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:

Вирусные конъюнктивиты

Выполнила:

Потемкина К.С., ординатор первого года обучения

Проверила: ассистент кафедры Балашова П.М.

Красноярск 2023

Оглавление

Вступление……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Определение болезни…………………………………………………………………………………………………………………………….

Эпидемиология……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Профилактика…………...…………………………………………………………………………………………………………………………….

Аденовирусные конъюнктивиты.…………...……………………………………………………………………………………………..

Эпидемический кератоконъюнктивит. …………...…………………………………………………………………………….……….

Эпидемический геморрагический конъюнктивит …………...………………………………………………………………….

Герпетический конъюнктивит…………...…………………………………………...………………………………………………………

Конъюнктивит, вызванный вирусом контагиозного моллюска …………...……………………………………………….

Конъюнктивиты при ветряной оспе, кори, краснухе…………...………………………...………………………………………

Список литературы………………………………………………………………………………………………………………………………….

Вступление.

Более половины случаев воспалительной патологии глаз имеют доказанный или предполагаемый вирусный характер. Все вирусы (около 500 видов), вызывающие заболевания человека, могут поражать глаза. Хорошо известны аденовирусная и герпесвирусная инфекции глаз. Вирусные заболевания протекают в виде эпидемических вспышек и эпизодических заболеваний.

Определение заболевания.

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.

Эпидемиология.

Конъюнктивиты составляют около 30% всей глазной патологии, они являются основными клиническими формами глазной инфекции – 66,7% от общего числа больных с воспалительными заболеваниями глаз. Наиболее распространены конъюнктивиты бактериальной и вирусной природы, реже встречаются аллергические и дистрофические. В последние десятилетия возрастает значение аллергических конъюнктивитов: они поражают около 15% всего населения и являются важной клинической проблемой практической офтальмологии. Острые конъюнктивиты чаще возникают у детей, реже – у пожилых людей, ещё реже – у людей среднего возраста. Хронические конъюнктивиты чаще встречаются у людей среднего и пожилого возраста.

Профилактика.

Предупреждение воздействия этиологических факторов (ослабление иммунитета, воздействие бактерий, вирусов, аллергена). При наличии конъюнктивита в одном глазу – частое мытьё рук, использование для их вытирания одноразовых салфеток или полотенец, отдельных одноразовых салфеток или тампонов для вытирания каждого глаза.

Аденовирусные конъюнктивиты.

Аденовирусы вызывают две клинические формы заболевания: аденовирусный конъюнктивит (фарингоконъюнктивальная лихорадка) и эпидемический кератоконъюнктивит.

Фарингоконъюнктивальная лихорадка.

Возбудитель- аденовирусы серотипов 3, 5, 7. Заболевание передаётся воздушно-капельным и контактным путём. Инкубационный период составляет 7–8 дней.

Клиническая картина. Заболевают в основном дети дошкольного и младшего школьного возраста. Поражению глаз предшествует клиническая картина острого катара верхних дыхательных путей с появлением фарингита, ринита, трахеита, бронхита, иногда – отита, с повышением температуры тела до 38–39°. На фоне общих клинических проявлений, обычно на 2–4-й дни заболевания, возникает одно- или двусторонний конъюнктивит, конъюнктива век гиперемирована и умеренно инфильтрирована, в области нижней переходной складки появляются мелкие фолликулы, точечные кровоизлияния, иногда это плёнчатые сероватые налёты. Отделяемое из конъюнктивальной полости серозно-слизистое. Отмечается регионарную аденопатию околоушных лимфатических узлов. В ряде случаев одновременно с конъюнктивой в патологический процесс вовлекается и роговица. Появляются точечные эпителиальные инфильтраты, окрашивающиеся флюоресцеином. Вся клиническая симптоматика продолжается не более двух недель. Явления кератита исчезают бесследно.

Лечение.

Закладывают за нижнее веко антиметаболиты 2–3 раза в день: 0,25% диоксотетрагидрокситетрагидронафталин (оксолиновая мазь), или флуоренонилглиоксаля бисульфит (флореналя мазь глазная 0,5%), или тетрабромтетрагидроксидифенил (0,5% теброфеновая мазь).

Одновременно с антиметаболитами применяют неспецифическую иммунотерапию: частые инстилляции (каждые 2 ч.) интерферона, рекомбинантного интерферона альфа-2b – 8– 10 раз в сутки, снижая до 6 раз в сутки или интерфероногенов «полиадениловая кислота + уридиловая кислота» (полудан), аминобензойная кислота – 6–8 раз в сутки.

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: «неомицин + дексаметазон + полимиксин B» (дексаметазон 1 мг/мл, полимиксин В 6000 ЕД/мл, неомицин 5 мг/мл). Вместо ГКС возможно применение НПВС – 0,1% р-р диклофенака натрия. Дополнительно используют инстилляции 2–3 раза в день ЛС, являющихся стабилизаторами мембран тучных клеток: 2% р-р кромоглициевой кислоты или 0,1% р-р лодоксамида.

Эпидемический кератоконъюнктивит.

Возбудитель - аденовирусы серотипа 8. Заболевание является преимущественно госпитальной инфекцией, более 70% больных заражаются в медицинских учреждениях. Источник инфекции – больной эпидемическим кератоконъюнктивитом. Инфекция распространяется контактным, реже – воздушно-капельным путём. Длительность инкубационного периода – 4– 7 дней. Продолжительность заразного периода 14 дней. Заболевание длится до 2 месяцев, по окончании остается иммунитет.

Клиническая картина. Начало заболевания острое, поражаются оба глаза с интервалом 1–5 дней. Развитию конъюнктивита предшествуют симптомы общего недомогания. Происходит двустороннее увеличение регионарных лимфоузлов, болезненных при пальпации. В клинической картине отмечается отёк век, резкая гиперемия и отёк конъюнктивы век и переходной складки, выявляются мелкие фолликулы и точечные кровоизлияния. В тяжёлых случаях формируются мембраны и псевдомембраны на конъюнктиве. Через 5–9 дней от начала заболевания на роговице появляются точечные субэпителиальные (монетовидные) инфильтраты, приводящие к снижению зрения. Инфильтраты в роговице могут сохраняться от нескольких месяцев до года.

Лечение.

Закладывают за веко 2–3 раза в день 0,25% диоксотетрагидрокситетрагидронафталин (оксолиновая мазь) или флуоренонилглиоксаля бисульфит (флореналя мазь глазная 0,5%) или тетрабромтетрагидроксидифенил (0,5% теброфеновая мазь).

Одновременно с антиметаболитами применяют неспецифическую иммунотерапию: частые инстилляции (каждые 2 ч) интерферона, рекомбинантного интерферона альфа-2b – 8– 10 раз в сутки, снижая до 6 раз в сутки, или интерфероногенов «полиадениловая кислота + уридиловая кислота» (полудан), аминобензойная кислота – 6–8 раз в сутки.

При поражении роговицы применяют ЛС, улучшающие её регенерацию: 4% р-р таурина; 3,44% р-р ретинола ацетата или пальмитата; 20% гель, содержащий депротеинизированный гемодиализат из крови телят; 5% глазной гель, содержащий декспантенол. Также готовят ex tempore капли, содержащие рибофлавин (0,01), аскорбиновую кислоту (0,02) и 2% р-р декстрозы (10,0).

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 применяют растворы НПВС – 0,1% р-р диклофенака натрия. Дополнительно используют инстилляции 2–3 раза в день ЛС, являющихся стабилизаторами мембран тучных клеток: 2% р-р кромоглициевой кислоты или 0,1% р-р лодоксамида.

Эпидемический геморрагический конъюнктивит

Возбудитель- энтеровирус-70. Относится к группе РНК-содержащих пикорнавирусов. Инкубационный период 12-48 ч. Длительность заболевания 8-12 дней, заканчивается выздоровлением.

Клиническая картина. Заболевание начинается остро с сильной рези в глазах и светобоязни. При осмотре: отёк век, хемоз и инфильтрация конъюнктивы, отдельные фолликулы на нижней переходной складке. Умеренное слизистое или слизисто-гнойное отделяемое. Типичны кровоизлияния в ткань конъюнктивы и под неё, появляющиеся в первые часы заболевания и исчезающие через несколько дней, а в отдельных случаях – через 2 нед. Кровоизлияния имеют различные размеры и форму: от петехий и отдельных мазков до обширных, занимающих всю площадь конъюнктивы и склеры. Вторым патогномоничным признаком является появление на конъюнктиве мелких белых или желтоватых пятен (закупоривающие выводные протоки слизистых или добавочных слёзных желёз некротизированные клетки). Чувствительность роговицы снижена, иногда появляются точечные субэпителиальные инфильтраты роговицы, которые могут исчезнуть через несколько дней. Клиническая картина дополняется увеличением и болезненностью предушных лимфатических узлов.

Лечение.

Применяют неспецифическую иммунотерапию: частые инстилляции (каждые 2 ч) интерферона, рекомбинантного интерферона альфа-2b 8-10 раз в сутки, снижая до 6 раз в сутки, или интерфероногенов «полиадениловая кислота + уридиловая кислота» (полудан), аминобензойная кислота – 6–8 раз в сутки.

Для профилактики присоединения бактериальной инфекции применяют 0,25% р-р хлорамфеникола, 0,01% р-р бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмония хлорида моногидрата (мирамистин) или 0,05% р-р пиклоксидина, комбинированные антибактериальные препараты: глазные капли, содержащие хлорамфеникол 4 мг/мл, колистиметат 180 000 МЕ/мл, ролитетрациклин 5 мг/мл.

При поражении роговицы применяют ЛС, улучшающие её регенерацию: 4% р-р таурина, 3,44% р-р ретинола ацетата или пальмитата, 20% гель, содержащий депротеинизированный гемодиализат из крови телят; 5% глазной гель, содержащий декспантенол. Применяют также изготовленные ex tempore капли, содержащие рибофлавин (0,01), аскорбиновую кислоту (0,02) и 2% р-р декстрозы (10,0).

Герпетический конъюнктивит.

Возбудители- вирусы простого герпеса. Заболевание чаще возникает у детей, характеризуется длительным и вялым течением, склонностью к рецидивам.

Клиническая картина. Характерен полиморфизм симптоматики. Для герпетического конъюнктивита характерны следующие признаки: поражение одного глаза, вовлечение в патологический процесс кожи и края век, роговицы. Различают три формы герпетического конъюнктивита: катаральную, фолликулярную и везикулёзно-язвенную.

Катаральная форма характеризуется бурным течением и меньшей продолжительностью, отмечается выраженная гиперемия и отёк конъюнктивы. Отделяемое с конъюнктивы незначительное, слизистое.

Фолликулярный герпетический конъюнктивит трудно отличить от аденовирусного. На фоне симптомов катаральной формы появляются фолликулы на конъюнктиве нижнего века и переходной складки.

Везикулёзно-язвенный герпетический конъюнктивит. Характерно рецидивирующее высыпание герпетических пузырьков с последующим образованием эрозий или язв на конъюнктиве и крае века, прикрытых нежными плёнками, с обратным развитием без рубцевания. В ряде случаев образуются узелки в склере в области лимба, напоминающие фликтены.

Лечение.

В конъюнктивальный мешок по 1 капле 6–8 раз в день 0,1% р-р идоксуридина; инстилляции сочетают с закладыванием за веки 2–3 раза в день 3% мази, содержащей ацикловир; кроме того, можно использовать диоксотетрагидрокситетрагидронафталин (0,25% оксолиновая мазь), или флуоренонилглиоксаля бисульфит (флореналя мазь глазная 0,5%), или тетрабромтетрагидроксидифенил (0,5% теброфеновая мазь), но эти ЛС обладают более низкой эффективностью;одновременно с антиметаболитами применяют неспецифическую иммунотерапию: частые инстилляции (каждые 2 ч) интерферона, рекомбинантного интерферона альфа-2b – 8–10 раз в сутки, снижая до 6 раз в сутки, или интерфероногено «полиадениловая кислота + уридиловая кислота» (полудан), аминобензойная кислота – 6–8 раз в сутки;

Для восстановления эпителия конъюнктивы применяют 20% гель, содержащий депротеинизированный гемодиализат из крови телят; 5% глазной гель, содержащий декспантенол;

Общая витаминотерапия.

Конъюнктивиты при ветряной оспе, кори, краснухе.

Поражение глаз происходит на фоне общего вирусного заболевания. Заражение происходит от больного человека воздушно-капельным путём. Чаще заболевают дети. Ветряная оспа. Возбудитель – вирус герпеса типа III (вирус Varicella – Herpes zoster). На фоне резкого повышения температуры и пятнисто-везикулёзной кожной сыпи на лице и на веках появляется светобоязнь и слезотечение, гиперемия конъюнктивы и пузырьковые высыпания на конъюнктиве век. Пузырьки изъязвляются с образованием мелких рубчиков. Отделяемое в конъюнктивальной полости умеренное, слизистое, впоследствии с элементами гноя. Присоединяющийся кератит носит поверхностный точечный характер. Процесс в целом является доброкачественным.

Коревой конъюнктивит. Вызывают парамиксовирусы (вирус кори рода Morbillivirus), которые воздушно-капельным путём проникают в лимфоидную ткань носоглоточного кольца. На фоне катара верхних дыхательных путей, повышения температуры тела, на слизистой оболочке щёк, конъюнктиве век появляются белые пятна, окружённые красным ободком -пятна Бельского-Филатова. Клиническая картина конъюнктивита, иногда протекающего с резкой светобоязнью, блефароспазмом и отёком век, дополняется эпителиальным кератитом с наличием эрозий роговицы. При адекватной терапии прогноз благоприятный.

Краснуха. Вызывается вирусом семейства Togaviridae. На фоне общих клинических проявлений (катар верхних дыхательных путей, генерализованная и болезненная лимфоаденопатия, небольшой подъём температуры, мелкая сыпь в виде бледно-розовых пятен) возникает катаральный конъюнктивит и поверхностный кератит. Исход заболевания благоприятный. Исключение составляют женщины в первые месяцы беременности (возможно инфицирование плода и возникновение у ребёнка пороков развития и врождённой патологии органа зрения).

Лечение.

В конъюнктивальную полость закапывают 3 раза в день растворы антисептиков [1:5000 р-р нитрофурала или этакридина (риванола)] или 10–20% р-р сульфацетамида.

Применяют частые инстилляции (каждые 2 ч) интерферона, рекомбинантного интерферона альфа-2b – 8–10 раз в сутки, снижая до 6 раз в сутки, или интерфероногенов «полиадениловая кислота + уридиловая кислота» (полудан), аминобензойная кислота – 6–8 раз в сутки.

При поражении роговицы применяют ЛС, улучшающие её регенерацию: 4% р-р таурина, 3,44% р-р ретинола, 20% гель, содержащий депротеинизированный гемодиализат из крови телят; 5% глазой гель, содержащий декспантенол. Применяют также изготовленные ex tempore капли, содержащие рибофлавин (0,01), аскорбиновую кислоту (0,02) и 2% р-р декстрозы (10,0).

Симптоматическая терапия. Применяют противокоревой γ-глобулин в инъекциях и каплях, общую витаминотерапию.

Конъюнктивит, вызванный вирусом контагиозного моллюска.

Возбудитель относится к дерматотропным поксвирусам. Поражаются различные участки кожи, в том числе кожа лица и век. Передаётся контактно-бытовым путём.

Клиническая картина. На коже появляются одиночные или множественные узелки величиной от булавочной головки до горошины. Узелки плотные, с перламутровым блеском, безболезненные с углублением в центре и микроскопическими отверстиями. При сдавливании узелка через отверстия выделяется масса белого цвета, состоящая из перерождённых клеточных элементов. Присоединяются симптомы блефарита и фолликулярного конъюнктивита.

Лечение.

Проводят выскабливание или диатермокоагуляцию кожных элементов с последующим тушированием 1–2% спиртовым р-ром бриллиантового зелёного. После устранения поражения кожи век симптомы конъюнктивита проходят бесследно без дальнейшего лечения.

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. Клинические лекции по офтальмологии. Редакция: Е.А.Егоров, С.Н. Басинский
4. Офтальмология. Редакция: Е.Е. Сомов.