

ВИРУСНЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ

ПОДГОТОВИЛА: ИНТЕРН ТАРАСЮК М, Е,

ВИРУСНЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ

- Более половины случаев воспалительной патологии глаз имеют доказанный или предполагаемый вирусный характер. Все вирусы (около 500 видов), вызывающие заболевания человека, могут поражать глаза.
- Хорошо известны аденовирусная и герпесвирусная инфекции глаз.
- Вирусные заболевания протекают в виде эпидемических вспышек и эпизодических заболеваний.

ВИРУСНЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ

- фарингоконъюнктивальная лихорадка;
- эпидемический кератоконъюнктивит;
- эпидемический геморрагический конъюнктивит;
- герпетический конъюнктивит;
- конъюнктивиты при общих вирусных заболеваниях (ветряная оспа, корь, краснуха);
- конъюнктивиты, вызванные вирусом контагиозного моллюска.

АДЕНОВИРУСНЫЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ

Аденовирусы вызывают две клинические формы заболевания:

- аденовирусный конъюнктивит (фарингоконъюнктивальная лихорадка)
- эпидемический кератоконъюнктивит (протекает более тяжело и сопровождается поражением роговицы).

ФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА

- Возбудитель – аденовирусы серотипов 3, 5, 7. Заболевание передаётся воздушно-капельным и контактным путём. Инкубационный период составляет 7–8 дней.
- ■ **Клиническая картина.** Острое вирусное заболевание, не относящееся к категории эпидемических. Заболевают в основном дети дошкольного и младшего школьного возраста. Поражению глаз предшествует клиническая картина острого катара верхних дыхательных путей с появлением фарингита, ринита, трахеита, бронхита, иногда – отита, с повышением температуры тела до 38–39

ФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА

- На фоне общих клинических проявлений, обычно на 2–4-й дни заболевания, возникает одно- или двусторонний конъюнктивит. При этом конъюнктивальная гиперемия умеренно инфильтрирована, в области нижней переходной складки появляются мелкие фолликулы, точечные кровоизлияния, иногда – плёнчатые сероватые налёты. Отделяемое из конъюнктивальной полости серозно-слизистое. У половины больных обнаруживают регионарную аденопатию околоушных лимфатических узлов. В ряде случаев одновременно с конъюнктивой в патологический процесс вовлекается и роговица. Появляются точечные эпителиальные инфильтраты, окрашивающиеся флюоресцеином. Вся клиническая симптоматика продолжается не более 2 нед. Явления кератита исчезают бесследно.

ЛЕЧЕНИЕ ФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНОЙ ЛИХОРАДКИ

- Закладывают за нижнее веко антиметаболиты 2–3 раза в день:
0,25% диоксотетрагидрокситетрагидронафталин (оксолиновая мазь), или флуоренонилглиоксаля бисульфит (флореналя мазь глазная 0,5%), или тетрабромтетрагидроксидифенил (0,5% теброфеновая мазь). Впрочем, эти ЛС обладают довольно низкой эффективностью.

ЛЕЧЕНИЕ ФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНОЙ

ЛИХОРАДКИ

- ❖ Одновременно с антимагметаболитами применяют неспецифическую иммунотерапию: частые инстилляциии (каждые 2 ч) интерферона, рекомбинантного интерферона альфа-2b – 8–10 раз в сутки, снижая до 6 раз в сутки или интерферогенов [«полиадениловая кислота + уридиловая кислота» (полудан), аминокбензойная кислота – 6–8 раз в сутки
- ❖ После стихания острого воспаления в течение 5–7 дней закапывают растворы ГКС 1–2 раза в день – 0,1% р-р дексаметазона, раствор дезонида динатрия фосфата по 1 капле 3 раза в день.

ЛЕЧЕНИЕ ФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНОЙ ЛИХОРАДКИ

- ❖ Можно использовать комбинированные ЛС – глазные капли и мазь, содержащие ГКС и антибиотик: тобрамицин + дексаметазон (тобрамицин/дексаметазон, тобрекс). Инстилля́ция глазных капель в конъюнктивальный мешок - по 1-2 капли каждые 4-6ч. Закладывание мази в конъюнктивальный мешок – полоска 1,5 см 3 – 4 раза в сутки.
- ❖ Вместо ГКС возможно применение НПВС – 0,1% р-р диклофенака натрия.
- ❖ Дополнительно используют инстилля́ции 2–3 раза в день ЛС, являющихся стабилизаторами мембран тучных клеток: 2% р-р кромоглициевой кислоты или 0,1% р-р

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТ

- Возбудитель – аденовирусы серотипа 8. Заболевание является преимущественно госпитальной инфекцией, более 70% больных заражаются в медицинских учреждениях.
- Источник инфекции – больной эпидемическим кератоконъюнктивитом. Инфекция распространяется контактным, реже – воздушнокапельным путём.
- Длительность инкубационного периода – 4-7 дней. Продолжительность заразного периода 14 дней.
- Заболевание длится до 2 месяцев, по окончании остается иммунитет.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Начало заболевания острое, поражаются оба глаза с интервалом 1–5 дней. Развитию конъюнктивита предшествуют симптомы общего недомогания. Происходит двустороннее увеличение регионарных лимфоузлов, болезненных при пальпации.
- В клинической картине отмечается отёк век, резкая гиперемия и отёк конъюнктивы век и переходной складки, выявляются мелкие фолликулы и точечные кровоизлияния. В тяжёлых случаях формируются мембраны и псевдомембраны на конъюнктиве. Через 5–9 дней от начала заболевания на роговице появляются точечные субэпителиальные (монетовидные) инфильтраты, приводящие к снижению зрения. Инфильтраты в роговице могут сохраняться от нескольких месяцев до года.

ЛЕЧЕНИЕ

- Сходно с лечением фарингоконъюнктивальной лихорадки.
- ✧ Закладывают за веко 2–3 раза в день 0,25% диоксотетрагид-рокситетрагидронафталин (оксолиновая мазь) или флуоренонилглиоксаля бисульфит (флореналя мазь глазная 0,5%) или тетрабромтетрагидроксиdifенил (0,5% теброфеновая мазь).
- ✧ Одновременно с антиметаболитами применяют неспецифическую иммунотерапию: частые инстилляциии (каждые 2 ч) интерферона, *рекомбинантного интерферона альфа-2b* – 8–10 раз в сутки, снижая до 6 раз в сутки, или интерфероногенов [«полиадениловая кислота + уридиловая кислота» (полудан), аминокислота – 6–8 раз в сутки].

ЛЕЧЕНИЕ

- ❖ При поражении роговицы применяют ЛС, улучшающие её регенерацию: 4% р-р таурина; 3,44% р-р ретинола ацетата или пальмитата; 20% гель, содержащий депротенинизированный гемодиализат из крови телят; 5% глазной гель, содержащий декспантенол. Также применяют *капли, содержащие* рибофлавин (0,01), аскорбиновую кислоту (0,02) и 2% р-р декстрозы (10,0).
- ❖ После стихания острого воспаления в течение 5–7 дней закапывают растворы ГКС 1–2 раза в день – 0,1% р-р дексаметазона, раствор дезонида динатрия фосфата по 1 капле 3 раза в день.

ЛЕЧЕНИЕ

- ❖ Можно использовать комбинированные ЛС – глазные капли мазь, содержащие ГКС и антибиотик: дексаметазон 1 мг/мл, полимиксин В 6000 ЕД/мл, неомицин 5 мг/мл.
- ❖ Вместо ГКС применяют растворы НПВС – 0,1% р-р диклофенака натрия.
- ❖ Дополнительно используют инстилляциии 2–3 раза в день ЛС, являющихся стабилизаторами мембран тучных клеток: 2% р-р кромоглициевой кислоты или 0,1% р-р лодоксамида.

ДИАГНОСТИКА

- В связи с высокой контагиозностью инфекции при сборе анамнеза необходимо учитывать информацию о вспышках эпидемического кератоконъюнктивита, контакте пациента непосредственно с больным кератоконъюнктивитом или ЛС и инструментами, применяемыми для его лечения.
- Для лабораторной диагностики острых вирусных конъюнктивитов (аденовирусных, герпесвирусных) используют метод флюоресцирующих антител для анализа материала из соскобов конъюнктивы, полимеразную цепную реакцию и реже метод выделения вируса.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ

- Возбудитель – энтеровирус-70. Относится к группе РНК-содержащих пикорнавирусов. Инкубационный период – 12–48 ч. Длительность заболевания 8–12 дней, заканчивается выздоровлением.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Заболевание начинается остро с сильной рези в глазах и светобоязни. При осмотре: отёк век, хемоз и инфильтрация конъюнктивы, отдельные фолликулы на нижней переходной складке.
- Умеренное слизистое или слизисто-гнойное отделяемое.
- Типичны кровоизлияния в ткань конъюнктивы и под неё, появляющиеся в первые часы заболевания и исчезающие через несколько дней, а в отдельных случаях – через 2 нед. Кровоизлияния имеют различные размеры и форму: от петехий и отдельных мазков до обширных, занимающих всю площадь конъюнктивы и склеры.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Вторым патогномоничным признаком является появление на конъюнктиве мелких белых или желтоватых пятен (закупоривающие выводные протоки слизистых или добавочных слёзных желёз некротизированные клетки).
- Чувствительность роговицы снижена, иногда появляются точечные субэпителиальные инфильтраты роговицы, которые могут исчезнуть через несколько дней.
- Клиническая картина дополняется увеличением и болезненностью предушных лимфатических узлов.

ЛЕЧЕНИЕ

- Применяют неспецифическую иммунотерапию: частые инстилляции (каждые 2 ч) интерферона, *рекомбинантного интерферона альфа-2b* – 8–10 раз в сутки, снижая до 6 раз в сутки, или интерферогенов [«полиадениловая кислота + уридилловая кислота» (полудан), аминокислота – 6–8 раз в сутки].
- ■ Для профилактики присоединения бактериальной инфекции применяют 0,25% р-р хлорамфеникола, 0,01% р-р бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмония хлорида моногидрата (мирамистин) или 0,05% р-р пиклоксидина, комбинированные антибактериальные препараты: глазные капли, содержащие хлорамфеникол 4 мг/мл, колистиметат 180 000 МЕ/мл, ролитетрациклин 5 мг/мл.

ЛЕЧЕНИЕ

- ■ При поражении роговицы применяют ЛС, улучшающие её регенерацию: 4% р-р таурина, 3,44% р-р ретинола ацетата или пальмитата, 20% гель, содержащий депротенинизированный гемодиализат из крови телят; 5% глазной гель, содержащий декспантенол. Применяют также *капли, содержащие рибофлавин(0,01), аскорбиновую кислоту (0,02) и 2% р-р декстрозы (10,0)*
- Продолжительность лечения 9-14 дней. После исчезновения острых явлений в течение 6-8 нед закапывают искусственную слезу.

ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ

- Возбудители – вирусы простого герпеса. Заболевание чаще возникает у детей, характеризуется длительным и вялым течением, склонностью к рецидивам.
- Клиническая картина. Характерен полиморфизм симптоматики. Для герпетического конъюнктивита характерны следующие признаки: поражение одного глаза, вовлечение в патологический процесс кожи и края век, роговицы.

Различают три формы герпетического конъюнктивита:

- катаральную,
- фолликулярную
- везикулёзно-язвенную.

ФОРМЫ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО

КОНЪЮНКТИВИТА

- ▣ **Катаральная форма** характеризуется бурным течением и меньшей продолжительностью, отмечается выраженная гиперемия и отёк конъюнктивы. Отделяемое с конъюнктивы незначительное, слизистое.
- ▣ **Фолликулярный герпетический конъюнктивит** трудно отличить от аденовирусного. На фоне симптомов катаральной формы появляются фолликулы на конъюнктиве нижнего века и переходной складки.
- ▣ **Везикулёзно-язвенный герпетический конъюнктивит.** Характерно рецидивирующее высыпание герпетических пузырьков с последующим образованием эрозий или язв на конъюнктиве и крае века, прикрытых нежными плёнками, с обратным развитием без рубцевания. В ряде случаев образуются узелки в склере в области лимба, напоминающие фликтены.

■ ФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ



Рис. 28. Фолликулярная форма герпетического конъюнктивита.

ЛЕЧЕНИЕ

Проводят противовирусную и симптоматическую терапию:

- ■ в конъюнктивальный мешок закапывают по 1 капле 6–8 раз в день 0,1% р-р идоксуридина;
- ■ инстилляциии сочетают с закладыванием за веки 2–3 раза в день 3% мази, содержащей ацикловир; кроме того, можно использовать диоксотетрагидрокситетрагидронафталин (0,25% оксолиновая мазь), или флуоренонилглиоксаля бисульфит (флоренала мазь глазная 0,5%), или тетрабромтетрагидроксидифенил (0,5% теброфеновая мазь), но эти ЛС обладают более низкой эффективностью;

ЛЕЧЕНИЕ

- ■ одновременно с антиметаболитами применяют неспецифическую иммунотерапию: частые инстилляции (каждые 2 ч) интерферона, рекомбинантного интерферона альфа-2b – 8–10 раз в сутки, снижая до 6 раз в сутки, или интерфероногенов [«полиадениловая кислота + уридилловая кислота» (полудан), аминокислотная кислота – 6–8 раз в сутки];
- ■ для восстановления эпителия конъюнктивы применяют 20% гель, содержащий депротенинизированный гемодиализат из крови телят; 5% глазной гель, содержащий декспантенол;
- ■ проводят общую витаминотерапию.

ДИАГНОСТИКА

- Характерно рецидивирующее течение заболевания. После каждой новой атаки число рецидивов в год возрастает. В 90% случаев происходит поражение одного глаза, которое часто сочетается с высыпаниями на коже и слизистых.
- обнаружение антигена вируса простого герпеса в соскобах методом флюоресцентных антител - наиболее результативный способ лабораторной экспресс-диагностики.

КОНЪЮНКТИВИТЫ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ, КОРИ, КРАСНУХЕ

- Поражение глаз происходит на фоне общего вирусного заболевания. Заражение происходит от больного человека воздушно-капельным путём. Чаще заболевают дети.
- **Ветряная оспа. Возбудитель – вирус герпеса типа III (вирус Varicella– Herpes zoster).** На фоне резкого повышения температуры и пятнисто-везикулёзной кожной сыпи на лице и на веках появляется светобоязнь и слезотечение, гиперемия конъюнктивы и пузырьковые высыпания на конъюнктиве век. Пузырьки изъязвляются с образованием мелких рубчиков. Отделяемое в конъюнктивальной полости умеренное, слизистое, впоследствии с элементами гноя.
- Присоединяющийся кератит носит поверхностный точечный характер. Процесс в целом является доброкачественным.

КОНЪЮНКТИВИТЫ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ, КОРИ, КРАСНУХЕ

- **Коревой конъюнктивит.** Вызывают парамиксовирусы (вирус кори рода *Morbillivirus*), которые воздушно-капельным путём проникают в лимфоидную ткань носоглоточного кольца. На фоне катара верхних дыхательных путей, повышения температуры тела, на слизистой оболочке щёк, конъюнктиве век появляются белые пятна, окружённые красным ободком – пятна Бельского–Филатова–Коплика (участки дегенерации и некроза эпителия) – предвестники мелкопапулёзной сыпи на коже. Клиническая картина конъюнктивита, иногда протекающего с резкой светобоязнью, блефароспазмом и отёком век, дополняется эпителиальным кератитом с наличием эрозий роговицы. При адекватной терапии прогноз

КОНЪЮНКТИВИТЫ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ, КОРИ, КРАСНУХЕ

- **Краснуха.** Вызывается вирусом семейства *Togaviridae*. На фоне общих клинических проявлений (катар верхних дыхательных путей, генерализованная и болезненная лимфоаденопатия, небольшой подъём температуры, мелкая сыпь в виде бледно-розовых пятен) возникает катаральный конъюнктивит и поверхностный кератит. Исход заболевания благоприятный. Исключение составляют женщины в первые месяцы беременности (возможно инфицирование плода и возникновение у ребёнка пороков развития и врождённой патологии органа зрения).

ЛЕЧЕНИЕ КОНЪЮНКТИВИТОВ ПРИ ОБЩИХ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- ■ Конъюнктивальную полость промывают 3 раза в день растворами антисептиков [1:5000 р-р нитрофурала или этакридина (риванола)] или 10–20% р-р сульфацидамида.
- ■ Применяют частые инстилляциии (каждые 2 ч) интерферона, рекомбинантного интерферона альфа-2b – 8–10 раз в сутки, снижая до 6 раз в сутки, или интерфероногенов [«полиадениловая кислота + уридилловая кислота» (полудан), аминокбензойная кислота – 6–8 раз в сутки].

ЛЕЧЕНИЕ КОНЪЮНКТИВИТОВ ПРИ ОБЩИХ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- ■ При поражении роговицы применяют ЛС, улучшающие её регенерацию: 4% р-р таурина, 3,44% р-р ретинола, 20% гель, содержащий депротенинизированный гемодиализат из крови телят; 5% глазной гель, содержащий декспантенол. Применяют также изготовленные *ex tempore* капли, содержащие рибофлавин (0,01), аскорбиновую кислоту (0,02) и 2% р-р декстрозы (10,0).
- ■ Проводят симптоматическую терапию.
- ■ Применяют противокоревой γ -глобулин в инъекциях и каплях, общую витаминотерапию.

КОНЪЮНКТИВИТ, ВЫЗВАННЫЙ ВИРУСОМ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА

- Возбудитель относится к дерматотропным поксвирусам. Поражаются различные участки кожи, в том числе кожа лица и век. Передаётся контактно-бытовым путём.
- Клиническая картина. На коже появляются одиночные или множественные узелки величиной от булавочной головки до горошины. Узелки плотные, с перламутровым блеском, безболезненные с углублением в центре и микроскопическими отверстиями. При сдавливании узелка через отверстия выделяется масса белого цвета, состоящая из перерождённых клеточных элементов. Присоединяются симптомы блефарита и фолликулярного конъюнктивита.

ЛЕЧЕНИЕ

Проводят выскабливание или диатермокоагуляцию кожных элементов с последующим тушированием 1–2% спиртовым р-ром бриллиантового зелёного. После устранения поражения кожи век симптомы конъюнктивита проходят бесследно без дальнейшего лечения.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

