

Заболевания КОНЪЮНКТИВЫ

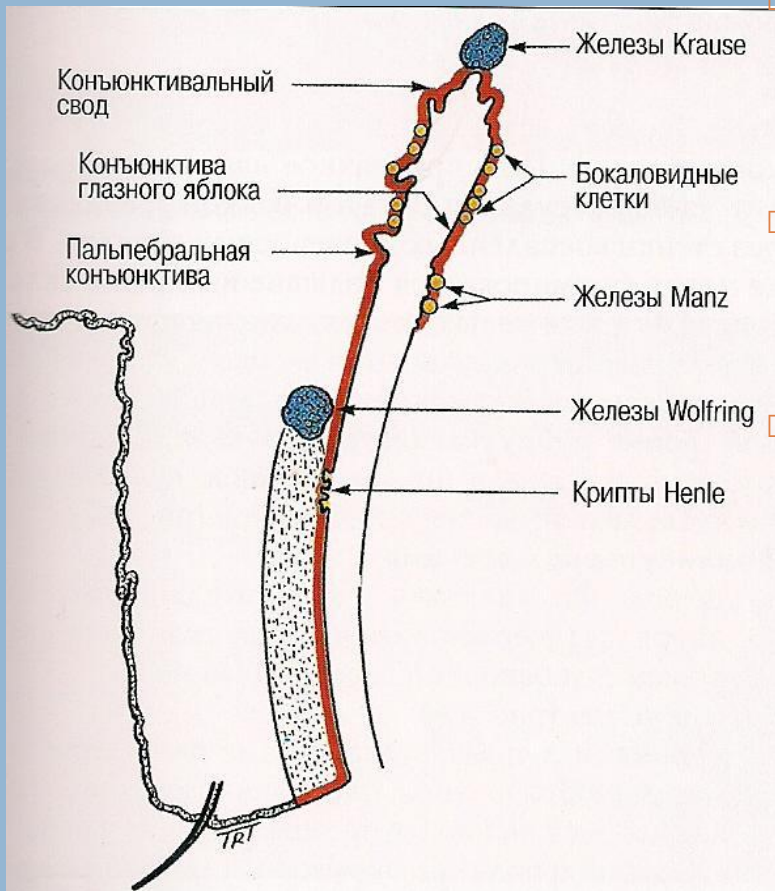
*Лектор: Заведующий кафедрой офтальмологии доцент,
кандидат медицинских наук*

Корепанов Александр Валентинович

Клиническая анатомия

- Пальпебральная конъюнктива (начинается с кожно-слизистого соединения краев века, плотно сращенного с хрящевыми пластинами)
- Конъюнктивальный свод
- Конъюнктива глазного яблока (покрывает склеру спереди и свободно соединена с подлежащей под ней теноновой оболочкой)

Анатомо – топографическое деление

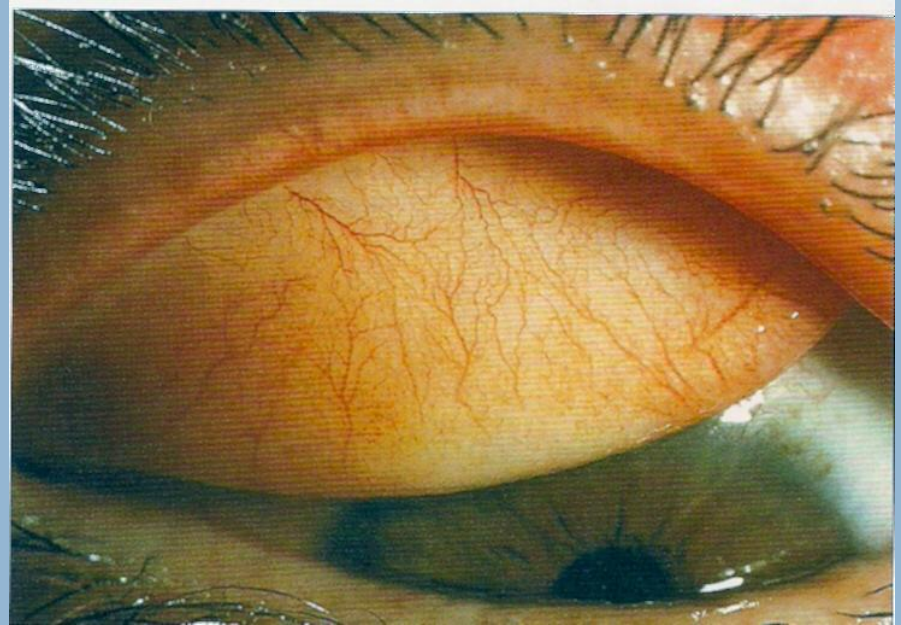


1. Пальпебральная конъюнктивa
2. Конъюнктивa сводов
3. Конъюнктивa глазного яблока

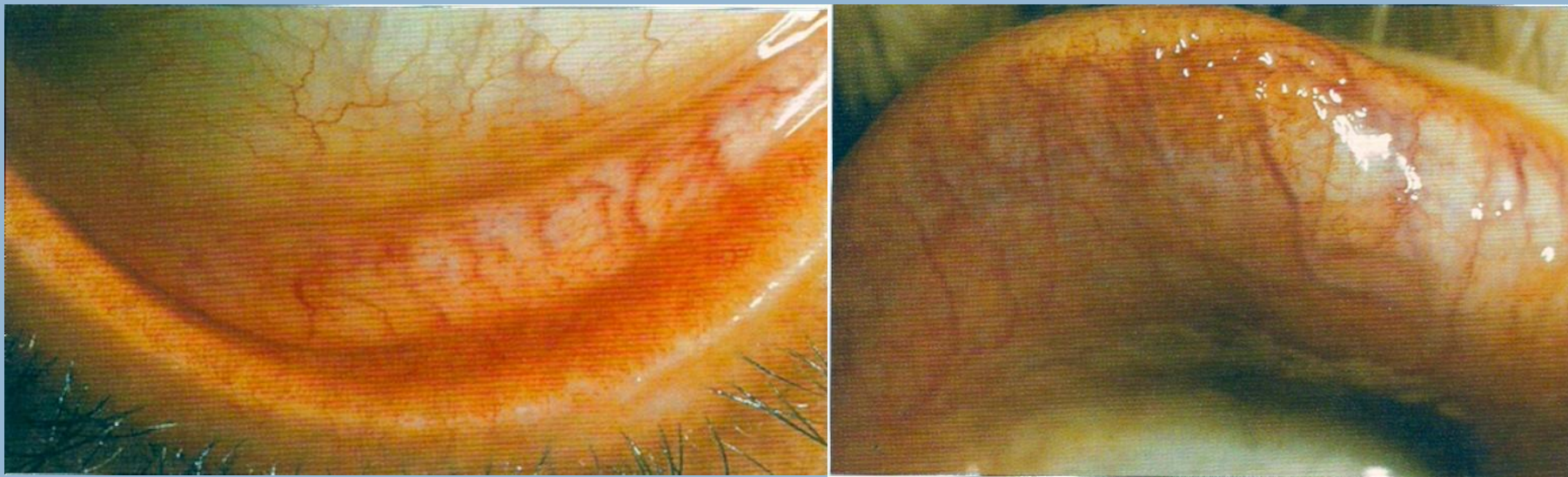
Конъюнктивя век

- Конъюнктивя век начинается с кожно - слизистого соединения краев века, плотно сращенного с тарзальными пластинами
- Конъюнктивя нижнего веки легко доступна к осмотру
- Конъюнктивя верхнего века доступна после выворота век

Конъюнктивна век

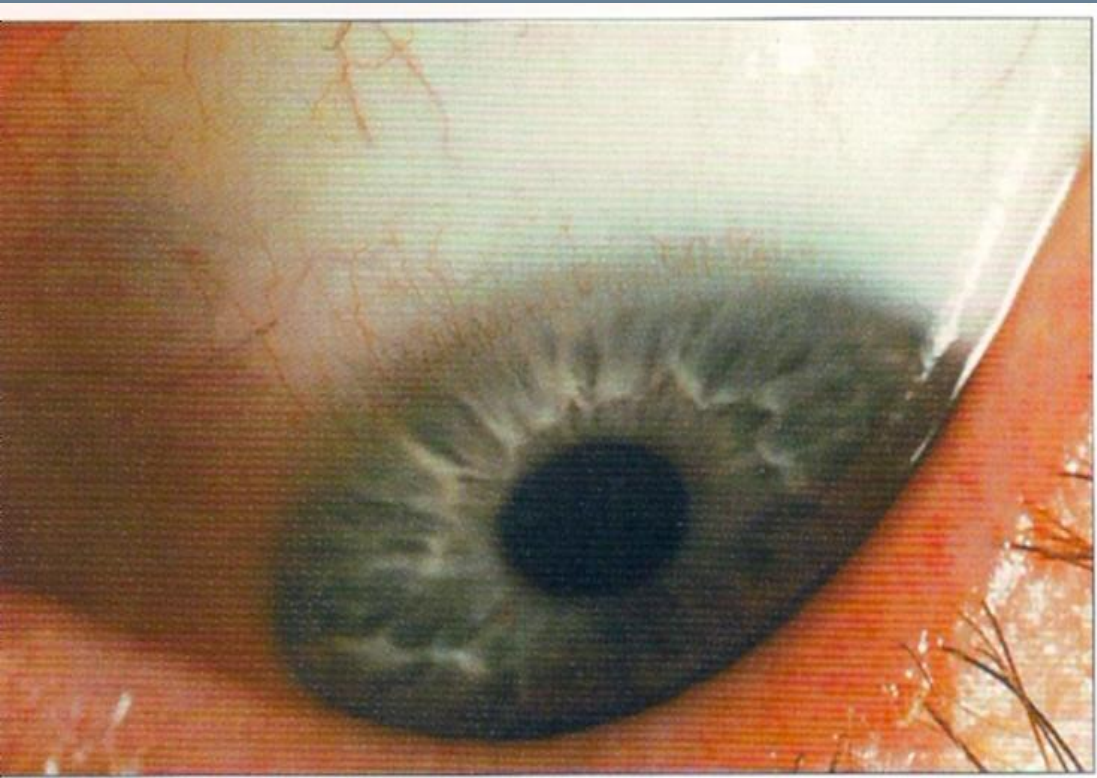


Конъюнктивит сводов



увеличивается в размерах и может переходить
в складки

Конъюнктива глазного яблока

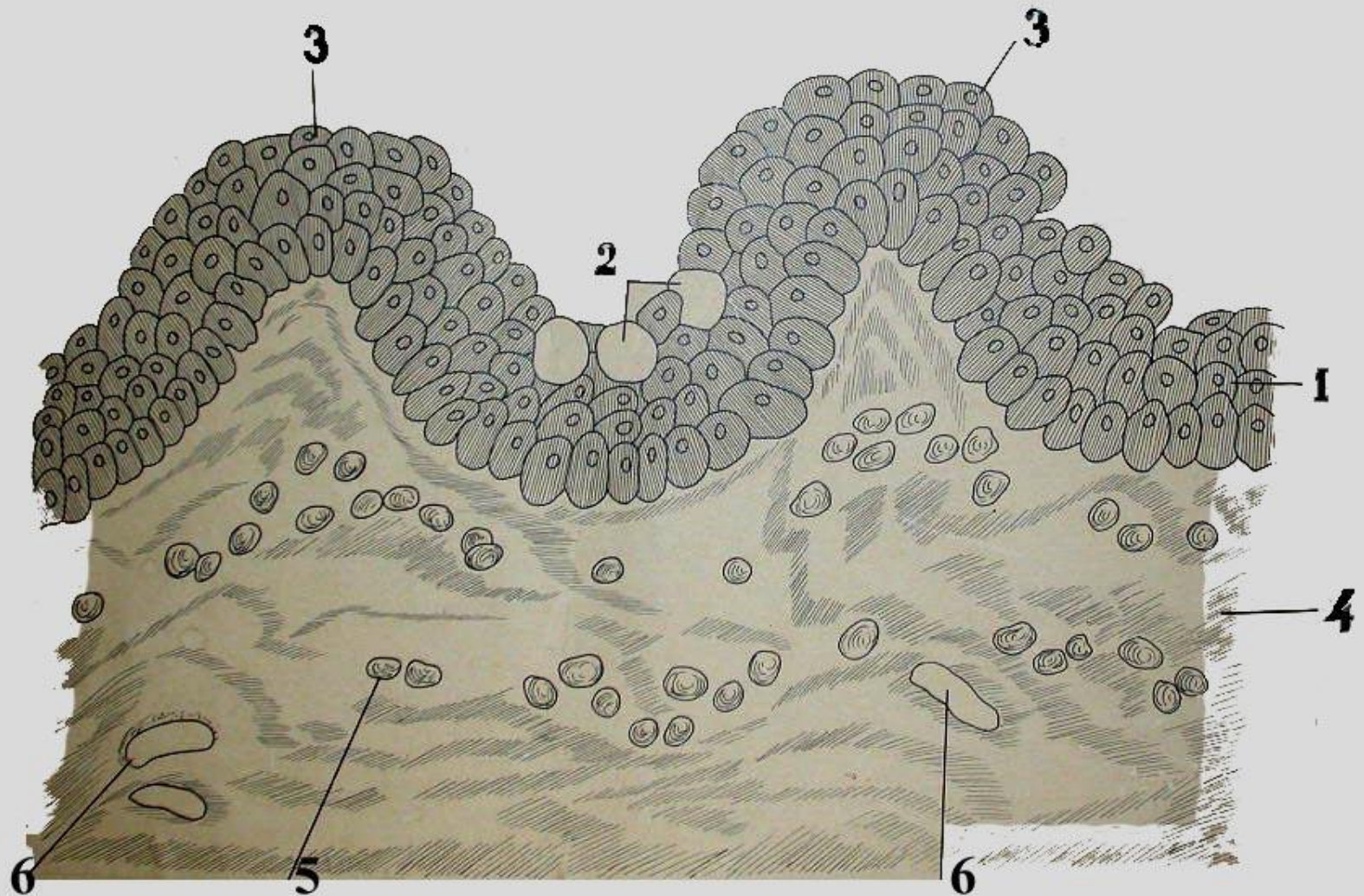


Покрывает склеру
спереди и свободно
соединяется с
подлежащей к ней
теноновой оболочкой.

Только в области лимба
это соединение плотное.

РАЗРЕЗ КОНЬЮНКТИВЫ

1. Эпителий конъюнктивы;
2. Слизистые клетки
3. Сосочки конъюнктивы;
4. Аденоидная ткань
5. Лимфатические клетки;
6. Кровеносные сосуды



ФУНКЦИИ КОНЪЮНКТИВЫ

- Вместе с веками сохраняет среду оптимальную для роговицы
- Вырабатывает секрет и слизь для слезной пленки увлажняющей роговицу
- Защищает от вредного воздействия внешней среды

ИССЛЕДОВАНИЕ КОНЪЮНКТИВЫ



осмотр конъюнктивы нижнего века и нижней переходной складки



ВЫВЕРТЫВАНИЕ ВЕРХНЕГО ВЕКА ПАЛЬЦАМИ

осмотр конъюнктивы верхнего века и верхней переходной складки



ВЫВЕРТЫВАНИЕ ВЕК С ПОМОЩЬЮ ПАЛОЧКИ

осмотр конъюнктивы верхнего века и верхней переходной складки



осмотр конъюнктивы
верхней переходной складки

Заболевания конъюнктивы

Классификация

1. Воспаление (конъюнктивиты);
2. Дистрофия (птеригиум, ксероз);
3. Новообразования;
4. Повреждения.

КОНЪЮНКТИВИТЫ

- *Конъюнктивиты* – воспаление конъюнктивы, характеризуется гиперемией, отеком слизистой и век, отделяемым, образованием сосочков или фолликулов.
- Составляют до 30-40% больных, обращающихся за медицинской помощью по поводу заболевания глаз.

Классификация конъюнктивитов:

- 1. По происхождению.
 - 1.1. экзогенного происхождения
 - - вызванные химическими и физическими факторами
 - - аллергические, токсико-аллергические
 - - бактериальные, вирусные, грибковые, хламидийные
 - 1.2. эндогенного происхождения
 - - при общих заболеваниях
 - - аутоаллергические
 - - при ССГ
- 2. По течению
 - - острые
 - - подострые
 - - хронические

Острые конъюнктивиты

- **Субъективные симптомы:** чувство инородного тела в глазу, чувство жжения, зуд, отделяемое из глаза, слезотечение, светобоязнь.
- **Объективные симптомы:**
- **конъюнктивальная инъекция** - покраснение глазного яблока, необходимо дифференцировать с перикорнеальной инъекцией, встречающейся при заболеваниях роговицы и радужки, при закапывании Sol. Adrenalini 1:10000 последняя исчезает.
- **отделяемое:** при бактериальной инфекции гнойное и обильное, при вирусной серозное и скудное, водянистое (острые вирусные и аллергические), слизисто-гнойное (хламидийные, легкое течение бактериальных)
- **отек конъюнктивы (хемоз)**
- **Субконъюнктивальные кровоизлияния** (при вирусных инфекциях)

- **образование пленок**
- Истинные пленки – пропитывают поверхностные слои эпителия, при их удалении сопровождаются кровотечением, обычно грязно-серого цвета, при дифтерийном конъюнктивите
- Псевдомембраны- это свернувшийся экссудат, прикрепленный к эпителию. Легко удаляются, оставляя эпителий интактным. Аденовирусная, гонококковая, пневмококковая инфекция, синдром Стивена-Джонсона
- **Разрастание сосочков** (разрастание эпителия, вместе с лимфоцитами, плазматическими клетками и эозинофилами, образуются только в пальпебральной и бульбарной конъюнктиве в области лимба) Наиболее часто формируются на верхнем веке, в центре выделяется секрет, могут сливаться

□ Фолликулярная реакция.

- Фолликулы- очаги гиперпластической ткани, в пределах стромы с добавочной васкуляризацией
- При осмотре- многочисленные, напоминающие зерна риса образования, наиболее проминирующие в сводах. Размер может быть от 0,5 до 5 мм, каждый из них окружен мелким капилляром.
- Причины- хламидийные поражения, вирусные инфекции, чувствительность к местному лечению

- - **рубцевание**- при трахоме, пузырчатке, атопическом конъюнктивите, длительном использовании глазных капель
- - **лимфаденопатия**- дренаж лимфы идет к околоушным и подчелюстным лимфаузлам.

Это вирусные, хламидийные, гонококковые процессы

Диагностика:

□ **Диагностика:**

- - исследование мазков с конъюнктивы (бактериоскопический)
- - посев на питательные среды (бактериологический)
- - иммунофлюоресцентное и иммуноферментное исследование для обнаружения в соскобах антигенов вирусов
- прямой иммунофлюоресцентный анализ (ПИФ).
- иммуноферментный анализ (ИФА).
- молекулярно-биологические методы (ПЦР - диагностика).
 - серологическое исследование для выявления антител к бактериальным и лекарственным аллергенам (Ig A, Ig M, Ig G).
- - цитологическое исследование соскобов с конъюнктивы. Нечувствительный и субъективный метод
 - (при бактериальном- увеличены нейтрофилы, нет изменений в эпителии, при вирусном- дистрофия эпителия.

МИКРОФЛОРА КОНЪЮНКТИВАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПРИ НЕКОТОРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЛАЗ

- По данным литературы нормальная микрофлора конъюнктивальной полости у взрослых чаще представлена монокультурой - *Corynebacterium xerosis*, *Staphylococcus epidermidis*, либо негемолитическими стрептококками. Реже выделяются *Staphylococcus aureus*, *Propionibacterium sp*
- По данным многоцентрового исследования, выполненного в 10 клиниках Российской Федерации(2009), среди возбудителей бактериальных инфекций глаза у взрослых преобладает *Staphylococcus aureus* (40,4%). Другие авторы считают, что основными возбудителями бактериальных конъюнктивитов являются коагулазонегативные стафилококки (75,3%) и факультативные анаэробы (*Propionibacterium sp.*) (2008). По данным Майчука Ю.Ф. (2001) за последние 5 лет соотношение грамположительных и грамотрицательных возбудителей изменилось с 81,8 / 8,1 до 51,4 / 48,6%.

- Сведения о нормальной микрофлоре конъюнктивального мешка в детском возрасте в доступной отечественной литературе практически отсутствуют. Большинство авторов лишь сообщают о том, что при микробиологической диагностике бактериальных конъюнктивитов у детей часто обнаруживают стафилококки и стрептококки (2006,2009). (Т.Н. Воронцова, В.В. Бржеский, Е. Л. Ефимова, Л.П.Прозорная, М.В.Михайлова, Е.М.Крепких.//Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург)

- При воспалительных заболеваниях переднего отдела глазного яблока наиболее часто высеивались *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus aureus* (65,1%). Анализ полученных данных выявил высокий уровень резистентности выделенных микроорганизмов к ампициллину, азитромицину, рокситромицину, линкомицину и левомицетину. В связи с этим указанные антибиотики использовать в терапии воспалительных заболеваний глаз до получения результатов чувствительности микрофлоры нецелесообразно.

Бактериальные конъюнктивиты.

1. Пневмококковый конъюнктивит.

Возбудитель- пневмококк.

- Различают три формы пневмококкового конъюнктивита.
- Острая форма- бурное начало. Процесс возникает чаще на одном, а затем и на втором глазу. Одновременно с заболеванием глаз возникают общие катаральные явления. Процесс начинается с сильной светобоязни и слезотечения. Приблизительно через 2—3 дня появляется жидкое слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктура глаз и глазного яблока инфильтрирована, гиперемирована, и в ней нередко возникают точечные кровоизлияния. В процесс может вовлекаться роговая оболочка, на границе с лимбом в поверхностных ее слоях образуются мелкие инфильтраты, которые затем эрозируются, но не оставляют после себя стойких помутнений. Продолжительность болезни в пределах 7 дней. Заболевание контагиозно, в детских дошкольных учреждениях может принимать эпидемический характер и поэтому необходим 7— 10-дневный карантин. Чаще болеют дети в возрасте до 7 лет.

□

- Ложно-пленчатая форма пневмококкового конъюнктивита возникает преимущественно у ослабленных детей. Общие и местные симптомы при этой форме мало выражены, заболевание протекает подостро. На поверхности конъюнктивы век и свода, чаще снизу, образуется тонкая серая пленка, слабо связанная с подлежащей тканью. После удаления пленки ткань не кровоточит. К 10—12-му дню воспалительные явления уменьшаются и исчезают. Заболевание чаще встречается у детей в возрасте 4—7 лет.

2. Ангулярный (диплобациллярный) КОНЪЮНКТИВИТ.

- Возбудитель- палочка Моракса-Аксенфельда
- Путь передачи- контактно-бытовой
- процесс всегда двухсторонний, течение острое или подострое
- Изменения в области наружного и внутреннего угла глазной щели, отек, фибринозные пленки
- Больные жалуются на зуд, покраснение в уголках глаз. Характерным признаком является покраснение краев век в наружном и внутреннем углу глаза, поэтому его еще называют ангулярный конъюнктивит. Выделения из конъюнктивального мешка незначительные.

3. Острый эпидемический конъюнктивит- Коха-Уилкса

- **Возбудитель- палочка Коха-Уилкса**
- Заболевание довольно распространенное и наблюдается почти во всех странах мира с жарким климатом.
- Заражение происходит через грязные руки и воздушно-капельным путем. Большую роль в распространении заболевания играют мухи. Среди больных острым эпидемическим конъюнктивитом очень много детей, особенно ясельного возраста, т.к. заболевание высоко контагиозное. В типичных случаях начало болезни внезапное. Инкубационный период от нескольких часов до 1-2 суток.

- Заболевание, как правило, двустороннее. Сначала появляется гиперемия конъюнктивы век, которая быстро распространяется на переходные складки и на конъюнктиву глазного яблока. В первые два дня появляется отделяемое (слизисто-гнойное или гнойное). Нижняя переходная складка отекает. На всей конъюнктиве склеры появляются небольшие геморрагии. Набухание переходных складок и множественные кровоизлияния обусловлены токсическим поражением стенок мелких венозных и лимфатических сосудов. На слизистой век возможно образование пленок нежных, тонких, легко отторгающихся или грубых некротических, как при дифтерии конъюнктивы. Возможно очень обильное отделяемое, как при гонобленорее. Могут быть осложнения со стороны роговицы в виде поверхностных инфильтратов, а иногда бывают тяжелые исходы.
- Особенно тяжело это заболевание протекает у ослабленных детей. У них появляются гриппоподобные симптомы: озноб, повышение температуры, насморк, головная боль. Продолжительность заболевания 6-8 дней. После перенесенного заболевания возможно бациллоносительство.

4. Дифтерийный конъюнктивит

- Возбудитель- палочка Леффлера
- - отек, гиперемия век, серозно-кровянистое отделяемое, на поверхности пленки, после снятия- кровотечение, через 1 неделю пленки отторгаются, на их месте образуются грануляции.
- Лечение:
- - В инфекционной клинике, в отдельном боксе
- - введение противодифтерийной сыворотки 6-10 т. Ед.

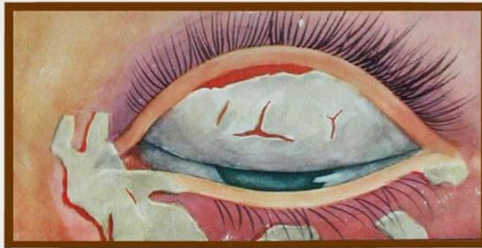
Дифтерийный конъюнктивит

- Вызывается коринебактерией дифтерии
- В сочетании с дифтерией зева, носа, гортани.
- Клиника: Сильный отек, гиперемия, уплотнение, болезненность век
 - Веки трудно вывернуть
 - Мутное отделяемое с хлопьями
 - Серые налеты – пленки на веках и конъюнктиве, плотно спаяны.некроз пораженных участков конъюнктивы и отторжение пленок
 - Отделяемое становится гнойным
 - Через 10-12 дней – отек уменьшается
 - Процесс заканчивается образованием звездчатых рубцов, симблефарона.

Дифтерийный конъюнктивит.

Клинические формы:

ДИФТЕРИЯ ГЛАЗ



БЛЕННОРЕЙНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ



- Дифтеритическая;
- Крупозная;
- Катаральная.



Осложнение дифтерийного конъюнктивита

- Вовлекается в процесс роговица из – за ее сдавления веками
 - множественные инфильтраты
 - некротические эрозии
 - гнойные язвы
- Эндофтальмит, панофтальмит в тяжелых случаях

5. Гонобленнорея

- Возбудитель-гонококк.
- У ребенка проявляется на 1-3 день после родов, у взрослого чаще одностороннее поражение, тяжелое течение, с поражением роговицы. Проходит стадии инфильтрации, гноетечения.
- Лечение:
 - -постоянные промывания
 - - каждые 2 часа раствор пенициллина 200 т. ЕД на 10 мл физ.р-ра, ципромед
 - - АБ внутримышечно по схеме

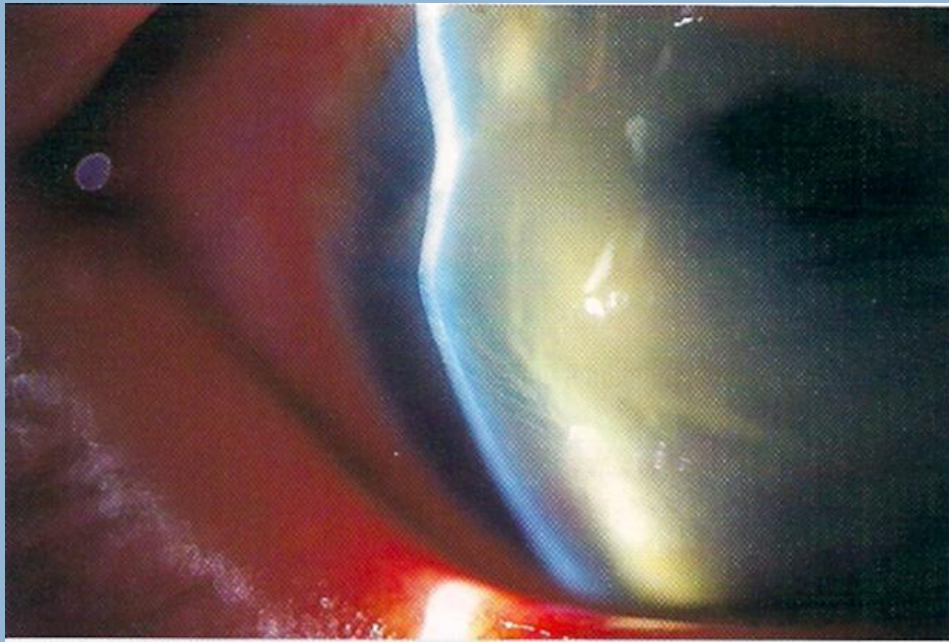
Бленнорея.



ГОНОКОККОВЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ



ГОНОКОККОВЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ



- Обильное гнойное отделяемое
- Острый отек век
- Интенсивная гиперемия и отек конъюнктивы и век
- Склонность к изъязвлению роговицы
- Лимфаденопатия

Классификация антибактериальных препаратов

```
graph TD; Root[Классификация антибактериальных препаратов] --> FQ[ФТОРХИНОЛОНЫ]; Root --> Other[ДРУГИЕ Л.С.]; Root --> AG[АМИНОГЛИКОЗИДЫ]; FQ --> FQ_1[• Норфлоксацин (Нормакс)]; FQ --> FQ_2[• Ципрофлоксацин (Ципромед Promed, Ципролет)]; FQ --> FQ_3[• Офлоксацин (Флоксал, Bausch&Lomb, Данцил)]; FQ --> FQ_4[• Ломефлоксацин (Окацин)]; FQ --> FQ_5[• Левофлоксацин (Офтаквикс, Santen, Сигницеф, Promed)]; FQ --> FQ_6[• Моксифлоксацин (Вигамокс, Alcon)]; FQ --> FQ_7[• Гатифлоксацин]; Other --> Other_1[• Тетрациклин]; Other --> Other_2[• Эритромицин]; Other --> Other_3[• Хлорамфеникол]; Other --> Other_4[• Фузидиевая к-та]; Other --> Other_5[• Сульфаниламиды]; AG --> AG_1[• Неомицин]; AG --> AG_2[• Гентамицин]; AG --> AG_3[• Тобрамицин (Тобрекс, Тобрекс 2х)]; Other --> Other_6[• Комбинированные Л.П.]; Other_6 --> Other_6_1[• Макситрол (неомицин)]; Other_6 --> Other_6_2[• Тобрадекс (тобрамицин)]; Other_6 --> Other_6_3[• Дексон (гентамицин)]; Other_6 --> Other_6_4[• Комбинил Дуо (ципрофлоксацин)];
```

ФТОРХИНОЛОНЫ

- **Норфлоксацин** (Нормакс)
- **Ципрофлоксацин** (Ципромед Promed, Ципролет)
- **Офлоксацин** (Флоксал, Bausch&Lomb, Данцил)
- **Ломефлоксацин** (Окацин)
- **Левофлоксацин** (Офтаквикс, Santen, Сигницеф, Promed)
- **Моксифлоксацин** (Вигамокс, Alcon)
- **Гатифлоксацин**

ДРУГИЕ Л.С.

МОНОПРЕПАРАТЫ

- **Тетрациклин**
- **Эритромицин**
- **Хлорамфеникол**
- **Фузидиевая к-та**
- **Сульфаниламиды**

КОМБИНИРОВАННЫЕ Л.П.

- **Макситрол (неомицин)**
- **Тобрадекс (тобрамицин)**
- **Дексон (гентамицин)**
- **Комбинил Дуо (ципрофлоксацин)**

АМИНОГЛИКОЗИДЫ

- **Неомицин**
- **Гентамицин**
- **Тобрамицин** (Тобрекс, Тобрекс 2х)

Профилактика гонококкового конъюнктивита

- Своевременное выявление и лечение гонококковой инфекции мочеполовых путей
- Меры индивидуальной профилактики
- Профилактика гонобленореи новорожденных

АБ в арсенале:

□ 1. Тетрациклиновый ряд.

- - колбиоцин комбинированный антибиотик-тетрациклин, хлорамфеникол, колистиметат натрий, с 8 лет

□ 2. Фторхинолоны

- - флоксал 0,3 % (офлоксацин)
- - нормакс (норфлоксацин) ушные и глазные капли
- - окацин 0,3 % (ломефлоксацин) с 18 лет
- - офтаквикс 0,5%, сигницеф (левофлоксацин 0,5%) с года, L-оптик с 1 года, левофлоксацин с 18 лет
- -моксифлоксацин (вигамокс), с 18 лет

□ 3. Ципрофлоксацины

- -ципрофлоксацин 0,3%
- - ципролет с 1 года
- - ципромед 0,3 % с 1 года
- циплоксан 0,3 %

- 4. аминогликозиды
 - - тобрекс 0,3 % с 18 лет , тобропт 0,3% применение с 18 лет (тобрамицин)
 - - гентамицин 0,3 %
- 5. хлорамфеникол
 - Левомицетиновые капли 0,25%
 - **Мази**
 - 1. тетрациклиновая 1 % - с 7 лет
 - 2. эритромицин 10 т. ЕД/г
 - 3. офтоципро (0,3% ципрофлоксацин) с 2 лет
 - 4. колбиоциновая мазь
 - Колистиметат натрия+Тетрациклин+Хлорамфеникол с 8 лет
 - 5. мазь «Флоксал», мазь офлоксацин 0,3 % - с 15 лет

Трахома

- это хроническое инфекционное воспаление конъюнктивы, характеризующаяся диффузной инфильтрацией конъюнктивы с образованием фолликулов и последующим их рубцеванием.

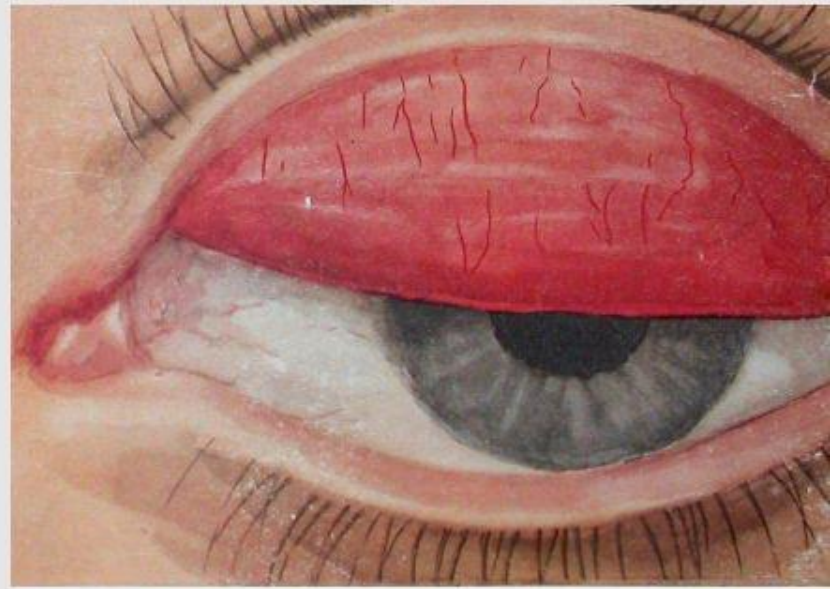
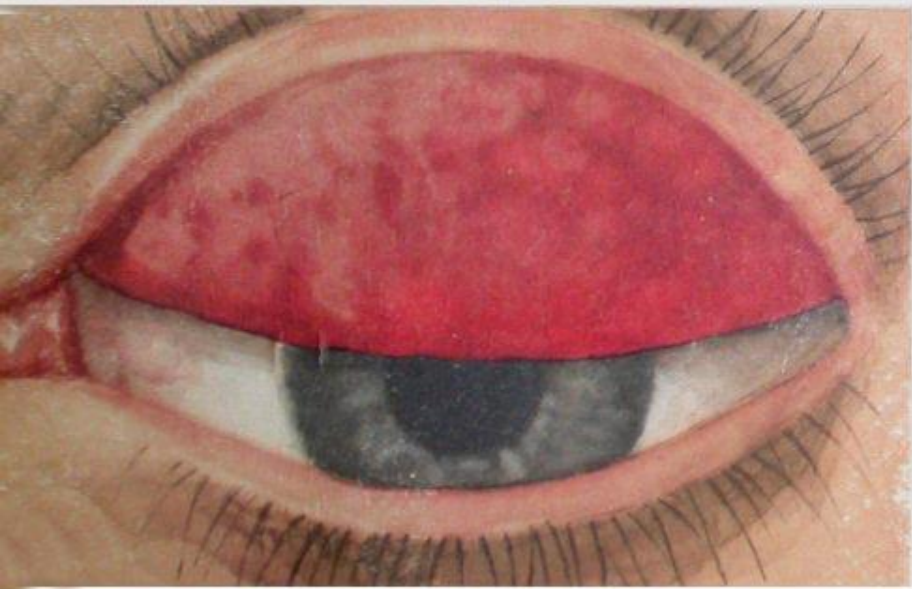
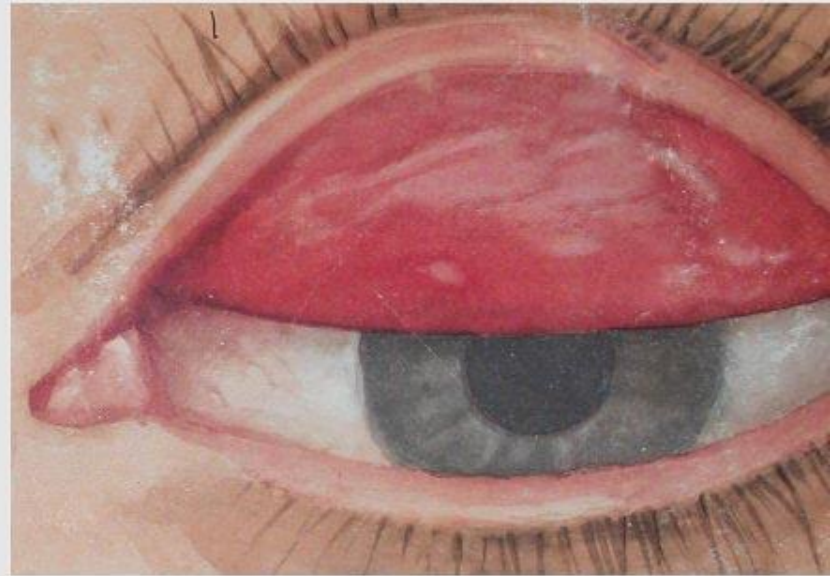
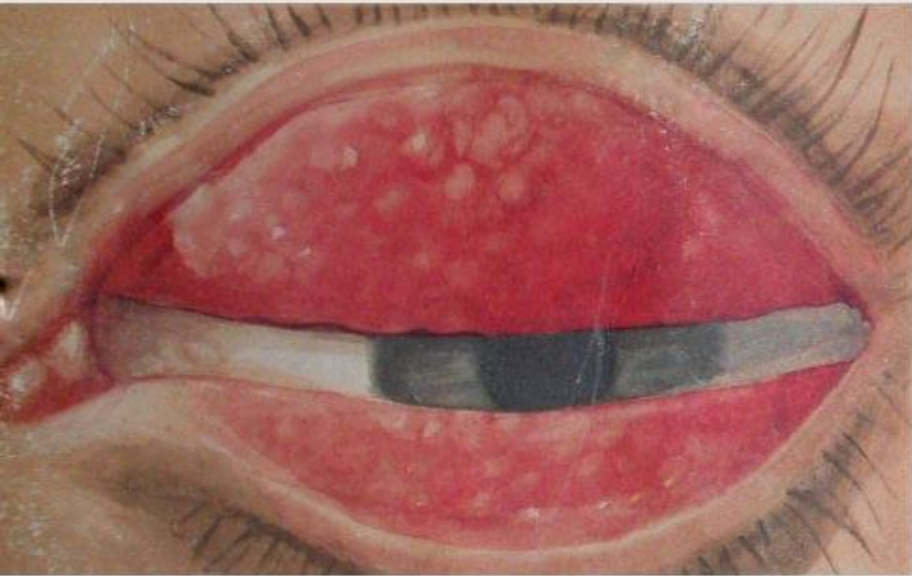
Классификация и клиника трахомы (код по МнараКБ-10-А71) 4 стадии

- I стадия – нарастание воспалительных реакций покраснение, слезотечение, слизисто – гнойное отделяемое, диффузная инфильтрация, отек конъюнктивы, образование фолликулов в верхней переходной складке развитый процесс
- II стадия – усиление инфильтрации и развитие фолликулов и начинается их некроз
- III стадия – преобладают процессы рубцевания на конъюнктиве при наличии фолликулов и инфильтрации
- IV стадия – разлитое рубцевание сплизистой

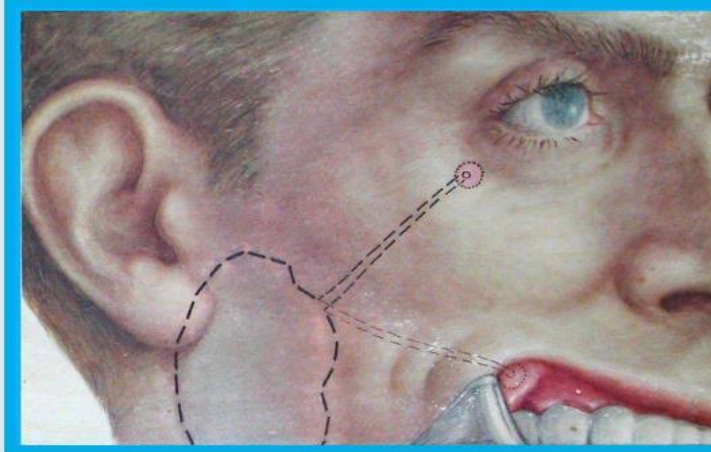
Классификация и клиника трахомы (код по МнараКБ-10-А71) 4 стадии

- I стадия – нарастание воспалительных реакций покраснение, слезотечение, слизисто – гнойное отделяемое, диффузная инфильтрация, отек конъюнктивы, образование фолликулов в верхней переходной складке развитый процесс
- II стадия – усиление инфильтрации и развитие фолликулов и начинается их некроз
- III стадия – преобладают процессы рубцевания на конъюнктиве при наличии фолликулов и инфильтрации
- IV стадия – разлитое рубцевание сплизистой

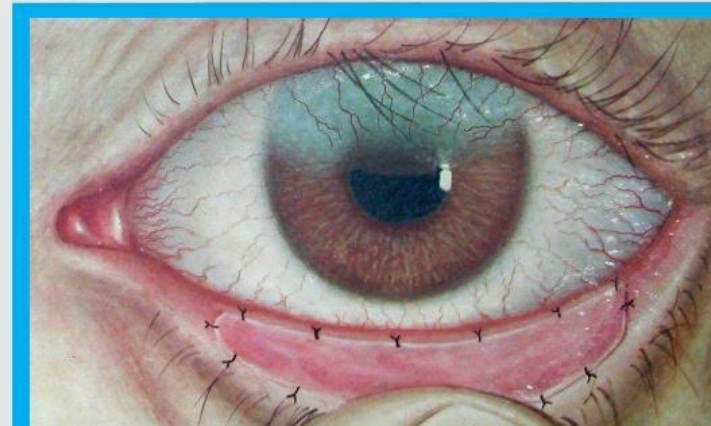
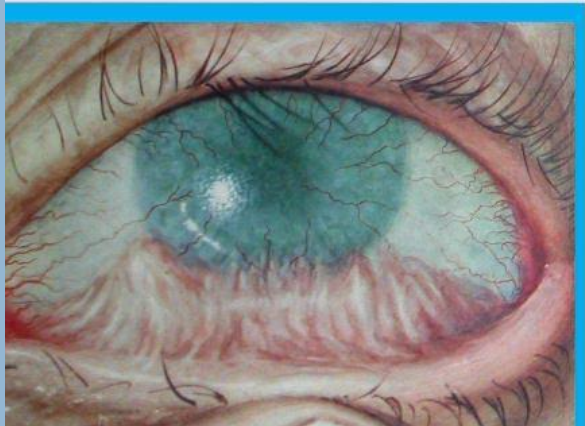
TRAXOMA



ТРАХОМА



При
ксерозе

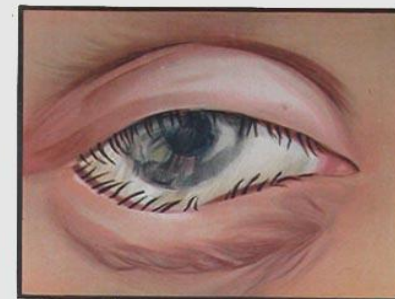
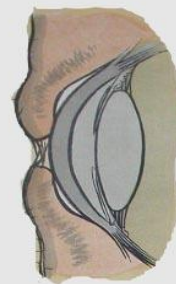


При
трихиазе

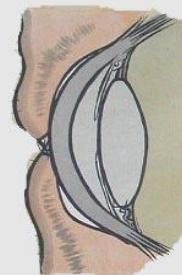
Осложнения и последствия трахомы.

- Трихиаз- неправильный рост ресниц в сторону глазного яблока
- Мадароз - прекращение роста ресниц
- Энтропион – заворот века
- Симблефарон – сращение конъюнктивы век и глазного яблока
- Ксероз – высыхание роговицы

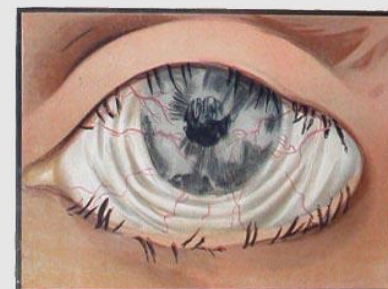
ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАХОМЫ



ЗАВОРОТ ВЕК



ТРИХИАЗ



КСЕРОЗ

Лечение трахомы

- Длительное, преимущественно местное;
- Рекомендуется экспрессия (выдавливание) фолликулов;
- Применение антибиотиков тетрациклинового ряда и сульфаниламидных препаратов:
 - 1% тетрациклиновая мазь,
 - 0,5% эритромициновая мазь,
 - этазол, колбиоцин, ципромед

Паратрахома

– это хламидийный трахомоподобный конъюнктивит вызываемый хламидиями типа Д-Е.

Является окулоурогенитальным заболеванием.

Хламидийный конъюнктивит

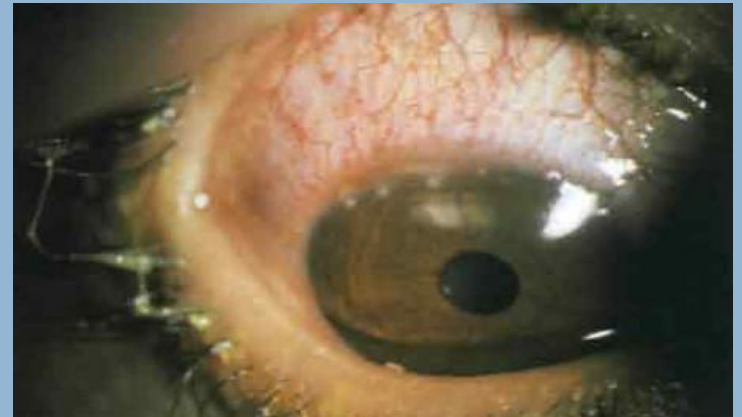
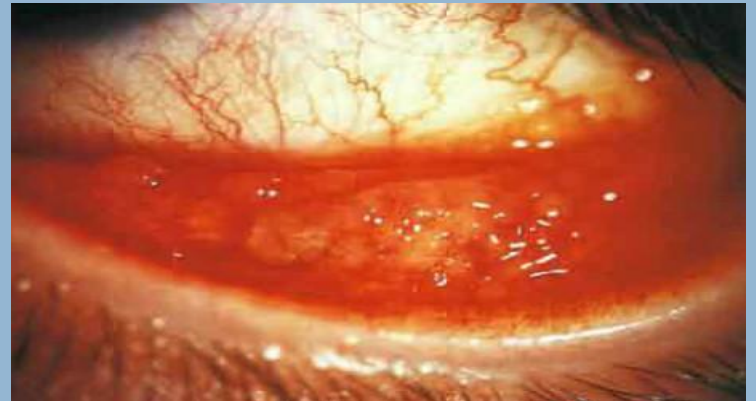
Известно около 20 видов хламидий

От 3-13 % конъюнктивитов имеют хламидийную природу

- болезнь, которая передается половым путем и связана с хламидийным (неспецифическим) уретритом или цервицитом. Чаще встречается у сексуально активных подростков и молодых взрослых лиц.
- - Глаза обычно инфицируются при прямом или косвенном контакте с инфицированными генитальными выделениями, хотя могут быть и другие способы передачи инфекции, в т.ч. распространение через косметику глаз и плавание в недостаточно хлорированных бассейнах.
- - Конъюнктивит начинается типично через 1-2 недели после заражения глаз и не является таким острым, как при аденовирусном кератоконъюнктивите. Часто пациенты жалуются на небольшие симптомы в течение от нескольких недель до нескольких месяцев.

- Подострое начало, часто хронизируется и при отсутствии лечения может персистировать в течение 3-12 мес.
- Симптомы- скудное слизисто-гнойное отделяемое, большие фолликулы, выраженные в нижнем конъюнктивальном своде, легкая лимфаденопатия

- - при сопутствующем поражении роговицы появляются мелкозернистые или крупнозернистые эпителиальных инфильтратов, порой связанных с субэпителиальными инфильтратами. Кератит чаще находят в области верхней части роговицы, но он может располагаться центрально и напоминать аденовирусный кератит. Может также развиваться микропаннус, который выступает на верхней части роговицы на длину меньшую, чем 3 мм.



Общая терапия

Этиотропные антибиотики 4 поколения:

□ Азалиды:

“Сумамед” или “Зимакс” - взрослым

500 мг, детям - 10 мг.\кг в сутки, однократно, курс лечения 3 дня.

Фторхинолоны:

□ “Максаквин” 400 мг. x 1 раз в сутки, 7-10 дней,

□ “Таривид” 200-400 мг. x 1-2 раза в сутки, 7-10 дней,

□ “Пефлоксацин” по 400-600 мг. x 2 раза в сутки, 7-10 дней.

Макролиды

- **“Рулид” 50-150 мг. х 2 р. в день-до 10 дн.**
- **“Вильпрафен” взрослым по 500 мг. х 2-3 раза в день до 10 дней, детям: 30-50 мг\кг в сутки - 3 раза в день.**
- **“Клацид” по 250 мг. х 2 р. в день до 10 дней, детям в дозе 10 мг\кг в сутки 2 раза в день.**
- **“Ровамицин” по 3 млн. МЕ х 3 р. в сутки до 10 дней, детям: от 0,375 млн. МЕ до 1,5 млн. МЕ\10 кг. в сутки;**

Иммуномодуляторы

- **“Полиоксидоний”- взр. 6-12 мг. в\м, детям: 0,1-0,15 мг.\кг. 7 -10 инъекций.**
- **“Циклоферон” по 250 мг.- 2мл. в\м, на 1,2,4,6,8,11,14,17,21 и 23 день лечения.**
- **“Виферон” per рес. по 150 000 МЕ - 500 000 МЕ по 1 св.- 2 р./день 10 дней, далее по 1 свече 2 р/день трижды в неделю курсом до 60 свечей;**
- **“Ронколейкин” per рес. по 100000 МЕ е/д курс - 20 дней.**

Традиционные схемы лечения
острого хламидийного конъюнктивита
(Авторы: Астахов Ю.С., Рикс И.А.)

| Недели лечения | Основная терапия | Дополнительная терапия |
|----------------|---|--|
| 1 нед. | Фторхинолоны последнего поколения 6 раз в день – левофлоксацин 0,5% (Сигницеф 0,5%-5мл гл. капли) | Противоаллергические капли |
| 2 нед. | Фторхинолоны последнего поколения 4 раз в день – левофлоксацин 0,5% (Сигницеф 0,5%-5мл гл. капли) | |
| 3 нед. | Фторхинолоны последнего поколения 4 раз в день – левофлоксацин 0,5% (Сигницеф 0,5%-5мл гл. капли) | Дексаметазон 0,1% гл. капли 2 раза в день |

Традиционные схемы лечения хронического хламидийного конъюнктивита

Авторы: Астахов Ю.С., Рикс И.А.

| Недели лечения | Основная терапия | Дополнительная терапия |
|----------------|---|--|
| 1 нед. | Фторхинолоны последнего поколения 4 раза в день – левофлоксацин 0,5% (Сигницеф 0,5%-5мл гл. капли) | Противоаллергические капли |
| 2 нед. | Фторхинолоны последнего поколения 4 раза в день – левофлоксацин 0,5% (Сигницеф 0,5%-5мл гл. капли) | |
| 3 нед. | Фторхинолоны последнего поколения 4 раза в день – левофлоксацин 0,5% (Сигницеф 0,5%-5мл гл. капли) | Дексаметазон 0,1% гл. капли 2 раза в день |

Алгоритм местной терапии хламидийного конъюнктивита

Авторы: проф. Майчук Ю.Ф., к.м.н. Вахова Е.С. (2009)

| Неделя лечения | Основная терапия | Дополнительная терапия |
|----------------|--|--|
| 1 нед. | Ципромед глаз. капли 5 раз в день, мазь Флоксал 4 раза в день | Полинадим 2 раза в день или Опатанол, Задитен 2 раза в день; Дикло-ф 1 раз в день |
| 2 нед. | Ципромед глаз. капли 4 раз в день, мазь Флоксал 3 раза в день | Опатанол или Задитен 2 раза в день; Дикло-ф 2 раза в день |
| 3 нед. | Ципромед глаз. капли 3 раз в день, мазь Флоксал 2 раза в день | Опатанол или Задитен 1-2 раза в день; ДексаПос 1 раз в день |
| 4 нед. | Ципромед глаз. капли 2 раз в день, мазь Флоксал 2 раза в день | Опатанол или Задитен 1-2 раза в день; ДекаПос 2 раз в день; Слезозаместительные препараты: Офтолик 2-3 раза в день |
| 5 нед. | Ципромед глаз. капли 1 раз в день, мазь Флоксал 1 раз в день | ДексаПос 2 раз в день; Слезозаместительные препараты: Офтолик 2-3 раза в день - длительно |

Полинадим



- Дифенгидрамин 1 мг (блокатор H1-гистаминовых рецепторов)
- Нафазолин 250 мкг (альфа-адреномиметик)
- — острый аллергический конъюнктивит (в т.ч. поллинозный конъюнктивит);
- — конъюнктивит при лекарственной аллергии;
- — инфекционные заболевания глаз с острым аллергическим компонентом (в качестве дополнительного средства)
- **Показан с 2 лет**



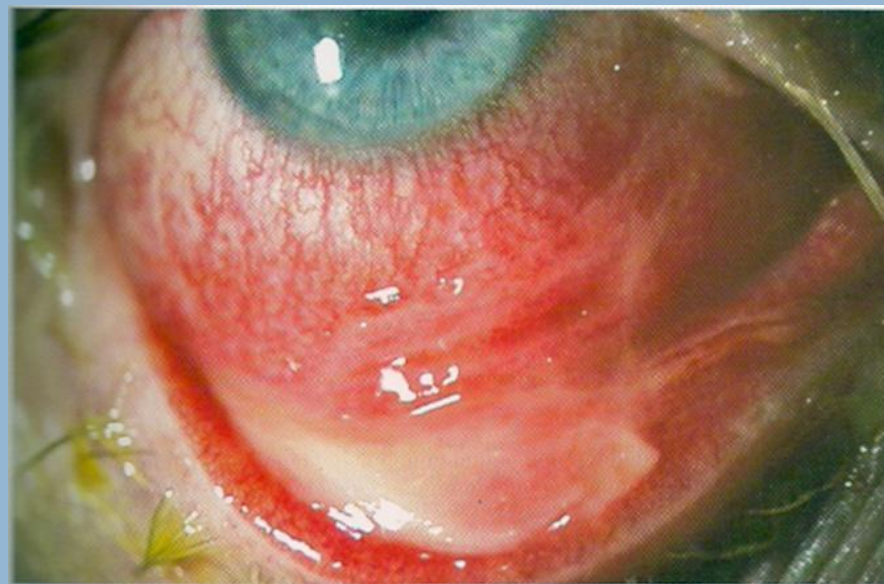
- Капли 0,1 %
- дексаметазон-21-сульфобензоат натрия 1 мг
- метилгидроксипропилцеллюлоза

- При хронических процессах дополнительно назначаются иммунологические методы:
- оценка гуморального иммунитета.
- оценка клеточного иммунитета.
- исследование Т-системы.
- выявление циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в крови.

Вирусные конъюнктивиты

- **Этиология и варианты вирусного конъюнктивита**
- • Наиболее часто аденовирусная этиология• Фарингоконъюнктивальная лихорадка, конъюнктивит сочетается с фарингитом и лихорадкой; обычно у детей.
- Острый геморрагический конъюнктивит. Сочетается с обширным кровоизлиянием под конъюнктиву, вызывается вирусом Коксаки и энтеровирусом, длительность 1-2 нед. Чаще возникает в тропических зонах.
- Герпетические конъюнктивиты
- Многие системные вирусные заболевания (например, корь, свинка, грипп) могут вызывать неспецифический конъюнктивит.

Вирусные конъюнктивиты



- Эпидемиология глазных вспышек аденовирусной инфекции была детально изучена профессором Анджеловым В.О.
- Главное место занимает передача инфекции контактным путем, через загрязненные руки, глазные инструменты и приборы, через глазные капли.
- Кроме недостатков в организации мер профилактики, вспышки аденовирусных офтальмоинфекций в глазных учреждениях могут быть связаны с передачей инфекции в инкубационном периоде или в начальном периоде в случае недостаточно выраженной клинической симптоматики заболевания.

- Аденовирусные заболевания глаз остаются серьезной проблемой практической офтальмологии в связи с широким распространением и высокой частотой вспышек аденовирусной инфекции.
- Более 70% заражений связаны с глазными учреждениями (Майчук Ю.Ф., 1988). Разнообразные серотипы аденовирусов (в настоящее время их расшифровано более 50) наряду с инфекционными поражениями глаз могут явиться причиной поражений респираторного тракта, кишечника.
- Опасностью заболевания данной инфекцией подвержены все возрастные группы. Скрытое ее распространение, многообразие клинических проявлений и нечувствительность к антибиотикам, делают аденовирусную инфекцию (АВИ) трудной проблемой практической офтальмологии (Полунин Г.С., Каспаров Е. А., Полунина Е.Г., 2005).

- Лечение АВК остается трудной проблемой в связи с недостатком в арсенале лекарственных средств с избирательным механизмом действия на возбудители аденовирусной офтальмоинфекции. В настоящее время убедительнее всего в целом ряде клинических исследований доказана терапевтическая эффективность интерферона и индукторов интерферона (Майчук Ю.Ф., 1971; 1973гг), что и дает основание отнести применение этих препаратов к основному направлению терапии аденовирусных заболеваний глаз. При этом следует подчеркнуть, что этиопатогенетически необоснованное лечение нередко приводит к развитию токсико-аллергических реакций, утяжелению основного заболевания и развитию последующих осложнений, среди которых на первый план выступают симптомы, характерные для сухого глаза.

- Инкубационный период (время от контакта с больным до первых проявлений признаков болезни) при аденовирусной инфекции 5-12 дней. Начало аденовирусной инфекции, как у всех ОРВИ, проявляется подъемом температуры, слабостью, снижением аппетита, умеренной головной болью и другими признаками интоксикации. Итак, для аденовирусной инфекции характерно:
 - Одутловатость лица.
 - Сильный насморк и навязчивый сухой кашель.
 - Увеличение лимфоузлов (лимфаденопатия).
 - Конъюнктивит (воспаление конъюнктивы глаза).
 - Могут увеличиться печень и селезенка.

Течение болезни волнообразное, то болезнь затухает и кажется, то возобновляется опять, с подъемом температуры и появлением новых симптомов, и достаточно длительное (до 3-4 недель).

аденовирусная инфекция может скрываться под самыми разными масками, представляя тот или иной набор всевозможных симптомов

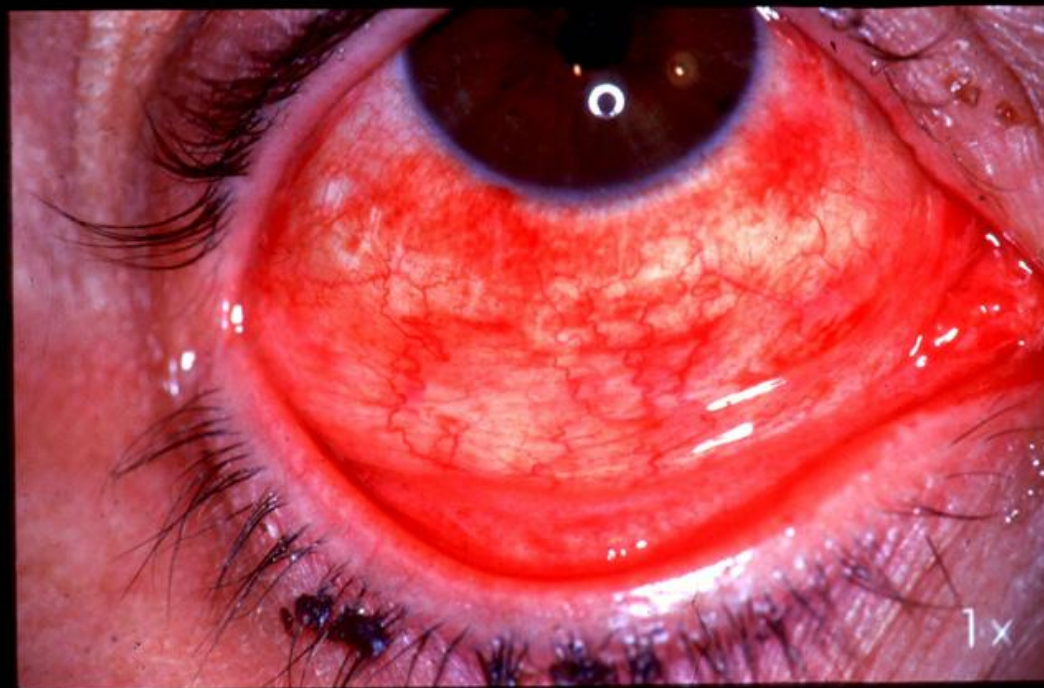
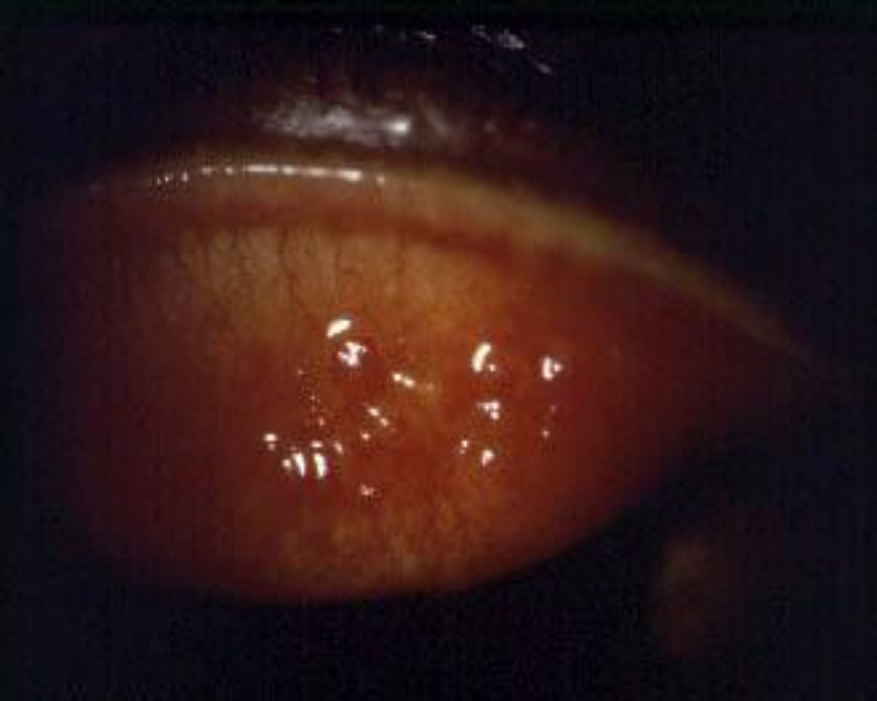
Учитывая многообразие проявлений аденовирусной инфекции, выделяют конкретные формы болезни.

- **Фарингоконъюнктивальная лихорадка**
- Вызывается аденовирусами 3,4,7 типов и редко 5. Кератит развивается примерно в 30 % случаев, но редко бывает тяжелым
- **Эпидемический кератоконъюнктивит** наиболее часто вызывается 8 и 19 типами аденовирусами. В отличие от лихорадки не имеет общих симптомов. Кератит развивается в 80 % случаев и может иметь тяжелое течение.

- **Фарингоконъюнктивальная лихорадка**
- Вызывается аденовирусами 3,4,7 типов и редко 5. Кератит развивается примерно в 30 % случаев, но редко бывает тяжелым
- **Эпидемический кератоконъюнктивит** наиболее часто вызывается 8 и 19 типами аденовирусами. В отличие от лихорадки не имеет общих симптомов. Кератит развивается в 80 % случаев и может иметь тяжелое течение.

- Симптомы конъюнктивита:
- Проявится остро водянистым отделяемым, дискомфортом и светобоязнью, часто вовлекаются оба глаза
- Отек век
- Водянистое отделяемое и конъюнктивальные фолликулы
- Субконъюнктивальные кровоизлияния, отек и псевдомембраны
- Легкая лимфаденопатия

Вирусный КОНЪЮНКТИВИТ.

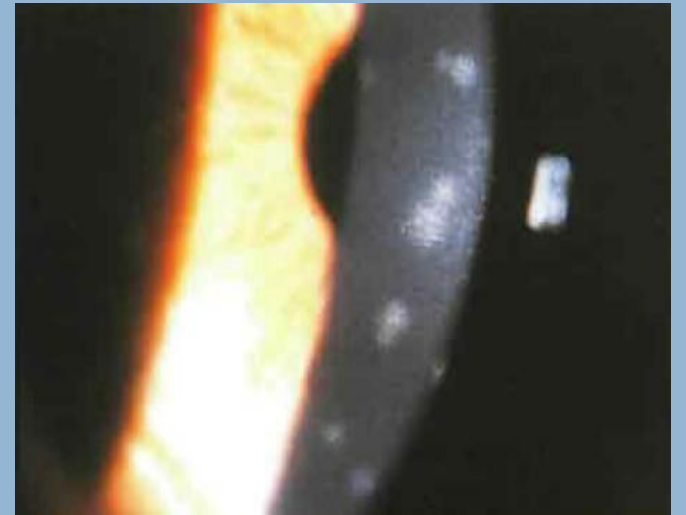


- Аденовирусный конъюнктивит может проявляться в трех формах:
- *Катаральная форма.* Воспалительные проявления выражены в незначительном масштабе, отделяемое появляется в небольшом количестве, покраснение небольшое. Длительность заболевания составляет порядка недели при легком его течении.
- *Пленчатая форма.* Возникает в 25% из общего числа случаев аденовирусного конъюнктивита. Как становится ясно из названия, слизистая глаз покрывается тоненькими легкоустраняемыми пленками серо-белого оттенка. В некоторых случаях они также могут быть достаточно плотно припаяны к поверхности конъюнктивы, чему сопутствует появление обнажающейся кровоточащей поверхности. Данные проявления требуют проведения обследования на дифтерию. Исчезновение пленок, как правило, не оставляет следов, однако некоторые случаи оставляют незначительные рубцы.
- *Фолликулярная форма.* Слизистая оболочка покрывается в данном случае мелкими пузырьками, которые иногда могут быть и крупными по размерам.

Особенности клинического течения.

Аденовирусный конъюнктивит



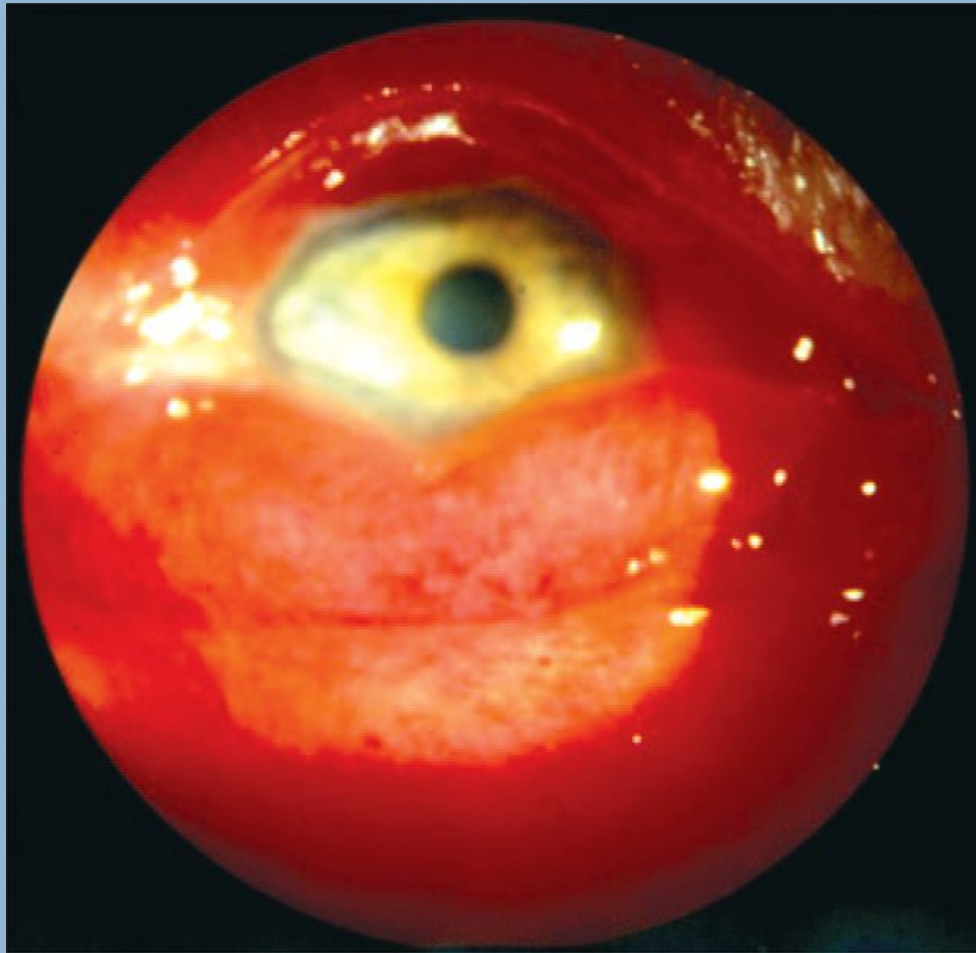


Стадии аденовирусного кератита

- 0 Диффузные точечные эпителиальные язвочки 1-3 день
- I Диффузный точечный эпителиальный кератит 4-7 день
- II Глубокий точечный эпителиальный кератит 6-10 день
- III Глубокий точечный эпителиальный кератит, передний стромальный кератит 8-12 день
- IV Передний стромальный кератит 12-18 день
- V Передний стромальный кератит.
- Изменения эпителия недели-месяцы

Субэпителиальные инфильтраты при аденовирусных кератоконъюнктивитах локализуются в передней строме (никогда в глубокой строме). Они маленькие и однообразные по размерам и форме. Нет неоваскуляризация роговицы.

Гиперэргический аденовирусный конъюнктивит (ГАК)



Особенности течения аденовирусного конъюнктивита у детей (Майчук Д.Ю., 2012)

- - фолликулярная
- - инфильтративная
- Фолликулярная форма (возможно клиника без фолликулов, сложность диагностики)
- Экспресс-диагностика аденовируса
- Инфильтративная форма
- - характерна для сезона 2012 года
- -дети поражаются также часто, как и взрослые
- - эпидемическая опасность в детских учреждениях
- - частота появления пленок и инфильтратов у детей
- - увеличилось число детей с сохраняющимся раздражением
КОНЪЮНКТИВЫ

Изменения стадийности процесса в сезоне 2012 года

| Стадия процесса | раньше | Сезон 2012 |
|--------------------|------------|-------------|
| 1. отек | 1-2 дня | 1-4 дня |
| 2. активная | 3-8 дней | 4-14 дней |
| 3. выздоровление | 3 неделя | 3 неделя |
| 4. сухость | Нет данных | 4-12 недель |
| 5. Повторная атака | Данных нет | 2-3 месяца |

Диагностика аденовирусных КОНЪЮНКТИВИТОВ:

- При обследовании больных использовались **традиционные методы**, принятые в офтальмологической практике:
- визометрия с коррекцией
- осмотр при боковом (фокальном) освещении
- биомикроскопия с помощью щелевой лампы
- Офтальмоскопия
- биомикроскопия с применением флюоресцеинового теста и витальных красителей бенгальского-розового и лиссамина-зеленого (оценка ксероза конъюнктивы роговицы по Bijsterveld) при наличии симптомов сопутствующей сухости глаза

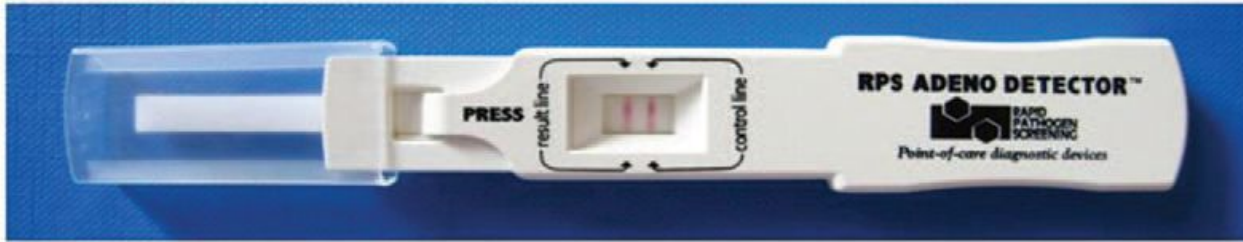
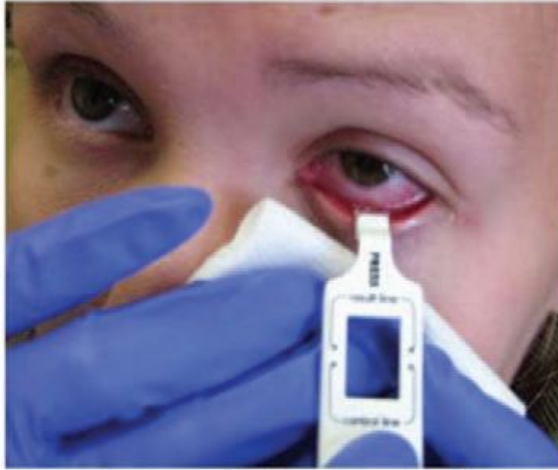
- метод выделения вируса в тканевых культурах (из-за сложности проводится только в научных исследованиях)
- метод полимеразной цепной реакции (ПЦР, в нашей стране используется редко)
- метод иммунофлюоресценции (ИФ), при котором исследуется соскоб с конъюнктивы век.
- Эти методы требуют специального дорогостоящего оборудования, высококвалифицированных специалистов, выполнение исследований занимает достаточно долгое время. К недостаткам ИФ также следует отнести субъективность оценки

Ранняя диагностика

аденовирусной

офтальмоинфекции

- иммунохроматографический экспресс-тест PRS Adeno Detector (США). Тестирование проводится в кабинете врач-офтальмолог. тест-системы для экспресс-диагностики АОИ. Метод отличается быстротой получения ответа (10 мин), простотой выполнения и учета результатов, может применяться в кабинете окулиста, исследование не требует специальной аппаратуры, результаты определяются визуально. С помощью коллектора забирали слезу и клетки конъюнктивы из нижнего свода и помещали в пластиковую кассету. Абсорбирующую часть кассеты погружали в буфер на 15 секунд, далее время экспозиции составляло 10 минут. При наличии в исследуемом материале антигена аденовируса в специальном окне кассеты проявляются две красные полосы - сначала полоса анализа, затем контрольная полоса.



Лечение аденовирусного КОНЪЮНКТИВИТА

- Терапия зависит от стадии процесса
- 1. Стадия отека и активная
 - - офтальмоферон 6 раз в день
 - -нестероидные противовоспалительные препараты
 - - антибиотики
- Часто процесс протекает с образованием пленок, в 95% случаев –полное рассасывание
- Может образовываться симблефарон

Стадия выздоровления

- -кортикостероиды (офтан-дексаметазон по 1 капле 3 раза в день, максимальная продолжительность 3 недели). Возможен подъем ВГД, поэтому назначаем контроль ВГД через 1 неделю
- - витабакт 3-4 раза в день в течение 10 дней
- - кератопротектор (баларпан)

Терапия в стадии сухости

- -продолжительность 4-12 недель
- - слезозаменители 1-2 раза в день в течение 2 месяцев

- Учитывая полученные результаты, были разработаны следующие алгоритмы терапии в соответствии с тремя клиническими формами – аденовирусный конъюнктивит, эпидемический кератоконъюнктивит и гиперэргический конъюнктивит.
- **Оптимизация терапии при аденовирусном конъюнктивите:** Офтальмоферон по 2 кап. х 8 раз в день, уменьшая количество инстилляций до 6-4 раз в день;
- противоаллергическая терапия: Опатанол 0,1% по 2 кап. х 2 раза в день (с 3 лет)
- Препараты искусственной слезы по 2 кап. х 4-6 раз в день 10-14 дней.

- **Оптимизация терапии при эпидемическом кератоконъюнктивите:**
- При появлении субэпителиальных инфильтратов: добавление к базовой терапии с использованием Офтальмоферона добавляли кортикостероиды – по 2 кап. x 2 раза в день.
- При вовлечении в процесс роговицы добавлялись препараты репаративного действия - Баларпан по 2 кап. x 3 раза в день, глазная мазь Вита Пос на ночь сроком на 10-14 дней.
- В качестве слезозаместительной терапии использовались препараты искусственной слезы по 2 кап. x 4-6 раз до 6 месяцев.
-

■ **Оптимизация терапии при гиперэргическом конъюнктивите:**

При появлении признаков ГЭК: добавление к базовой терапии с использованием Офтальмоферона кортикостероидов по 2 кап. x 2 раза в день.

При формировании пленок: механическое удаление пленок с последующим наложением антибактериальной мази Флоксал на ночь.

При появлении субэпителиальных инфильтратов: добавление к базовому лечению препаратов репаративного действия (Баларпан, ВитА Пос).

Препараты искусственной слезы по 2 кап. x 4-6 раз длительно.

- **Оптимизация терапии вторичного сухого глаза в зависимости от степени тяжести:**
- **ВСГ легкой степени:** Инстилляциии глазных капель Офтальмоферон по 2 капли 2 раза в день 10 – 14 дней. Препараты искусственной слезы с низкой осмолярностью в инстилляциях по 2 кап. x 6-8 раз в день длительно;
- **ВСГ средней степени:** Инстилляциии глазных капель Офтальмоферон по 2 капли 3 раза в день 14 дней. К базовой слезозаместительной терапии добавить репаративные препараты - Баларпан по 2 кап. 3 раза в день; глазная мазь Вита Пос на ночь, сроком лечения до нескольких месяцев;
- **ВСГ тяжелой степени:** Инстилляциии глазных капель Офтальмоферон по 2 капли 3 раза в день 21 день. Совместно с препаратами искусственной слезы и репаративными препаратами использовать кортикостероиды Максидекс или Декса Пос в инстилляциях 1-2 раза в день сроком до 14 дней.

Противовирусные препараты.

| Торговое название | Международное название | Клинико-фармакологич. группа |
|--|------------------------|--|
| 1. Офтан-иду 0,1 % капли снят с производства КЕРЕЦИД | идоксуридин | противовирусный |
| 2. полудан - порошок 100 ЕД | | Противовирусный и иммуномодулирующий, индуктор синтеза интерферона |
| 3. зовиракс -мазь 3% | ацикловир | противовирусный |
| 4. Виролекс мазь | ацикловир | Противовирусный |
| 5. «Зирган» глазной гель 0,15 % | ганцикловир | противовирусный |
| 6. Бонафтон 0,25% мазь | | противовирусный |
| 7. интерферон | | противовирусный |

2. Герпетический конъюнктивит

- **Формы:**
- 1. катарральная- острое течение
- 2. фолликулярная- длительное вялое течение
- 3. везикулярно-язвенная-свежие герпетические пузырьки без последующих рубцов.
- **Лечение:**
- 1. ацикловир- глазная мазь 4-6 раз в день или Зирган по у капле 5 раз в день
- 2. полудан, офтальмоферон
- 3. антибактериальные капли широкого спектра действия
- 4. противоаллергические препараты
- 5. препараты искусственной слезы
- При отсутствии эффекта в течение 7-10 дней заменяем противовирусный препарат.
- - иммуномодуляторы внутрь
- - герпетическая поливакцина

Аллергический конъюнктивит – это воспалительная реакция конъюнктивы на воздействие аллергенов, характеризующаяся

- Отеком конъюнктивы
- Зудом
- Гиперемией конъюнктивы
- Образованием фолликулов или сосочков на конъюнктиве

Могут быть единственным проявлением гиперчувствительности или сочетаться с другими аллергическими заболеваниями

Около 20% населения страдает от аллергических конъюнктивитов

- Большинство пациентов заболевает аллергией в детстве
- 2-й пик заболеваемости аллергией приходится на пост-пубертатный период (18-35 лет)
- Широкое распространение по всему миру

Клинические формы аллергических КОНЪЮНКТИВИТОВ

- Сезонный
- Круглогодичный
- Гигантский папиллярный конъюнктивит (ГПК)
- Весенний кератоконъюнктивит (ВКК)
- Атопический кератоконъюнктивит (АКК)
- Лекарственный кератоконъюнктивит
- Инфекционно-аллергический

Сезонный/круглогодичный конъюнктивит

Причины:

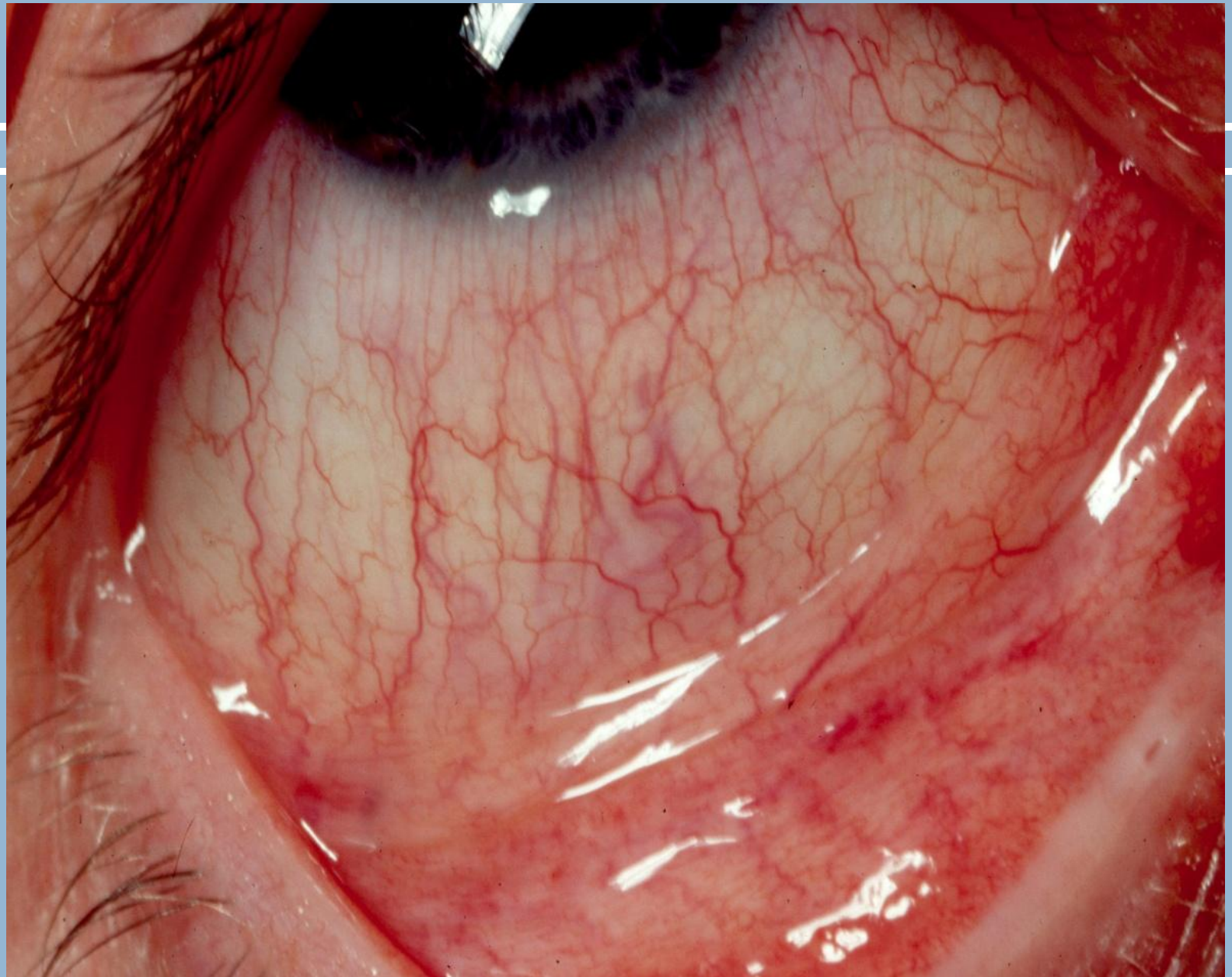
- **Загрязнение окружающей среды**
- **Генетическая предрасположенность**

Особенности:

- **Семейный анамнез**
- **Отсутствие эозинофилов в мазке**
- **Повышенное содержание гистамина в слезе**
- **Нормальная функция гистаминазы**

Симптомы/Признаки:

- **Гиперемия**
- **Хемоз**
- **Отек век**
- **Слизистое отделяемое**
- **Слезотечение**
- **Зуд**



Весенний кератоконъюнктивит (ВКК)

Причины:

- Генетическая предрасположенность
- Астма или экзема в анамнезе
- Неспецифическая гиперчувствительность

Особенности:

- В основном болеют мальчики от 3 до 20 лет
- Повышение уровня поверхностных тучных клеток, эозинофилов и лимфоцитов
- Понижение уровня гистаминазы

Симптомы/Признаки:

- Зуд
- Тягучее слизистое отделяемое
- Фотофобия
- Гигантские папиллярные образования на верхней тарзальной конъюнктиве «булыжная мостовая»
- Язва роговицы
- Неоваскуляризация роговицы





□ **Лечение весеннего конъюнктивита.**

В конъюнктивальный мешок назначают закапывание растворов кортикостероидов (1% суспензия гидрокортизона, 0,1% раствор дексаметазона)

□ 0,25% раствор сульфата цинка

□ 1% раствор димедрола. На ночь за веки закладывают гидрокортизоновую мазь.

Проводят также инъекции дексаметазона под конъюнктиву по 0,3 мл. Внутрь назначают антигистаминные препараты в дозах соответственно возрасту.

Назначают также препараты кальция. В последнее время рекомендуют криоапликацию сосочковых разрастаний конъюнктивы. В солнечные дни больные должны носить светозащитные очки.

Атопический кератоконъюнктивит (АКК)

Причины:

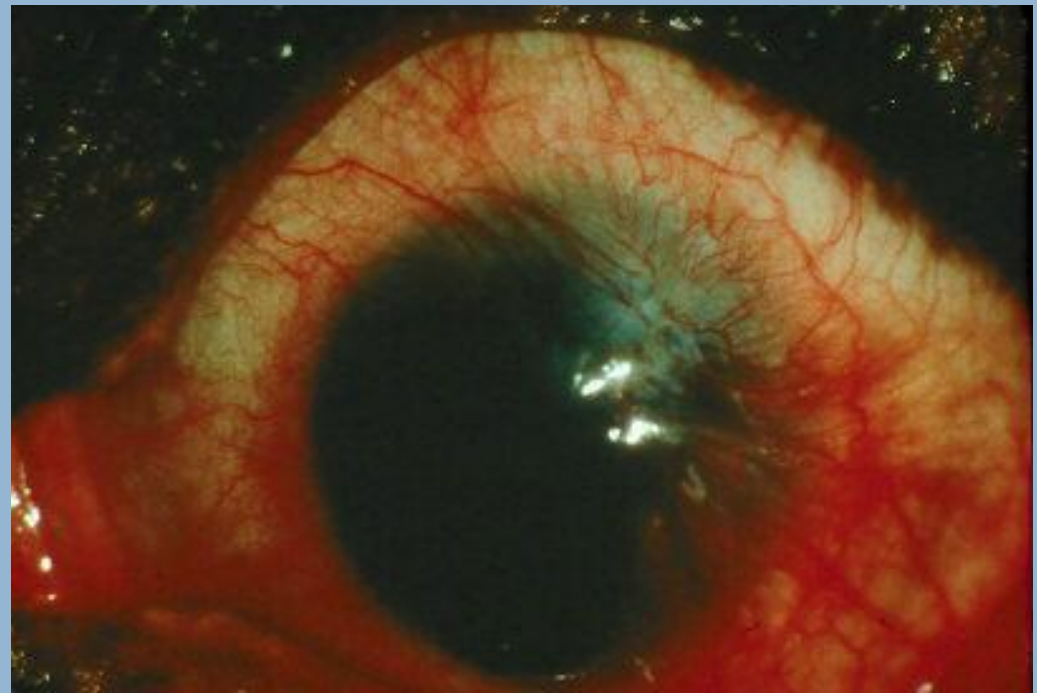
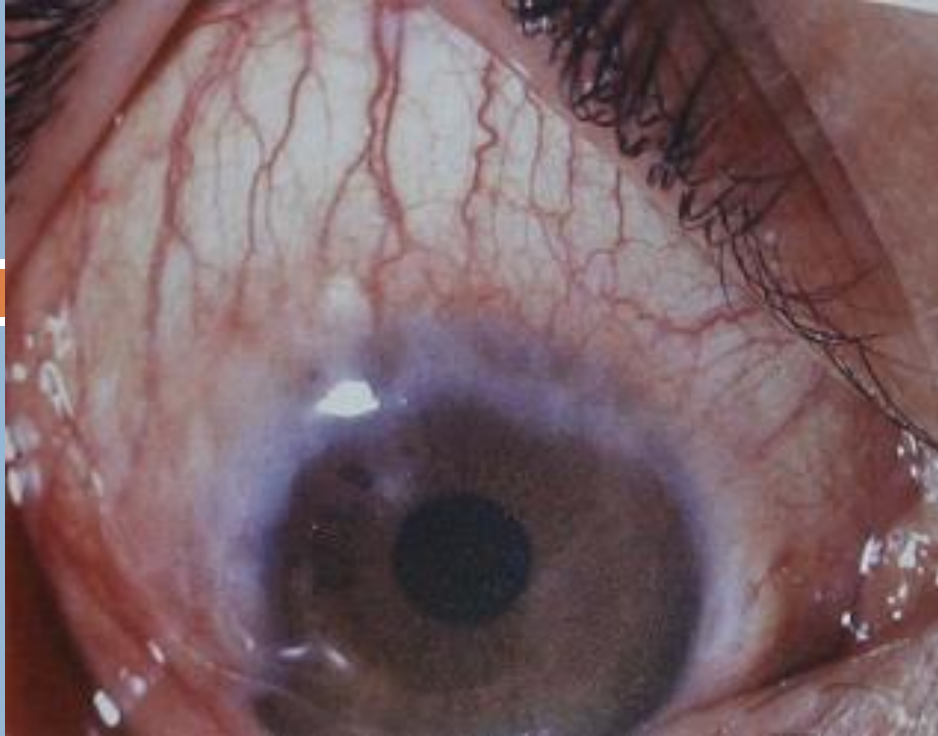
- Атопический дерматит в анамнезе (3% населения) (25% из них страдают АКК)
- Хроническое течение
- Генетическая предрасположенность

Особенности:

- Манифестация в пределах 20 - 50 лет
- Обострения в зимний период

Симптомы/Признаки:

- Зуд
- Гиперемия
- Атопический блефарит
- Кератопатия
- Кератоконус
- Переднекапсулярное помутнение
- Слизистое отделяемое
- Преимущественно поражается кон-ва нижнего века, в исходе- рубцевание
- Возможно образование язвы в виде «щита» в верхних отделах роговицы (четко очерченный, стерильный серобелый инфильтрат), приподнятые белые точечные очажки из дегенеративно измененных эозинофилов в области лимба (точки Горнера-Грантаса), поверхностная точечная кератопатия.



Лечение атопического конъюнктивита

- 1. Лечится как аллергический конъюнктивит, но кроме этого профилактически за 2—3 нед. до начала сезона назначают стабилизатор мембран тучных клеток (например, 0,1% раствор лодоксамида 4 раза в день) или стабилизатор мембран тучных клеток и/или антигистаминный препарат (например, 2% раствор недокромила 2 раза в день, 0,1 % раствор олопатадина 2 раза в день, 0,025% раствор кетотифена или 0,05% раствор ацеластина).
- 2. Если язва в виде «щита» уже имеется, необходимо добавить к лечению:
 - Стероид местно (например, 0,5% суспензия лотепреднола или 1% раствор преднизолона, дексаметазон (0,1% мазь)) 4—6 раз в день.
 - Антибиотик местно
- - комбинированный препарат (антибиотик+гормон) 1 капле 4-6 раз в день
- Циклоплегический препарат (например, цикломед 3 раза в день).
- Добавляют противоаллергические капли, как при аллергическом конъюнктивите, если пациент их еще не применяет.
- 4. 0,05% раствора циклоспорина (например, Рестасис) 2 раза в день, если не было реакции на предшествовавшее лечение. Максимальный эффект развивается через несколько недель.



- Показания:
- — снижение слезопродукции вследствие сухого кератоконъюнктивита
- -эмульс. глазная 0,5 мг/мл фл. д/однораз. исп. 0,4 мл, в уп. из п/п, № 30
- 2315 руб.

Лекарственный конъюнктивит

Причины

- Может возникнуть после однократной инстилляци
- Обычно развивается после длительного применении

Хронические лекарственные конъюнктивиты

Симптомы/ признаки

- Острая реакция- интенсивный зуд и выраженный хемоз
- Хронические конъюнктивиты имеют стертую клиническую картину.

- 1. Антигистаминные препараты.
 - - Сперсаллерг
 - - системные внутрь
- 2. Тормозят дегрануляцию тучных клеток- производные кромоглициевой кислоты
 - - лекролин- 2 %-10,0 мл
 - - кузикром 4%- 6,0 мл
 - - хай-кром
 - - кромогексал натрия
- 3. Производные левокабастина.
 - - аллергодил 0,05 %-6 мл
 - - гистимед 0,5 % - 4,10 мл
- 4. Производные лодоксамида
 - - аломид 0,1%-5,10,15 мл

□ 5. Комбинированные

- - опатанол 0,1%-5 мл (1 и 2 гр.) Он блокирует H1 гистаминовые рецепторы и стабилизирует мембраны тучных клеток
- - бетадрин 10 мл- сосудосужив., противоаллерг., противомикробный

□ 6. Кортикостероиды

- - офтан-дексаметазон
- - пренацид
- - максидекс

□ 7. сосудосуживающие

- -визин 0,05 %-15 мл
- - ОКТИЛИЯ

Местная терапия аллергических КОНЪЮНКТИВИТОВ

Базисная терапия

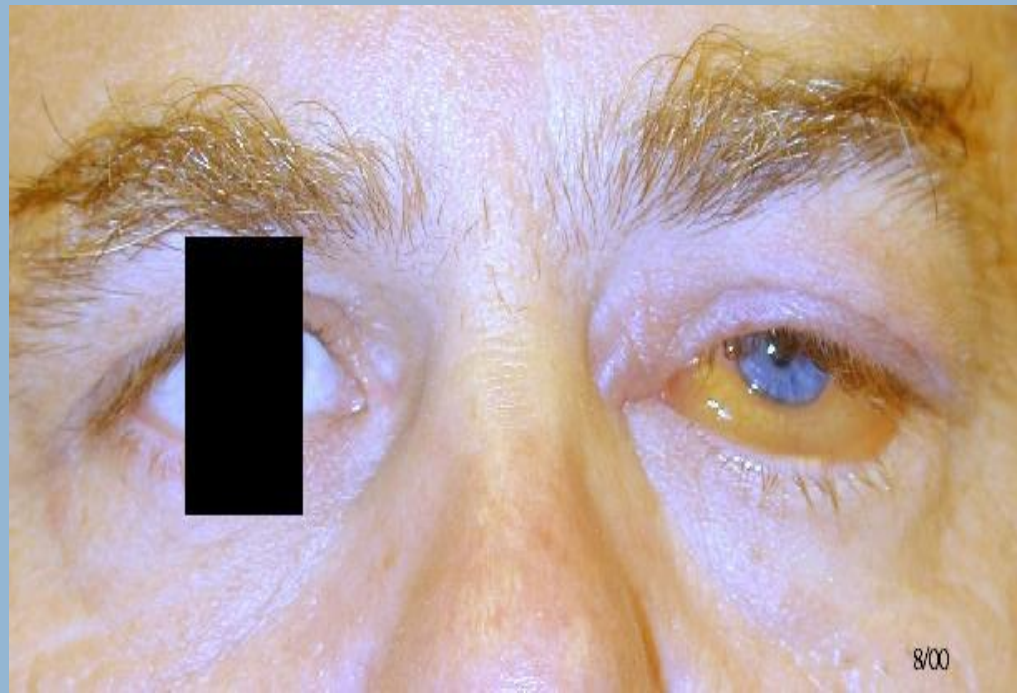
- **Антигистаминные препараты (*сперсаллерг, аллергофтал*)**
- **Мембранстабилизирующие препараты, тормозят дегрануляцию тучных клеток (*лекролин 2%, кузикром 4%*)**
- **Комбинированные (олапатадин) по 1 капле 2 раза в день 21 день**
- **антигистаминный препарат внутрь – дезлоратадин по 1 таблетке в течение 10 дней**
- **с 5-7 го дня болезни-слезозаменители 4 раза в день**

Дополнительная терапия

- ***Глюкокортикоиды (дексаметазон 0,1%, максидекс) 3 раза в день в течение 7 дней***
- ***Нестероидные (дикло-ф) 3 раза в день***
- ***Вазоконстрикторы (октилия) ??? со второй недели 2 раза в день в течение 1 недели***
- ***Комбинированные (декса-гентамицин, тобрадекс, макситрол)***

Конъюнктивит весенний (катар).

- 3 формы: конъюнктивальная, лимбальная и смешанная.
- Конъюнктивальная- липкое, тянущееся отделяемое; в. веко покрыто бледно-розовыми сосочковыми разрастаниями- «булыжная мостовая», на в. Переходную складку они не распространяются, н. веко-утолщено, разрастаний нет.
- Лимбальная форма- серовато-белые стекловидные утолщения лимба.
- Смешанная форма- страдает и в.веко, и лимб.
- Лечение:
 - - промывание
 - - м.местный анестетик для устранения неприятных ощущений
 - - кортикостероиды(дексаметазон, гидрокортизон)
 - - аломид, лекролин
 - - антигистаминные внутрь
 - - десенсибилизирующая терапия



- **4. Конъюнктивит гигантососочковый-папиллярный.**
- Причина- микротравмы слизистой(ношение контактных линз, протезов, раздражение швами)
- На конъюнктиве в.века- крупные (до 1 мм в диаметре) и гигантские (более 1 мм) фолликулы.



- Уважаемые студенты!
- Просим ответить на прилагаемые вопросы и отправить на почту oftalmo2015@yandex.ru с обязательным указанием ФИО и № группы

- 1. Какие лекарственные средства из перечисленных не применяются в лечении конъюнктивитов?
- а) раствор тимолола;
- б) витабакт;
- в) окомистин;
- г) мазь оксолиновая;
- д) мазь «ципрофлоксацин».

- 2. К симптомам конъюнктивита относятся:
- а) конъюнктивальная инъекция глазного яблока;
- б) фолликулез конъюнктивы;
- в) все перечисленное;
- г) гиперемия и разрыхленность конъюнктивы век;
- д) слизисто-гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости.

Спасибо за внимание!

