:*

- кромогликат натрия (лекролин);
- лодоксамид (аломид).

Наибольшая терапевтическая эффективность достигается при профилактическом использовании группы препаратов, приведенных ниже. Их применение сокращает потребность в стероидных лекарственных средствах при аллергических конъюнктивитах. Препараты оказывают пролонгированный лечебный эффект и уменьшают симптомы глазных аллергозов.

- Лекролин (кромогликат натрия) не оказывает воздействия на течение аллергии, вызванной реакциями II, III или IV типов, поэтому используется в офтальмологии для терапии аллергических поражений, связанных с реакциями I типа. Время, необходимое для развития клинического эффекта лекролина (уменьшение симптомов заболевания), в среднем составляет от двух до пяти дней. Побочные эффекты: покалывание и жжение в глазу после инстилляции лекролина регистрируется в 13–17%-ных случаях. Обычно эти явления быстро проходят и исчезают при дальнейшем применении лекарства. Использование лекролина рекомендуется начинать до прогнозируемого контакта с аллергеном (например, до начала периода цветения).
- Лодоксамид применяется для лечения сезонного и других видов аллергических конъюнктивитов, в том числе гиперпапиллярного конъюнктивита, вызванного ношением контактных линз. Побочных эффектов может быть больше, чем при использовании кромогликатов. К ним относятся: преходящее жжение, покалывание, зуд и слезотечение, головокружение, нарушение зрения, отек, отложение кристаллов и изъязвление роговицы, сухость слизистой оболочки носа, кожный зуд.

Весенний катар. Заболевание относится к аллергическим реакциям замедленного типа с преобладанием пролиферации. Возникает при повышенной чувствительности к УФ-лучам.

Классификация. Выделяют конъюнктивальную (тарзальную, пальпебральную), лимбальную (весенний лимбит) и смешанную формы весеннего конъюнктивита, а также весенний кератоконъюнктивит, который, по данным Ю.Ф. Майчука, имеют различные клинические формы: микропаннус, эпителиопатия роговицы, эрозия роговицы, точечный эпителиальный кератит, щитовидная язва роговицы и гиперкератоз роговицы.

Клинические признаки и симптомы. Заболевание начинается в раннем детском возрасте (4–5 лет), продолжается несколько лет, имеет преимущественно хроническое упорное, изнуряющее течение, обостряясь в весенне-летний период. В период полового созревания наблюдается полный регресс симптомов. Наиболее часто заболевание возникает у лиц мужского пола. В редких случаях может начинаться после периода полового созревания. В этом случае встречается с одинаковой частотой у лиц обоего пола. В странах с более жарким климатом заболевание встречается чаще.

Для конъюнктивальной формы характерно образование на конъюнктиве верхнего века сосочковых разрастаний в виде «булыжной мостовой», конъюнктива утолщена, матовая, бледная (молочного цвета). Сосочковые разрастания обычно мелкие, уплотненные, но могут быть крупными, деформирующими веки. На поверхности конъюнктивы определяется нитеобразное вязкое отделяемое. Другие отделы конъюнктивы воспалительный процесс не затрагивает.

Для лимбальной формы характерно разрастание прелимбальной ткани, которая образует желатинозного вида валик желто-серого или розово-серого цвета. Новообразованная ткань может нарастать на зону лимба и даже роговицы. Поверхность ее неровная, блестящая, с выступающими белыми точками (пятна Трантаса), которые состоят из эозинофилов и измененных эпителиоцитов. В период регрессии заболевания в этой зоне появляются углубления (ямки Трантаса).

При смешанной форме наблюдается одновременное поражение тарзальной конъюнктивы и зоны лимба.

Изменение роговицы возникает на фоне тяжелых поражений конъюнктивы верхнего века и сопровождается снижением зрения.

Клинические рекомендации. Для уменьшения воздействия УФ-лучей целесообразно использовать солнцезащитные очки, в дневное время суток уменьшать время нахождения на солнце. Иногда прибегают к смене климатической зоны.

В конъюнктивальный мешок закапывают 3–4 раза в сутки растворы ГКС, на ночь закладывают мази:

- дексаметазоновую 0,1%-ную (максидекс) или 0,1%-ный раствор;
- гидрокортизоновую 0,5, 1 и 2,5 %-ные.

Учитывая, что при длительной терапии ГКС возможно развитие побочных эффектов, следует использовать более низкие концентрации дексаметазона (0,01–0,05%-ные), которые готовят ex tempore.

Для уменьшения дозы ГКС применяют стабилизаторы мембран тучных клеток и антигистаминные препараты в растворах:

- кромогликат натрия 2%-ный (Лекролин);
- лодоксамид 0,1%-ный (Аломид);
- ацеластин 0,05%-ный (Аллергодил).

Применяют системную десенсибилизирующую терапию в течение 7–10 дней: лоратадин (кларитин в таблетках по 10 мг) взрослым и детям старше 12 лет по 10 мг 1 раз в день, детям двух до 12 лет по 5 мг 1 раз в день.

Поллиноз (сенной конъюнктивит). Поллинозом называют аллергические реакции, возникающие при воздействии пыльцы в период цветения трав, злаковых, деревьев. Поллиноз относится к группе экзогенных аллергических заболеваний, протекающих по немедленному типу. Это типичное проявление острой гиперчувствительности в ответ на соединение растворенного в слезе антигена с Ig E, фиксированного на мембране тучных клеток. Дегрануляция тучных клеток вызывает быстрое развитие симптомов заболевания. Для него характерна сезонность обострений, тесно связанные с временем опыления растений в каждом климатическом регионе. Воспаление слизистой оболочки глаз может сочетаться с поражением верхних дыхательных путей, кожи, ЖКТ, различных отделов нервной системы или других органов.

Клинические признаки и симптомы. Заболевание характеризуется острым началом без продромального периода и видимой причины. На фоне выраженного зуда развиваются отек кожи и гиперемия краев век. Наблюдается выраженный отек конъюнктивы,

вплоть до развития хемоза. В конъюнктивальной полости появляется прозрачное слизистое густое нитчатое отделяемое. На конъюнктиве верхнего века отмечается диффузная сосочковая гипертрофия. На роговице появляются краевые поверхностные инфильтраты, которые могут изъязвляться. Иногда наблюдается диффузная эпителиопатия. В редких случаях возникает иридоциклит или хориоретинит.

Клинические рекомендации. Наиболее эффективным методом лечения поллинозов является специфическая гипосенсибилизация пыльцевыми аллергенами, которую проводят вне периода обострения заболевания.

В период обострения поллинозного конъюнктивита лекарственные препараты в конъюнктивальный мешок закапывают 3–4 раза в день, на ночь закладывают мазь. Для быстрого уменьшения симптомов применяют ГКС:

- дексаметазон, 0,1%-ный р-р и мазь (максидекс);
- гидрокортизон, 0,5, 1 и 2,5 %-ную мазь.

Для уменьшения дозы ГКС применяют стабилизаторы мембран тучных клеток и антигистаминные препараты:

- кромогликат натрия, 2%-ный р-р (Лекролин);
- лодоксамид, 0,1%-ный р-р (Аломид).

Наиболее целесообразно начинать применение кромогликата натрия или лодоксамида за две недели до начала появления предполагаемого воздействия аллерега. Продолжать применение препаратов следует весь период цветения в течении двух недель после его окончания.

Применяют антигистаминные и сосудосуживающие препараты (последние не следует использовать более 5–7 суток):

- ацеластин, 0,05%-ный р-р (Аллергодил);
- тетразолин, 0,05%-ный р-р (Визин);
- антазолин/тетризолин, р-р (Сперсаллерг).

Применяют системную десенсибилизирующую терапию в течение 7–10 дней: лоратадин (кларитин, таблетки по 10 мг) взрослым и детям старше 12 лет по 10 мг раз в сутки, детям от двух до 12 лет по 5 мг раз в день.

Лекарственный конъюнктивит. Заболевание может возникать как аллергическая реакция острого или подострого типа. Симптомы острого типа развиваются в течение нескольких часов после местного применения лекарственного препарата – острый аллер-

гический конъюнктивит или отек конъюнктивы). Реакции подострого типа развиваются в течение первых суток после применения препарата. Чаще всего (в 90%-ный случаев) наблюдаются реакции затяжного типа (симптомы развиваются через несколько суток или недель). Реакции затяжного типа могут возникать как при местном (характерны сосочковая гипертрофия конъюнктивы, фолликулярный конъюнктивит), так и при системном (характерна гиперемия конъюнктивы век) применение лекарственных препаратов.

Практически любое лекарственное средство может вызвать аллергическую реакцию глаз. Один и тот же препарат у разных больных может вызвать неодинаковые проявления. Вместе с тем различные препараты могут вызвать схожую клиническую картину лекарственной аллергии. Чаще всего аллергические реакции развиваются при применении антибактериальных препаратов и местных анестетиков. Аллергическая реакция возможна как на основное лекарство, так и на консервант глазных капель.

Классификация. Выделяют следующие формы лекарственно-го конъюнктивита: острый аллергический конъюнктивит, сосочковая гипертрофия конъюнктивы, фолликулярный конъюнктивит, гиперемия конъюнктивы век.

Клинические признаки и симптомы. Острый аллергический конъюнктивит (отек конъюнктивы) характеризуется появлением быстро нарастающего стекловидного хемота конъюнктивы, сильным зудом, жжением, обильным слизистым, иногда пленчатым отделяемым из конъюнктивальной полости. Некоторые участки слизистой оболочки могут быть эрозированы.

При *сосочковой гипертрофии конъюнктивы* она бледная, наблюдаются гипертрофия сосочков в конъюнктиве верхнего века, нитчатое густое слизистое или слизисто-гнойное отделяемое. Больных беспокоят выраженный зуд и жжение. Сосочковая гипертрофия конъюнктивы, напоминающая по виду весенний катар, возникает лишь после продолжительного местного применения лекарства – аллергена.

Фолликулярный конъюнктивит характеризуется медленным развитием (недели, месяцы), не сопровождается зудом и жжением. Вначале фолликулы появляются в области конъюнктивы нижней переходной складки и нижнего века, т.е. в местах наибольшего контакта с лекарственными веществами, позднее – на конъюнктиве верхнего свода и верхнего века, на конъюнктиве глазного яблока, у лимба и на самом лимбе. Нередко лекарственный фоллику-

лярный конъюнктивит бывает односторонним и развивается в глазу, в который вводится лекарственное вещество.

Гиперемия конъюнктивы век характеризуется небольшой поверхностной инъекцией глазного яблока, выраженным зудом и жжением. Иногда могут появляться субконъюнктивальные кровоизлияния. Такую реакцию вызывают половые гормоны при парентеральном введении, нейролептики, сердечные гликозиды, никотиновая кислота и ряд других препаратов.

У некоторых больных аллергическая реакция проявляется также в виде центральной эрозии роговицы, эпителиального или стромального кератита.

Клинические рекомендации. Необходимо отменить лекарственный препарат, который вызвал аллергическую реакцию или переход на тот же препарат без консерванта. Лечение аналогично таковому при других формах аллергических конъюнктивитов. При остром течении применяют глазные капли аллергофтал или сперсаллерг 2–3 раза в день, при хроническом – аломид, лекролин или лекролин без консерванта 2 раза в день. При тяжелом и затяжном течении может возникнуть потребность в приеме антигистаминных препаратов внутрь.

Инфекционно-аллергические конъюнктивиты. Бактериальные, вирусные, грибковые и паразитарные аллергены могут вызывать развитие аллергической реакции в различных тканях глаза, в том числе и в слизистой оболочке.

Этиология. Чаше всего причиной заболевания являются стафилококковые экзотоксины, продуцируемые сапрофитными штаммами.

Клинические признаки и симптомы. Заболевание относится к аллергическим реакциям замедленного типа, характеризуется хроническим течением. Для него характерны выраженные субъективные симптомы и умеренные объективные ощущения (гиперемия конъюнктивы, сосочковая гипертрофия конъюнктивы век). Возбудитель в конъюнктиве отсутствует.

Одним из инфекционно-аллергических конъюнктивитов является туберкулезно-аллергический фликтенулезный конъюнктивит (скрофулезный конъюнктивит, или золотуха). Встречается преимущественно у детей и лиц молодого возраста, страдающих туберкулезом легких, бронхиальных и шейных лимфатических узлов. Заболевание развивается вследствие сенсибилизации тканей глаза к продуктам распада туберкулезного очага. Процесс является ответной реак-

цией аллергически предрасположенной конъюнктивы глазного яблока на новое поступление в нее аллергена. Для него характерно появление в конъюнктиве единичных или характерных множественных узелков – фликтен. Резко выражены светобоязнь, слезотечение, может быть блефароспазм. Имеется довольно значительная конъюнктивальная или смешанная (конъюнктивальная и перикорнеальная) инъеция. В узелках находятся лимфоциты, макрофаги, но возбудитель и казеозный некроз отсутствуют. Как правило, узелки исчезают бесследно, однако иногда они могут изъязвляться с последующим рубцеванием. Как правило, фликтенулезный конъюнктивит сопровождается поражением роговицы.

Клинические рекомендации. Лечение аналогично таковому при других формах аллергических конъюнктивитов.

Хронический аллергический конъюнктивит. *Этиология.* Повышенная чувствительность к пыльце, промышленным загрязнениям, пищевым продуктам, средствам бытовой химии, домашней пыли, перхоти и шерсти животных, сухом корму для рыб, лекарственным препаратам, косметическим средствам, контактными линзами.

Клинические признаки и симптомы. Умеренное жжение глаз, незначительное отделяемое, периодически возникающий зуд век. Нередко многочисленные жалобы на неприятные ощущения сочетаются с незначительными клиническими проявлениями, что затрудняет диагностику.

Клинические рекомендации. Наиболее важным в лечении является исключение факторов риска развития аллергии, если удастся их установить. Местное лечение включает инстилляцию глазных капель лекролина или аломида 2 раза в сутки в течение трех-четырех недель. При явлениях блефарита назначают глазную мазь гидрокортизона 2 раза в сутки на веки и инстилляцию искусственной слезы (слеза натуральная) 2 раза в сутки.

Пузырчатка (пемфигус) конъюнктивы. *Этиология.* Тяжелое хроническое заболевание глаз неизвестной этиологии. Встречается редко. Относится к группе мукокутанно-окулярных заболеваний. Редко ограничивается поражением только конъюнктивы, чаще сочетается с высыпанием пузырей на коже век и других участках лица, туловища и конечностей.

Клинические признаки и симптомы. Характерным является образование пузырей на коже век и слизистой оболочке глазного яблока.

ка. Заболевание чаще поражает оба глаза. На гиперемированной конъюнктиве век, сводов и глазного яблока появляются пузыри, которые легко вскрываются. Обнаженная поверхность конъюнктивы покрывается беловато-сероватым налетом, кровоточит. Эрозии конъюнктивы постепенно рубцуются, что приводит к ее сморщиванию. На роговице также появляются поверхностные изъязвления, она становится мутной и сухой. В тяжелых случаях может развиваться полный симблефарон. Высыпанию пузырей на слизистой оболочке глаза предшествует острый или подострый конъюнктивит с вязким слизисто-гнойным отделяемым.

Клинические рекомендации. Кортикостероиды внутрь, внутримышечно и местно. Инстиллируют 0,5–2%-ную суспензию кортизона или гидрокортизона, 0,3%-ный р-р преднизолона и 0,1%-ный р-р дексаметазона, Офтан-дексаметазон – 4–5 раз в сутки. Используют 0,5%-ную мазь гидрокортизона или преднизолона 3–4 раза в сутки. В тяжелых случаях вводят под конъюнктиву 2 раза в неделю 2,5%-ную суспензию кортизона или 0,4%-ный раствор дексаметазона (0,3 мл). Назначают антибиотики в виде глазных мазей (1%-ный дитетрациклиновую или дибиомициновую) 1 раз в день и сульфаниламиды (20%-ную мазь сульфацил-натрия или 10%-ную мазь сульфapiридазин-натрия) 3–4 раза в день. Местно применяют также 0,01%-ный раствор цитраля и рибофлавина (0,002 г рибофлавина в 10 мл 2%-ного р-ра глюкозы), 0,5%-ную тиаминовую мазь, вазелиновое масло, рыбий жир, 2,5%-ный р-р натрия хлорида, 20%-ный гель солкосерила.

Общее лечение проводят совместно с дерматологом. Внутрь назначают кортизон по 0,05 г 2–4 раза в день, вместо кортизона – преднизолон по 0,005 г 2–4 раза в день, дексаметазон по 0,005 2–4 раза в день. Внутримышечно вводят 2,5%-ную суспензию кортизона по 1–2 мл 1 раз в день, 0,4%-ный раствор дексаметазона по 1 мл. Затем дозы кортикостероидов постепенно уменьшают. Внутрь назначают также антибиотики (тетрациклин, биомидин) и сульфаниламиды (сульфадимезин, сульфapiридазин).

Атопический конъюнктивит. Этиология. В развитии заболевания имеет значение наследственная предрасположенность к гиперчувствительности на специфические аллергены. В анамнезе выявляются такие атопические заболевания, как бронхиальная астма, сенная лихорадка, крапивница. Поражение глаза может сочетаться с атопическим дерматитом. Кроме гиперчувствительности за счет Ig E, имеет значение гиперчувствительность замедленного типа.

Клинические признаки и симптомы. Болеют чаще мужчины молодого возраста. Жалобы больных на сильный зуд, покраснение глаз, светобоязнь. Заболевание протекает в двух клинических формах – острой и хронической. Для острого атопического конъюнктивита характерно появление гиперемии и развитие быстро нарастающего отека конъюнктивы глазного яблока. Наблюдается выраженное слезотечение, отек век, светобоязнь. При хроническом конъюнктивите – жалобы больных на зуд, жжение, слезотечение, светобоязнь и др. Определяется небольшое побледнение конъюнктивы, легкая гиперплазия сосочков и незначительное уплотнение нижней переходной складки. Отделяемое обычно незначительное.

Клинические рекомендации. Назначение антигистаминных препаратов местно и внутрь.

Местно глазные капли:

- 0,05%-ный гистимет;
- 0,05%-ный аллергодил;
- 0,25%-ный раствор цинка сульфата с борной кислотой;
- 0,5–1%-ную суспензию гидрокортизона;
- 0,5%-ный раствор димедрола;
- 2%-ный раствор амидопирина;
- 0,1%-ный наклорф;
- 0,1%-ный аломид;
- 2%-ный лекролин;
- витасик.

Во время лечения возможна замена одних препаратов другими.

Внутрь – десенсибилизирующие средства: кларитин, хлорид кальция, димедрол, супрастин, тавегил, терален, 20%-ный солкосерил.

Профилактика аллергического конъюнктивита. Для предотвращения заболевания необходимо принять определенные меры.

- Элиминация причинных факторов. Важно уменьшить, а если возможно, исключить контакты с такими факторами риска развития аллергии, как домашняя пыль, тараканы, домашние животные, сухой корм для рыб, средства бытовой химии, косметические средства. Следует помнить, что у больных, страдающих аллергией, глазные капли и мази (особенно антибиотики и противовирусные средства) могут вызвать не только аллергический конъюнктивит, но и общую реакцию в виде крапивницы и дерматита.

- Если невозможно исключить контакт с факторами, вызывающими аллергию, следует начинать закапывать лекролин или аломид по одной капле 1–2 раза в день за 2 недели до предполагаемого контакта.
- Если пациент уже начал контактировать с веществами, которые могут вызывать аллергию, ему следует закапывать аллергофтал или сперсаллерг, которые дают немедленный эффект, сохраняющийся в течение 12 часов.
- При часто возникающих рецидивах проводят специфическую иммунотерапию в период ремиссии конъюнктивита.

Профессиональные заболевания конъюнктивы

К профессиональным заболеваниям конъюнктивы относится электроофтальмия (*ophthalmia electrica*) и снежная слепота.

Электроофтальмия. Этиология. Часто наблюдается у лиц, подвергающихся действию сильного ослепляющего света, например при электросварке металлов, киносъемке, облучении кварцевой лампой.

Клинические признаки и симптомы. Заболевание развивается через 4–6 часов после действия света и выражается в сильном раздражении конъюнктивы с обильным слезотечением, резко выраженной светобоязнью и ощущением засыпанности глаз песком. Эти симптомы быстро проходят.

Клинические рекомендации. Закапывание 0,5%-ного раствора дикаина, холодные примочки, вазелиновое масло или рыбий жир в каплях.

Снежная слепота. Этиология. Развивается обычно у жителей горных районов туристы, альпинистов и полярных путешественников. В средних широтах может наблюдаться ранней весной, например при работах в солнечные дни при снежном покрове. Снежная слепота вызывается ультрафиолетовыми лучами, которые сильно отражаются снежными покровами или зеркальной гладью воды.

Клинические признаки и симптомы. Глаза краснеют, слезятся, возникает мучительная светобоязнь.

Клинические рекомендации. Закапывание 0,5%-ный раствора дикаина, холодные примочки, вазелиновое масло или рыбий жир в каплях. Профилактика – ношение очков консервов из темного светофильтрующего стекла.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Функции конъюнктивы.
2. Общие клинические проявления острого конъюнктивита.
3. Основные принципы лечения бактериальных и аллергических конъюнктивитов.
4. Чем отличается эпидемический кератоконъюнктивит от аденовирусного и геморрагического?
5. Клинические проявления и лечение трахомы. Осложнения и последствия.
6. Клинические проявления и лечение хламидийного конъюнктивита.
7. Профилактика гонококкового и хламидийного конъюнктивита новорожденных.
8. Каким образом можно установить вирусную или микробную природу острого конъюнктивита?
9. В чем заключаются мероприятия по профилактике эпидемических вирусных конъюнктивитов в детских и лечебных учреждениях?
10. Какие виды аллергических конъюнктивитов вы знаете?

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева З.А., Нестеров А. П., Скрипниченко З.М. Профессиональная патология органа зрения. – М.: Медицина, 1988.
2. Астахов Ю.С., Ангелуполо Г.В., Джалиашвили О.А. Глазные болезни. – СПб., 2004.
3. Егорова А.Е. Неотложная офтальмология. – М., 2004.
4. Ерошевский Е.И. Глазные болезни. – М.: Медицина, 1985.
5. Каспаров А.А. Офтальгерпес. – М., 1994.
6. Краснов М.А. Терапевтическая офтальмология. – М.: Медицина, 1985.
7. Майчук Ю.Р. Вирусные заболевания глаз. – М.: Медицина, 1988.
8. Морозов В.И., Яковлев А.А. Фармакотерапия глазных болезней. – М., 2004.
9. Сомов Е.Е. Глазные болезни и травмы. – СПб., 2002.
10. Сомов Е.Е., Бржевский В.В. Роговично-конъюнктивальный ксероз. – СПб., 2002.
11. Сомов Е.Е., Михайлов И.Б. Лекарственные средства в современной офтальмологической практике. – СПб., 2003.
12. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. – М., 2005.
13. Сомов Е.Е. Клиническая анатомия органа зрения. – М., 2005.

Составитель
Майя Залымовна Эшимбекова

КОНЪЮНКТИВИТЫ

Учебно-методическое пособие
к практическим занятиям
для студентов всех факультетов
и клинических ординаторов

Редактор *Р.И. Камарли*
Корректор *Т.А. Шульга*
Компьютерная верстка – *Джс.Джс. Мукеев*

Подписано в печать 31.10.07. Формат 60х84¹ /₁₆
Офсетная печать. Объем 3,5 п.л.
Тираж 100 экз. Заказ 273.

Издательство Кыргызско-Российского
Славянского университета
720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44

Отпечатано в типографии КРСУ
720048, г. Бишкек, ул. Горького, 2