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 МЗ и СР РФ

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

Реферат:

**Хламидийные конъюнктивиты**

Выполнила:

Бауэр К.С., ординатор первого года обучения

Проверила: ассистент кафедры Балашова П.М.

Красноярск 2023

**Определение и возможные причины.**Конъюнктивит – воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия, характеризующаяся гиперемией и отёком, отделяемым с конъюнктивы, образованием на ней фолликулов или сосочков; может сопровождаться отёком и зудом век, поражением роговицы со снижением зрения.

По этиологии конъюнктивиты делятся на следующие группы:
- Бактериальный
- Вирусный
- Хламидийный
- Аллергический
- Конъюнктивит при Синдроме «сухого глаза»

По характеру течения:

- Острый конъюнктивит
- Хронический конъюнктивит

**Эпидемиология конъюнктивитов.**Конъюнктивиты находятся в числе наиболее широко распространенных поражений глаз, они составляют более 60% воспалительных заболеваний глаз. По расчетным данным число пациентов с воспалительными заболеваниями глаз достигает 18 млн., в том числе с конъюнктивитами – 12 млн.

**Хламидийные конъюнктивиты – определение и классификация.**Хламидийный конъюнктивит (ХК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате воздействия на ткани глаза Chlamydia trachomatis. Данный возбудитель может вызывать несколько различных конъюнктивальных синдромов; каждый связан с различными серотипами:
- трахома: серотипы А, В, С
- конъюнктивит с включениями у взрослых и новорожденных: серотипы D-K
- венерическая лимфогранулема: серотипы L1, L2, L3.

**Характеристика возбудителя.**Представители семейства Chlamydiaceae (хламидии) являются патогенными облигатными внутриклеточными бактериями, паразитирующими в чувствительных клетках теплокровных (млекопитающих, птиц, человека и др.).
Они близки по структуре и химическому составу к классическим бактериям. Для них характерно сохранение морфологической сущности на протяжении всего жизненного цикла, деление вегетативных форм, наличие клеточной стенки, содержание ДНК и РНК, энзиматическая активность, чувствительность к антибиотикам широкого спектра, наличие общего родоспецифического антигена.
В то же время хламидии по размерам меньше классических бактерий, имеют небольшой геном, являются облигатными внутриклеточными паразитами с уникальным циклом развития. Они не способны синтезировать высокоэнергетические соединения и обеспечивать собственные энергетические потребности (*энергозависимые паразиты),*что и определяет их облигатный паразитизм.
*Морфология:* Клеточный цикл развития хламидий имеет две основных формы — элементарные тельца (ЭТ) — инфекционная форма и ретикулярные тельца (РТ) — вегетативная форма. Сферические ЭТ значительно меньше размерами (менее 300 нм в диаметре), имеют более жесткую электронно-плотную структуру, метаболически мало активны, адаптированы к кратковременному внеклеточному существованию.
Цикл развития хламидий осуществляется в цитоплазматическом включении — фагосоме (вакуоле), куда ЭТ попадают путем стимулирования эндоцитоза. В процессе адсорбции и эндоцитоза участвуют термолабильные эффекторные белковые поверхностные антигены хламидий. ЭТ подавляют фагосомо — лизосомальное слияние и преобразуются при участии главного поверхностного протеина в РТ, которые обладают активным метаболизмом, более крупными размерами и активным бинарным делением. Цикл размножения заканчивается обратным переходом РТ в ЭТ, разрывом мембран включения и ограничивающих мембран клетки хозяина, выходом ЭТ из клеток, далее ЭТ инфицируют новые клетки. Тельца включений выявляются в клетках при помощи световой и иммунолюминесцентной микроскопии.
Кроме того, хламидии способны образовывать L — формы, персистентные формы.

**Трахома**Возбудитель – Chlamydia trachomatis (серотипы А, В, Ва , С).
Трахома – хронический инфекционный кератоконъюнктивит, характеризующийся появлением фолликулов с последующим их рубцеванием, васкуляризацией роговицы (паннусом), а в поздних стадиях – рубцовой деформацией век. Трахома возникает в результате заноса возбудителей инфекции на конъюнктиву глаза. Инкубационный период 7–14 дней. Поражение обычно двустороннее.
Клиническая картина: В клиническом течении трахомы выделяют 4 стадии:
I стадия – острое нарастание воспаления. Диффузная инфильтрация, отёк конъюнктивы с развитием в ней множественных фолликулов с мутным содержимым. Характерно образование фолликулов на конъюнктиве хряща верхнего века.
II стадия – на фоне усиления инфильтрации и образования фолликулов начинается их распад с обильным гнойным отделяемым, на их месте образуются рубцы, поверхностная инфильтрация и васкуляризация роговицы. Наиболее заразная стадия заболевания.
III стадия – преобладают процессы рубцевания при наличии фолликулов и инфильтрации.
IV стадия – разлитое рубцевание поражённой слизистой.
При тяжёлой форме поражения и длительном течении трахомы в верхней половине роговицы возникает инфильтрация с васкуляризацией – трахоматозный паннус. В период рубцевания на месте паннуса развивается интенсивное помутнение роговицы со снижением зрения.
Тяжёлые последствия трахомы: укорочение конъюнктивальных сводов, образование симблефарона; перерождение слёзных (добавочных) и мейбомиевых желёз, приводящее к ксерозу роговицы; рубцовая деформация хряща век; заворот век, трихиаз (способствует развитию язвы роговицы).

Лечение:
В течение длительного времени (1–3 месяца, иногда до 6 месяцев) применяют антибактериальные ЛС или сульфаниламиды. Лучше использовать мазевые лекарственные формы.
Наиболее часто применяют следующие ЛС:
- сульфацетамид (10–20% р-р) или сульфаметоксипиридазин (10% р-р);
- антибиотики из группы макролидов – 1% эритромициновая мазь;
- антибиотики из группы тетрациклинов – 1% тетрациклиновая мазь, 1% дитетрациклиновая мазь, применяется 1 раз в день;
- антибиотики из группы фторхинолонов: ципрофлоксацин (0,3% р-р или мазь) или офлоксацин (0,3% р-р или мазь);
- 0,01% р-р бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмония хлорида моногидрата (мирамистин); ✧ 0,05% р-р пиклоксидина;
- комбинированные антибактериальные препараты: глазные капли, содержащие хлорамфеникол 4 мг/мл, колистиметат 180 000 МЕ/мл, ролитетрациклин 5 мг/мл.
- После стихания острого воспаления 2–3 раза в день применяют НПВС – 0,1% р-р диклофенака натрия
- Местное лечение сочетают с экспрессиями фолликулов.
- Системная антибиотикотерапия. Антибиотики применяют непрерывными или прерывистыми курсами в течение 3–4 нед. Наиболее целесообразно использовать один из следующие антибиотиков:
✧ кларитромицин – внутрь по 500 мг/сут в 2 приёма;
✧ азитромицин – внутрь по 0,25–0,5 мг/сут;
✧ доксициклин – внутрь 200 мг/сут в 2 приёма;
✧ рокситромицин – внутрь по 0,3 г/сут в 1–2 приёма;
✧ офлоксацин – взрослым по 200–400 мг внутрь 1 раз в день, детям не рекомендуется;
✧ ципрофлоксацин – взрослым по 0,5–1 г/сут внутрь в 2 приёма, детям не рекомендуется.

**Паратрахома.**Возбудитель – Chlamydia trachomatis (серотипы D–К). Инкубационный период – 10–14 дней, с колебаниями от 7 до 21 дня. Поражение глаз протекает в различных клинических формах:
✧ Паратрахома взрослых. Заражение происходит в результате переноса инфекции из половых органов.
✧ Эпидемический хламидийный конъюнктивит (банный конъюнктивит). Заражение происходит контактно-бытовым путём.
✧ Конъюнктивит при синдроме Рейтера.
✧ Конъюнктивит при генерализованном хламидиозе зоонозной природы.
✧ Паратрахома новорождённых (бленнорея с включениями). Заражение происходит через плаценту или при прохождении через родовые пути больной матери.

Паратрахома взрослых.
Хламидийный конъюнктивит взрослых – острый или хронический инфекционный конъюнктивит, широко распространённый в развитых странах мира (10–30% выявленных конъюнктивитов). Заражение обычно происходит в 20–30 лет, женщины болеют в 2–3 раза чаще. Конъюнктивит связан главным образом с урогенитальной хламидийной инфекцией, которая может протекать бессимптомно.
Хламидийный конъюнктивит возникает при попадании на слизистую оболочку глаза инфицированного отделяемого из поражённых хламидиями глаз, урогенитального тракта или с предметов личной гигиены, где хламидии сохраняют свою жизнеспособность в течение суток.
Заболевание характеризуется воспалительной реакцией конъюнктивы с образованием многочисленных фолликулов, не склонных к рубцеванию. Чаще поражается один глаз, двусторонний процесс встречается примерно у 1/3 больных.
Клиническая картина заболевания характеризуется значительным отёком век и сужением глазной щели, выраженной гиперемией, отёком и инфильтрацией конъюнктивы век и переходных складок. Характерны крупные, рыхлые фолликулы, располагающиеся в нижней переходной складке и при слиянии образующие 2–3 валика. Вначале отмечается слизисто-гнойное умеренное отделяемое, с развитием заболевания оно становится обильным и гнойным. Примерно у половины заболевших наблюдается отёк, инфильтрация и васкуляризация в области верхнего лимба. Могут также встречаться мелкоточечные инфильтраты роговицы, не окрашивающиеся флюоресцеином. С 3–5-го дня заболевания на стороне поражения развивается безболезненное увеличение предушных лимфоузлов, в ряде случаев сопровождающееся шумом и болью в ухе, снижением слуха.

Хламидийный конъюнктивит новорождённых
Заболевание связано с урогенитальной хламидийной инфекцией матерей. Частота хламидийного конъюнктивита достигает 40% всех конъюнктивитов новорождённых, он протекает как острый папиллярный и подострый инфильтративный конъюнктивит.
Заболевание начинается остро на 5–10-й день после родов. В конъюнктивальной полости появляется обильный жидкий гной с примесью крови. Выраженный отёк век, гиперемия и отёк конъюнктивы, увеличение сосочков. Воспалительные явления стихают через 1–2 нед. У 70% новорождённых заболевание развивается на одном глазу.

Эпидемический хламидийный конъюнктивит
 Заболевание возникает в виде вспышек у посетителей бань, бассейнов и детей 3–5 лет в организованных коллективах. Заболевание может начаться остро, подостро или протекать хронически. Чаще поражается один глаз.
При осмотре обнаруживают гиперемию, отёк, инфильтрацию конъюнктивы, папиллярную гипертрофию, фолликулы в нижнем своде. Роговица редко вовлекается в патологический процесс. Имеет место предушная аденопатия. Все конъюнктивальные проявления проходят без лечения через 3–4 недели.
Лечение:
В течение длительного периода времени (1–3 месяца) применяют антибактериальные ЛС или сульфаниламиды. ЛС назначают 4– 5 раз в день. Лучше использовать мазевые лекарственные формы.
Наиболее часто применяют следующие ЛС:
- сульфацетамид (10–20% р-р) или сульфаметоксипиридазин (10% р-р);
- антибиотики из группы макролидов – 1% эритромициновая мазь;
- антибиотики из группы тетрациклинов – 1% тетрациклиновая мазь, 1% дитетрациклиновая мазь (дитетрациклиновая мазь применяется 1 раз в день);
- антибиотики из группы фторхинолонов: 0,3% р-р или мазь ципрофлоксацина или 0,3% р-р или мазь офлоксацина;
- 0,01% р-р бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмония хлорида моногидрата (мирамистин);
- 0,05% р-р пиклоксидина;
- комбинированные антибактериальные препараты: глазные капли, содержащие хлорамфеникол 4 мг/мл, колистиметат 180 000 МЕ/мл, ролитетрациклин 5 мг/мл.
- Через 2–3 недели после стихания острого воспаления в течение 5– 7 дней закапывают растворы ГКС 1–2 раза в день – 0,1% р-р дексаметазона, раствор дезонида динатрия фосфата по 1 капле 3 раза в день.
- Можно использовать комбинированные ЛС – глазные капли и мазь, содержащие ГКС и антибиотик: дексаметазон 1 мг/мл, полимиксин В 6000 ЕД/мл, неомицин 5 мг/мл.
- Вместо ГКС возможно применение НПВС – 0,1% р-р диклофенака натрия.
- Для санации урогенитального очага инфекции проводят системную антибиотикотерапию. Существует несколько способов применения антибиотиков:
✧ приём в течение 1, 3 или 5 дней;
✧ приём в течение 7–14 дней;
✧ приём в течение 21–28 дней;
✧ пульс-терапия: проводится 3 цикла антибиотикотерапии по 7– 10 дней с перерывами в 7–10 дней.
Наиболее целесообразно назначить один из следующих антибиотиков:
- кларитромицин – внутрь по 500 мг/сут в 2 приёма в течение 21–28 дней;
- азитромицин – внутрь по 1 г/сут однократно;
- доксициклин – внутрь 200 мг/сут в 2 приёма в течение 7 дней, детям до 12 лет применять не рекомендуется;
- рокситромицин – внутрь по 0,3 г/сут в 1–2 приёма, курс лечения 10–14 дней;
- офлоксацин – взрослым по 200 мг внутрь 1 раз в день в течение 3 дней, детям не рекомендуется;
- ципрофлоксацин – взрослым по 0,5 г/сут внутрь в 1 день, а затем по 0,25 г/сут в 2 приёма в течение 7 дней, детям не рекомендуется.
Проводят системную терапию интерферонами и интерфероногенами:
- интерферон альфа-2 рекомбинантный, в/м по 1 млн ЕД через день, на курс 7–10 инъекций; ректальные свечи – по 2 свечи в сутки ежедневно в течение 10 дней, далее по 2 свечи 3 раза в неделю в течение 3–12 месяцев.
- метилглукамина акридонацетат («Циклоферон») – в/м 12,5% р-р по 2 мл в течение 10 дней; проводят 2–3 курса с интервалом в 1 неделю.

Список литературы

1. Научно-практическое издание. Клинические рекомендации. Офтальмология под редакцией Л.К. Мошетовой, А.П. Нестерова, Е.А. Егорова
2. Клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей офтальмологов». Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»
3. Офтальмология. Редакция: Е.Е. Сомов.
4. Т.А. Бирич, Л.Н. Марченко, А.Ю.Чекина «Офтальмология».