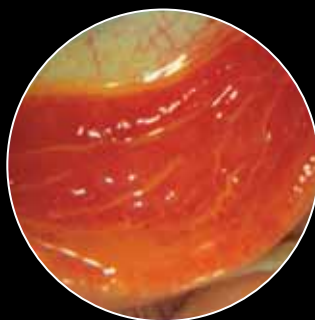


Ю. Ф. Майчук

КОНЪЮНКТИВИТЫ. СОВРЕМЕННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Краткое пособие для врачей
Издание второе, дополненное



Москва
2014

Ю. Ф. Майчук

**КОНЪЮНКТИВИТЫ.
СОВРЕМЕННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ**

Краткое пособие для врачей
Издание второе, дополненное

**Москва
2014**



Майчук Юрий Фёдорович – профессор, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, экс-руководитель отдела инфекционных и аллергических заболеваний глаз (1965–2012), ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней имени Гельмгольца» Минздрава России

Пособие подготовлено для врачей-офтальмологов и семейных врачей с преимущественной ориентацией на опыт применения новых лекарственных средств в лечении основных клинических форм конъюнктивитов и блефароконъюнктивитов.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КОНЪЮНКТИВИТОВ	5
ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ДИАГНОСТИКА КОНЪЮНКТИВИТОВ	7
ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ КОНЪЮНКТИВИТОВ	8
ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ КОНЪЮНКТИВИТАХ	9
АЛГОРИТМ ТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ КОНЪЮНКТИВИТОВ	17
БАКТЕРИАЛЬНЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ	17
ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ, ВЫЗВАННЫЕ СТАФИЛОКОККОМ	17
ОСТРЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ, ВЫЗВАННЫЙ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ	20
ОСТРЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ, ВЫЗВАННЫЙ ГОНОКОККОМ	22
ГРИБКОВЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ	24
ХЛАМИДИЙНЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ	26
ВИРУСНЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ	29
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТ (ЭКК)	29
АДЕНОВИРУСНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ (АВК)	31
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ (ЭГК)	33
ГЕРПЕСВИРУСНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ	35
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ	37
ЛЕКАРСТВЕННЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ (ЛК)	39
ПОЛЛИНОЗНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ (ПК)	41
ХРОНИЧЕСКИЙ КРУГЛОГОДИЧНЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ (ХКАК)	43
ВЕСЕННИЙ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТ (ВКК)	45
КРУПНОПАПИЛЛЯРНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ (КПК)	47
АТОПИЧЕСКИЙ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТ (АКК)	49
СУХОЙ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТ («СУХОЙ ГЛАЗ»)	51
ЛИТЕРАТУРА	54

ВВЕДЕНИЕ

Конъюнктивит – это воспалительная реакция конъюнктивы (соединительной оболочки глаза) на вредные воздействия. Конъюнктивит характеризуется покраснением и отёком слизистой, отёком и зудом век, отделяемым с конъюнктивы образованием фолликулов или сосочков на конъюнктиве. Конъюнктивит нередко сопровождается воспалением краёв век (блефаро-конъюнктивит) и/или заболеванием роговицы (кератоконъюнктивит).

Покраснение глаза является тревожным сигналом, общим для многих глазных болезней, объединённых под названием «синдром красного глаза». Наиболее частой причиной является относительно не опасный конъюнктивит инфекционный, аллергический или нарушение слёзной плёнки. Высокая частота такой причины может послужить поводом для ложного впечатления, что покраснение глаза неопасно, и задержать диагностику серьёзного заболевания, угрожающего слепотой. Вот поэтому необходимо с самого начала исключить другие заболевания, сопровождающиеся покраснением глаза: острый ирит, приступ глаукомы, язва или травма роговицы, склерит, эписклерит.

Иногда конъюнктивиты разрешаются самостоятельно, в других случаях они могут перейти в хроническое рецидивирующее течение, тягостное для больного, а иногда прогрессируют и вызывают тяжёлые осложнения с потерей зрения.

Достоверная диагностика клинических форм конъюнктивитов зависит от тщательной интерпретации анамнеза, результатов клинического исследования и диагностических тестов.

Различают 3 основные группы конъюнктивитов: инфекционные (бактериальные, вирусные, хламидийные, грибковые), аллергические (инфекционно-аллергические) и конъюнктивиты, связанные с нарушением слёзной плёнки – болезнь «сухого глаза» (сухой глаз).

Лечение конъюнктивитов может представлять большие трудности, причём разные в различных клинических группах. Так в лечении инфекционных конъюнктивитов основная проблема связана с развитием лекарственной устойчивости возбудителей инфекции. Обычно, чем продолжительнее в широкой практике применяется препарат, тем больше к нему резистентных штаммов возбудителей. Отсюда – бесконечный поиск и разработка новых противомикробных лекарственных средств.

Большие трудности в лечении аллергических конъюнктивитов, так как по сути аллергия – это диагноз почти всегда пожизненный.

Причины нарушения стабильности слёзной плёнки и развития болезни сухого глаза очень разнообразны и лечение требует большой настойчивости врача и терпения пациента.

Задача настоящего краткого пособия – представить в сжатой форме наиболее важную информацию о клинических особенностях различных групп конъюнктивитов и возможностях выбора современной базисной и дополнительной терапии с учётом лекарственных средств, недавно поступивших в офтальмологическую практику.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КОНЪЮНКТИВИТОВ

По данным последних лет показатели заболеваемости глаз не только не снижаются, но даже повышаются: ежегодно за офтальмологической помощью обращается каждый второй гражданин России [1]. По расчётным данным число больных с воспалительными заболеваниями глаз достигает 18 млн, в том числе больных с конъюнктивитами – 12 млн [2].

Конъюнктивиты рассматриваются в числе наиболее широко распространённых поражений глаз, они составляют более 60% воспалительных заболеваний глаз. В пожилом возрасте заболевания глазной поверхности встречаются в 70–80% случаев [3].

В «Кратком издании национального руководства по офтальмологии» приведена следующая классификация заболеваний конъюнктивы [4].

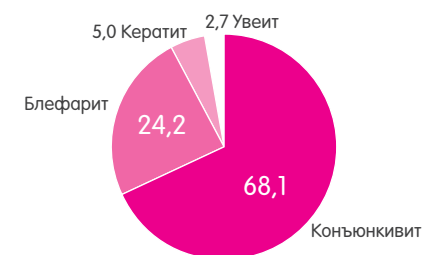


Рис. 1. Структура воспалительных заболеваний глаз, (в %)

I. Инфекционные конъюнктивиты

IA. Бактериальные конъюнктивиты

- IA.1. Острые и хронические конъюнктивиты, вызываемые стафилококком.
- IA.2. Острый конъюнктивит, вызываемый синегнойной палочкой.
- IA.3. Острый конъюнктивит, вызываемый гонококком.

IB. Хламидийные конъюнктивиты

- IB.1. Трахома
- IB.2. Хламидийный конъюнктивит взрослых (паратрахома)
- IB.3. Хламидийный конъюнктивит новорожденных

IC. Вирусные конъюнктивиты

- IC.1. Эпидемический кератоконъюнктивит
- IC.2. Аденовирусный конъюнктивит
- IC.3. Эпидемический геморрагический конъюнктивит
- IC.4. Герпесвирусный конъюнктивит

ID. Грибковые конъюнктивиты

II. Аллергические конъюнктивиты

- IIA. Поллинозные конъюнктивиты
- IIВ. Лекарственный аллергический конъюнктивит
- IIС. Весенний катар
- IID. Крупнопиллярный конъюнктивит
- IIЕ. Хронический аллергический конъюнктивит
- IIF. Крупнопиллярный конъюнктивит
- IIG. Атопический кератоконъюнктивит

III. Дистрофические заболевания конъюнктивы

- IIIA. Синдром «сухого глаза»
- IIIB. Пингвекула
- IIIC. Крыловидная плева (птеригиум)

ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ДИАГНОСТИКА КОНЪЮНКТИВИТОВ

Таблица 1. Ориентировочная дифференциальная диагностика клинических форм конъюнктивитов

Клиническая форма	Возраст	Течение	Конъюнктива	Отделяемое
Бактериальный	Детский, пожилой	Острое или хроническое	Гиперемирована, разрыхлена	Гнойное
Вирусный	Средний	Острое	Резко гиперемирована	Серозное
Хламидийный	Средний	Подострое или хроническое	Умеренная гиперемия, фолликулы	Слизисто-гнойное
Аллергический	Детский, средний	Острое или хроническое	Отёчная, гиперемирована, зуд век	Серозное
Сухой глаз	Старший	Хроническое	Гиперемирована, жжение, чувство «песочка»	Нетипично

Таблица 2. Ориентировочная диагностика конъюнктивита на основе клинических признаков поражения конъюнктивы

Гипертрофия сосочков	Фолликулы	Фиброз	Мембраны и псевдомембраны	Кровоизлияния	Хемоз
Весенний Крупнопиллярный Поллинозный Атопический	Хламидийный Лекарственный Хронический	Атопический Вирусный	Вирусный Атопический Лекарственный	Вирусный Бактериальный Хронический	Поллинозный Лекарственный Вирусный

ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ КОНЪЮНКТИВИТОВ

Особенности уникального анатомического расположения и строения глаза определяют выбор методов лечения. Преимущественно используют местную терапию: капли, мази, гели, глазные плёнки, контактные линзы (насыщенные лекарствами), субконъюнктивальные и парабулбарные инъекции, введение ЛС в переднюю камеру глазного яблока и в стекловидное тело. В тяжёлых случаях глазной патологии ЛС применяют системно: внутрь, внутримышечно, внутривенно.

Трудности в лечении инфекции глаза обусловлены:

- ростом числа лекарственно-резистентных возбудителей;
- ростом удельного веса грамотрицательных бактериальных возбудителей (в том числе синегнойной палочки);
- нерациональным применением лекарственных средств.

Современная стратегия проведения антимикробной терапии глазных инфекций заключается в использовании:

- новых лекарственных средств, к которым мало резистентных штаммов;
- глазных лекарственных форм и методов, обеспечивающих максимальную активность ЛС для ликвидации возбудителя в очаге инфекции.

Несмотря на развитие лабораторной диагностики на практике выбор срочной терапии является эмпирическим, в соответствии с наиболее вероятной или доказанной этиологией заболевания. Диагностика базируется на анамнезе и клинической картине.

Оптимизация фармакотерапии воспалительных поражений глазной поверхности возможна на основе следующих подходов:

- выбор лекарственного средства в соответствии с доказанной или наиболее вероятной этиологией;
- выбор лекарственной формы препарата;
- выбор дополнительной терапии (антиаллергическая, противовоспалительная, иммунотерапия, репаративная, слёзозаместительная). Эта концепция оптимизации терапии остаётся матрицей, в которую время вставляет новые, более эффективные препараты и новые способы введения.

Наибольшие трудности в лечении представляют кератоконъюнктивиты (язва роговицы), увеиты (эндофтальмиты), которые почти всегда заканчиваются потерей зрения в той или иной степени.

ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ КОНЪЮНКТИВИТАХ

В последнее время арсенал лекарственных средств, применяемых в лечении конъюнктивитов, очень расширился и пополняется с каждым годом [5]. Наступает время находить пути персонализации терапии при различных поражениях конъюнктивы в соответствии с направленным действием и лекарственной формой того или иного препарата [6].

Рассмотрим некоторые из лекарственных средств, уделив особое внимание тем, которые вошли в практику лечения конъюнктивитов в последние годы и открывают новые перспективы терапии благодаря уникальным особенностям.

Антибактериальные средства

Составляют базисную терапию бактериальных конъюнктивитов, но используются также при вторичной бактериальной инфекции в комплексном лечении вирусных и аллергических поражений глаз. Применяются антисептики: с давних времён глазные капли Борной кислоты. В Европе, Северной Африке и в нашей стране уже долгое время успешно используется Витабакт; в последние годы в практику входит Окомистин. При выраженной бактериальной инфекции используют аминогликозиды и хинолоновые антибиотики или их сочетание.

Витабакт (пиклоксидин) – капли глазные 0,05%, 5 мл, рег. № 014701/01 (Thea, Франция). Пиклоксидин – антисептик с широким противомикробным спектром действия, эффективен в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных бактерий, хламидий, некоторых вирусов и грибов. Исследования, проведённые в Московском НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, показали эффективность монотерапии, но чаще Витабакт применялся в комплексном лечении блефаритов, хронических конъюнктивитов, бактериальных кератитов. Благодаря хорошей толерантности, Витабакт использовался при лечении вторичной бактериальной инфекции при герпесвирусных, аденовирусных, аллергических заболеваниях как у взрослых, так и у детей [7]. Особого внимания заслуживает разрешение на применение Витабакта в детской практике, начиная с профилактики и лечения конъюнктивитов новорожденных. Применение Витабакта в детской практике вошло в современное руководство «Педиатрия», 2013 [8]. Область применения

Витабакта расширяется из года в год. Имеется опыт эффективного применения Витабакта в комплексном лечении хламидийных конъюнктивитов [9] и герпетического кератоконъюнктивита [10].

Азидроп – капли глазные азитромицина 15 мг/г во флаконах по 0,25 г, в упаковке по 6 флаконов. Рег. № ЛП-002217-030913 (Thea, Франция). Азитромицин – это новый класс макролидов, обладающий уникальными фармакокинетическими свойствами по сравнению с другими антибиотиками – быстрее проникать в ткани и задерживаться в них более продолжительное время. Эти свойства позволили обосновать очень простую схему применения Азидроп: по 1 к. 2 раза в день в течение 3 дней [11, 12]. Препарат продолжает оказывать терапевтическое действие и после третьего дня инстилляций, а при недостаточной эффективности курс инстилляций повторяют через неделю. Азидроп быстро получил широкое распространение т.к. был рекомендован ВОЗ для массового лечения трахомы и бактериальных конъюнктивитов на территориях эндемичных по трахоме [13]. Опубликован положительный опыт применения Азидропа в лечении блефаритов, кератитов, в профилактике инфекции после кератопластики. Как у взрослых, так и у детей переносимость глазных капель Азидроп была хорошей. Меньшее число инстилляций и более короткий курс лечения позволяют отдать предпочтение препарату Азидроп.

Тобрекс 2X – 0,3% глазные капли тобрамицина, 5 мл, рег. №ЛРС-002941/07 (Alcon, Испания). Препарат имеет преимущества по сравнению с другими каплями тобрамицина. Доказано, что полимерная лекарственная основа, на которой изготовлены капли Тобрекс 2X, обеспечивает более высокую концентрацию антибиотика в слезной жидкости и в тканях глаза по сравнению с водными растворами, что определяет его более высокую терапевтическую эффективность. При хронических конъюнктивитах и блефаритах Тобрекс 2X достаточно применять 2 раза в день. Препарат разрешён к применению у детей от 1 года и старше. Тобрекс 2X вместо общепринятого стандартного «жесткого» консерванта глазных капель, способного вызвать лекарственный блефарит, конъюнктивит или кератит, содержит «мягкий» консервант, что уменьшает опасность его токсического и аллергизирующего действия.

Ципромед капли глазные 0,3%, 5 мл, рег. № 01981/01 (Promed Exports, Индия). Оказывает бактерицидный эффект, эффективен против синегнойной палочки.

Вигамокс – 0,5% глазные капли моксифлоксацина – фторхинолона IV поколения, рег. №ЛРС-003706/10 (Alcon, США). Вигамокс является современным антибиотиком широкого спектра действия, эффективен в отношении микроорганизмов, резистентных к другим хинолонам. Препарат оказывает быстрый бактерицидный эффект, способен хорошо проникать во все структуры глаза. Наш опыт применения препарата Вигамокс показал высокую терапевтическую эффективность при бактериальных конъюнктивитах и хорошую переносимость. Разрешён для применения у детей с 1 года.

Зимар – 0,3% глазные капли гатифлоксацина, рег. № ЛП-001525/13 (Allergan, США). Гатифлоксацин – местный противомикробный препарат группы фторхинолонов IV поколения, показанный для лечения бактериальных конъюнктивитов и блефароконъюнктивитов, вызванных как грамположительными, так и некоторыми грамотрицательными бактериями. В качестве консерванта содержит БАК 0,005%. Разрешён для применения у детей с 1 года.

Противовирусные средства

В терапии вирусных конъюнктивитов рекомендуется применять или препараты широкого противовирусного спектра, эффективные как при аденовирусных, так и герпетических конъюнктивитах и кератитах – интерфероны – Офтальмоферон, глазные капли, или препараты специфического противогерпетического действия – Зирган, Ацикловир.

Зирган – глазной гель, содержащий ганцикловир 0,15%, а в качестве вспомогательных веществ карбомер, бензалконий хлорид и др. (зарегистрирован Laboratories Thea, Франция, дистрибьютор Santen, Финляндия), рег. №ЛП-000988-181011. Препарат обладает более высокой противогерпетической активностью и значительно лучшей переносимостью по сравнению с ацикловиром в виде глазной мази в лечении поверхностных герпетических кератитов [14]. Эффективность Зирган в лечении поверхностных герпетических кератитов достигает 83% [15]. Считается, что ганцикловир в 20 раз более активен, чем ацикловир, создаёт в 10 раз большую концентрацию в поражённой клетке, чем ацикловир.

Противовоспалительные средства

В лечении конъюнктивитов нередко возникает необходимость использовать противовоспалительный эффект. Применяют глюкокортикостероиды: дексаметазон – Офтан-дексаметазон, Максидекс или нестероидные проти-

вовоспалительные средства: Диклофенаклог, Дикло-Ф, Акьюлар и как противовоспалительный препарат – Рестапис.

Офтан-дексаметазон – капли глазные 0,1% дексаметазона, 5 мл, рег. № 20255/2 (Santen, Финляндия). Дексаметазон оказывает выраженное местное противовоспалительное и противоаллергическое действие, уменьшает проницаемость и пролиферацию капилляров, локальную экссудацию и клеточную инфильтрацию.

Диклофенаклог – глазные капли 0,1% диклофенака натрия, рег. №ЛСО00149 (ЗАО ФИРН-М, Россия). Глазные капли изготовлены на полимерной основе, снижающей раздражающее действие диклофенака и пролонгирующей его противовоспалительный эффект. Выпускаются глазные капли с «мягким» консервантом – сорбиновой кислоты.

Акьюлар ЛС – капли глазные 0,4% раствор кеторолака трометамола (Allergan, США) – НПВС для местного применения. Обладает анальгезирующим, противовоспалительным действием. В качестве консерванта содержит БАК 0,006%. Разрешён для применения в возрасте 3 лет и старше.

Рестапис – глазные капли 0,05% эмульсия циклоспорина без консерванта, рег. № ЛСР-000583/11 (Allergan, США). Циклоспорин – местный иммуномодулятор с системным иммунодепрессантным действием и противовоспалительным эффектом, показан к применению у пациентов с подавленной выработкой продукции слёзной жидкости вследствие воспаления конъюнктивы век при синдроме «сухого глаза» (сухого кератоконъюнктивита) [16]. Являясь ингибитором фермента цитоплазмы клетки кальциневрина, циклоспорин приводит к снижению пролиферации Т-клеток, высвобождению противовоспалительных цитокинов и способствует уменьшению воспаления [16].

Имеются данные о положительном эффекте лечения пациентов с синдромом «сухого глаза» тяжелого течения препаратом Рестапис [17, 18].

Комплексные средства

Используются глазные капли и мази, включающие антибиотик и дексаметазон: Декса-Гентамицин, Тобрадекс, Комбинил-Дуо и др.

Декса-Гентамицин – глазная мазь, содержащая в 1 г мази дексаметазона 0,3 мг, гентамицина сульфата 5,0 мг, рег. №ПО/5080/02 (Ursapharm, Германия). Глазная лекарственная форма в виде мази позволяет наносить препарат непосредственно на края век, оказывает противовоспалительное и антибактериальное действие.

Тобрадекс капли глазные 5 мл (тобрамицина 3 мг, дексаметазона 1 мг в 1 мл) и мазь глазная, 3,5 г (тобрамицина 3 мг, дексаметазона 1 мг в 1 г) (Alcon, Испания). Оказывает антибактериальное и противовоспалительное действие.

Комбинил-Дуо капли глазные и ушные 5 мл (дексаметазона 1 мг, ципрофлоксацина 3 мг в 1 мл), рег №ЛСР006467/09 (Promed Exports, Индия). Оказывает антибактериальное и противовоспалительное действие.

Противоаллергические средства

Применяются при выраженном раздражении глаз и отёке век: Опатанол, Офталмоферон, Полинадим, Аллергоферон.

Опатанол – глазные капли 0,1% раствор олопатадина, рег. № 00661 (Alcon, Бельгия). Глазные капли обладают одновременно антигистаминным действием и тормозящим дегрануляцию тучных клеток. Глазные капли являются базисным препаратом в лечении различных аллергических заболеваний глаз [8].

Полинадим капли глазные 10 мл (димедрол 0,1%, нафтизин 0,025%), рег № 003906/01 (Синтез, Россия). Оказывает противоаллергическое и противовоспалительное действие.

Офталмоферон – капли глазные, 5, 10 мл, рег. № 002902/01–2008 (ЗАО ФИРН-М, Россия). В соответствии с фармакологическими свойствами интерферона альфа-2 препарат вошёл в широкую клиническую практику для лечения герпесвирусных и аденовирусных заболеваний. Однако содержание в глазных каплях мощного противоаллергического компонента дифенгидрамина и борной кислоты значительно расширили область применения Офталмоферона в лечении различных глазных болезней: аллергических, инфекционно-аллергических, хламидийных, бактериальных, в глазной хирургии, в лечении «сухого глаза», широко используется в детской практике [19].

Аллергоферон – гель в тубах 5 г, содержит интерферон альфа-2 b человеческий рекомбинантный 5000 МЕ/г, лоратадин 10 мг/мл, карбомер 10 мг/г, рег. №ЛП-000656–2809 (ЗАО ФИРН-М, Россия). Показания – аллергические конъюнктивиты и блефароконъюнктивиты. Препарат наносится на кожу и края век. При аллергических блефаритах, блефароконъюнктивитах и инфекционных блефаритах с аллергической реакцией наносится на кожу век. Клинические наблюдения, охватывающие 50 больных: конъюнктивиты – 22, хронический аллергический конъюнктивит – 16, атопический



кератоконъюнктивит – 12, показали хорошую терапевтическую эффективность препарата [20].

Визин Алерджи – глазные капли, содержащие 0,5% левокабастина по 4 мг во флаконе, рег. №П014198/01 (Джонсон & Джонсон, изгот. Греция). Вспомогательные вещества: пропиленгликоль 48,26 мкл, натрия гидрофосфат 8,66 мг, натрия гидрофосфата моногидрат 5,58 мг, гипромеллоза 2,50 мг, полисорбат 801,00 мг, бензалкония хлорид 0,15 мг, динатрия эдетат 0,15 мг, вода для инъекций до 1,0 мл. Левокабастин – селективный блокатор H1-гистаминовых рецепторов с продолжительным действием. Применяют по 1 к. два раза в день. Местный эффект наступает в течение 5 минут. Визин Алерджи устраняет типичные симптомы аллергического конъюнктивита (зуд, покраснение, отёк конъюнктивы и век, слёзотечение) [21]. Противопоказаниями являются повышенная чувствительность к компонентам препарата, ношение контактных линз, возраст до 12 лет. Флакон рекомендуется встряхивать перед каждым применением.

Слёзозаместительные средства

Из большого числа этих средств назовём недавно вошедшие в офтальмологическую практику:

Хилабак (гиалуронат натрия) – раствор увлажняющий для глаз и контактных линз, рег. №ФСЗ 2009/04463 (Thea, Франция). Хилабак – 0,15% раствор гиалуроновой кислоты, не содержит консерванта. Выпускается во флаконе по 10 мг с уникальной антимикробной системой АБАК, исключающей загрязнение раствора. Инстилляцию при лечении блефарита 2–3 раза в день. При болезни «сухого глаза» Хилабак применяют 3–4 раза в день. Улучшение состояния отмечалось уже с первых дней лечения и привело к улучшению показателей пробы Ширмера с $5,8 \pm 1,7$ мм до $8,3 \pm 1,5$ мм. Наблюдалось значительное снижение осмолярности слезы с $327 \pm 0,6$ до нормального уровня, что сопровождалось ранними сроками эпителизации эрозированной роговицы. Последующие наблюдения подтвердили эффективность Хилабак при различных клинических формах болезни «сухого глаза» [22], а также при «офисном» синдроме [23]. Высокая эффективность Хилабака доказана результатами клинических исследований (4 фаза) в различных клиниках России [24].

Искусственная слеза – глазные капли, содержащие гипромеллозу (0,5%) и борную кислоту в качестве «мягкого» консерванта, рег. №ЛСР-001608 (ЗАО ФИРН-М, Россия). Препарат оказывает смазывающее действие, обладает

высокой вязкостью, удлиняет действие других глазных капель. Терапевтический эффект отмечается при лечении сухого глаза различного происхождения, «компьютерном» синдроме, ношении контактных линз, применяется также в комплексном лечении блефаритов и конъюнктивитов.

Систейн баланс – средство офтальмологическое, рег. №ФСЗ 2011/10489 (Alcon, Испания). Препарат специально разработан для больных с «сухим глазом», вызванным дисфункцией мейбомиевых желёз (ДМЖ). ДМЖ обычно развивается при мейбомиевом блефарите. Искусственная слеза на основе двух разных эмульсий с системой LIPITECH восстанавливает липидный слой слёзной плёнки, обеспечивая продолжительную защиту глазной поверхности.

Визин Чистая слеза – средство увлажняющее офтальмологическое, рег. №ФСЗ 2009/05110 (Johnson&Johnson, Франция). Раствор полисахарида семян тамаринда (TSP) 0,5% во флаконах по 10 мл с мягким консервантом и в тьюбик-капельницах на 1 день (без консерванта). «Муциноподобная» молекулярная структура TSP делает его подобным муцину роговицы и конъюнктивы – трансмембранному гликопротеину, который, как представляется, играет основную роль в предохранении от повреждения поверхности роговицы и поддержании её влажности. Проведённые нами клинические наблюдения, охватывающие 68 пациентов с «сухим глазом», показали, что препарат Визин Чистая слеза оказал выраженное терапевтическое действие. С первых дней отмечалось уменьшение жалоб, улучшались показатели диагностических тестов.

Оптив – кератопротекторное средство, содержит кармеллозу натрия (тип 7 H3 SXF) 1,75 мг, кармеллозу натрия (тип 7 M8 SFPH) 3, 25 мг и глицерин – 7 мг в 1 мл, консервант – PURITE (Allergan, США). Кармеллоза натрия (карбоксиметилцеллюлоза) обладает наиболее выраженным мукоадгезивным действием для гидратации клеток эпителия по сравнению с другими средствами [25, 26]. Препарат обладает двойным механизмом действия: увлажняющим и осмопротекторным, обеспечивая облегчение симптомов «сухого глаза» и восполняющим нарушение слёзной плёнки, поддерживая её стабильность. По данным разработчиков, применение Оптив при болезни сухого глаза приводит к улучшению состояния к 7-му дню и со стабилизацией слёзной плёнки к 90-му дню.

Гигиенические гели на кожу век

Используют Блефарогель-1, -2 или недавно вошедший в нашу практику Теагель [27, 28, 29]. Недавно разрешённый для медицинской практики препарат Аллергоферон в виде геля обещает быть эффективным в лечении блефаритов с выраженной аллергической реакцией [20].

Теагель – гипоаллергический гель для гигиены век и ресниц, содержит полоксамер 188, ПЭГ90, борат натрия, карбомер, метилпарабен, рег. № 77.01.12.915. П. 058823.09.09 (Thea, Франция) [30].

Теагель предназначен для ежедневной гигиены чувствительной кожи век, эффективен для очищения шелушащихся и загрязнённых век и корней ресниц.

Рекомендован также людям, использующим контактные линзы. Гель разработан для минимизации риска возникновения аллергических реакций, не содержит отдушек, нежирный, хорошо очищает веки и корни ресниц от слизи и чешуек.

Теагель:

- помогает очищать веки и ресницы от слизи и чешуек
- эмульгирует, растворяет и удаляет серозную слизь с век
- освежает и смягчает веки без влияния на pH-баланс кожи
- не оставляет следов

Применение: наносят небольшое количество геля на мягкий ватный тампон (ватную палочку или др.) и тампоном наносят на веки и корни ресниц. Затем аккуратными круговыми движениями несколько раз протирают веки и корни ресниц тампоном до удаления всех загрязнений. Удаляют остатки геля с помощью чистого тампона. Применяют Теагель 1–2 раза в день.

АЛГОРИТМ ТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ КОНЪЮНКТИВИТОВ

Бактериальные конъюнктивиты

Любой из широко распространённых возбудителей гнойной инфекции может вызвать воспаление конъюнктивы. Кокки, прежде всего стафилококки, являются наиболее частой причиной развития конъюнктивальной инфекции, но протекает она более благоприятно [31, 32]. Наиболее опасными возбудителями являются синегнойная палочка и гонококк, вызывающие тяжёлый острый конъюнктивит, при котором нередко поражается роговица.

Острые и хронические конъюнктивиты, вызванные стафилококком



Рис. 2. Острый бактериальный конъюнктивит

Острые конъюнктивиты чаще возникают у детей, реже – у пожилых людей, ещё реже – у людей среднего возраста. Обычно возбудитель попадает в глаза с рук. Сначала поражается один глаз, через 2–3 дня – другой.

При остром конъюнктивите утром больной с трудом открывает глаза, так как веки склеиваются. Характер отделяемого может быстро измениться от слизистого до слизисто-гнойного и гнойного. Отделяемое стекает через край века, засыхает на ресницах. При осмотре выявляют гиперемию конъюнктивы век, переходных складок и склеры. Слизистая оболочка набухает,

теряет прозрачность, нарушается рисунок мейбомиевых желёз. Выраженность поверхностной конъюнктивальной инъекции сосудов уменьшается по направлению к роговице. Больного беспокоят отделяемое на веках, зуд, жжение и светобоязнь.

Необходим тщательный контроль состояния роговицы после окрашивания флюоресцеином. Лабораторные исследования проводятся для выявления бактериальной микрофлоры при конъюнктивитах новорожденных и острых конъюнктивитах. Используют микроскопическое исследование мазков и посевов отделяемого с конъюнктивы. Микроскопическое исследование может потребоваться также при длительном, затяжном течении. Исход заболевания при остром конъюнктивите благополучный, наступает в течение 1-й / 2-й недель [33].

Алгоритм терапии

Базисная	Дополнительная
Антибактериальная: Вигамокс, Зимар, Сигницеф, Офтаквикс, Тобрекс, первые дни 6–9 раз в день, в дальнейшем – 3–4 раза При подостром течении: Витабакт, Тобрекс 2X закапывать 3–4 раза в день в течение 7–10 дней или Азидроп – 2 раза в день в течение 3 дней При недостаточной эффективности возможно сочетанное применение препаратов различных фармацевтических групп	Антиаллергическая: Опатанол, Визин Алерджи или Полинадим Противовоспалительная: Диклофенаклонг, Дикло-Ф или Акьюлар – 2 раза в день Слёзозаместительная добавляется при остаточных явлениях: Искусственная слеза, Визин Чистая слеза, Хилабак, Оптив, Дефислэз



Рис. 3. Хронический стафилококковый конъюнктивит

Хронический конъюнктивит развивается медленно, протекает с периодами улучшения состояния. Больных беспокоят светобоязнь, лёгкое раздражение и быстрая утомляемость глаз. Конъюнктива умеренно гиперемирована, разрыхлена, по краю век засохшее отделяемое (корочки).

Хронический конъюнктивит у взрослых часто возникает при хроническом блефарите, синдроме сухого глаза, поражении слёзотводящих путей. При бактериальном конъюнктивите всегда остаётся опасность инфекционного поражения роговицы: кератит, краевая язва роговицы.

Алгоритм терапии

Базисная	Дополнительная
Антибактериальная: Витабакт, Вигамокс, Зимар, Офтаквикс, Сигницеф, Тобрекс 2X – 2 раза в день в течение 7–10 дней или Азидроп по специальной схеме – 2 раза в день, 3 дня При явлениях блефароконъюнктивита – комплексные препараты: Тобрадекс, Комбинил-Дуо, Декса-Гентамицин	Антиаллергическая: Офталмоферон, Визин Алерджи или Опатанол – 2 раза в день Противовоспалительная: Диклофенаклонг, Дикло-Ф или Акьюлар – 2 раза в день Слёзозаместительная: Искусственная слеза, Хилабак, Оптив, Визин Чистая слеза При явлениях блефарита: Теагель на кожу век

Острый конъюнктивит, вызванный синегнойной палочкой



Рис. 4. Острый синегнойный конъюнктивит

Частота синегнойной инфекции глаза резко возросла как результат использования контактных линз, особенно длительного ношения, длительного применения кортикостероидов.

Возбудитель синегнойного конъюнктивита – синегнойная палочка *Pseudomonas aeruginosa* представляет собой оппортунистическую грамотрицательную палочку. Часто обнаруживается на коже и в кале у 5% здоровых людей и в 50% у стационарных больных.

Принята следующая патогенетическая схема развития синегнойной инфекции роговицы: нарушение эпителиального покрова → инвазия в строму через эпителий или дефект эпителиального покрова → размножение возбудителей → освобождение энзимов и/или токсинов → миграция воспалительных клеток → острая воспалительная реакция.

Заболевание развивается остро, бурно, сопровождается сильной режущей болью, слезотечением, светобоязнью. Характерно крайне быстрое развитие, резкое ухудшение зрения, выраженное покраснение глазного яблока [33]. Отмечается большое или умеренное количество гнойного отделяемого и отёк век. Конъюнктивит век резко гиперемирован, ярко-красного цвета, отёчная, разрыхлённая, нередко хемоз. На конъюнктиве слизисто-гнойное отделяемое, легко возникают микроэрозии роговицы, которые могут служить входными воротами для развития язвы роговицы.

Язва роговицы может развиваться в течение первых часов заболевания. Перфорация язвы и развитие эндофтальмита возможно уже на вторые сутки от начала заболевания. При этом присутствие обильного отделяемого может затруднять выявление перфорации.

Характерно бурное развитие острого воспаления, обычно поражён один глаз. Сопутствующие условия: ношение контактных линз, недавний контакт с инфицированным больным, длительное бесконтрольное местное применение кортикостероидов.

Исследование мазков и посевов с конъюнктивы позволяет диагностировать инфекцию. Однако при подозрении на синегнойную инфекцию антибактериальная терапия должна начинаться немедленно, не ожидая лабораторного подтверждения.

Алгоритм терапии

Базисная	Дополнительная
Антибактериальная: Тобрекс, Ципромед (или их сочетание), Гентамицин, Сигницеф, Офтаквикс, Флоксал, в первые дни 6–8 раз в день, снижая до 3–4 раз в день При угрозе поражения роговицы: с/к – Цефтазидим, Тобрамицин, в/м – Гентамицин, Цефтазидим	Антиаллергическая: Визин Алерджи, Опатанол, Офальмоферон – 2 раза в день Противовоспалительная: Диклофенаклогн, Дикло-Ф, Акьюлар – 2 раза в день Слезозаместительная: в исходе конъюнктивита

Острый конъюнктивит, вызванный гонококком

Гонорея – одна из старейших болезней человечества и остаётся одной из наиболее частых инфекций, передающихся половым путём. Инфекция может поражать новорожденных в период родов и сексуально активных взрослых. Инфекция поражает слизистые, в первую очередь – генитальных путей. Глазная инфекция возникает заражением путём прямого генитально-глазного контакта или передачей инфекции «гениталии – рука – глаз».

Возбудитель – гонококк, *N. gonorrhoeae*, грамотрицательный диплококк. В клиническом материале, содержащем гнойное отделяемое, возбудитель обнаруживается в виде внутриклеточных включений в лейкоцитах. Резервуаром гнойной инфекции является только человек. Возраст пациентов обычно 20–24 лет. Глазные поражения возникают примерно у 1% страдающих урогенитальными гонококковыми заболеваниями.

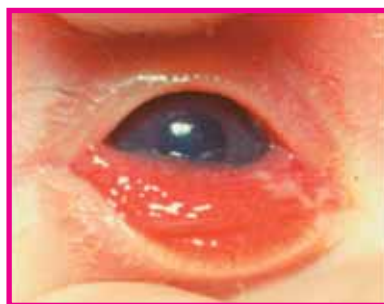


Рис. 5. Гонобленоррея новорожденных

Гонобленоррея новорожденных начинается на 2–5-й день после рождения. Поражаются оба глаза: появляется плотный выраженный отёк век. Кожа приобретает багрово-синюшную окраску, из конъюнктивального мешка появляется серозно-кровянистая жидкость. Конъюнктивит резко гиперемирован, инфильтрирован и кровоточит. Через 3–4 дня от начала заболевания в период хемоза наблюдается обильное гнойное отделяемое, приобретающее в дальнейшем зеленоватый оттенок. Уже на первой неделе заболевания поражается роговица, возникают гнойные инфильтраты, быстро переходящие в инфильтраты, имеющие тенденцию к перфорации через 1–2 дня. Нередко развивается эндофтальмит.



Рис. 6. Гонобленоррея взрослых

Гонобленоррея взрослых может начинаться односторонне, при отсутствии лечения поражается и второй глаз. Гонобленоррея у взрослых протекает более тяжело и чаще сопровождается поражением роговицы. Сначала вблизи лимба, обычно сверху, развивается язва, быстро прогрессирующая к центру. Частота кератитов – 15–40%, сначала поверхностных с выраженным отёком роговицы, затем образуется язва стромальная, которая может привести к перфорации и гибели глаза. У взрослых острый гнойный конъюнктивит развивается через 2–4 дня после контакта с сексуальным партнёром.

Мазки и посевы с конъюнктивы позволяют выявить гонококк. Метод полимеразной цепной реакции выявляет ДНК нейссерий. Пациент должен быть направлен к венерологу для урогенитального обследования.

При острых гиперактивных конъюнктивитах, предположительно вызванных синегнойной палочкой или гонококком, лечение начинают немедленно, не ожидая лабораторного подтверждения, так как задержка на 1–2 дня может привести к развитию язвы роговицы и гибели глаза.

При начальных признаках поражения роговицы необходима срочная госпитализация.

Алгоритм терапии

Базисная	Дополнительная
Антибактериальная: Промывание глаз 2% раствором борной кислоты, Пенициллином, каплями Витабакт Ципромед, Лофокс, Флоксал – 8–10 раз в день до улучшения состояния конъюнктивы Внутрь – Цiproфлоксацин, в/м – Цефтазидим	Антиаллергическая: Опатанол, Офталмоферон, Визин Алерджи Противовоспалительная: Дикло-Ф, Диклофенаклонг Слёзозаместительная: Искусственная слеза, Хилабак, Визин Чистая слеза, Систейн Баланс

Грибковые конъюнктивиты

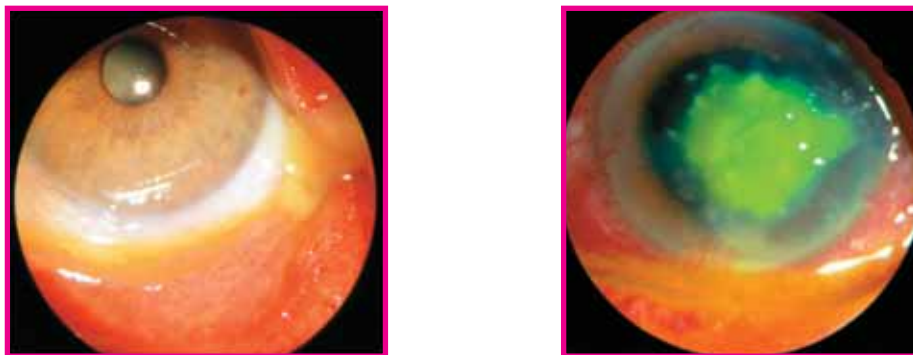


Рис. 7. Грибковый конъюнктивит и грибковый кератоконъюнктивит

Грибковые конъюнктивиты (офтальмомикозы) в последние годы приобретают всё более важное значение, рост их частоты связан с широким бесконтрольным применением кортикостероидов, антибиотиков и ношением контактных линз. Стёртые и нетипично протекающие грибковые поражения определить подчас невозможно без лабораторных микологических исследований. Грибы, как микрофлора конъюнктивы без явлений воспаления, обнаруживаются у взрослых довольно часто, в пределах от 6,6 % до 27,9 %. Наиболее часто положительные мазки с краёв век (80 %), реже с конъюнктивы век (15 %). В группе с предварительным носительством в 18,8 % после применения кортикостероидов в течение 3 недель носительство возросло до 67 %.

Офтальмомикозы различают в зависимости от вида возбудителя и от локализации воспаления (микоз век, микоз конъюнктивы, микоз роговицы).

Заболевание возникает в результате как экзогенного так и эндогенного заражения.

Соответственно возбудителю микозы конъюнктивы протекают различно, общим является медленное развитие и хроническое течение, нередко сочетание с микозом роговицы.

Актиномикоз конъюнктивы может быть (а) диффузный – катаральный или гнойный конъюнктивит, (б) псевдомембранный, обычно односторонний, (в) узловатый – с наличием крупных образований; неизъязвляющийся, розоватого цвета с жёлтой крапчатостью, обычно вдоль края век.

Споротрихоз может поражать конъюнктиву как век, так и склеры, проявляясь в следующих формах: (а) эритематозный – лёгкий конъюнктивит без отделяемого с конъюнктивы, (б) язвенный – с образованием красно-фиолетового цвета бугристостей, позднее изъязвляющихся, (в) гуммозный. Нередко лимфаденопатия со стороны поражения.

Риноспориаз конъюнктивы характеризуется сосудистой пролиферацией с поллинозными разрастаниями конъюнктивы – слёзного мясца, слёзных канальцев и слёзного мешка.

Кандидомикоз конъюнктивы протекает по типу фликтенулёзного конъюнктивита с псевдомембранозными образованиями.

Аспергиллёз конъюнктивы обычно сопровождается микоз роговицы и характеризуется инфильтрацией и гиперемией конъюнктивы с сосочковой реакцией.

Лечение длительное, местное и системное, с использованием фунгицидных и фунгистатических средств, а также препаратов дополнительной терапии.

В лечении грибковых конъюнктивитов основное место занимают глазные капли, которые во всём мире готовятся в лечебных учреждениях экстерпорально, так как практически ни в одной стране не выпускаются глазные противогрибковые капли промышленным способом [33, 34].

Алгоритм терапии

Базисная	Дополнительная
Противогрибковая: Экстемпоральные глазные капли – Флуконазол 2 мг/мл или Амфотерицин в 0,15 % – 4–6 раз в день. Флуконазол внутрь 100 мг, затем по 50 мг в сутки – 4 недели или в/в 3 мг/кг/сут. Вориконазол глазные капли 1 % – 6 раз в сутки, внутрь 200 мг в сутки	Противогрибковая: Капли 2 % раствора борной кислоты или капли Витабакт, Хлоргексидин, Колбиоцин Противоаллергическая: Офтальмоферон, Дикло-Ф Антибактериальная: Витабакт, Окомистин Слёзозаместительная

Хламидийные конъюнктивиты

Хламидии (*Chlamydia trachomatis*) – самостоятельный вид микроорганизмов; они являются внутриклеточными бактериями с уникальным циклом развития, проявляющими свойства вирусов и бактерий. Разные серотипы хламидий вызывают три различных заболевания конъюнктивы: трахому (серотипы А-С), хламидийный конъюнктивит взрослых и новорожденных (серотипы D-K) и венерический лимфогранулематоз (серотипы L1, L2, L3).

Хламидийный конъюнктивит (паратрахома)

Распространённость хламидийных конъюнктивитов в развитых странах медленно, но неуклонно растёт; они составляют 10–30% выраженных конъюнктивитов. Заражение обычно происходит в возрасте 20–30 лет. Конъюнктивиты связаны главным образом с урогенитальной хламидийной инфекцией, которая может протекать бессимптомно [33, 34, 35, 36, 37].

Хламидийный конъюнктивит новорожденных связан с урогенитальной хламидийной инфекцией: его выявляют у 20–50% детей, родившихся от инфицированных хламидиями матерей. Частота хламидийного конъюнктивита достигает 40% всех конъюнктивитов новорожденных.

Протекает как острый папиллярный и подострый инфильтративный конъюнктивит. Заболевание начинается остро на 5–10-й день после родов с появления обильного жидкого гнойного отделяемого, которое из-за примеси крови может иметь бурый оттенок. Резко выражен отёк век, конъюнктивита гиперемия, отёчна, с гиперплазией сосочков, могут образовываться псевдомембраны. Воспалительные явления уменьшаются через 1–2 недели. Если активное воспаление продолжается более 4 недель, появляются фолликулы, преимущественно на нижних веках.



Рис. 8. Хламидийный конъюнктивит

При хламидийном конъюнктивите взрослых чаще поражается один глаз, двусторонний процесс наблюдается примерно у 1/3 больных. Конъюнктивит чаще (у 65% больных) протекает в острой форме, реже (у 35%) – в хронической.

Хроническая форма характеризуется медленным развитием с регулярными обострениями. Обострение может быть спровоцировано внешними факторами: ношением контактных линз, переохлаждением, приемом острой пищи, алкоголя и пр. [33].

Объективно: выраженный отёк век и сужение глазной щели, выраженная гиперемия, отёк и инфильтрация конъюнктивы век и переходных складок. Особенно характерны крупные рыхлые фолликулы, располагающиеся в нижней переходной складке и в дальнейшем сливающиеся в виде 2–3 валиков. Отделяемое вначале слизисто-гнойное, в небольшом количестве, с развитием заболевания оно становится гнойным и обильным. Более чем у половины заболевших исследование со щелевой лампой позволяет обнаружить поражение верхнего лимба в виде отёчности, инфильтрации и васкуляризации (микропаннус). Нередко, особенно в остром периоде, отмечается поражение роговицы в виде поверхностных мелкоочечных инфильтратов, не окрашивающихся флюоресцеином. С 3–5-го дня заболевания на стороне поражения возникает региональная преддужная аденопатия, как правило, безболезненная. Нередко с этой же стороны отмечаются явления евстахиита: шум и боль в ухе, снижение слуха.

В лабораторной диагностике с давних времён используют метод соскоба с конъюнктивы. Препарат окрашивают по Романовскому–Гимза. Метод

прост, но мало информативен. Более перспективны метод флюоресцеирующих антител (МФА) и иммуноферментный метод (ИФА), а в последнее время в практике используются тест-системы на основе полимеразной цепной реакции (ПЦР).

В лечении хламидийных конъюнктивитов важным перелом намечился в последние годы в связи с рекомендациями ВОЗ по массовому использованию азитромицина в лечении хламидийной инфекции глаз. Уникальные фармакокинетические особенности азитромицина быстро проникать в ткани глаза, длительно удерживаться и оказывать терапевтическое действие уже после прекращения инстилляций глазных капель позволяют использовать более простую схему применения препарата Азидроп: по 1 капле 2 раза в день в течение 3 дней. При недостаточном эффекте курс повторяется спустя неделю [11, 12, 13].

Алгоритм терапии

Базисная	Дополнительная
Противомикробная: Азидроп – 2 раза в день в течение 3 дней или применение глазных капель Ципромед, Лофокс, Колбиоцин, Сигницеф, Офтаквикс – 6 раз в день в течение 3 недель Глазная мазь Тетрациклиновая или Офлоксациновая – 4 раза в день В более лёгких формах и для профилактики: Витабакт	Антиаллергическая: Офталмоферон, Опатанол – 2 раза в день Противовоспалительная: Диклофенаклонг, Дикло-Ф или Акьюлар С 7–10 дня лечения – Офтан-дексаметазон или Максидекс – 2 раза в день Слёзозаместительная: Хилабак, Искусственная слеза, Оптив, Визин Чистая слеза

ВИРУСНЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ

Вирусные конъюнктивиты относятся к часто встречаемым инфекционным поражениям глаз. Протекают в виде эпидемических вспышек и эпизодических заболеваний, наиболее часто в виде конъюнктивитов различной степени тяжести.

Более половины больных с воспалительной патологией имеют доказанный или предполагаемый вирусный характер заболевания.

Эпидемический кератоконъюнктивит



Рис. 9. Эпидемический кератоконъюнктивит, гиперэргическое течение

Эпидемический кератоконъюнктивит – это высоко контагиозная госпитальная инфекция, более 70 % больных заражаются в медицинских учреждениях. Источником инфекции является больной кератоконъюнктивитом. Инфекция распространяется контактным путём, реже – воздушно-капельным.

Начало заболевания острое, обычно поражаются оба глаза: сначала один, через 1–5 дней второй. Больные жалуются на резь, ощущение инородного тела в глазу, слёзотечение. Веки отёчны, конъюнктивика век умеренно или значительно гиперемирована, нижняя переходная складка инфильтрированная, складчатая, в большинстве случаев выявляют мелкие фолликулы или сосочки и точечные кровоизлияния.

Через 5–9 дней от начала заболевания развивается II стадия болезни, сопровождающаяся появлением характерных точечных инфильтратов под эпителием роговицы (в 80 %) зрение может снижаться.

Региональная аденопатия – увеличение и болезненность околоушных лимфатических узлов – появляется на 1–2-й день заболевания почти у всех больных. Длительность эпидемического кератоконъюнктивита – до 3–4 не-

дель. Тяжёлым последствием аденовирусной инфекции является развитие синдрома «сухого глаза» в связи с нарушением продукции слёзной жидкости и точечные помутнения роговицы.

Лабораторная диагностика острых вирусных конъюнктивитов (аденовирусных, герпесвирусных) включает метод определения флюоресцирующих антител в соскобах конъюнктивы (МФА), полимеразную цепную реакцию и, редко, метод выделения вируса.

Алгоритм терапии

Базисная	Дополнительная
Первая неделя	
Противовирусная: Офтальмоферон – 8–10 раз в день В остром периоде – Кларотадин по 1 табл. в день	Антиаллергическая: Полинадим, Визин Алерджи или Опатанол – 2 раза в день Противовоспалительная: Диклофенаклонг, Дикло-Ф – 2 раза в день Витабакт – 2 раза в день в период высыпаний роговичных инфильтратов
Вторая неделя	
Офтальмоферон – 4 раза в день	Противовоспалительная: Максидекс или Офтан Дексаметазон, Витабакт – 2 раза в день Слёзозаместительная: Хилабак или Офтагель, Оптив, Систейн Баланс или Хиламакс-Комод – длительно, до 2–3 месяцев

Предупреждение внутрибольничной аденовирусной инфекции включает необходимые противоэпидемические мероприятия и меры санитарно-гигиенического режима:

- осмотр глаз каждого больного в день госпитализации для предупреждения заноса инфекции в стационар;
- раннее выявление случаев развития заболеваний в стационаре;
- изоляция больных при единичных случаях возникновения заболевания и карантин при вспышках, противоэпидемические мероприятия;
- санитарно-просветительская работа.

Аденовирусный конъюнктивит (АВК) – фарингоконъюнктивальная лихорадка



Рис. 10. Аденовирусный конъюнктивит (АВК)

Заболевание протекает легче, чем ЭКК, и редко вызывает вспышки госпитальной инфекции. Обычно возникает в детских коллективах. Передача возбудителя происходит воздушно-капельным путём, реже – контактным. Продолжительность инкубационного периода – 3–10 дней [38].

Симптомы заболевания аденовирусного конъюнктивита (АВК) сходны с начальными клиническими проявлениями ЭКК, но их интенсивность значительно ниже: отделяемое скудное, конъюнктив гиперемирована и инфильтрована умеренно, фолликулов немного, они мелкие, иногда отмечаются точечные кровоизлияния.

АВК редко вызывает вспышки госпитальной инфекции. Обычно возникает в детских коллективах. Передача возбудителя происходит воздушно-капельным путем, реже – контактным. Продолжительность инкубационного периода – от 3 до 10 дней.

У 50% больных обнаруживают региональную аденопатию околушных лимфатических узлов. На роговице могут появляться точечные эпителиальные инфильтраты, но они исчезают бесследно, не влияя на остроту зрения.

Для АВК характерна общая симптоматика: поражение респираторного тракта с повышением температуры тела и головной болью. Системное поражение может предшествовать заболеванию глаз. Длительность аденовирусного конъюнктивита – 2 недели.

В основе базисной терапии аденовирусных заболеваний глаз лежит Офтальмоферон, широко применяемый как у взрослых, так и у детей. При этом Офтальмоферон занимает лидирующую долю в ассортименте противовирусных глазных капель [39].

Алгоритм терапии

Базисная	Дополнительная
Противовирусная: Офтальмоферон – 8 раз в сутки, спустя неделю – 4–6 раз в сутки	Антиаллергическая: Опатанол – 2 раза в день в острый период Противовоспалительная: Диклофенак лонг или Дикло-Ф – 2 раза в день Позднее – Максидекс, Офтан Дексаметазон или Дексапос Витабакт при вторичной инфекции Слёзозаместительная: Хилабак, Оптив, Искусственная слеза, Хиломакс-Комод или Систейн Баланс – длительно

Эпидемический геморрагический конъюнктивит (ЭГК)



Рис. 11. Эпидемический геморрагический конъюнктивит

ЭГК описан сравнительно недавно. Высоко контагиозное заболевание. Наблюдается преимущественно в виде вспышек в офтальмологических учреждениях, распространяется быстро и захватывает большие территории. Первая пандемия ЭГК началась в 1969 г. Эпидемические вспышки в мире возникали в 1969–1970, 1981–1984 и 1991–1992 гг. Первая вспышка ЭГК в Москве наблюдалась в 1971 г. Заболевание требует пристального внимания, так как вспышки ЭГК в мире повторяются на разных территориях с определённой периодичностью [40].

ЭГК характеризуется необычным для вирусного заболевания коротким инкубационным периодом – 12–48 часов. Основной путь распространения инфекции – контактный. Отмечается высокая контагиозность ЭГК, эпидемия протекает «по взрывному типу». В глазных стационарах при отсутствии противоэпидемических мероприятий может быть поражено 80–90% пациентов.

Возбудителем ЭГК является вирус из группы пикорнавирусов – энтеровирус 70.

Клинико-эпидемиологические особенности ЭГК настолько характерны, что на их основании заболевание легко отличить от других офтальмоинфекций. Начало острое, сначала поражается один глаз, через 8–24 ч – второй. Вследствие сильной боли и светобоязни больной обращается за помощью уже в первый день. Отделяемое с конъюнктивы слизистое или слизисто-гнойное, конъюнктивита резко гиперемирована, особенно характерны подконъюнк-



тивальные кровоизлияния: от точечных петехий до обширных геморрагий, захватывающих почти всю конъюнктиву склеры. Изменения роговицы незначительные – точечные эпителиальные инфильтраты, исчезающие бесследно.

Некоторые больные жалуются на боль в горле и слабость. После клинического выздоровления конъюнктивы еще длительное время остается легко гиперемизированной, а в дальнейшем хронические конъюнктивиты у этой группы пациентов обнаруживаются в 2 раза чаще.

Алгоритм терапии

Базисная	Дополнительная
Противовирусная: Офтальмоферон – 6–8 раз в день, на второй неделе – 3–4 раза в день	Антиаллергическая: Опатанол или Визин Алерджи – 2 раза в день в острый период Противовоспалительная: Диклофенаклонг или Дикло-Ф, Акьюлар – 2 раза в день В остром периоде – Максидекс или Офтан Дексаметазон – 2 раза в день Со второй недели слёзозаместители: После стихания воспаления – Хилабак, Искусственная слеза, Оптив, Визин Чистая слеза или Систейн Баланс – 2 раза в день в течение 4–6 недель

Герпесвирусный конъюнктивит



Рис. 12. Герпетический конъюнктивит, везикулёзно-язвенная форма

Герпесвирусные заболевания глаз относятся к числу высоко распространённых заболеваний, а герпетические кератиты признаны в мире самой распространённой патологией роговицы, на них приходится 66,6 % из общего числа больных с роговичными заболеваниями и более 60 % роговичной слепоты. Вместе с тем диагноз герпетического конъюнктивита ставится нечасто. В отличие от герпетического кератита, клиника герпетического конъюнктивита менее характерна, да и лабораторное подтверждение не всегда возможно. Герпетические конъюнктивиты чаще встречаются как первичная инфекция вирусом герпеса в раннем детстве. Однако есть основания предполагать, что герпетические конъюнктивиты у взрослых встречаются не реже, чем герпетические кератиты.

По клинической картине различают герпетический конъюнктивит: везикулёзно-язвенный, фолликулярный, катаральный.

Возбудителями герпетических заболеваний глаз являются вирус простого герпеса 1, реже – вирус простого герпеса 2. Заражение происходит половым путём или путём «руки – глаз».

При рецидивирующих герпетических конъюнктивитах у взрослых более выразительна клиническая картина везикулёзно-язвенного герпетического конъюнктивита с повторным высыпанием герпетических пузырьков, их вскрытием и обратным развитием без рубцевания. Конъюнктивы раздражена, отделяемое отсутствует, имеется склонность к упорному длительному течению и рецидивам.

Фолликулярный герпетический конъюнктивит характеризуется следующим: поражён один глаз, в патологический процесс часто вовлекаются края век, кожа роговицы. Отделяемое с конъюнктивы незначительное, слизистое, склонность к длительному рецидивирующему течению.

Катаральная форма герпетического конъюнктивита характеризуется бурным течением, обильным слизистым отделяемым и меньшей продолжительностью.

Алгоритм терапии

Базисная	Дополнительная
Противовирусная: Офтальмоферон – 6–8 раз в день, или Зирган – 4–5 раз в день При тяжёлом течении сочетание: Офтальмоферон + Ацикловир (Ацикловир хуже переносится, чем Зирган) Системно – Ацикловир или Валтрекс Противовоспалительная: Диклофенаклог, Дикло-Ф или Акьюлар Антибактериальная: Витабакт, Окомистин или более мощные – Зимар, Вигамокс, Тобрекс 2X или Офтавикс Слёзозаместительная: Хилабак, Искусственная слеза, Систейн Баланс, Хилозар-Комод	Антиаллергическая: Опатанол или Визин Алерджи – 2 раза в день в острый период Противовоспалительная: Диклофенаклог или Дикло-Ф, Акьюлар – 2 раза в день В остром периоде – Максидекс или Офтан-дексаметазон – 2 раза в день Со второй недели – слёзозаместители: После стихания воспаления – Хилабак, Искусственная слеза, Оптив, Визин Чистая слеза или Систейн Баланс – 2 раза в день в течение 4–6 недель

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ

Аллергический конъюнктивит (АК) – это воспалительная реакция конъюнктивы на воздействие аллергена, нередко сопровождается воспалительной реакцией краёв век (аллергический блефарит), реже – воспалительным поражением роговицы (аллергический кератит).

Аллергические конъюнктивиты занимают наиболее важное место в группе заболеваний, объединённых общим названием «синдром красного глаза». Аллергическими конъюнктивитами поражено примерно 15–25% населения. Более 50% больных с системной аллергией страдают аллергическими конъюнктивитами. За последние годы распространённость аллергии выросла в 2–3 раза. Считается, что аллергия – диагноз почти всегда пожизненный [41, 42, 43].

Запускающим фактором аллергического конъюнктивита является контакт соответствующего аллергена с конъюнктивой, что вызывает дегрануляцию тучных клеток, приводит к ранней фазе клинического ответа и последующей аллергической воспалительной реакции.

Основные клинические формы аллергических конъюнктивитов:

- Лекарственный конъюнктивит
- Поллинозный сезонный конъюнктивит
- Хронический круглогодичный конъюнктивит
- Весенний кератоконъюнктивит
- Весенний кератоконъюнктивит
- Крупнопапиллярный конъюнктивит
- Атопический кератоконъюнктивит

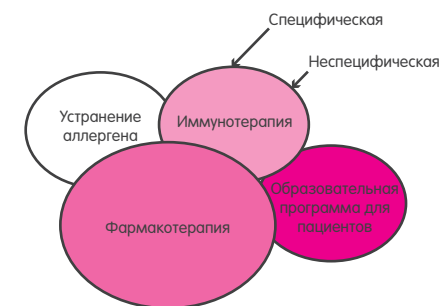


Рис. 13. Принципы лечения аллергических конъюнктивитов

Основные принципы лечения АК суммированы на рис. 12:

- Элиминация, т. е. исключение «виновного» аллергена, если это возможно, – самый эффективный и безопасный метод предупреждения и лечения АК;
- Иммуноterapia. Аллерген-специфическая иммуноterapia результативна, обеспечивает десенсибилизирующий эффект, формирует иммунологическую толерантность.
- Образовательная программа для пациентов, страдающих АК, направлена на улучшение качества жизни:
 - снижение страхов, связанных с сезонными обострениями;
 - понимание аллергии как хронического, практически пожизненного заболевания;
 - знание о болезни, участие в лечении;
 - повышение самоответственности.

Фармакотерапия

Лекарственная симптоматическая терапия:

- местная, с применением глазных препаратов
- общая – антигистаминные препараты внутрь при тяжелых поражениях

Преимущество местной терапии АК по сравнению с применением препаратов внутрь является более быстрый терапевтический эффект, так как лекарство попадает непосредственно на пораженную слизистую оболочку, и с другой стороны, меньшая вероятность возникновения побочных эффектов.

Существует три базисные группы противоаллергических препаратов, различающихся по механизму действия:

- антигистаминные средства
- мембраностабилизирующие средства
- средства двойного и тройного механизма действия.

Важное место в лечении аллергических заболеваний глаз занимает слезозаместительная терапия [44]. При этом на первое место выходят безконсервантные слезозаместители.

Лекарственный конъюнктивит



Рис. 14. Лекарственный блефароконъюнктивит

На приеме практикующего врача это частая форма поражения конъюнктивы, связанная с применением лекарственных препаратов.

Лекарственный конъюнктивит (ЛК) – это воспалительная реакция конъюнктивы, аллергическая или токсическая, при применении лекарственных средств.

Частота и тяжесть ЛК непрерывно возрастают по мере увеличения арсенала биологически активных лекарств. ЛК чаще возникает при местной терапии (более 90%). При применении лекарственных средств ЛК развивается чаще на лекарственное средство, но в 30% – на консерванты глазных капель. Практически любое лекарственное средство может вызвать аллергический конъюнктивит. Лекарственный конъюнктивит обычно развивается в результате повторного применения медикаментов и реже – при длительном первичном курсе лечения.

Острая реакция возникает в течение 1 часа после введения препарата (острый лекарственный конъюнктивит, анафилактический шок, острая крапивница, отек Квинке, системный капилляротоксикоз и др.). Подострая реакция развивается в течение суток. Затяжная реакция проявляется в течение нескольких дней и недель. Один и тот же препарат у разных больных может вызывать неодинаковые проявления. Вместе с тем различные препараты могут вызывать схожую клиническую картину лекарственной аллергии.

Характерными признаками острого аллергического конъюнктивита являются гиперемия, отек век и конъюнктивы, слезотечение, иногда кровоизлияния. Может сопровождаться блефаритом, дерматитом. Хроническому воспалению свойственны зуд век, гиперемия слизистой оболочки, умеренное отделяемое, образование фолликулов.

Важнейшее значение в диагностике имеет анамнез, позволяющий в 70 % случаев предположить виновный препарат. Указание в анамнезе на внезапное или постепенно нарастающее ухудшение в состоянии глаз на фоне длительно проводимого лечения или после назначения нового для данного больного препарата должно всегда насторожить врача.

Специальные аллергологические исследования включают: кожные диагностические пробы; провокационные аллергические пробы и лабораторную аллергодиагностику, высокоспецифичную и возможную в остром периоде заболевания.

Исследование соскобов конъюнктивы позволяет более чем в половине случаев обнаружить лимфоидную реакцию конъюнктивы, эозинофилы.

Алгоритм терапии

Базисная	Дополнительная
Исключение аллергена Острое течение: Полинадим, Визин Алерджи или Опатанол – 2–3 раза в день 5–7 дней Хроническое течение: Опатанол, Офталмоферон или Лекролин – 2 раза в день 7–10 дней При явлениях блефарита: Теагель на кожу век	Антигистаминные препараты внутрь Противовоспалительная: Максидекс, Офтан Дексаметазон, Диклофенаклонг или Акьюлар – 2 раза в день 7–10 дней Слёзозаместительная: Визин Чистая слеза, Хилабак, Оптив, Искусственная слеза – 2 раза в день При явлениях аллергического блефарита: Аллергоферон-гель на кожу век

Поллинозный конъюнктивит



Рис. 15. Острый поллинозный сезонный конъюнктивит

Относится к числу чётких по анамнезу сезонных заболеваний. Время обострения связано с календарём опыления растений в каждом климатическом регионе.

Пыльца, вызывающая поллиноз, принадлежит растениям, широко представленным в данной местности. Наиболее высокими антигенными свойствами обладает пыльца амброзии, луговых и сорных трав.

Заболевание может начинаться остро (в 5,2 % случаев): нестерпимый зуд век, жжение под веками, светобоязнь, слёзотечение, отёк и гиперемия конъюнктивы. Отёк конъюнктивы может быть настолько выраженным, что роговица «утопает» в окружающей конъюнктиве (хемоз). В таких случаях появляются краевые инфильтраты в роговице, чаще в области глазной щели. Полупрозрачные очаговые поверхностные инфильтраты, расположенные вдоль лимба, могут сливаться и изъязвляться.

Более часто поллинозный конъюнктивит протекает хронически с умеренным жжением под веками, незначительным отделяемым, периодически возникающим зудом век, лёгкой гиперемией конъюнктивы, могут обнаруживаться мелкие фолликулы или сосочки на слизистой оболочке. Поллиноз может быть причиной упорных рецидивирующих блефаритов и блефароконъюнктивитов.

Диагностика доступна по анамнезу и клинической картине. Анамнез имеет особое диагностическое значение: наследственная аллергическая отягощённость, особенности течения заболевания, сезонность. Конъюнктивит часто сочетается с другими проявлениями поллиноза: ринит, дерматит, бронхиальная астма. Характерно поражение обоих глаз.

Кожные пробы являются наиболее доступными, но не применяются в период острой атаки. Лабораторная алергодиагностика высоко специфична и возможна в остром периоде заболевания. Важное значение имеет выявление эозинофилов в соскобе с конъюнктивы.

Алгоритм терапии

Базисная	Дополнительная
Противоаллергическая: Острое течение: Полинадим, Визин Алерджи – 3–4 раза в день 7–10 дней Хроническое течение: Опатанол, Офталмоферон – 2 раза в день, 14–24 дня; Теагель на кожу век – 2 раза в день Профилактика: Опатанол, Лекролин	Тяжёлое течение: Антигистаминные препараты внутрь. Противовоспалительная: Максидекс, Офтан Дексаметазон, Диклофенаклонг или Дикло-Ф – 3 раза в день 5–10 дней При блефарите: Аллергоферон гель на кожу век, мазь Гидрокортизон-ПОС на веки – 2 раза в день 14 дней При упорном рецидивирующем течении: Иммунотерапия: СИТ Слёзозаместительная: Хилабак, Визин Чистая слеза, Систейн Баланс, Оптив – 2–3 раза в день, 20–30 дней

Хронический круглогодичный аллергический конъюнктивит (ХКАК)



Рис. 16. Хронический аллергический конъюнктивит

Круглогодичный аллергический конъюнктивит – хроническое рецидивирующее воспаление конъюнктивы с минимальными клиническими проявлениями, но настойчивыми многочисленными жалобами на неприятные ощущения. Несмотря на разнообразие причинных факторов и маловыраженную клиническую картину, эта клиническая форма составляет более 23% аллергических заболеваний глаз.

Среди причин упорного течения могут быть повышенная чувствительность к таким «факторам риска», как домашняя пыль, средства бытовой химии, перхоть и шерсть животных, сухой корм рыб, пыльца растений, лекарственные препараты, косметические изделия, контактные линзы пищевые продукты, пух, перо, промышленные загрязнения, факторы холодовой аллергии. ХКАК часто развивается при болезни «сухого глаза».

Некоторые формы этого конъюнктивита склонны к обострению весной и летом, другие – зимой.

В основе развития хронического аллергического конъюнктивита лежит аллергическая реакция замедленного типа (IV тип). Жалобы на неприятные ощущения, жжение под веками, лёгкое покраснение и отёк век, незначительное отделяемое по утрам, периодически возникающий зуд век.

Важнейшее место в диагностике занимает тщательно собранный аллергологический анамнез, позволяющий правильно предположить «виновный»

аллерген в 70% случаев. Особого внимания заслуживают «факторы риска». Следует учесть, что чаще страдают женщины, чаще городские жители; нередко аллергия в семье, ХКАК ассоциируется с астмой, атопией.

Дополнительные тесты аллергологической диагностики: кожные аллергологические пробы, лабораторная аллергодиагностика, выявление эозинофилов в соскобе с конъюнктивы.

В лечении важнейшее значение имеет устранение «факторов риска».

Алгоритм терапии

Базисная	Дополнительная
<p>Опатанол – 2 раза в день 3–4 недели В упорных случаях: Полинадим или Визин Алерджи – 2 раза в день, не более 5 дней, затем Опатанол или Лекролин При явлениях блефарита: Теагель или Аллергоферон на кожу век – 2 раза в день</p>	<p>При явлениях упорного блефарита: Мазь Гидрокортизон-ПОС – 2 раза в день на края век 14–28 дней Слёзозаместительная: Хилабак, Офтагель, Визин Чистая слеза, Систейн Баланс или Оптив – 2–3 раза в день (выбор по переносимости), 1–2 месяца</p>

Весенний кератоконъюнктивит (ВКК)

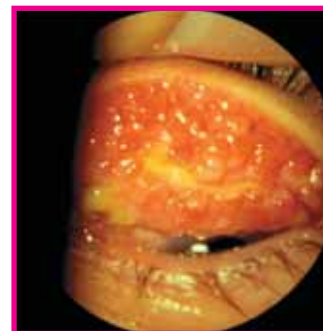


Рис. 17. Весенний катар с образованием сосочков средней величины и гигантских

Весенний кератоконъюнктивит – воспалительное сезонное заболевание, при котором поражается конъюнктивa с образованием характерных сосочков и нередко поражается роговица. Сопровождается резко выраженным зудом [43].

Весенний катар встречается в различных районах мира, наиболее часто – в странах с жарким климатом. Доля пациентов с весенним кератоконъюнктивитом среди амбулаторных больных на севере России составляет 0,015%, в зоне умеренного климата – 0,23%, а в южных регионах – от 0,2% до 7,1%.

Болезнь, как правило, наблюдается у мальчиков, обычно поражаются оба глаза, проявляется клинически с 4–5 лет, продолжается несколько лет, обостряясь в весенне-летний период, обычно регрессирует в период полового созревания.

В клинике характерными являются резко выраженный зуд, постоянное ощущение инородного тела, густое вязкое слизистое отделяемое, выраженная светобоязнь, гиперемия конъюнктивы.

Выделяют две формы ВКК: тарзальную и лимбальную. Классическим объективным признаком поражения конъюнктивы при тарзальной форме ВКК является наличие крупных сосочков. Чаще всего они появляются в верхней тарзальной части конъюнктивы.

Сверху сосочки могут быть покрыты слоем слизи. В тяжёлых случаях сосочки большого размера могут механически приводить к возникновению птоза и поражению роговицы.

Лимбальная форма ВКК характеризуется возникновением сосочков преимущественно в области лимба, имея при этом мутный гелеобразный вид. Часто их появление сочетается с множественными белыми пятнами (точками Горнера-Трантаса). Иногда встречается смешанная форма.

При ВКК нередко поражается роговица: эпителиопатия, эрозия роговицы, кератит, язва роговицы щитовидная, гиперкератоз.

Принципиально важным в лекарственной терапии является местное сочетание противоаллергических средств с кортикостероидами или нестероидными противовоспалительными ЛС.

Алгоритм терапии

Базисная (местная)	Дополнительная
<p>Лёгкое течение: Опатанол или Лекролин или их сочетание – 3 раза в день, 3–4 недели</p> <p>Тяжёлое течение: Полинадим – 2 раза в день, 7 дней, далее – Визин Алерджи или Опатанол, 14–28 дней, в сочетании с каплями</p> <p>Офтан-дексаметазон или Максидекс – 2–3 раза в день 14 дней; Диклофенаклонг, Дикло-Ф – 2 раза в день, 14 дней</p>	<p>Антигистаминные препараты внутрь</p> <p>При язве роговицы: Дикло-Ф, Диклофенаклонг или Акьюлар и репаративные средства</p> <p>Баларпан или Вита-ПОС – 2 раза в день, 14 дней</p> <p>Искусственная слеза: Хилабак, Оптив, Визин Чистая слеза или Систейн Баланс – 14–28 дней</p>

Крупнопиллярный конъюнктивит (КПК)

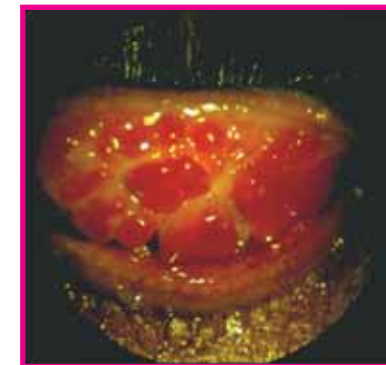


Рис. 18. Крупнопиллярный конъюнктивит при ношении контактных линз

Крупнопиллярный конъюнктивит – хроническое воспалительное иммунозависимое заболевание конъюнктивы с образованием крупных плоских сосочков на слизистой верхнего века, находящегося длительное время в контакте с инородным телом.

КПК представляет собой иммунологическую реакцию на разнообразные инородные тела, которые могут вызывать длительное механическое раздражение верхней тарзальной конъюнктивы. Несмотря на то, что контактные линзы (жесткие или мягкие) являются наиболее частым раздражителем, глазные протезы, выступающие склеральные образования, а также неприкрытые швы после хирургического вмешательства и кальциевые отложения в роговице также могут приводить к развитию КПК.

Пациенты жалуются на чувство инородного тела под веком, на потерю толерантности к линзам, зуд и слизистое отделяемое из глаз. В тяжёлых случаях может появиться птоз. Конъюнктива гиперемирована: мелкие, крупные (более типичны) или гигантские сосочки (диаметром 1 мм и более) выявляют по тарзальной конъюнктиве верхних век.

Хотя клиническая картина КПК очень похожа на тарзальную форму весеннего конъюнктивита, вместе с тем есть ряд существенных отличий.

Диагностические критерии	Крупнопаялярный конъюнктивит	Весенний катар
Возраст	Любой	4–10 лет
Зуд, отделяемое	Незначительны	Выражены
Лимб роговицы	Не поражен	Поражен часто
Другие аллергические поражения	Не типичны	Возникают часто
Фактор раздражения	Есть	Нет

Алгоритм терапии

Главным является удаление инородного тела: прекратить пользоваться КЛ, убрать протез, удалить швы и др. До полного исчезновения симптомов проводят лекарственную терапию.

Базисная (местная)	Дополнительная
<p>Базисная (местная) Дополнительная</p> <p>При умеренной тяжести течения: Опатанол или Офталмоферон – 2 раза в день, 3–4 недели Офтан Дексаметазон, Максидекс – 2 раза в день, 3–4 недели</p> <p>При тяжёлом течении: Визин Алерджи – 2 раза в день в течение 7 дней, затем Опатанол или Лекролин – 2 раза в день, 3–4 недели</p>	<p>Слёзозаместительная: Хилабак, Искусственная слеза, Визин Чистая слеза, Систейн Баланс, Оптив (выбор по переносимости) – 2–3 раза в день, 1–2 месяца</p>

Атопический кератоконъюнктивит (АКК)



Рис. 19. Атопический кератоконъюнктивит

АКК представляет собой двустороннее воспаление конъюнктивы век, чётко связанное с атопическим дерматитом.

Атопический дерматит является наследственным заболеванием, которое обычно проявляется в детском возрасте. АКК может возникать при атопическом дерматите приблизительно в 25–40% случаев.

Наиболее частые жалобы на зуд век и периорбитальной кожи. При АКК в патологический процесс может вовлекаться кожа и края век, конъюнктура, роговица и хрусталик. Поражение кожи век может иметь вид экзематозного дерматита, проявляющегося сухой, воспалённой кожей с наличием чешуек. Часто возникает дисфункция мейбомиевых желёз, кератинизация, нарушение слёзной плёнки. Также часто имеет место инфицирование краёв век стафилококком, что в свою очередь может приводить к развитию упорного течения блефарита. Возможно развитие отёка конъюнктивы с типичной папиллярной реакцией.

Рубцевание конъюнктивы может приводить к возникновению симблефарона.

Выявляют склонность к развитию вторичной инфекции – бактериальной язвы роговицы, грибковому кератиту, герпетическим поражениям.

Лечение требует большой продолжительности, комплексное, обязательно включающее кортикостероиды.

Алгоритм терапии

Базисная (местная)	Дополнительная
<p>Опатанол – 2 раза в день, 4–6 недель</p> <p>В период обострения:</p> <p>Полинадим или Визин Алерджи – 2 раза в день, 7 дней</p> <p>При выраженных папиллярных реакциях, рубцевании и поражении роговицы:</p> <p>Максидекс, Офтан Дексаметазон или Диклофенаклонг, Дикло-Ф – 2 раза в день, 14–21 день</p> <p>Рестасис – 2 раза в день, длительно</p> <p>При тяжёлых формах:</p> <p>Субконъюнктивальные инъекции Дексаметазона в течение 10 дней</p>	<p>При тяжёлых формах:</p> <p>Внутри – блокаторы H1-рецепторов в течение 10 дней или Циклоспорин в капсулах (4 мг/кг) в течение 10 дней</p> <p>При роговичных поражениях:</p> <p>Баларпан капли, Хилозар-Комод или ВитА-ПОС мазь</p> <p>При бактериальной инфекции:</p> <p>Витабакт, Офтаквикс, при герпетических поражениях – Офтальмоферон или Зирган</p> <p>Вигамокс, Зимар, Офтаквикс, Сигницеф</p> <p>Слёзозаместители после стихания воспаления:</p> <p>Хилабак, Искусственная слеза, Систейн</p> <p>Баланс, Визин Чистая слеза – 2–3 раза в день, 3–4 недели</p>

Сухой кератоконъюнктивит («сухой глаз»)

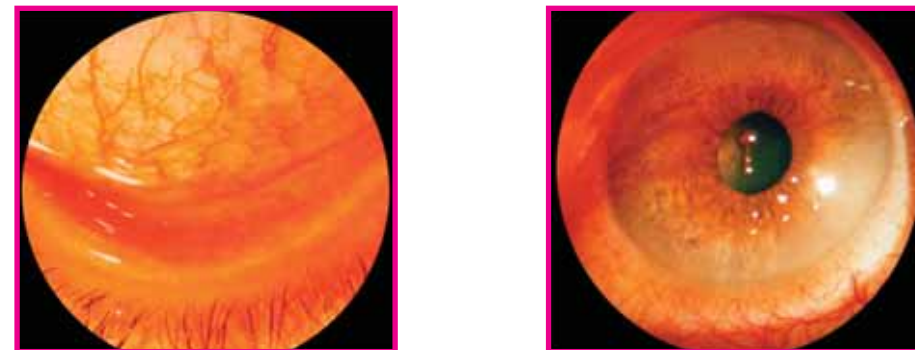


Рис. 20. Сухой глаз с поражением конъюнктивы и роговицы (нитчатый кератит)

Сухой кератоконъюнктивит (СКК) – болезнь «сухого глаза», «сухой глаз» – это поражение конъюнктивы и роговицы, возникающее в связи с выраженным уменьшением слёзной жидкости и нарушением стабильности слёзной плёнки.

Общепризнано, что сухой кератоконъюнктивит встречается часто, поражая примерно 2% населения. Больные с СКК составляют значительный удельный вес амбулаторного приёма окулиста – 25–30%, причём в возрастной группе до 40 лет – 12%, а в группе старше 50 лет – 67%. За последние 30 лет частота обнаружения «сухого глаза» возросла в 4,5 раза [45]. Доказано, что основным патогенетическим фактором развития вторичного синдрома «сухого глаза» является воспаление [46]. Наиболее часто встречаются нарушения слёзной плёнки, возникающие после хирургических операций на роговице, после офтальмоинфекций, при аллергических заболеваниях глаз, при ношении контактных линз и др. Так, СКК обнаруживается после аденовирусных конъюнктивитов – в 80%, хламидийных конъюнктивитов – в 52%, герпетических кератоконъюнктивитов – в 78%, после бактериальных блефароконъюнктивитов – в 87% [33]. СКК рассматривается как многофакторная болезнь [47].

По этиологическому фактору были выделены следующие основные формы вторичного синдрома «сухого глаза» (по Д. Ю. Майчуку) [46]:

- транзиторный «сухой глаз» после кератопластики
- СКК после воспалительных поражений глаз
- симптоматический «сухой глаз» после рефракционных операций
- СКК при аллергических конъюнктивитах
- СКК при ношении контактных линз
- СКК при ожоговом ксерозе
- СКК при дистрофии роговицы

Клиническая картина СКК соответствует стадии развития заболевания [46].

Гиперсекреторная стадия определяется по жалобам пациента на слёзотечение, постоянное или спровоцированное ветром, холодом и т. д., и/или по данным теста Ширмера – более 30 мм за 5 минут.

Гипосекреторная сопровождается жалобами пациента на сухость, чувство засоренности глаза, гиперемию конъюнктивы, все явления ухудшаются к вечеру. Данные теста Ширмера – менее 15 мм за 5 минут.

Эпителиально-некротическая (эрозивная): определяется по биомикроскопии и окраске флюоресцеином; проявляется в виде микроэрозий, макроэрозий и нитчатого кератита. Раздражение глаз вызывают инстилляци любых капель.

Стромально-некротическая (язвенная) стадия: отличается признаками поражения стромы роговицы.

Ксеротическая стадия: характеризуется значительным нарушением слёзопродукции, часто сопровождается помутнением роговицы и рубцеванием конъюнктивы.

В диагностике СКК учитывают характерные жалобы больного, результаты биомикроскопического исследования краёв век, конъюнктивы и роговицы, а также специальных тестов: проба Ширмера, проба Норна (время разрыва слёзной плёнки), окраска бенгальским розовым, окраска флюоресцеином, выявление складок конъюнктивы, определение осмолярности слезы. Разработана мейбомеографическая система для выявления дисфункции мейбомиевых желёз [48, 49].

Лечение СКК остаётся трудной задачей, предполагает постепенный подбор лекарственных средств и требует как настойчивости врача, так и терпения пациента. Глазные капли, содержащие консервант, переносятся больными хуже и могут вызвать аллергическую реакцию, поэтому предпочтение следует отдавать глазным каплям без консерванта.

В лечении СКК особое значение имеет персонализированная терапия, т. е. индивидуальный подбор препарата в зависимости от клинического течения заболевания. Если в лечении СКК легкой и средней тяжести отдается предпочтение слезозаместительной и противовоспалительной терапии, то при тяжелых рецидивирующих формах принципиальное значение имеет применение циклоспорина (Рестазис) [16, 17, 18, 50, 51].

Алгоритм терапии

Базисная (местная)	Дополнительная
Слезозаместительная: Хилабак, Визин Чистая слеза, Искусственная слеза – 2–8 раз в день При дисфункции мейбомиевых желёз (нарушении жирового слоя слезы): Систейн Баланс, Оптив, ВитА-ПОС При выраженном ксерозе: Систейн Баланс, Корнерегель, ВитА-ПОС, Офтагель, Хиломакс-Комод При тяжёлых рецидивирующих формах: Рестазис – до 3–6 месяцев	Противовоспалительная: Офталмоферон, Диклофенаклонг, Акьюлар При выраженной аллергической реакции: Опатанол, Аллергоферон гель на кожу век При явлениях блефарита: Теагель на кожу век При вторичной бактериальной инфекции: Витабакт



ЛИТЕРАТУРА

1. Нероев В.В. Основные пути развития офтальмологической службы Российской Федерации // IX съезд офтальмологов России. – М. – 2010. – С. 52–55.
2. Майчук Ю.Ф. Современные возможности терапии конъюнктивитов // Труды XVII Рос. нац. конгресса. – 2011. – Т. 2. – С. 215–225.
3. Boyle E. L. Новые формулировки лекарств, призванные защитить поверхность глаза // EyeWorld. – 2014. – Т. 76 № 2. – С. 11–12.
4. Нероев В.В., Майчук Ю.Ф. Заболевания конъюнктивы. В кн. «Краткое издание национального руководства по офтальмологии». Глава 8. – М. – 2014. – С. 367–407.
5. Астахов Ю.С., Рике И.А. // Современные методы диагностики и лечения конъюнктивитов. – СПб. – 2007. – 68 с.
6. Майчук Ю.Ф., Яни Е.В. Выбор лекарственной терапии при различных клинических формах болезни сухого глаза // Офтальмология. – 2012. – 4. – С. 58–64.
7. Майчук Ю.Ф. Современная терапия конъюнктивитов у детей // Consillium medicum. Педиатрия. – 2007. – № 2. – С. 80–87.
8. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание под редакцией А.А. Баранова. Глава 54. Конъюнктивиты и кератиты у детей – М. – 2013. – С. 735–749.
9. Майчук Д.Ю. Заболевания глазной поверхности, индуцированные контактными линзами // Новое в офтальмологии. – 2012. – № 3 – С. 49–53.
10. Муханько И.Ж. Клинический случай // Заболевания глазной поверхности. – М. – 2014. – С. 8–9.
11. Chiambaretta F., Garraffo R., Elena P.P. et al. Tear concentrations of azithromycin following topical administration of a single dose of azithromycin 0,5%, 1% and 1,5% eyedrops (T+225) in healthy volunteers // Europ. J. Ophthalm. 2008. – v.18 – N2. – P.1–7.
12. АЗИДРОП. Инструкция по применению лекарственного препарата Азидроп. Минздрав России. ЛП00217–030913. – С. 1–7.
13. World Health Organization. Programme for prevention of blindness and deafness (2004). Report of the eighth Meeting of the WHO Alliance for the Global Elimination of Blinding Trachoma. Geneva. – 2004. WHO/PBL/GET/04. – P.1–47.
14. Зирган (Zirgan). Vidal. Видаль Специалист Офтальмология. Изд. Шестое. – ЗАО «ЮМБ Медикс Рус». – 2013. – С. 131–132.
15. Colin J., Hoh N.B., Easty D.L. et al. Ganciclovir ophthalmic gel (Virgan; 0,15%) in the treatment of Herpes simplex keratitis // Cornea, 1997. – v.16. – P.393–399.
16. Бржеский В.В., Майчук Д.Ю. Новые возможности иммуносупрессивной терапии у больных с синдромом «сухого глаза» // Офтальмологические ведомости. – СПб. – 2012. – Т. 5. – № 1. – С. 69–74.
17. Флоренцева С.С., Веселов А.В., Бутин Е.В., Морозова Н.В., Соколов В.О. Применение метода гейдельбергской томографии роговицы при оценке результатов лечения пациентов с синдромом «сухого глаза» препаратом циклоспорин А («Рес-тазис») // Офтальмологические ведомости. – 2013. – № 2. – С. 50–53.
18. Мазунин И.Ю. Клинический случай//Заболевания глазной поверхности. М. 2014. – с. 14–15.
19. Майчук Ю.Ф. Офтальмоферон. – М. – 2012. – 125 с.
20. Позднякова В.В., Новый комплексный препарат для лечения аллергических заболеваний глаз // Рос. офт. журнал. – 2014. – Т. 7. – № 1. – С. 73–76.
21. Майчук Д.Ю. Левокабастин (Визин Алерджи) в лечении аллергических конъюнктивитов // ООО «Джонсон и Джонсон». – М. – 2014. – 4 с.
22. Майчук Ю.Ф., Яни Е.В. Новый препарат искусственной слезы на основе гиалуроновой кислоты Хилабак в терапии «сухого глаза» // Катар. и рефракц. хирургия. – 2011. – № 3. – С. 48–50.
23. Петраевский А.В., Тришкин К.С., Лёвина О.В. Синдром «сухого глаза» у женщин, занятых офисным трудом: клинко-цитологический анализ результатов лечения препаратом Хилабак // Рос. офт. журнал. – 2012. – № 2. – С. 49–53.
24. Brejjesky V.V. Maichuk Y.F., Petrayevsky A.V., Nagorsky P.G. Use of preservative-free hyaluronic acid (Hylabak®) for a range of patients, with dry eye syndrome: experience in Russia // Clinical ophthalmology. 2014, – 8. – p. 1169–1177.
25. Davitt W.F., Blumenstein M., Christensen M., Wartin D. Efficacy in patient with dry eye after treatment with new drop formulation.//S. Ocular pharma and therapeutics. – 2010/ – N4. – P.347–353.
26. Kaercher T., et al. Treatment of patients with keratoconjunctivitis sicca with OPtive: results of a multicenter, open-label abseizational study in Germany. Clin. OPhtholm. – 2009. – N3. – P.33–39.
27. Hunt et al. Drug delivery systems: Fundamentals and Techniques. 1987.
28. Майчук Ю.Ф., Яни Е.В. Новые подходы в лечении блефаритов // Катар. и рефракц. хирургия. – 2012. – 1. – С. 59–62.
29. Doan S. Tolerability and acceptability of Blephagel: a novel eyelid hygiene aqueous gel// Clin. Ophth. – 2012. – v.6. – P.71–77.
30. Майчук Ю.Ф. Конъюнктивиты. Современная лекарственная терапия. Краткое пособие для врачей. – М. – 2013. – 36 с.
31. Романова Т.Б. Конъюнктивиты. В кн. Офтальмология // Ред. Л.К. Мошетова, А.П. Нестеров, Е.А. Егоров. – М. – «Гэотар-Медиа». – 2006. – С. 9–44.
32. BenEzra D.//Blepharitis and Conjunctivitis. – Glosa. – 2006. – P.173–180.
33. Майчук Д.Ю. Инфекционные заболевания глазной поверхности (конъюнктивиты и кератоконъюнктивиты). В кн. «Синдром красного глаза» под ред. Д.Ю. Майчука. – М. – 2010. – С. 18–51.
34. Behrens-Baumann W. Topical antimycotis drugs.//In: Antiseptic prophylaxis and therapy in ocular infections. Ed. A. Kramer, W. Behrens-Baumann-karger. – 2002. – P.263–280.

35. Азнабаев М. Т., Мальканов В. Б., Латыпова Э. А., Шевчук Н. Е. Хламидийный конъюнктивит. – 2003. – 131 с.
36. Сухина Л. А., Голубов К. Э., Котлубей Г. В. и др. Особенности клиники, диагностики и лечения конъюнктивита новорожденных // В кн. «Невские горизонты – 2012», Санкт-Петербург. – 2012. – С. 172–174.
37. Майчук Ю. Ф., Вахова Е. С. Комплексная терапия хламидийных конъюнктивитов // Медицинская технология, утверждённая Минздравом РФ. – М. – 2009. – 9 с.
38. Майчук Д. Ю., Васильева О. А. Результаты применения метода ПЦР для выявления ДНК аденовируса в мазке конъюнктивы у пациентов с рецидивирующей инфильтративной формой аденовирусного конъюнктивита // Материалы конференции «Федоровские чтения». – 2014. – М. – С. 165–166.
39. Жиякова Е. Т., Баскакова А. В. Изучение ассортимента офтальмологических лекарственных форм для лечения офтальмогерпеса // VI Российский общенациональный офтальмологический форум. – М. – 2013. – Т. 2 – С. 600–605.
40. Майчук Ю. Ф. Вирусные заболевания глаз. – М. – 1981. – 272 с.
41. Biellory L. Allergic diseases of the eye // Med. Clin. N. Am. – 2006. – v.90. – P.129–148.
42. Ono S. L., Abelson M. B. Allergic conjunctivitis: update on pathophysiology and prospects for future treatment // J. Allergy Clin. Immunol. 2005. – N1. – P.118–122.
43. Майчук Ю. Ф. Аллергические конъюнктивиты у детей // Лечащий врач. – 2006. – № 8. – С. 61–64.
44. Майчук Д. Ю., Челингарян Л. Б., Пронкин И. А., Григорян А. Р. Слезозаместительная терапия при аллергических состояниях глаз // Офтальмология. – 2012. – № 3. – С. 3–7.
45. Бржеский В. В. Синдром «сухого глаза» // В кн. «Синдром красного глаза». – М. – 2010. – С. 52–73.
46. Майчук Д. Ю. Воспаление как патогенетическая основа синдрома «сухого глаза» и перспективы применения офтальмоферона в патогенетической терапии // Новые лекарственные препараты. – М. – 2004. – № 8. – С. 14–17.
47. Майчук Д. Ю. Патогенетическое обоснование лечения и профилактики вторичных нарушений слёзообразования // Автор. дисс. доктора мед. наук. – М. – 2005. – 52 с.
48. McGrath D. Ocular surface disease // Eurotimes. – 2012. – 11. – P.2.
49. Krader C. G. Dry eye screening // Eurotimes. – 2012. – 9. – P.48.
50. Perry H. D., Solomon R., Donnerfeld E. Оценка эффективности циклопорина для местного применения при лечении синдрома «сухого глаза» // Archives of ophthalmology, 2008. № 8, P. 1491
51. Майчук Д. Ю. Рестагис – применение в реальной клинической практике и портреты пациентов // Лечение заболеваний глазной поверхности – оптимизация и новые перспективы. Материалы конференции. – М. – 2012. – С. 62–82

АЗИДРОП

Азитромицин 15 мг/г – капли глазные



Первое антибактериальное средство для **3-дневного** лечения инфекций глаз

Первое антибактериальное средство для **3-дневного** лечения инфекций глаз

1 упаковка

6 тубик-капельниц



3
ДНЯ
лечения

Удобство и легкость в использовании

- Без консервантов
- Не требует многочисленных инстилляций в течение дня
- Легко соблюдать предписанный режим терапии
- Низкий риск появления резистентных бактерий из-за неправильного режима применения



ООО «Тea Фарма»
Россия, 121099, Москва,
Смоленская площадь, д. 3