

Конъюнктивит: современные подходы к лечению

к. м. н., доцент Онопко О. Б.

Актуальность

В Российской Федерации с воспалительными заболеваниями глаз на амбулаторный прием обращаются в год до 16 миллионов больных.

Это 40% от всех принятых пациентов с глазными болезнями в лечебно-профилактических учреждениях и до 50% – от госпитализированных в стационары.

При этом воспаления слизистой оболочки век и глазного яблока – конъюнктивы – составляют около трети (до 30%) всех глазных заболеваний и немногим более двух третей случаев всей воспалительной патологии.



1. Этиология и патогенез конъюнктивитов

На распространенность конъюнктивитов могут влиять климатогеографические, экологические, производственные и социально-экономические факторы.

Также прослеживается влияние неблагоприятных экологических факторов на заболеваемость конъюнктивитами.

Влияют производственные факторы, причем характер и уровень их воздействия на слизистую глаза обусловлены конкретными факторами производства каждого из предприятий. Загрязненный воздух, пыль, задымление, плохо проветриваемые помещения, напряженная зрительная работа при плохом освещении, не скорректированные очками оптические недостатки глаза, особенно астигматизм и гиперметропия, заболевания носа и горла, болезни желудочно-кишечного тракта, нарушения обмена веществ, алкоголизм также способствуют развитию конъюнктивита

2. Классификации конъюнктивитов

Классификация Е.И. Ковалевского (1995):

- 1) бактериальные: стафилококковый, пневмококковый, острый эпидемический, ангулярный, стрептококковый, бленнорея, дифтерия глаз, хламидийный и конъюнктивит, вызываемый другими бактериями;
- 2) аллергические: инфекционно-аллергические, токсико-аллергические, весенний катар;
- 3) вирусные: аденофарингоконъюнктивальная лихорадка; эпидемический фолликулярный кератоконъюнктивит, герпетический, коревой, оспенный и конъюнктивит, вызываемый другими вирусами.

Классификация Г.И. Должича (2000):

- 1) по характеру воспаления (острые и хронические)
- 2) по характеру повреждающего агента (инфекционные, физические и химические, аутоиммунные).
- 3) Конъюнктивиты также делятся на катаральные, серозные, слизистогнойные.

Общепризнано, что в этиологической структуре конъюнктивитов поражения глаз, обусловленные инфекционными агентами, занимают ведущие позиции, причем значительная роль принадлежит аденовирусам, хламидиям, стафилококку и грамотрицательной условно-патогенной флоре (синегнойная и кишечная палочки, протей).

- Образование ложных пленок на конъюнктиве 38%
- Обильное высыпание фолликулов 47%
- Более тяжелое течение 97%
- Склонность к генерализации 98%



Диагностика конъюнктивитов

- Визометрия.
- Периметрия.
- Биомикроскопия.
- Офтальмоскопия.
- Кератопахиметрия
- Флюоресцеиновая проба.
- Вирусологическое исследование.
- Бактериологическое исследование.
- Консультация ЛОР, терапевта, стоматолога, инфекциониста, невролога.



Клинические признаки КОНЪЮНКТИВИТОВ





**Бактериальный
конъюнктивит**

Аденовирусный конъюнктивит

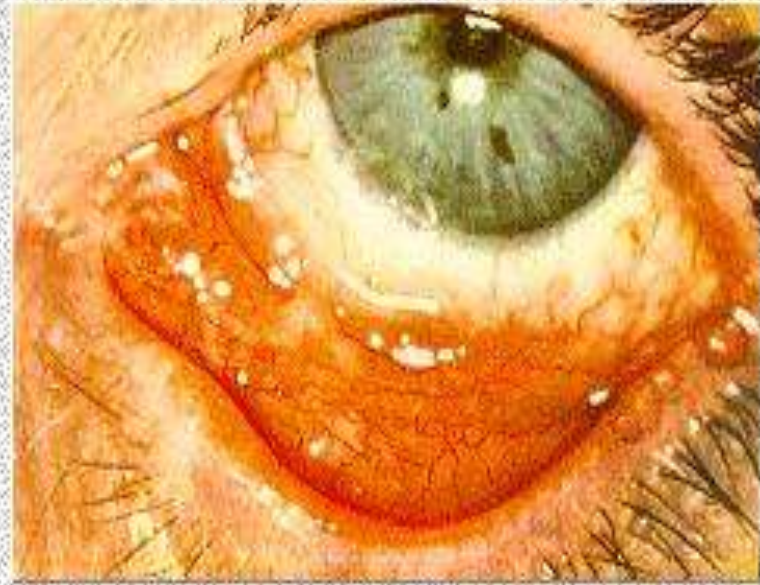


Изменения слизистой оболочки глаза при
эпидемическом кератоконъюнктивите

Вирусные конъюнктивиты

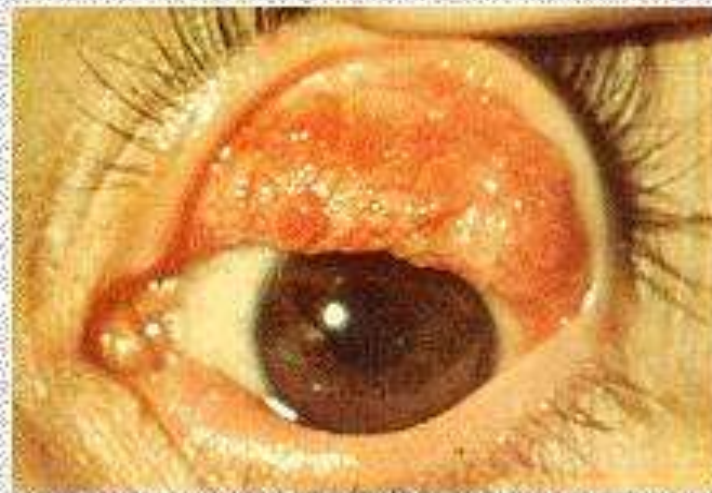


Катаральная форма



Фолликулярная форма

Аллергический конъюнктивит



**Сосочковые разрастания в виде бульжной мостовой на конъюнктиве
верхнего века**

Весенний катар



Отек век при весеннем конъюнктивите



Фолликулы на конъюнктиве
верхнего века

Гонобленнорея у взрослых



Отделяемые из глазной щели



Отделяемые из
конъюнктивальной полости

Гонобленнорея у детей



Глаз ребенка при
гонобленоррее



Гноетечение у ребенка с
гонобленорреей

Принципы лечения



- Антисептики
- Антибиотики (системно и местно).
- Противовирусные препараты (системно и местно).
- Десенсибилизирующие средства.

Требования к антибактериальным препаратам:

- Широкий спектр действия, быстрое проникновение и создание высоких концентраций в тканях глаза
- Низкая токсичность и хорошая переносимость
- Низкий уровень резистентности
- Удобная форма в применении, доступная стоимость

Лечение бактериальных конъюнктивитов

Для терапии БК, как правило, местно применяют **антибиотики и антисептики широкого спектра действия**, поскольку возбудитель конъюнктивита **при первичном обращении обычно неизвестен**. В целом же медикаментозное лечение следует проводить с учетом бактериоскопического и бактериологического исследования отделяемого конъюнктивальной полости, чувствительности микробной флоры к антибиотикам, анамнестических данных о недавно использованных антибиотиках.

1. Для лечения БК используются **антибиотики из группы аминогликозидов**: 0,3% тобрамицин (тобрекс – 4 раза в день), 0,3% гентамицин (гента-пос) – не менее 4 раз в день; фторхинолонов: 0,5% моксифлоксацин (вигамокс), 0,3% ципрофлоксацин и его аналоги (ципромед и др.), 0,3% левофлоксацин (офтавикс, сигни-цеф), офлоксацин (флоксал), 0,3% ломефлоксацин (лофокс, окацин) – не менее 3 раз в день.

2. Применяются также **антисептики**: окомистин (0,01% мирамистин), витабакт (пиклоксидина гидрохлорид), офтальмосептонекс – 3-4 раза в день. Их можно использовать как дополнение к антибиотикотерапии, так и в качестве самостоятельного лечения конъюнктивита при подостром и легком его течении. В последнем случае целесообразно также применение глазных капель тобрекс 2X – 2 раза в день.

При остром БК средней и тяжелой степени тяжести антибиотики рекомендуется закапывать через каждые 2 часа (8-10 раз в день). После стихания явлений воспаления частоту инстилляций можно уменьшить до 3-6 раз в сутки. При конъюнктивитах, обусловленных агрессивной флорой (синегнойная палочка, гонококк, пневмококк), частоту инстилляций антибиотиков в первые 3-4 суток увеличивают, закапывая глазные капли через каждый час.

При установленном диагнозе БК и адекватном лечении **улучшение в состоянии глаза должно наступить уже через 3-4 дня** после назначения терапии. В случае отсутствия положительной динамики показана смена антибиотика.

Обычно местная **антибактериальная терапия БК бывает достаточной в течение 7 дней**. Она не должна быть длительной (не более 10-14 дней). Важно помнить, что использование глазных капель антибиотика длительно и в низких дозировках (редкие и нерегулярные инстилляции) может привести к развитию резистентной флоры и хронизации заболевания.

При хламидийной бактериальной инфекции установлена её высокая чувствительность к препаратам хинолонового ряда: 0,3% раствор глазных капель ломефлоксацина (окацин и т. п.), 0,3% раствор ципрофлоксацина (ципролет, ципромед и т. д.) и 0,3% раствор офлоксацина (флоксал, унифлокс)



хламидийный конъюнктивит, фолликулярная форма: крупные бледноватые фолликулы образуют валикообразные складки конъюнктивы нижнего века

Лечение вирусных конъюнктивитов

Терапия вирусных конъюнктивитов всегда должна быть **комплексной**, включающей:

+ противовирусное лечение

+ противовоспалительные препараты

+ антиаллергические препараты

+ средства метаболического и иммуностропного воздействия.

Антибиотики широкого спектра действия или антисептики могут также назначаться местно для профилактики бактериальной суперинфекции.

Лечение вирусных конъюнктивитов предполагает также **использование интерферонов** (α -интерферона, офтальмоферона, локферона, лайфферона) **или интерферогенов** (индукторов его образования, например, пирогенала, полудана, продигиозана) путем инстилляций в конъюнктивальную полость до 4-6 раз в сутки. *Локферон* – человеческий лейкоцитарный α -интерферон с активностью 10000 МЕ во флаконе (АО «Биомед» им. И.И. Мечникова). Офтальмоферон во флаконе содержит одновременно человеческий рекомбинантный альфа-2-интерферон 10 000 МЕ/мл и димедрол. *Лайфферон* – раствор для внутримышечного, субконъюнктивального введения и закапывания в глаз – *новая жидкая лекарственная форма* рекомбинантного интерферона альфа-2b.

В качестве препарата **неспецифической иммунотерапии** к лечению интерфероном дополнительно целесообразно использовать местно гамма-глобулин (донорский иммуноглобулин нормальный) в виде инстилляций 6-8 раз в день (или под конъюнктиву по 0,5 мл 1 раз 2-3 дня).

При лечении **аденовирусных конъюнктивитов** 0,15% гель ганцикловира (зирган) обладает терапевтической активностью. При осложненных и затяжных формах внутрь может быть также назначен ингавирин в виде капсул 1 раз в день в течение 5-7 дней, особенно в случае системных проявлений аденовирусных инфекций.

При образовании пленок и в периоде роговичных высыпаний назначают кортикостероиды, целесообразно также использование слезозамещающих, репаративных препаратов. Больным с наличием вторичной инфекции показана антибактериальная терапия.

При герпетической инфекции конъюнктивы (Herpes simplex, Varicella-zoster) применяют 3% мазь ацикловира (до 5 раз в течение 5-10 дней), с которой по эффективности сопоставим 0,15% гель ганцикловира. В более тяжелых случаях дополнительно внутрь назначается ацикловир от 200 до 400 мг 5 раз в день в течение 1 недели (зовиракс, виролекс, валтрекс).

В последние годы ведется активный **поиск новых средств лечения** аденовирусных заболеваний глаз. Одно из них - *мультивалентная сиаловая кислота (1% глазные капли цидофовира)*. Установлено, что она, соединяясь с сывороточными белками человека, предотвращала закрепление аденовируса на клетках эпителия роговицы.

Не рекомендуется применять кортикостероиды пациентам с вирусным конъюнктивитом, они могут быть назначены только при обильном образовании пленок конъюнктивы или в период рассасывания субэпителиальных инфильтратов роговицы короткими (не более недели) курсами в микродозах в виде 0,01% р-ра дексаметазона, 0,3% р-ра преднизолона или 1% суспензии гидрокортизона с уменьшением дозы (числа инстилляций). Необходимо все же помнить, что они могут увеличивать длительность течения инфекций, приводить к рецидивам инфильтратов.

Лечение аллергических конъюнктивитов

- 1) исключить или минимизировать воздействие аллергена;
- 2) использовать местно при фармакотерапии аллергических конъюнктивитов антигистаминные препараты, препараты двойного специфического действия, стероиды, средства слезозаместительной терапии;
- 3) применять специфическую иммунотерапию при сезонном АК, неспецифическую – при других клинических формах;
- 4) дополнительно системно применять циклоспорин (например, при атопическом кератоконъюнктивите), стероиды (при контактном АК);
- 5) обучать пациентов по программе, направленной на улучшение качества жизни.

Основные средства лечения аллергических конъюнктивитов:

1. Антигистаминные препараты (АГП):

- димедрол 0,2-0,5%
- сперсаллерг 0,5% (антазолин + тетразолин)
- гистимет 0,05% (левокабастин)
- аллергодил (азеластин)
- полинадим (дифенгидрамин + тетразолин)

2. Стабилизаторы мембран тучных клеток (СМТК):

- аломид 0,1% (лодоксамид трометамин)
- кромогликаты 2% (хай-кром, кромогексал, лекролин)

3. АГП + СМТК

- опатанол (олопатадин)

Дополнительные средства лечения аллергических конъюнктивитов:

4. Кортикостероиды:

- кортизол 0,5-1,0%
- дексаметазон 0,1% (максидекс)
- гидрокортизон 0,5-2,5%
- дезонид (пренацид)
- преднизолон 0,1%

5. Нестероидные противовоспалительные средства:

- диклоф
- индоколлир

6. Иммунодепрессанты

- циклолип (циклоспорин)

7. Сосудосуживающие

- октилия (тетразолин)
- визин (тетризолина гидрохлорид)



БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ