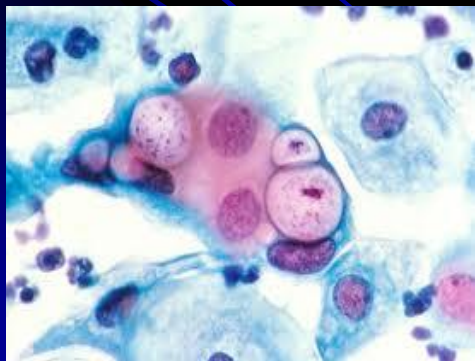


*ФГБОУ ВО Дон ГМУ МЗ России  
Кафедра офтальмологии ФИПО*



**Офтальмохламидиоз:  
клиника, диагностика, лечение**

Голубов К.Э., Смирнова А.Ф.,  
Голубов Т.К.



Донецк, 14 июня 2023 г.



- По статистике ежегодно хламидиозом в мире заболевает 100 млн человек, а число инфицированных хламидиями людей на всем земном шаре по самым скромным подсчётам достигает одного миллиарда.
- На сегодняшний день в промышленно развитых странах отмечается стойкая тенденция к росту как урогенитальной, так и глазной хламидийной инфекции и значительное омоложение пораженного контингента.



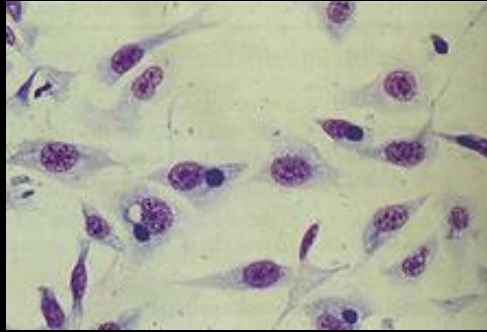
- Хламидийный конъюнктивит (**пара-трахома**) широко распространен во всем мире. Его доля среди других инфекционных конъюнктивитов составляет от 23 до 30% и в последнее время имеет неуклонную тенденцию к росту .



- Среди детей, родившихся от матерей, страдающих хламидиозами, хламидийные конъюнктивиты обнаруживаются у **20–50%** новорожденных .

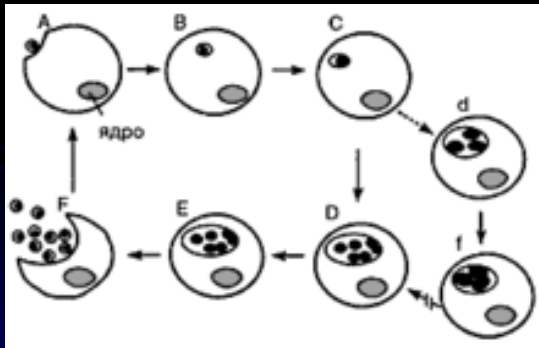


- Хламидийная этиология поражения установлена у 15-28% пациентов обследованных по поводу блефарита, острого и и хрон. конъюнктивита, кератоконъюнктивита(Азнабаев М.Т.,1998, D.Dereli2002).



Попав в организм человека хламидии проходят сложный путь развития, продолжающийся 40-72 часа.

Наиболее существенными факторами вирулентности бактерий являются *антигены клеточной поверхности*, способные подавлять фагоцитоз или увеличивать резистентность фагоцитированных бактерий.





- Серотипы L1, L2, L3 соединены с венерической лимфогранулемой, серотипы A, B, Ba и C – с гиперэндемической трахомой, **серотипы D, E, F, G, H, I, J, K обуславливают воспалительные процессы уrogenитального тракта и заболевания глаз.**

# Пути передачи инфекции



- Хламидийный конъюнктивит (паратрахома) развивается при попадании на слизистую оболочку глаза инфицированного отделяемого из пораженных хламидиями глаз, урогенитального тракта или с предметов личной гигиены .



- По данным Ю.С. Астахова с соавт. возможно заражение хламидийным конъюнктивитом через воду в бассейнах (так называемый «бассейновый» конъюнктивит) .



- Клиническое и микробиологическое обследование новорожденных показало, что плод может инфицироваться не только во время родов при контакте с инфицированными родовыми путями матери, но также и в антенатальный период .



Выделяют 2 стадии:

- *ранняя, инфекционная* (длительность до 3-х мес) ,
- *поздняя, стадия иммунного воспаления*  
(длительность более 3 мес от начала заболевания)  
сопровождается развитием иммунокомплексной патологии

# Лабораторная диагностика

В настоящее время наиболее оптимальными признаны следующие методы диагностики офтальмохламидиоза:

- *определение хламидий в материале из глаза (цитологический - тельца Хальбершtedтера Провачека )*
- *иммуноферментный (определение антител (IgG, IgA, IgM),*
- *иммунофлюоресцентный,*
- *ПЦР*
- *выделение хламидий в культуре клеток (посев на среду McCoу: выделение хламидий в культуре клеток, время культивирования от 48 до 52 часов)*
- *серологические тесты*





# Лабораторная диагностика

- 1. ПЦР ????

- 2. ИФА крови

Ig G- и Ig M- - инфекции нет

Ig G+ и Ig M+ - рецидив заболевания

Ig G- и Ig M+ - первичная инфекция

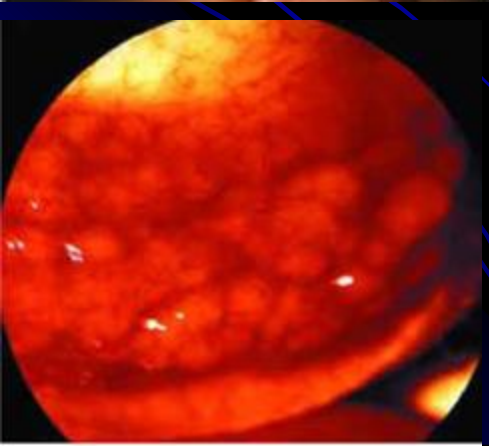
Ig G+ и Ig M- - хламидиоз был перенесен

Ig A- показывает специфическую реакцию слизистой

- Критерии излеченности хламидиоза:
  - исчезновение клинических симптомов заболевания,
  - элиминация возбудителя (клинико–микробиологическое излечение).
- Клинико–лабораторный контроль проводят всем пациентам после окончания лечения в течение 3–4 месяцев.
- Первое обследование проводят не ранее чем через 2–4 недели после окончания лечения, три последующих контроля – каждый месяц.



# Особенности клинической картины заболевания



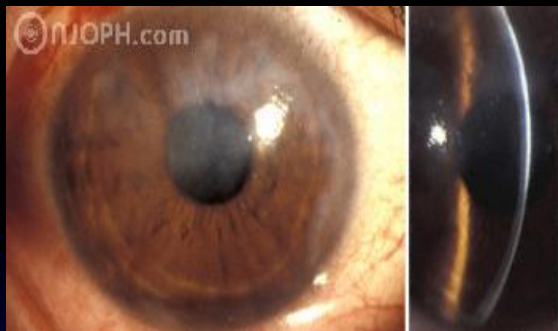
- Острое начало заболевания.
- Монокулярный характер заболевания в 72% бинокулярный-28%.
- Парный глаз поражается спустя 7-12 дней.
- С 7 дня у 65% пациентов наблюдается увеличение переднеушных лимфоузлов.
- Отек век
- Гиперемия слизистой, отделяемое
- Область нижней переходной складки диффузная инфильтрация, изменения верхнего века менее выражены
- Фолликулез слизистой «лягушачья икра», более выражен **на н/веке**





**Поражение зоны лимба** почти у всех пациентов от едва заметного до выраженного.

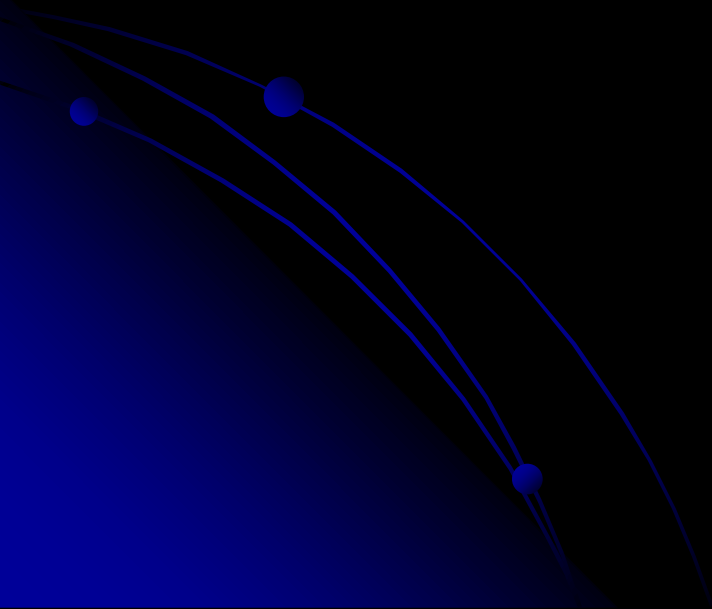
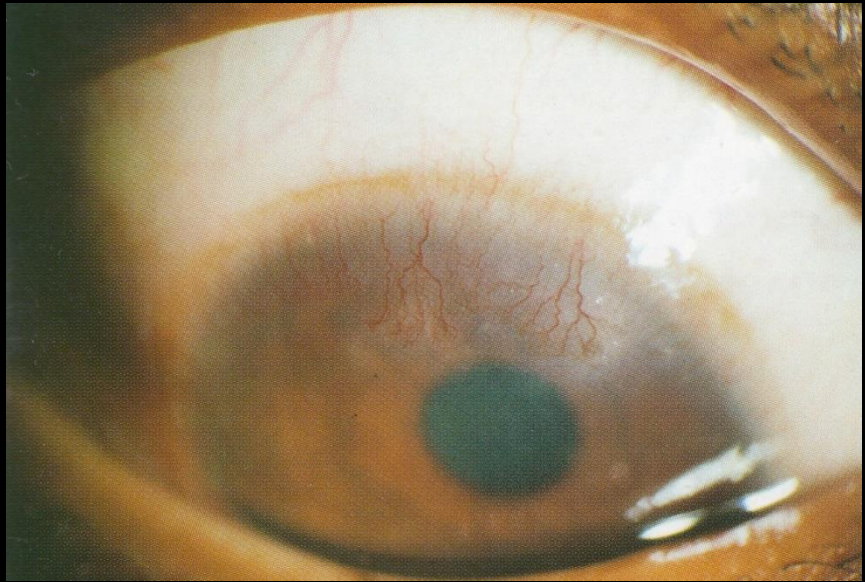
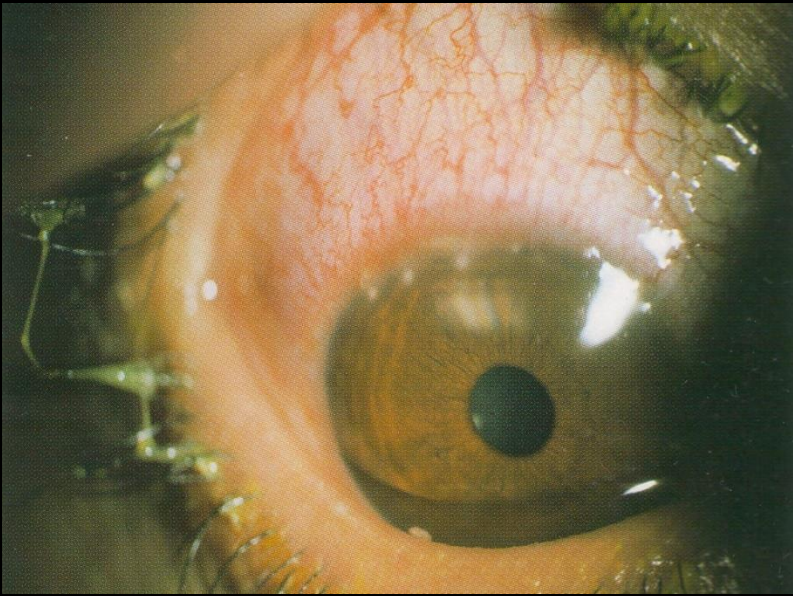
- Чаще диффузная инфильтрация, отек, расширение сосудистой сети в области верхнего лимба(микропаннус)

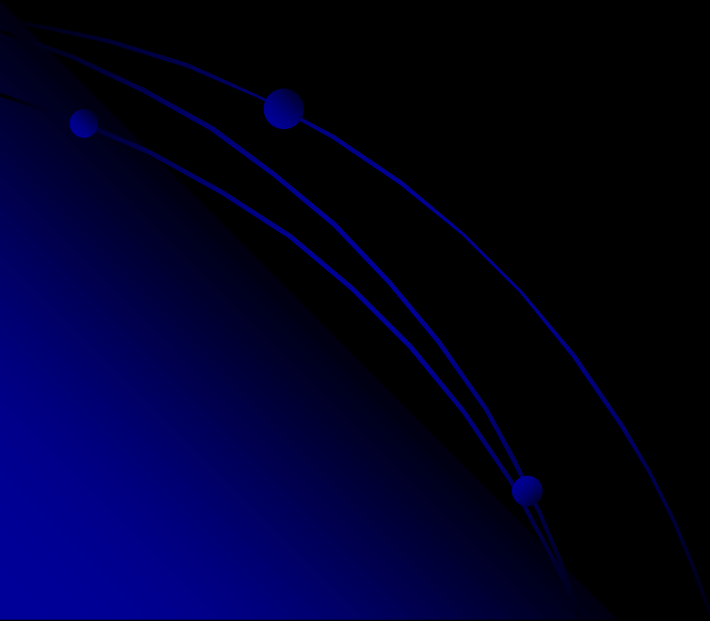
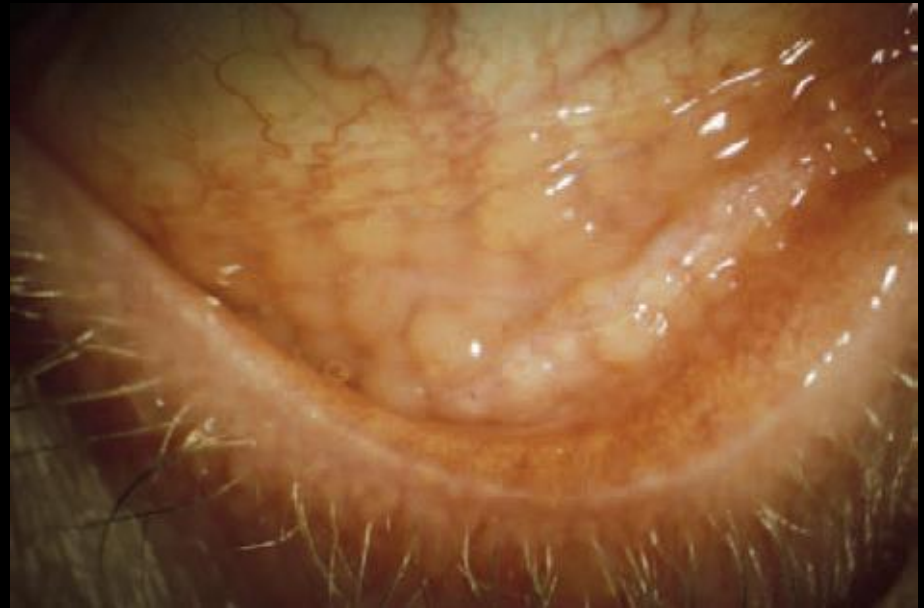


**Поражение роговицы:**

- Мелкоточечные субэпителиальные и эпителиальные инфильтраты, расположенные у зоны лимба.
- У пациентов возможен рецидив высыпаний точечных инфильтратов







## *Микст инфекция*

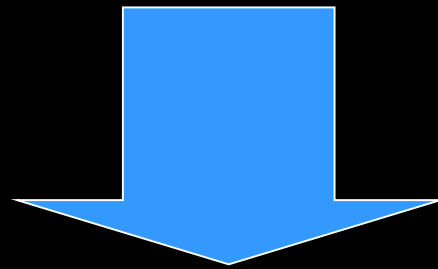
- затяжное течение
- отсутствие эффекта от а\бактериальной терапии в течение 7-10 дней
- сочетание выраженного фолликулеза слизистой(мелкие беспорядочно расположенные) с изменениями на роговице(монетовидные субэпителиальные инфильтраты, склонные к слиянию)
- снижение чувствительности роговицы
- часто наблюдается сочетание хламидий с аденовирусами и герпесвирусами



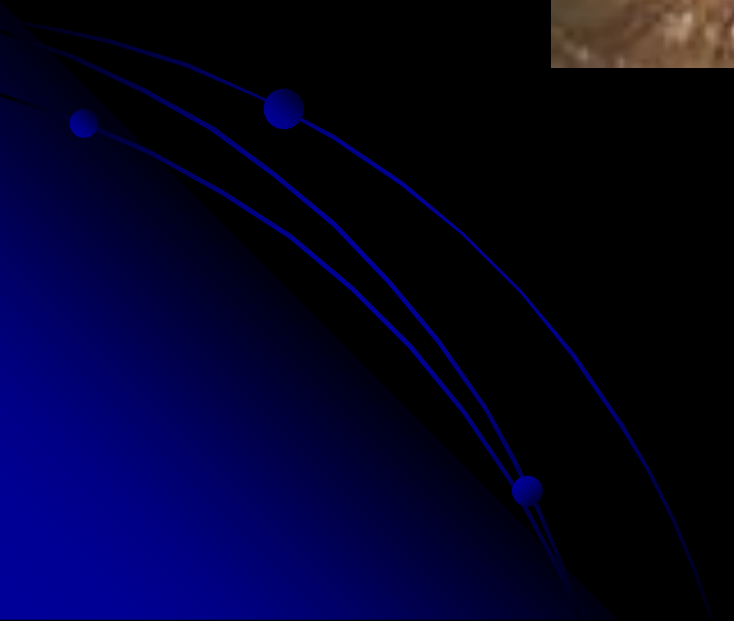


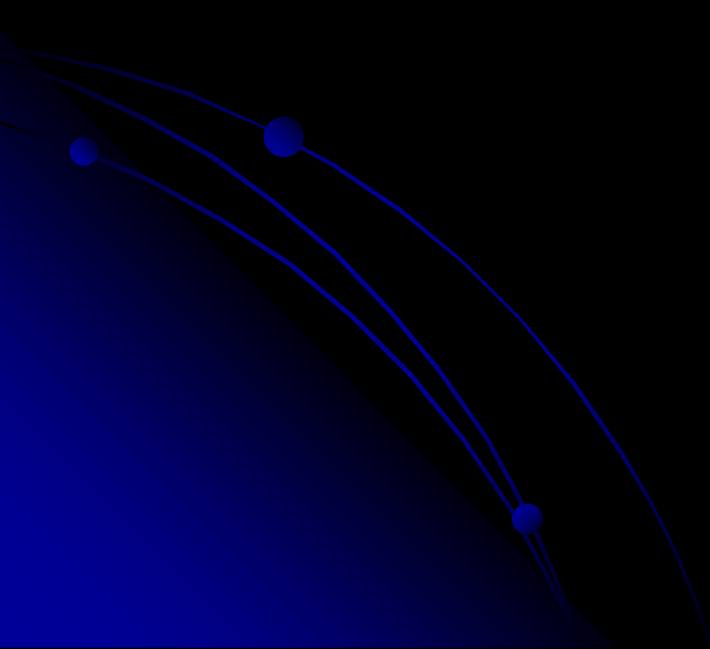
## *Если у пациента следующие симптомы*

- острое воспаление,
- крупные фолликулы, расположены рядами
- в анамнезе урогенитальная хламидиоз. инфекция
- ИФА, положительный тест по одному из Ig G+



Хламидиозная инфекция

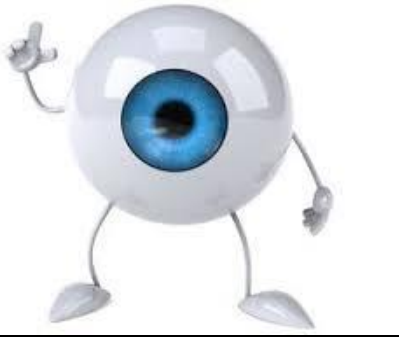






# Системная терапия





## Схема лечения

- 1. Антибактериальная терапия:*  
левофлоксацин+ витабакт  
Левифлоксацин- 1 неделя 5 раз в день, потом по  
убывающей схеме *3-4 недели*
- 2. Противовоспалительная терапия*  
броксилак *2 недели*
- 3. С 3 недели инстилляции кортикостероидов*
- 4. С 3 недели слезозаменители*  
офталик БК *3 недели*
- 5. С 5 недели противоаллергические препараты*  
аллергодил, опатанол, лекролин *3-4 месяца*



*С днем медицинского работника*