**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ**

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ**

**ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ**

**ГБОУ ВПО КРАСГМУ ИМ. ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО МЗ и СР РФ**

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

**Бактериальные конъюнктивиты**

Выполнил: Шаров Н.С.

ординатор 1 года обучения

Проверила: ассистент кафедры

Кох И. А.

Красноярск 2023

Оглавление

[Введение 2](#_Toc136906084)

[Патогенез 2](#_Toc136906085)

[Клиническая картина 3](#_Toc136906086)

[Бактериальный конъюнктивит 4](#_Toc136906087)

[Острый конъюнктивит, вызванный гонококком (гонококковый конъюнктивит, гонобленнорея). 5](#_Toc136906088)

[Гонококковый конъюнктивит у новорожденных. 5](#_Toc136906089)

[Острый конъюнктивит, вызванный синегнойной палочкой 6](#_Toc136906090)

[Диагностика 6](#_Toc136906091)

[Жалобы 7](#_Toc136906092)

[Консервативное лечение 8](#_Toc136906093)

[Профилактика 9](#_Toc136906094)

[Список литературы 11](#_Toc136906095)

# Введение

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

Данное воспаление глаза, сопровождающееся покраснением век, конъюнктивы, появлением отделяемого, наличием соответствующих жалоб является признаком многих глазных болезней, объединенных под общим названием «синдром красного глаза».

Наиболее частой причиной развития этого состояния является конъюнктивит.

Заболевание отличается высокой частотой встречаемости и поражает все возрастные группы.

Бактериальный конъюнктивит (БК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате внедрения бактериального агента. Кокки, прежде всего стафилококки, наиболее частая причина развития инфекционного поражения конъюнктивы. Наиболее опасные возбудители - Neisseria gonorrhoeae, Pseudomonas aeruginosa – вызывающие тяжелый острый конъюнктивит, при котором, нередко, в процесс вовлекается роговица.

# Патогенез

Патогенез острого конъюнктивита. При патогенном воздействии на конъюнктиву развивается острая воспалительная реакция, характеризующаяся отеком конъюнктивы (хемозом) различной степени выраженности, возникающим при транссудации и экссудации белка и клеток плазмы конъюнктивальных капилляров в интерстициальное пространство соединительной ткани. Отек конъюнктивы чаще локализуется в переходной складке и в области бульбарной конъюнктивы. Под воздействием медиаторов воспаления происходит дилатация конъюнктивальных сосудов с развитием инъекции различной степени выраженности. Бактериальные и вирусные инфекции инициируют лейкоцитарный или лимфоцитарный воспалительный каскад. Бактериальные конъюнктивиты цитологически характеризуются наличием большого количества нейтрофилов и отсутствием изменений в эпителиальных клетках. При конъюнктивитах вирусной этиологии выявляются дистрофические изменения клеток эпителия, преобладание в экссудате лимфомоноцитарных и гистиоцитарных клеток. Экссудат при аллергических конъюнктивитах содержит эозинофилы и базофилы. Экссудат при острых конъюнктивитах состоит в основном из полинуклеаров, образующих скопления вокруг сосудов и в подэпителиальном слое конъюнктивы. В поздних периодах инфильтрация характеризуется примесью лимфоцитов, эозинофилов и плазматических клеток. Для аллергических конъюнктивитов особенно характерна местная эозинофилия, Помимо инфильтрации, в воспаленной ткани конъюнктивы отмечаются пролиферативные изменения в соединительнотканных элементах. При некоторых конъюнктивитах в лимфоидной ткани наблюдается образование очаговых скоплений клеточных элементов в виде фолликулов; их присутствие и развитие определяет особые формы фолликулярных конъюнктивитов. При вирусных конъюнктивитах наибольшие изменения обнаруживаются в эпителиальных клетках конъюнктивы, поскольку такие вирусы, как аденовирус, обладают эпителиотропностью. Возникает деструкция клеток эпителия, вакуолизация цитоплазмы и ядер, фрагментация ядер хроматина, накопление кислой фосфатазы.

Патогенез хронического конъюнктивита.

Хронический конъюнктивит характеризуется патологическими изменениями структуры эпителиальных клеток с повышением численности бокаловидных клеток, развитием эпителиальной гиперплазии и метаплазии, ксероза, лимфоцитарной и плазмоцитарной инфильтрации. Субэпителиальные изменения носят характер реактивной лимфоидной гиперплазии – скопление лимфоцитов с формированием паралимбальных фликтен, чаще всего образуются при хронических аллергических конъюнктивитах .

# Клиническая картина

Конъюнктивит проявляется как воспаление слизистой оболочки глаза, с развитием её гиперемии, отека, инфильтрации, с нередким образованием фолликулов и/или сосочков.

Возможно острое и хроническое течение конъюнктивита. Типичными симптомами данного заболевания являются покраснение глаза, слезотечение, появление отделяемого различного характера, зуд, жжение, ощущение песка, инородного тела и др.

Гиперемия конъюнктивы является неспецифическим признаком конъюнктивита, отличается по интенсивности и локализации, имеет ограниченную диагностическую ценность, следовательно, необходимо исключить другие заболевания, сопровождающиеся покраснением глаза: острый ирит, приступ глаукомы, кератит, травму глаза, склерит, эписклерит.

Конъюнктивит может также сопровождаться отеком век, приводящим к псевдоптозу и трудности при открывании глаз. Отек век может не являться признаком конъюнктивита, являясь симптомом различных системных заболеваний (болезни почек, сахарный диабет и др.)

Отделяемое в конъюнктивальной полости является нормальным физиологическим продуктом, включающим в себя состав нативной слезной жидкости, слущенные эпителиальные клетки, клетки фибрина, муцин и др. В зависимости от пропорций компонентного состава, характер отделяемого может быть водянистым, серозным, слизистым, слизисто-гнойным или гнойным. Характер отделяемого высоко информативен в дифференциальной диагностике конъюнктивитов различной этиологии.

Фолликулярная реакция является специфическим признаком конъюнктивита. Характер фолликулов, их расположение помогает в дифференциальной диагностике. Мелкие, хаотично расположенные фолликулы в нижнем своде являются признаком аллергического конъюнктивита, более крупные, расположенные правильными рядами, в виде «петушиного гребня», развиваются при хламидийном конъюнктивите, наличие крупных, напряженных фолликулов с точечными геморрагиями указывает на наличие аденовирусной офтальмоинфекции.

Сосочковая реакция конъюнктивы характеризуется разрастанием эпителиальной ткани различной степени выраженности и локализуются на конъюнктиве верхнего века. При длительном течении возможно развитие гигантского папиллита. Сосочковая гипертрофия является признаком хронического конъюнктивита.

# Бактериальный конъюнктивит

Бактериальный конъюнктивит – начало заболевания острое или постепенное. Чаще поражаются оба глаза, но, возможно и поражение одного глаза, через 2-3 дня - другого.

Конъюнктивит может быть связан с заболеваниями кожи и носоглотки, синуситом, отитом.

У взрослых часто диагностируется на фоне хронического блефарита, синдрома «сухого глаза», поражения слезоотводящих путей.

Пациент предъявляет жалобы на покраснение век, глаза, отделяемое из глаз, жжение, ощущение инородного тела, зуд, дискомфорт, с трудом открывает глаза, появляется ощущение «склеивания» век. Характер отделяемого может быстро изменяться — от слизистого до слизисто-гнойного и гнойного. Обильное отделяемое стекает через край века, засыхает на ресницах.

При биомикроскопии выявляется отёк и гиперемия век, корочки и мацерация кожи век.

Конъюнктива гиперемирована, отечна, инфильтрирована. Слизистая оболочка теряет прозрачность, происходит нарушение рисунка мейбомиевых желёз.

# Острый конъюнктивит, вызванный гонококком (гонококковый конъюнктивит, гонобленнорея).

Острый гнойный гиперактивный конъюнктивит, вызванный гонококком,

характеризуется яркой, бурно развивающейся клинической картиной, склонностью к быстрому развитию язвы роговицы и вероятной гибели глаза. Гонорея — одна из старейших болезней человечества - остается одной из наиболее частых инфекций, передающихся половым путем. Глазная инфекция обычно возникает при заражении путем передачей инфекции по цепочке гениталии–рука–глаз.

У взрослых гонобленнорея может начинаться односторонне, при отсутствии лечения возникает поражение и второго глаза, развивается через 2–4 дня после контакта с сексуальным партнером. Гиперактивный гнойный конъюнктивит характеризуется быстрым прогрессированием с поражением роговицы уже через 1–3 дня со склонностью к перфорации роговицы. Сначала вблизи лимба (обычно сверху) происходит формирование язвы роговицы, быстро прогрессирующей к центру.

# Гонококковый конъюнктивит у новорожденных.

Новорожденный инфицируется в момент прохождения через родовые пути матери, болеющей гонореей. Вероятность развития конъюнктивита у ребенка после вагинальных родов при отсутствии профилактического лечения составляет 30-47%. Передача гонококковой инфекции возрастает до 68%, если у матери имеется также хламидиоз.

Начало заболевания острое на 2-5-е сутки после рождения: веки отечные, плотные, синюшно-багрового цвета; при надавливании на них из глазной щели изливается обильное кровянисто-гнойное (цвета «мясных помоев») или густое желтое гнойное отделяемое. Конъюнктива резко гиперемирована, отечная, легко кровоточит. Поражаются оба глаза. Опасным осложнением гонобленнореи (при несвоевременной диагностике или неправильном лечении) является поражение роговицы: сначала в виде инфильтрата, затем быстрое развитие гнойной язвы, которая распространяясь по поверхности роговицы и в глубину, нередко приводит к ее прободению. В таких случаях процесс завершается рубцеванием роговицы. Реже инфекция проникает внутрь глаза и вызывает развитие панофтальмита.

Острый конъюнктивит, вызванный синегнойной палочкой.

Синегнойная палочка - (Pseudomonas aeruginosa) представляет собой оппортунистическую грамотрицательную палочку. Часто обнаруживается на коже и в кале у 5% здоровых людей и у 50% стационарных пациентов .

Заболевание развивается остро, бурно, сопровождается сильной режущей болью, слезотечением, светобоязнью, обычно поражен один глаз. Сопутствующие условия: ношение контактных линз, недавний контакт с инфицированным больным, длительное бесконтрольное местное применение кортикостероидов. При подозрении на синегнойную инфекцию немедленно приступают к мощной антибактериальной терапии, не ожидая лабораторного подтверждения. Пациента предупреждают о необходимости срочного интенсивного и регулярного лечения. Систематическое наблюдение окулиста в связи с опасностью развития язвы роговицы.

При биомикроскопии отмечается большое количество гнойного отделяемого. Выраженный отек и гиперемия век. Бульбарная конъюнктива резко гиперемирована, ярко-красного цвета, отечная, нередко образуется хемоз. В конъюнктивальном своде обильное слизистогнойное отделяемое. При прогрессировании возникают микроэрозии роговицы, которые могут служить входными воротами для дальнейшего инфицирования и развития язвы роговицы.

# Диагностика

Рекомендуется проводить диагностические исследования детям/взрослым с

конъюнктивитом в следующем порядке:

• Сбор анамнестических данных для определения срока возникновения и

длительности заболевания, уточнения эпидемиологических данных,

определения первичного или повторного заболевания.

• Физикальный осмотр производится для определения изменений состояния

кожи лица, век, наличия отеков, ассиметрий, лимфаденопатии.

• Визометрия производится для определения возможного снижения остроты

зрения

При биомикроскопии производится оценка:

• состояния век - смыкание, полнота прилежания краев век, состояние ресниц,

протоков мейбомиевых желез, отек и гиперемия кожи век, наличие корочек, чешуек, муфт в корнях ресниц.

• состояния конъюнктивы – отек и гиперемия бульбарной конъюнктивы и

конъюнктивы век, хемоз, фолликулярная реакция, сосочковая гипертрофия, лимбит, наличие и характер отделяемого в нижнем конъюнктивальном своде, оценка слезного мениска.

• Состояния роговицы – определение стабильности прекорнеальной слезной пленки.

Для этого осуществляется постановка пробы Норна. Измеряемый параметр данного исследования - стабильность прекорнеальной слезной пленки. Исследование проводится с помощью тест-полосок с флюоресцеином и секундомера. Для проведения исследования необходимы определенные условия: кобальтовый фильтр на щелевую лампу; увеличение 16х; ширина щели 2 мм; отсутствие поверхностной анестезии; нельзя проводить другие офтальмологические исследования перед измерением пробы. Постановка пробы осуществляется следующим образом: после проведения окрашивания глазной поверхности флюоресцеином, пациента просят моргнуть несколько раз и широко открыть глаза. Затем врач сканирует поверхность роговицы и регистрирует время возникновение не смачивающихся флюоресцеином зон на поверхности роговицы

• Лабораторные исследования производятся с целью определения

инфицирования бактериальной, хламидийной, вирусной инфекцией, а также

наличия изменений, характерных для аллергических реакций.

• Диагностические пробы и тесты производятся для определения показателей

изменения слезопродукции.

# Жалобы

Жалобы – при конъюнктивите пациенты предъявляют жалобы на отек и покраснение век, отек и покраснение глаз, отделяемое из глаз, слезотечение, зуд, жжение, дискомфорт, колебание остроты зрения и др. Жалобы могут появиться остро или постепенно, поражение может развиваться на одном или на обоих глазах. Глазные проявления могут сопровождаться ознобом, катаральными явлениями, аденопатией, евстахиитом, ринитом, дерматитом и др.

Анамнез заболевания – началось остро или постепенно, что предшествовало

началу заболевания, сезонность, применение глазных лекарственных препаратов, косметических средств, ношение контактных линз. Впервые возникло заболевание или это рецидив. Если рецидив - какое лечение получал ранее.

Анамнез жизни – семейный анамнез по аллергии и атопии. Особенности беременности и родов у матери (для конъюнктивита новорожденных).

Эпидемиологические данные. Ранее перенесенные заболевания, хронические заболевания.

# Консервативное лечение

Лечение назначают незамедлительно, эмпирически (не дожидаясь

результатов бактериологического исследования посева отделяемого из глаз на

питательные среды и определения чувствительности к антибактериальным средствам).

• При выборе лекарственного средства для базисной терапии неонатальных конъюнктивитов следует учитывать: разрешение для применения у новорожденных (в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения); широкий спектр антимикробного бактерицидного действия препарата (антисептики, азалиды, аминогликозиды, фторхинолоны); отсутствие консервантов, оригинальный препарат.

• Избегать полипрагмазии – одновременное (нередко необоснованное) назначение множества лекарственных средств в лечебном процессе.

• При необходимости закапывания нескольких лекарственных средств в конъюнктивальную полость препараты должны применяться по отдельности с интервалом не менее 15 минут.

• В случае отсутствия терапевтического эффекта в течение 3 дней, следует пересмотреть лечение.

• Туалет глаз (для удаления патологического отделяемого) следует проводить кипяченой водой

Местная терапия бактериальных конъюнктивитов проводится до купирования клинической картины.

Антибактериальная терапия

Глазные капли антибактериальных препаратов хинолонового ряда – ломефлоксацин\*\*, ципрофлоксацин\*\*, моксифлоксацин\*\*, левофлоксацин\*\*; аминогликозиды – тобрамицин\*\*. Инстилляции от 3 до 6 раз в сутки в зависимости от тяжести клинической картины.

Дополнительно - антибактериальные препараты хинолонового ряда в виде глазной мази – офлоксацин\*\*. Глазная мазь применяется 2-3 раза в сутки в зависимости от тяжести клинической картины..

Антисептическая терапия - бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний, пиклоксидин - 3 раза в сутки

Всем пациентам при остром бактериальном конъюнктивите, вызванном синегнойной палочкой рекомендуется специфическая антибактериальная терапия. Глазные капли антибактериальных препаратов хинолонового ряда– ломефлоксацин\*\*, ципрофлоксацин\*\*, офлоксацин\*\*, левофлоксацин\*\*, аминогликозиды – тобрамицин\*\*.

Глазные капли применяют по одной из двух схем:

а) инстилляции проводятся по форсированной методике: первые 2 часа - каждые 15 минут, затем, до конца суток - каждый час, последующие сутки - каждые 2 часа, в дальнейшем - каждые 3 часа.

б) инстилляции 6-8 раз в сутки.

Дополнительно - антибактериальные препараты хинолонового ряда в виде глазной мази – офлоксацин\*\*. Глазная мазь применяется 3 раза в сутки. При с поражении роговицы назначаются парабульбарные инъекции #цефалоспоринов\*\*, аминогликозидов\*\*.

Системно: внутрь антибактериальные препараты хинолонового ряда – #офлоксацин\*\*, #ципрофлоксацин\*\*, или парентерально – цефалоспорины – #цефазолин\*\*, #цефотаксим\*\*; аминогликозиды – #тобрамицин\*\*. Назначаются внутрь или парентерально, в дозировке согласно инструкции в течение 5 дней

Антисептическая терапия - бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний, пиклоксидин 3 раза в сутки

# Профилактика

Рекомендуется профилактика:

1. Соблюдать санитарно-гигиенический режим

2. Первичная профилактика (во время первичного туалета ребенка в родильном зале)

инфекционных заболеваний глаз у новорожденных, в первую очередь гонобленнореи, осуществляется в соответствии с приказом МЗ РФ от 05.05.2000 г. №149 и Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации № 27 от 04.03.2016 (зарегистрировано в Минюсте России 15.03.2016 № 41424) и проводится с использованием одного из перечисленных лекарственных средств:

• - эритромициновой или тетрациклиновой мази,

• - 20% раствора сульфацила натрия,

• - 1% раствора нитрата серебра в индивидуальной упаковке

# Список литературы

1. Нероев В.В., Вахова Е.С. Заболевания конъюнктивы // в кн.: Офтальмология. Национальное руководство/ Под редакцией Аветисова С.Э., Егорова Е.А., Мошетовой Л.К., Нероева В.В., Тахчиди Х.П., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
2. Катаргина Л.А., Арестова Н.Н. Конъюнктивиты и дакриоциститы // в кн.: Неонатология. Национальное руководство / Под ред. акад. РАМН Н.Н. Володина, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
3. Арестова Н.Н., Бржеский В.В., Вахова Е.С. // Клинические рекомендации: Конъюнктивит/ Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачейофтальмологов»., Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России».