

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



Кафедра офтальмологии имени профессора М.А.Дмитриева с курсом ПО
Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Козина Е.В.

РЕФЕРАТ

На тему: «Хламидийный конъюнктивит»

Выполнил: клинический ординатор Князева И.С.
Проверила: д.м.н., доцент Козина Е.В.

Красноярск
2021

Содержание

1. Введение	3
2. Определение	4
3. Дифференциальная диагностика	5
4. Лечение	6
5. Вывод... ..	8

Введение

Хламидийный конъюнктивит взрослых развивается при попадании в глаза инфекции из своих половых органов или из гениталий других лиц.

Инкубационный период 5-14 дней. Обычно заболевают лица молодого возраста, преимущественно женщины. Конъюнктивит характеризуется острым, подострым или хроническим течением с периодическими обострениями и ремиссиями. Чаще поражается один глаз. Отмечаются выраженный отек и гиперемия век. Конъюнктура переходных складок, особенно нижней, резко гиперемирована, отечна и инфильтрирована.

Эпидемический хламидийный конъюнктивит возникает в виде вспышек при заражении глаз инфицированной водой. Проявление и симптомы сходны с вышеописанными, только выражены они слабее и клиническое течение болезни доброкачественнее, роговица в патологический процесс вовлекается очень редко.

Определение

Хламидийный конъюнктивит – это заболевание, которое сопровождается чувством тяжести в глазах, скудным слизистым отделяемым, гиперемией и фолликулярной реакцией тарзальной конъюнктивы.

Хламидийный конъюнктивит – поражение слизистой глаз хламидиями, которое сопровождается острым или хроническим воспалением конъюнктивы.

Возбудитель - *Chlamydia trachomatis*, инкубационный период - 10-14 сут.



Дифференциальная диагностика хламидийной инфекции с синдромом сухого глаза и аллергическим конъюнктивитом довольно затруднительна. По данным классических учебников отличительным признаком хламидиоза является паннус в сочетании с бактериальным инфильтратом роговицы, однако в наши дни истинный паннус встречается крайне редко. Характер отделяемого также не может служить достоверным диагностическим признаком, хотя при аллергической реакции оно чаще бывает светлым и тягучим. При хламидиозе выраженный фолликулез и гиперемия тарзальной конъюнктивы сочетаются с относительно спокойным внешним видом бульбарной части конъюнктивы. Нижнее веко при хламидийном конъюнктивите в отличие от других заболеваний легко выворачивается при слабом надавливании снаружи. Для исключения аллергической реакции необходим тщательный сбор аллергологического анамнеза. На вопрос «Есть ли у Вас аллергия?», пациент, скорее всего, ответит «Нет», поэтому врач должен задавать больше вопросов о состоянии кожи пациента, о реакции на пищевые продукты, аллергии на пыль, шерсть животных и т.д.

Единственным четким дифференциальным критерием при хламидийном конъюнктивите является урогенитальный хламидиоз в анамнезе. Но к тому времени как хламидии попадут в глаз, урогенительные мазки у пациента будут, скорее всего, отрицательными. Соскоб с конъюнктивы и полимеразная цепная реакция при хламидийном конъюнктивите отличаются высокой степенью ошибки. Более достоверным исследованием является иммуноферментный анализ крови на антитела к хламидиям, при этом важен не столько титр антител, сколько сам факт их наличия.

Хорошим диагностическим методом может служить провокационная проба с дексаметазоном. Если назначить пациенту инстилляции дексаметазона или препарата Комбинил® (содержащий не только 0,1% дексаметазон, но 0,3% ципрофлоксацин, который обладает широким спектром действия, в том числе и на хламидии) при обычном конъюнктивите, то через несколько дней ему станет лучше, и только при хламидиозе после назначения дексаметазона симптомы не только не исчезнут, но наоборот, клиническая картина усугубится. Этот маневр следует обсудить с пациентом, к примеру, таким образом: «Я подозреваю у Вас хламидийную инфекцию, но доказать ее наличие очень сложно. Давайте пойдем с Вами на эксперимент: я назначу Вам препарат, который работает во всех случаях кроме хламидиоза, а Вы придете на повторный осмотр через неделю для установления окончательного диагноза».

Лечение хламидийного конъюнктивита включает следующие мероприятия:

1. Антибиотики. Высокой активностью и низким потенциалом к развитию резистентности обладают фторхинолоны 3-го и 4-го поколения. Левофлоксацин (Сигницеф®) отличается высокой растворимостью при нейтральной рН среды – в 10 раз выше по сравнению с офлоксацином и в 400 раз выше по сравнению с ципрофлоксацином, что позволяет левофлоксацину достигать высоких терапевтических концентраций в тканях глаза. Поэтому при одном закапывании в глаз попадает больше лекарственного вещества, и даже при небольшом нарушении пациентом режима инстилляций Сигницефа®, концентрация левофлоксацина в конъюнктивальной полости будет достаточной для подавления патогенных возбудителей.

Резистентность к фторхинолонам новых поколений возникает крайне редко. Для развития резистентности к фторхинолонам старых поколений достаточно мутации только ДНК-гиразы бактерий. Развитие устойчивости к левофлоксацину возможно только в случае одновременной мутации нескольких ферментов таких как ДНК-гиразы, так и Топоизомеразы-IV. Это свойство позволяет многократно использовать Сигницеф® у одного и того же пациента без риска формирования к нему резистентности у возбудителей.

Местные антибиотики при хламидийном конъюнктивите назначаются на минимум на 3 недели, учитывая жизненный цикл хламидий.

2. Системная антибиотикотерапия (левофлоксацин, Таваник®) необходима, поскольку хламидийная инфекция является хроническим системным заболеванием.

3. Нестероидные противовоспалительные средства в виде ежедневных однократных инстилляций препарата Броксинак®. Уменьшение количества закапываний стало возможно за счет бромирования молекулы амфенака. Благодаря бром в составе химической формулы увеличилась липофильность препарата, его биодоступность, а, следовательно, и продолжительность обезболивающего и противовоспалительного эффекта до 24 часов.

4. Назначение кортикостероидов возможно только с третьей недели лечения.

5. С третьей недели терапии можно подключить слезозаместительную терапию в виде препаратов с низкой вязкостью без консерванта, например, Офтолик БК. Они нужны для дополнительного очищения глазной поверхности и комфорта пациентов.

6. С пятой недели лечения к терапии можно добавить противоаллергические капли. Они будут способствовать более быстрому исчезновению фолликулов. Препарат Визаллергол® содержит олопатадин в концентрации 0,2% и применяется только один раз в день. Он обладает комбинированным действием: антигистаминный эффект сочетается с блокированием дегрануляции тучных клеток. В состав Визаллергола входит повидон, что позволяет уменьшить количество закапываний слезозаменителей.

Вывод

Очень важно знать этиологию, патогенез данного возбудителя и вовремя распознать данную патологию для назначения правильной этиотропной терапии.