Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра офтальмологии с курсом ПО им. проф. М. А. Дмитриева

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

**Реферат**

На тему: «Хламидийный конъюнктивит»

Выполнила: Тарадаева А.Ю.

 Проверила: Кох И.А.

Красноярск 2023 г.

**Содержание**

Введение 3

Этиология. 3

Клинические проявления. 5

Диагностика. 7

Лечение. 8

Список литературы 12

**Введение**

**Хламидийный конъюнктивит (паратрахома)** - инфекционное поражение слизистой глаз, сопровождающееся острым или подострым воспалением конъюнктивы. Возбудитель хламидийных конъюнктивитов - Chlamydia trachomatis (серотипы D-K). Хламидии (*Chlamydia trachomatis*) - самостоятельный вид микроорганизмов; они являются внутриклеточными бактериями с уникальным циклом развития, проявляющими свойства вирусов и бактерий. Разные серотипы хламидий вызывают три различных по клинике заболевания: трахому (серотипы А-С), хламидийный конъюнктивит взрослых (серотипы D-K) и венерический лимфогранулематоз (серотипы L1-L3). Конъюнктивиты возникают главным образом на фоне урогенитального хламидийного инфекционного заболевания (уретрита, цервицита, эрозии шейки матки) пациента или его полового партнёра. Инкубационный период составляет 5-14 дней. Заражение обычно происходит в возрасте 20-30 лет. Женщины болеют в 2-3 раза чаще. Конъюнктивиты связаны главным образом с урогенитальными хламидийными инфекционными заболеваниями, которые могут протекать бессимптомно.

**Хламидийные конъюнктивиты у детей** тесно связаны с таковыми в популяции взрослых, у которых хламидиоз является самой распространенной болезнью, передаваемой половым путем. У беременных она колеблется от 2% до 20% в зависимости от контингента обследованных, что определяет высокий риск инфицирования новорожденных – до 15% и примерно у каждого третьего из них развивается конъюнктивит.

Поражение глаз протекает в различных клинических формах, в том числе **паратрахома новорожденных (бленнорея с включениями)**. Заражение происходит через плаценту или при прохождении через родовые пути матери, больной урогенитальной хламидийной инфекцией. В большинстве случаев наблюдается вертикальная передача возбудителя, который попадает на слизистые оболочки, в том числе и конъюнктиву. Анамнез жизни — регистрация особенностей беременности и родов у матери.

Заболевание развивается в течение 5-14 дней после рождения и протекает как острый папиллярный или подострый инфильтративный конъюнктивит с появлением обильного жидкого гнойного отделяемого, которое из-за примеси крови может иметь бурый оттенок. Резко выражен отек век, конъюнктива гиперемирована, хемоз с гиперплазией сосочков, могут образовываться псевдомембраны. Воспалительные явления стихают через 1-2 недели. Если активное воспаление продолжается более 4-х недель, появляются фолликулы, преимущественно на нижних веках. Примерно у 70% новорожденных заболевание развивается на одном глазу. Главное клиническое отличие от гонококкового – более позднее начало, преимущественное поражение одного глаза, может сопровождаться назофарингитом, отитом среднего уха, хламидийной пневмонией. При отсутствии лечения конъюнктивит разрешается в течение недель и месяцев, но может приводить к рубцеванию конъюнктивы и роговицы.

    Хламидийный конъюнктивит (ХК) является одним из проявлений хламидиоза – заболевания, которое первично локализуется, как правило, в урогенитальном тракте. Более чем в 50% случаев установленного урогенитального хламидиоза поражается и конъюнктива, т.е. развивается ХК. Офтальмохламидиоз в силу своей распространенности (по данным ВОЗ в мире ежегодно заболевают более 25 млн человек) продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной офтальмологии.

    Следует отметить, что термин «офтальмохламидиоз» является более широким понятием, чем ХК. Он объединяет в себе:

    – трахому;

    – хламидийный конъюнктивит взрослых (паратрахома взрослых);

    – хламидийную офтальмию новорожденных – конъюнктивит с включениями, который Л.Н. Тарасова разделяет на паратрахому новорожденных, хронический фолликулярный конъюнктивит у детей 1-14 лет, эпидемический острый конъюнктивит и хламидионосительство;

    – эпидемический хламидийный конъюнктивит купальщиков (или бассейновый), при котором все конъюнктивальные явления на фоне лечения проходят через 2-3 недели и заканчиваются полным выздоровлением;

    – хламидийный конъюнктивит при болезни Рейтера – конъюнктивально-уретросиновиальный синдром, протекающий с поражением глаз, мочевыводящих путей и крупных суставов ног;

    – хламидийный увеит;

    – хламидийный конъюнктивит зоонозной природы, поражающий преимущественно птиц (Chl. psittaci) и домашних животных (Chl. pecorum).

    Возбудитель ХИ относится к семейству Chlamydiaceae, роду Chlamydia (внутри которого выделяют 2 вида хламидий, в частности, Сhl. trachomatis, Сhl. pneumоniae – патогенных для человека), к грамотрицательным бактериям и внутриклеточными микроорганизмам. Существует он в 2 формах телец – высокоинфекционных внеклеточных элементарных и вегетативных внутриклеточных ретикулярных.

**Клинические проявления**

    Именно вид Сhl. trachomatis вызывает такое заболевание как ХК и урогенитальный хламидиоз у взрослых, который выявляется более чем в половине случаев у больных ХК. Преимущественно протекает остро с односторонним поражением (в 65-85% случаев) и инкубационным периодом от 1 до 2 недель. Характерна выраженная гиперемия, инфильтрация и отек конъюнктивы (в ряде случаев – вплоть до хемоза) с отделяемым слизисто-гнойного характера, которое потом становится обильным и гнойным. Нередко имеется выраженный отек век, особенно верхнего, приводящий к блефароптозу и сужению глазной щели, часто определяется предушная лимфоаденопатия. На 2-й неделе болезни на конъюнктиве нижнего свода (сначала в наружном секторе и далее по всему своду) и века наблюдается развитие крупных, рыхлых, нерезко контурированных, сероватых (непрозрачных) фолликулов, располагающихся рядами и позже сливающихся в виде валиков. При этом на верхнем веке нередко имеет место папиллярная гипертрофия конъюнктивы.

    Пик своего развития заболевание достигает через 2-3 недели, причем фолликулы рассасываются длительно, иногда в течение нескольких месяцев (до полугода) и, как правило, в отличие от трахомы при выздоровлении исчезают бесследно. Правда, в единичных случаях в исходе заболевания все же могут сформироваться нежные рубцы на конъюнктиве век.

    Следует указать, что ХК может, хотя и гораздо реже, протекать также в виде папиллярной формы (с развитием сосочковой гипертрофии конъюнктивы нижнего, но особенно верхнего века) и инфильтративной (характеризуется относительно невыраженным развитием инфильтрации и гиперемии конъюнктивы). Как раз последняя офтальмологами поликлиник часто диагностируется как конъюнктивит другой (вирусной, бактериальной и пр.) этиологии, в связи с чем длительное и неадекватное лечение нередко способствует переходу заболевания в хроническую форму. Кроме того, данная форма ХК отличается склонностью к частым рецидивам – в 35% случаев, развитием осложнений и двусторонним поражением глаз – до 80% случаев.

    Хроническое течение фолликулярного ХК характеризуется более частым поражением обоих глаз (в 80% случаев), умеренно выраженными симптомами воспаления слизистой, длительным и упорным течением, развитием осложнений, распространением инфекционного процесса на другие оболочки глазного яблока и его придатков, склонностью к частым рецидивам. В более чем половине случаев при хронизации процесса (более 2 мес.) диагностируется поражение нижнего или чаще верхнего лимба (в виде его отека, инфильтрации и неоваскуляризации – образования сосудистого паннуса, что достаточно характерно).

    Конъюнктивит при синдроме Рейтера начинается с явлений острого уретрита (его признаки обнаруживаются у 75% пациентов) преимущественно у молодых мужчин, к которому через 6-10 дней присоединяются подострый двусторонний фолликулярный конъюнктивит со слизисто-гнойным отделяемым и небольшим отеком век, который в дальнейшем может исчезнуть под влиянием лечения или перейти в хроническую форму. Через 1-2 месяца более чем у 90% пациентов развивается олиго- или чаще полиартрит, причем процесс характеризуется ассиметричным поражением крупных суставов нижних конечностей (чаще тазобедренных), затем воспалительный процесс поднимается выше, захватывая все новые суставы и позвоночник (спондилоартрит).

    При инфицировании хламидиями отмечается нарушение гуморального и клеточного иммунитета, что значительно снижает эффективность антибиотикотерапии. Нарушения иммунного статуса у больных с ХК характеризуются временным вторичным иммунодефицитом по клеточному типу, сбоем фагоцитарного звена иммунитета, активацией лимфоцитов крови за счет изменения их фенотипа в сторону увеличения числа клеток, экспрессирующих поверхностные антигены HLA-DR, CD71+ и CD95+. При этом, осложненное течение заболевания ассоциируется с более высоким количеством CD95+ лимфоцитов и IL-4 в крови.

    Клиника ХК у новорожденных проявляется фолликулярным поражением слизистой через 3-14 дней (пик заболевания чаще всего приходится на 3-й день, реже – через 2 недели) после рождения в виде слизисто-гнойного отделяемого и в более чем половине случаев осложняется системной хламидийной инфекцией (пневмонией, миокардитом, назофарингеальной инфекцией, отитом и др.). В исходе ХК новорожденных может быть чешуйчатый блефарит, стеноз слезно-носовых путей, иногда рубцевание конъюнктивы. Заболевание характеризуется торпидным, вялым течением, затяжным и рецидивирующим характером и поражением обоих глаз. Следует помнить, что риск развития ХК сохраняется до 2-12 недель после рождения. У детей более старшего возраста заболевание протекает с острым началом и тяжелым течением, нередко на фоне субфебрильной температуры и общего недомогания.

    Сочетание ХК с вирусной или другой бактериальной инфекцией отмечается почти у каждого пятого больного. При этом, сочетание аденовирусной и хламидийной инфекции конъюнктивы является наиболее частым вариантом микст-инфекции глаз, в основном, это касается аденовирусного конъюнктивита (АВК). Часто (до 60% случаев) имеет место сочетание ХК с микоплазмозной инфекцией (подразделяется на два рода: Mycolpasma и Ureaplasma) вследствие распространенности урогенитального микоплазмоза, который почти в трети случаев сочетается с хламидиозом. К патогенным для человека из группы микоплазм относят M. homihis, M. pneumonie, M. incognitis, M. genitalium, U. urealiticum. Следует иметь в виду этиологическую роль микоплазм в развитии вялотекущих хронических конъюнктивитов.

    Кроме того, в последние годы отмечаются определенные изменения в клиническом течении данного заболевания, в частности, в виде существования большого числа стертых или атипичных форм данного заболевания. Наблюдается увеличение осложненных (например, с поражением роговицы и рецидивирующего характера заболевания – до 30%) и хронических форм ХК вследствие нерациональной терапии, в частности, кортикостероидами и противовирусными препаратами. Применение кортикостероидов приводит к затяжному течению ХК или к обострению заболевания, осложненному течению с развитием увеита, эписклерита и/или стромального кератита, а противовирусных препаратов (обычно после длительного применения мази ацикловира) – к рецидивирующему течению с кратковременными периодами ремиссии, развитию токсико-аллергического конъюнктивита и дерматита, а также воспалительных заболеваний век в виде чешуйчатого блефарита, рецидивирующих ячменей, халязионов.

**Диагностика**

    В связи с вышесказанным, большое значение приобретает лабораторная диагностика ХК, результаты которой учитываются и анализируются обязательно в совокупности с данными клинической картины заболевания. В практической деятельности лабораторные методы диагностики ХК включают определение хламидий в соскобе с конъюнктивы (путем выявления в нем в острой стадии заболевания внутриклеточных включений – телец Провачека-Гальберштедтера), метод флюоресцирующих антител (МФА), полимеразную цепную реакцию (ПЦР, преимуществами ее являются высокая чувствительность, специфичность и быстрота проведения исследования). Выявление специфических антител класса IgМ в серологических реакциях (иммуноферментный анализ – ИФА) является маркером острой стадии, и они могут появляться вновь в период рецидива; появление антител IgG спустя 2-3 недели после начала заболевания может говорить о его прогрессировании или переходе в хроническую форму. Определенное диагностическое и прогностическое значение может иметь выявление антигенов гистосовместимости у больных хламидийной инфекцией. Так, антиген HLA-B14 ассоциируется с воспалительной и фолликулярной формами этого заболевания.

    Ведущее значение имеют результаты ПЦР. По ее данным хламидийная этиология конъюнктивита (впрочем, это касается мико- и уреоплазм, аденовируса и др.) устанавливается значительно чаще, чем при использовании МФА. Причем при отрицательных результатах последнего применение ПЦР повышает эффективность лабораторной диагностики на 15%. Методом ПЦР в образцах соскоба с конъюнктивы больных ХК может обнаруживаться ДНК не только Chl. trachomatis, но также Chl. psittaci и Chl. pneumoniae, что говорит об их участии в развитии заболевания и объясняет неудачи в лечении, направленного только на Chl. trachomatis.

**Лечение**

    Следует помнить, что для диагностики ХК целесообразно использовать комбинацию нескольких, по крайней мере, двух методов. От правильной клинической диагностики офтальмохламидиоза во многом зависит назначение эффективного лечения и профилактика возможных осложнений. При дифференциальной диагностике ХК решающее значение остается за лабораторными методами исследования, материалом для которых являются соскоб с конъюнктивы, слезная жидкость и кровь больного.

    Основными принципами лечения больных ХК является сочетание общего и местного применения современных эффективных антибиотиков с разным механизмом действия курсами (не менее 2) с целью одновременного подавления очагов как глазной (ХК), так и экстраокулярной (например, урогенитальной) ХИ. При установленном изменении иммунного статуса пациентов (особенно при хроническом и персистирующем течении ХК) лечение необходимо дополнить применением иммунокорректоров (например, индуктора интерферона – циклоферона внутримышечно или перорально по схеме, а также тималина, Т-активина и т.п.) или стимуляторов В-клеточного звена иммунной системы (донорский иммуноглобулин, беталейкин).

    Кроме этого, большое значение имеет своевременное начало лечения с включением в комплексную терапию дополнительных лекарственных средств: антигистаминных глазных (опатанол и пр.); слезозаместительных капель; ферментов (вобэнзим и т.п.), способствующих проникновению антибиотиков внутрь клетки; антигрибковых препаратов (нистатин, флюкостат) и средств, способствующих восстановлению нормальной микрофлоры кишечника (поскольку применение антибиотиков может вызвать кандидоз и дисбактериоз), а также гепатопротекторов (карсил, эссенциале форте и др.) и желчегонных средств (холагол, аллохол и пр.) Были разработаны алгоритмы местной комплексной терапии ХК [7, 18-21].

    Тактика лечения больных, должна определяться несколькими моментами: острой или хронической формой заболевания, возможными осложнениями, например, со стороны роговицы, слезных канальцев, склеры и пр.; наличием или отсутствием персистирующей инфекции без проявления клинических симптомов, но способной при определенных условиях к активации – развитию заболевания; наличием только глазной формы хламидийной инфекции (при вовлечении в процесс только органа зрения) или поражением одновременно и других органов и систем (урогенитального тракта, хламидиоза дыхательных путей, ЖКТ); применявшимся ранее лечением антибиотиками (к которым возбудитель может приобретать резистентность); характером нарушений иммунного статуса, чаще при хроническом хламидиозе, персистирующей форме инфекции. Если не учитывать эти данные, то лечение может оказаться неудачным, даже при использовании самых активных антибиотиков.

    С целью терапии ХК применяются антибиотики, в основном, из группы фторхинолонов (ципрофлоксацин, офлоксацин, ломефлоксацин, левофлоксацин, гатифлоксацин и т.д.) или макролидов (эритромицин, азитромицин, мидекамицин, кларитромицин, джозамицин и т.п.). Доказана высокая эффективность использования комбинированных препаратов таких, как, например, колбиоцин (окситетрациклин, хлорамфеникол и колистин) и эубетал (+бетаметазон). К слову сказать, местно кортикостероиды целесообразно включать в комплексное лечение не раньше, чем через 8-14 дней (в зависимости от клинической картины) после ее начала, причем длительность местной стероидной терапии (по убывающей схеме кратности инстилляций) не должна превышать 10-14 дней.

    Необходимо также знать, что спирамицин и азитромицин разрешены к применению у беременных. У больных с нарушениями функции печени требуется осторожность при назначении макролидов (из этой группы единственным негепатотоксичным антибиотиком считается мидекамицин). Тетрациклины (тетрациклиновая мазь, доксициклин в табл.) для лечения ХК в настоящее время применяются редко. При лечении ХК не существует жестких схем и комбинаций местного и системного использования антибиотиков. Не надо забывать и о том, что у больных может быть смешанная инфекция (аденовирусная, микоплазмозная, гонорейная), требующая соответствующих корректировок в лечении.

    Курс местной антибиотикотерапии ХК должен быть достаточно продолжительным, т.е. не менее 3 недель, а нередко, в зависимости от динамики клинической картины, он может продолжаться с небольшими перерывами (с переходом в это время на антисептики: окомистин, витабакт) до нескольких месяцев. При отсутствии отчетливого положительного эффекта от препарата при инстилляции 5-6 раз в день (за исключением азитромицина) в течение первой недели он должен быть заменен на антибиотик из другой группы антибактериальных средств.

    Курс системного применения антибиотиков при острых неосложненных формах ХК обычно составляет 10 дней, при хроническом рецидивирующем хламидиозе – не менее 2 недель. Исключением является азитромицин, который при неосложненном остром процессе назначается в течение 3 дней, а при осложненном или хроническом – в течение 5-6 дней. При этом не следует назначать антибиотики длительно и непрерывно (в течение более 1 мес.). Лечение короткими курсами с перерывами более физиологично, чем длительный и непрерывный прием антибиотиков, угнетающий иммунную систему организма, а также способствующий развитию дисбактериоза, кандидоза и других осложнений.

    В первый день лечения антибиотик обычно назначается в ударной (двойной) дозе. Затем, после интервала примерно в 7-10 дней, курс антибиотикотерапии необходимо повторить, используя препараты уже другого класса.

    При сопутствующем урогенитальном хламидиозе (или установленном хамидийном поражении ЖКТ или органов дыхания) лечение необходимо проводить совместно с дерматовенерологом, гинекологом или урологом, при необходимости – терапевтом, пульмонологом или гастроэнтерологом), причем одновременно обоих половых партнеров и по показаниям – других членов семьи.

    Критерии клинического выздоровления (исчезновение отделяемого из конъюнктивальной полости, инфильтрации, фолликулов и т.п.) обязательно закрепляются контрольными лабораторными исследованиями, причем с применением, как минимум 2 перекрестных методов диагностики через 1-1,5 мес. после окончания лечения.

    В профилактику ХК входят активное обследование на хламидийную инфекцию лиц, относящихся к группам риска, санация внеглазных ее очагов, соблюдение правил личной гигиены, хлорирования воды в бассейнах, адекватная дезинфекция офтальмологических инструментов и приборов, отсутствие беспорядочных половых связей, применение соответствующих мер безопасности при половых контактах и т.д.

**Список литературы**

1. Еременко И.Г. ЛЕЧЕНИЕ ХЛАМИДИЙНЫХ КОНЪЮНКТИВИТОВ // Фундаментальные исследования. – 2008. – № 8. – С. 110-111;
URL: https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=3609 (дата обращения: 06.06.2023)..
2. Балашевич Л.И. и др. Офтальмохламидиоз. СПб,1998..
3. Ремезов А.П. и др. Хламидийные инфекции (клиника, диагностика, лечение).СПб, 1995