

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: «Конъюнктивиты.»

Выполнила: клинический ординатор Оджагвердиева С. Р.

Проверила: д.м.н., доцент Козина Е.В.

Красноярск 2018г.

Оглавление

Введение	3
Классификация	3
Причины	4
Симптомы конъюнктивита	5
Диагностика	6
Лечение конъюнктивита	7
Профилактика	8
Список литературы:	9

Введение

Конъюнктивит — полиэтиологическое воспалительное поражение конъюнктивы — слизистой оболочки, покрывающей внутреннюю поверхность век и склеру. Различные формы конъюнктивита протекают с гиперемией и отеком переходных складок и век, слизистым или гнойным отделяемым из глаз, слезотечением, жжением и зудом в глазах и т. д. Диагностика конъюнктивита проводится офтальмологом и включает: наружный осмотр, биомикроскопию, проведение инстилляционной пробы с флюоресцеином, бактериологическое исследование мазка с конъюнктивы, цитологическое, иммунофлюоресцентное, иммуноферментное исследование соскоба с конъюнктивы, дополнительные консультации (инфекциониста, дерматовенеролога, ЛОР, фтизиатра, аллерголога) по показаниям. Лечение конъюнктивита преимущественно местное медикаментозное с применением глазных капель и мазей, промыванием конъюнктивального мешка, субконъюнктивальными инъекциями.

Конъюнктивиты являются наиболее распространенными заболеваниями глаз — они составляют около 30% от всей глазной патологии. Частота воспалительного поражения конъюнктивы связана с ее высокой реактивностью на различного рода экзогенные и эндогенные факторы, а также доступностью конъюнктивальной полости неблагоприятным внешним воздействиям. Термином «конъюнктивиты» в офтальмологии объединяют этиологически разнородные заболевания, протекающие с воспалительными изменениями слизистой глаз. Течение конъюнктивита может осложняться блефаритом, кератитом, синдромом сухого глаза, энтропионом, рубцеванием век и роговицы, перфорацией роговицы, гипопионом, снижением остроты зрения и др.

Конъюнктива выполняет защитную функцию и в силу своего анатомического положения постоянно контактирует с множеством внешних раздражителей — частицами пыли, воздухом, микробными агентами, химическим и температурными воздействиями, ярким светом и т. д. В норме конъюнктива имеет гладкую, влажную поверхность, розовый цвет; она прозрачна, сквозь нее просвечивают сосуды и мейбомиевы железы; конъюнктивальный секрет напоминает слезу. При конъюнктивите слизистая приобретает мутность, шероховатость, на ней могут образовываться рубцы.

Классификация

Все конъюнктивиты делятся на экзогенные и эндогенные. Эндогенные поражения конъюнктивы являются вторичными, возникающими на фоне других заболеваний (натуральной и ветряной оспы, краснухи, кори, геморрагической лихорадки, туберкулеза и т. д.).

Экзогенные конъюнктивиты возникают как самостоятельная патология при непосредственном контакте конъюнктивы с этиологическим агентом.

В зависимости от течения различают [хронические](#), подострые и острые конъюнктивиты. По клинической форме конъюнктивиты могут быть катаральными, гнойными, фибринозными (пленчатыми), фолликулярными.

По причине воспаления выделяют:

- конъюнктивиты бактериальной этиологии (пневмококковый, [дифтерийный](#), диплобациллярный, гонококковый ([гонобленнорея](#)) и др.)
- конъюнктивиты [хламидийной этиологии](#) ([паратрахома](#), [трахома](#))
- конъюнктивиты вирусной этиологии ([аденовирусный](#), [герпетический](#), при вирусных инфекциях, [контагиозном моллюске](#) и пр.)
- конъюнктивиты грибковой этиологии (при [актиномикозе](#), споротрихозе, риноспородиозе, кокцидиозе, аспергиллезе, [кандидозе](#) и др.)
- конъюнктивиты [аллергической](#) и аутоиммунной этиологии (при [поллинозе](#), весеннем катаре, [пузырчатке](#) [конъюнктивы](#), [атопической экземе](#), [демодекозе](#), [подагре](#), [саркоидозе](#), [псориазе](#), [синдроме Рейтера](#))
- конъюнктивиты травматической этиологии (термические, химические)
- метастатические конъюнктивиты при общих заболеваниях.

Причины

- **Бактериальные конъюнктивиты**, как правило, возникают при инфицировании контактно-бытовым путем. При этом на слизистой начинают размножаться бактерии, которые в норме малочисленны или вовсе не входят в состав нормальной конъюнктивальной микрофлоры. Выделяемые бактериями токсины вызывают выраженную воспалительную реакцию. Наиболее часто возбудителями [бактериального конъюнктивита](#) выступают стафилококки, пневмококки, [стрептококки](#), синегнойная палочка, кишечная палочка, клебсиелла, протей, микобактерии туберкулеза. В ряде случаев возможно инфицирование глаз возбудителями гонореи, сифилиса, дифтерии.
- **Вирусные конъюнктивиты** могут передаваться контактно-бытовым или воздушно-капельным способом и являются острозаразными заболеваниями. Острая фарингоконъюнктивальная лихорадка вызывается [аденовирусами](#) 3, 4, 7 типов; эпидемические кератоконъюнктивиты - аденовирусами 8 и 19 типов. Вирусные конъюнктивиты могут быть этиологически связаны с вирусами [простого герпеса](#), опоясывающего герпеса, ветряной оспы, кори, [энтеровирусами](#) и др.
- **Вирусные и бактериальные конъюнктивиты у детей** часто сопутствуют заболеваниям носоглотки, [отитам](#), [синуситам](#). У взрослых конъюнктивиты могут развиваться на фоне хронического блефарита, [дакриоцистита](#), синдрома сухого глаза.
- **Развитие хламидийного конъюнктивита** новорожденных связано с инфицированием ребенка в процессе прохождении через родовые пути

матери. У сексуально активных женщин и мужчин хламидийное поражение глаз часто сочетается с заболеваниями мочеполовой системы (у мужчин — с [уретритом](#), [простатитом](#), [эпидидимитом](#), у женщин — с [цервицитом](#), [вагинитом](#)).

- **Грибковые конъюнктивиты** могут вызываться актиномицетами, плесневыми, дрожжеподобными и другими видами грибов.
- Аллергические конъюнктивиты обусловлены гиперчувствительностью организма к какому-либо антигену и в большинстве случаев служат локальным проявлением системной аллергической реакции. Причиной аллергических проявлений могут выступать лекарственные препараты, алиментарные (пищевые) факторы, гельминты, бытовая химия, пыльца растений, клещ демодекс и пр.
- **Неинфекционные конъюнктивиты** могут возникать при раздражении глаз химическими и физическими факторами, дымом (в т. ч. табачным), пылью, ультрафиолетом; нарушениях обмена веществ, авитаминозах, аметропии ([дальнозоркости](#), [близорукости](#)) и т. д.

Симптомы конъюнктивита

Специфические проявления конъюнктивита зависят от этиологической формы заболевания. Тем не менее, течение конъюнктивитов различного генеза характеризуется рядом общих признаков. К ним относятся: отечность и гиперемия слизистой век и переходных складок; выделение слизистого или гнойного секрета из глаз; зуд, жжение, слезотечение; ощущение «песка» или [инородного тела](#) в глазу; светобоязнь, блефароспазм.

Часто основным симптомом конъюнктивита служит невозможность разомкнуть веки по утрам ввиду их склеивания подсохшим отделяемым. При развитии аденовирусного или язвенного кератита возможно снижение остроты зрения. При конъюнктивитах, как правило, поражаются оба глаза: иногда воспаление возникает в них поочередно и протекает с разной степенью выраженности.

Острый конъюнктивит манифестирует внезапно с боли и рези в глазах. На фоне гиперемии конъюнктивы нередко отмечаются геморрагии. Выражены конъюнктивальная инъекция глазных яблок, отек слизистой; из глаз выделяется обильный слизистый, слизисто-гнойный или гнойный секрет. При остром конъюнктивите часто нарушается общее самочувствие: появляется недомогание, головная боль, повышается температура тела. Острый конъюнктивит может продолжаться от одной до двух-трех недель.

Подострый конъюнктивит характеризуется менее выраженной симптоматикой, чем острая форма заболевания. Развитие хронического конъюнктивита происходит постепенно, а течение носит упорный и длительный характер. Отмечаются дискомфорт и ощущения инородного тела в глазах, быстрая утомляемость глаз, умеренная гиперемия и рыхлость

конъюнктивы, которая приобретает бархатистый вид. На фоне хронического конъюнктивита нередко развивается кератит.

Специфическим проявлением конъюнктивита бактериальной этиологии служит гнойное непрозрачное вязкое отделяемое желтоватого или зеленоватого цвета. Отмечается болевой синдром, сухость глаз и кожных покровов окологлазничной области.

Вирусные конъюнктивиты часто протекают на фоне инфекций верхних дыхательных путей и сопровождаются умеренным слезотечением, светобоязнью и блефароспазмом, скудным слизистым отделяемым, подчелюстным или околоушным лимфаденитом. При некоторых видах вирусных поражений глаз на слизистой глаз образуются фолликулы (фолликулярный конъюнктивит) или псевдомембраны (пленчатый конъюнктивит).

Аллергические конъюнктивиты, как правило, протекают с сильным зудом, болью в глазах, слезотечением, отеком век, иногда – [аллергическим ринитом](#) и кашлем, атопической экземой.

Особенности клиники грибковых конъюнктивитов определяются видом грибка. При актиномикозе развивается катаральный или гнойный конъюнктивит; при [бластомикозе](#) – пленчатый с сероватыми или желтоватыми легко снимающимися пленками. Для кандидамикоза характерно образование узелков, состоящих из скопления эпителиоидных и лимфоидных клеток; [аспергиллез](#) протекает с гиперемией конъюнктивы и поражением роговицы.

При конъюнктивитах, вызванных токсическими воздействиями химических веществ, возникают сильные боли при перемещении взгляда, моргании, попытке открыть или закрыть глаза.

Диагностика

Диагностика конъюнктивита проводится офтальмологом на основании жалоб и клинических проявлений. Для выяснения этиологии конъюнктивита важны данные анамнеза: контакт с больными, аллергенами, имеющиеся заболевания, связь со сменой сезона, воздействие солнечного света и др. Наружный осмотр выявляет гиперемию и отек конъюнктивы, инъекцию глазного яблока, наличие отделяемого.

Для установления этиологии конъюнктивита проводятся лабораторные анализы: цитологическое исследование соскоба или мазка-отпечатка, бактериологическое исследование мазка с конъюнктивы, определение титра антител (IgA и IgG) к предполагаемому возбудителю в слезной жидкости или сыворотке крови, исследование на демодекс. При аллергическом конъюнктивите прибегают к проведению кожно-аллергических, назальной, конъюнктивальной, подъязычной проб.

При выявлении конъюнктивитов специфической этиологии может потребоваться [консультация инфекциониста](#), венеролога, фтизиатра; при аллергической форме заболевания – аллерголога; при вирусной – отоларинголога. Из специальных офтальмологических методов обследования при конъюнктивите используется [биомикроскопия глаза](#), [флюоресцеиновая инстилляционная проба](#) и др.

Дифференциальная диагностика конъюнктивита проводится с [эписклеритом](#) и [склеритом](#), кератитом, [увеитами](#) (иритом, иридоциклитом, хориоидитом), острым [приступом глаукомы](#), инородным телом глаза, каналикулярной обструкцией при дакриоцистите.

Лечение конъюнктивита

Схема терапии конъюнктивита назначается врачом-офтальмологом с учетом возбудителя, остроты процесса, имеющихся осложнений. Топическое лечение конъюнктивита требует частого [промывания конъюнктивальной полости](#) лекарственными растворами, инстилляций лекарственных средств, [закладывания глазных мазей](#), выполнения [субконъюнктивальных инъекций](#).

При конъюнктивите воспрещается накладывать на глаза повязки, поскольку они ухудшают эвакуацию отделяемого и могут способствовать развитию кератита. Для исключения аутоинфицирования рекомендуется чаще мыть руки, пользоваться одноразовыми полотенцами и салфетками, отдельными пипетками и глазными палочками для каждого глаза.

Перед введением лекарственных средств в конъюнктивальную полость проводится местная анестезия глазного яблока р-рами новокаина (лидокаина, тримекаина), затем – туалет ресничных краев век, конъюнктивы и глазного яблока антисептиками (р-ром фурацилина, марганцово-кислого калия). До получения сведений об этиологии конъюнктивита в глаза инстиллируют глазные капли 30% р-ра сульфациетамида, на ночь закладывают глазную мазь. При выявлении бактериальной этиологии конъюнктивита местно применяют гентамицина сульфат в виде капель и глазной мази, эритромициновую глазную мазь.

Для лечения вирусных конъюнктивитов используют вирусостатические и вирусцидные средства: трифлуридин, идоксуридин, лейкоцитарный интерферон в виде инстилляций и ацикловир – местно, в виде мази, и перорально. Для профилактики присоединения бактериальной инфекции могут назначаться противомикробные препараты.

При выявлении хламидийного конъюнктивита, кроме местного лечения, показан системный прием доксициклина, тетрациклина или эритромицина. Терапия аллергических конъюнктивитов включает назначение сосудосуживающих и антигистаминных капель, кортикостероидов, слезозаменителей, прием десенсибилизирующих препаратов. При

конъюнктивитах грибковой этиологии назначаются антимикотические мази и инстилляци (леворин, нистатин, амфотерицин В и др.).

Профилактика

Своевременная и адекватная терапия конъюнктивита позволяет добиться выздоровления без последствий для зрительной функции. В случае вторичного поражения роговицы зрение может снижаться. Основная профилактика конъюнктивитов – выполнение санитарно-гигиенических требований в лечебных и образовательных учреждениях, соблюдение норм личной гигиены, своевременная изоляция больных с вирусными поражениями, проведение противоэпидемических мероприятий.

Предупреждение возникновения хламидийных и гонококковых конъюнктивитов у новорожденных предусматривает лечение хламидийной инфекции и гонореи у беременных. При склонности к аллергическим конъюнктивитам необходима превентивная местная и общая десенсибилизирующая терапия накануне предполагаемого обострения.

Список литературы:

1. Национальное руководство по офтальмологии / Гл. ред. проф. Э.С. Аветисов, проф. Е.А. Егоров, проф. Л.К. Мошетова, проф. В.В. Нероев, проф. Х.П. Тахчиди. – М., 2008. – 944 с.
2. Офтальмология в вопросах и ответах: учеб. пособие / под ред. Х.П. Тахчиди. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 336 с.
3. Офтальмология. Клинические рекомендации / Под ред. Мошетовой Л.К., Нестерова А.П., Егорова Е.А. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 352 с.