



При воспалительных заболеваниях переднего отрезка глаза у ребенка (гиперемия конъюнктивы, слизисто-гнойное отделяемое и т.д.) родители обращаются прежде всего к педиатру. Поэтому врач первичного звена должен знать этиологию, патогенез, дифференциально-

диагностические критерии и принципы лечения этой патологии. В практике педиатров поликлиник и стационаров, детских дошкольных и школьных учреждений конъюнктивиты различной этиологии являются часто встречающейся патологией. Высокая контагиозность вирусных и бактериальных конъюнктивитов в детских коллективах делает необходимыми своевременную и правильную диагностику и назначение адекватного лечения. В большинстве случаев консультация офтальмолога при конъюнктивитах обязательна, но педиатр должен поставить диагноз, оказать первую помощь, назначить противовоспалительную терапию, обучить родителей необходимым манипуляциям.

Классификация

Конъюнктивиты классифицируют по течению и этиологическим факторам.

По течению: острые, хронические.

По этиологии:

Инфекционные

Бактериальные:

- стафилококковый;
- гонококковый (гонобленнорейный);
- стрептококковый;
- псевдомонадный;
- пневмококковый;
- туберкулезный;
- диплобациллярный;
- дифтерийный.

Вирусные:

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

Грибковые:

- гранулематозные (при споротрихозе, риноспориозе, актиномикозе, кокцидиозе);
- конъюнктивит, вызванный грибами рода *Penicillium*;
- экссудативные при кандидозе и аспергиллезе.

Паразитарные

Неинфекционные

Аллергические:

- весенний катар;
- лекарственный конъюнктивит;
- поллиноз (сенной конъюнктивит);
- инфекционно-аллергические конъюнктивиты;
- крупнососочковый конъюнктивит (вызванный ношением контактных линз).

При общих заболеваниях:

- ассоциированные с заболеваниями кожи (А спе госа сеа, псориаз, демодекоз, дерматиты);
- ассоциированные с аутоиммунными заболеваниями;
- пузырчатка конъюнктивы;
- метастатический конъюнктивит.

Воспаление конъюнктивы трактуется как конъюнктивит, если отсутствуют следующие признаки:

- сильная боль в глазном яблоке;
- болезненность при пальпации глазного яблока через веки;
- изменение зрения (снижение остроты зрения возможно при аденовирусном конъюнктивите и обильном отделяемом);
- появление радужных кругов при взгляде на источник света, помутнение и изъязвление роговицы;
- сужение и неправильная форма или расширение зрачка.

Г.И. Дрожжина, д.м.н., профессор, заведующая отделом патологии роговицы ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины», г. Одесса

Алгоритмы диагностики и лечения воспалительных заболеваний конъюнктивы

Конъюнктивит – это воспаление конъюнктивы, вызванное воздействием определенных факторов, характеризующееся гиперемией и отеком, наличием отделяемого, образованием на конъюнктиве фолликулов или сосочков, может сопровождаться отеком и зудом век, поражением роговицы со снижением остроты зрения.

Эпидемиология

От 10 до 20% населения Земли страдает различными формами конъюнктивитов (Е.Г. Михеева и соавт., 2009). Доля конъюнктивитов в структуре всей глазной патологии составляют около 30%, они являются основными формами глазной инфекции – 66,7% от общего количества больных с воспалительными заболеваниями глаз (Ю.Ф. Майчук, 2004). Конъюнктивиты могут протекать в виде эпидемических вспышек и эпизодических заболеваний.

Методы лабораторной диагностики

- Посев с конъюнктивы и антибиотикограмма.
- Цитологический метод – бактериоскопия мазков с окраской по Романовскому-Гимзе и по Г. раму.

В мазках возможно определение гранулоцитов, бактерий (при бактериальных конъюнктивитах), лимфоцитов и моноцитов (при вирусных конъюнктивитах), включений в цитоплазме эпителиальных клеток (при хламидийных), эозинофилов, лимфоцитов (при аллергических конъюнктивитах).

- Иммуноферментный, иммунофлуоресцентный, полимеразная цепная реакция – служат для непосредственного выявления возбудителя (бактерий, вирусов, хламидий, мицелия грибов) в соскобе с конъюнктивы и мазках-отпечатках с конъюнктивы и роговицы.
- Культуральный метод считается эталонным, служит для выявления хламидий, микоплазм и других микроорганизмов в культуре клеток, однако является дорогостоящим, трудоемким и длительным – занимает в среднем 48-52 ч.
- Серологические методы – имеют второстепенное значение. Используют различные иммунные реакции и оценивают диагностический титр антител и иммуноглобулинов классов А и С в слезной жидкости и сыворотке крови.
- Дополнительные лабораторные исследования – посев отделяемого носоглотки, крови.

Дифференциальная диагностика конъюнктивитов

Симптом	Бактериальный конъюнктивит	Хламидийный конъюнктивит	Вирусный конъюнктивит	Аллергический конъюнктивит	Токсический конъюнктивит
Зуд	!	!	±	++	!
Гиперемия конъюнктивы	++	+	+	+	+
Кровоизлияния	+	!	+	!	!
Отделяемое	Гнойное в виде желтых корок	Слизисто-гнойное	Водянистое	Вязкое, клейкое, белого цвета	!
Хемоз	++	!	±	++	±
Слезотечение	+	+	++	+	+
Фолликулы	!	++	+	+	+
Сосочки	+	±	!	+	!
Псевдомембраны, мембраны	±	!	±	!	!
Увеличение лимфатических узлов	+	+	++	!	!
Образование паннуса	!	+	!	!	±
Присоединение кератита	±	+	±	!	±
Лихорадка, ангина	±	!	±	!	!
Цитологическое исследование	Гранулоциты, бактерии	Включения в цитоплазме эпителиальных клеток, лейкоциты, плазматические клетки, лимфоциты	Лимфоциты, моноциты	Эозинофильные гранулоциты, лимфоциты	Эпителиальные клетки, гранулоциты, лимфоциты

Примечание: «++» – симптом ярко выражен, «+» – симптом умеренно выражен, «±» – симптом имеется не во всех случаях, «-» – симптом не характерен



Для окончательной постановки диагноза необходима консультация офтальмолога

Показания к консультации других специалистов

Признаки	Консультации
Усиление отека и гиперемии конъюнктивы Появление хемоза конъюнктивы Ограничение подвижности глазного яблока Экзофтальм Чувство распирания в орбите Головная боль Высокая температура Наличие в анамнезе предшествующих заболеваний или травм	отоларинголога стоматолога челюстно-лицевого хирурга нейрохирурга
Наличие конъюнктивита, характерного для дифтерии, гонореи, туберкулеза	инфекциониста фтизиатра дерматовенеролога

Как правило, лечение назначается эмпирически. Лабораторная диагностика требуется в некоторых случаях для уточнения диагноза или оценки чувствительности к антибиотикам.

Основные принципы лечения

- Промывание конъюнктивальной полости растворами антисептиков для механического удаления отделяемого.
- Повязку лучше не накладывать (ухудшает элиминацию отделяемого).
- Для предотвращения распространения инфекции – соблюдение правил личной гигиены: частое мытье рук, использование одноразовых полотенец и салфеток, проглаживание горячим утюгом наволочек
- При остром течении заболевания в конъюнктивальной мешок закапывают растворы антибиотиков:
 - первые 3-5 дней – каждые 2 ч;
 - по мере стихания воспаления – до 3-6 раз в сутки.
- При бактериальных конъюнктивитах, обусловленных синегнойной палочкой, гонококками, пневмококками – закапывание растворов антибиотиков по форсированной схеме:

- каждые 5 мин на протяжении 30 мин;
- затем каждые 2 ч на протяжении 7 сут.

- После инсталляции антибиотиков глаза должны быть закрыты 2 мин (при таком режиме в слезе остается 50-60% лекарственного средства, если пациент сразу после инсталляции антибиотика начинает моргать – 14%).
- Выбор лекарственного средства зависит от чувствительности к нему возбудителя. При неизвестном возбудителе используют антибиотики и антисептики широкого спектра действия.

Принципы фармакотерапии

Этиотропная терапия: противомикробные препараты – в случае бактериальной, вирусной, хламидийной, грибковой, паразитарной этиологии; противоаллергические препараты – в случае аллергической этиологии.

Противовоспалительная терапия: кортикостероиды (в случае бактериальной этиологии) или нестероидные противовоспалительные препараты (в случае неясной этиологии или явлениях кератита) для устранения воспалительной реакции.

Репаративная терапия: стимуляторы репарации тканей для стимуляции процесса заживления роговицы и конъюнктивы (в период восстановления, при отсутствии признаков острого воспаления).

При необходимости:

Антибиотики: для профилактики вторичной инфекции (если антибактериальная терапия не была назначена как этиотропная).

Противоаллергические препараты: для профилактики развития токсикоаллергических реакций (если противоаллергическая терапия не была назначена как этиотропная).

Мидриатики: для профилактики развития иридоциклита.

Слезозаместительная терапия: препараты искусственной слезы различной вязкости (в период восстановления, при отсутствии признаков острого воспаления).

Близость и сообщение орбиты с полостью черепа, придаточными пазухами носа, ухом, ротовой полостью требует пристального внимания за утяжелением симптоматики и своевременной консультации соответствующих специалистов!

НА ЗАМЕТКУ ВРАЧУ

Офлоксацин — обоснованный выбор в лечении воспалительных заболеваний конъюнктивы

Для лечения воспалительных заболеваний переднего отдела глаза у детей, в том числе конъюнктивитов и дакриоциститов, в настоящее время применяется несколько групп антибактериальных средств. С точки зрения эффективности и безопасности использования наибольшего внимания заслуживают препараты группы фторхинолонов и аминогликозидов (Шелінговська та співавт., 2004; M.J. Koss et al., 2007; M.S. Kim et al., 2012).

В ряде исследований определена наиболее высокая чувствительность бактерий к офлоксацину, который относится к монофторхинолонам второго поколения, по сравнению с фторхинолонами первого поколения и аминогликозидами (гентамицином), которая не снижается при длительном использовании (K.M. Hosny, 2009; H. Sueke et al., 2010).

Офлоксацин в отличие от других антибиотиков, применяемых в лечении конъюнктивитов, обладает высокой способностью к внутриклеточному проникновению с возможностью депонирования в структурах глаза и пролонгацией антибактериального эффекта; так, его концентрации в конъюнктиве, роговице и склере в 8-10 раз выше, чем в слезе (L.V. Cantor et al., 2008; A. Bozkir et al., 2012). Благодаря этому свойству (накоплению с последующим постепенным выделением в слезу) и за счет липофильных свойств офлоксацина создаются условия для длительного поддержания бактерицидной концентрации препарата в конъюнктивной полости – до 6-12 ч (Giardi et al., 2011; Caskun et al., 2011), что позволяет считать офлоксацин антибиотиком наиболее высокого пролонгированного действия.

Кроме того, преимуществом офлоксацина по сравнению с другими антибиотиками местного глазного действия является его низкое проникновение в системный кровоток. Не отмечено системных побочных эффектов, что позволяет использовать препарат в педиатрии, даже у новорожденных (Н.Н. Сергиенко и соавт., 2004; A. Usha et al., 2006; A.M. Thompson, 2007).

По данным литературы, применение глазных капель офлоксацина в качестве монотерапии у детей с бактериальными инфекциями глаза оказалось эффективным в 97,6% случаев (высокая или существенная эффективность). Сроки лечения слизисто-гнояных конъюнктивитов удалось сократить на $3,4 \pm 0,4$ дня, а продолжительность местных воспалительных явлений в среднем на

$4,3 \pm 0,4$ дня; отрицательный результат посева с конъюнктивы определен через 4 дня. Рецидивов воспалительного процесса и хронизации заболевания не было выявлено.

Учитывая широкий спектр антибактериального действия офлоксацина, высокую эффективность при лечении воспалительных заболеваний глаза у детей, включая новорожденных, а также отсутствие раздражающего местного и побочного системного действия, целесообразно его применение с целью профилактики конъюнктивитов у новорожденных непосредственно после рождения в условиях родильного дома. Способ применения: инсталляции 1-2 капли офлоксацина в конъюнктивальную полость 4 раза в день в течение 4 дней после рождения.



ФЛОКСАЛ

офлоксацин 0,3% мазь глазная – 3 г
капли глазные – 5 мл



Антибиотик № 1 в лечении инфекционных заболеваний глаз

- ▶ Высокая проникающая способность
- ▶ Широкий спектр действия
- ▶ Высокий профиль безопасности
- ▶ Для взрослых и детей



Опыт лечения новорожденных и детей более 20 лет

- ▶ Безопасность доказана клинически
- ▶ Часто используется и хорошо переносится
- ▶ Отсутствие системного действия
- ▶ Коррекция дозы не требуется

Показания к применению:

- ✓ Конъюнктивит, кератит, язва роговицы, ячмень
- ✓ Блефарит, дакриоцистит, хламидийная инфекция



Мазь без консервантов. Микронизированный офлоксацин. Хорошие адгезионные свойства. Точка разжижения близка к температуре роговицы.

Осмолярность, pH, вязкость и индекс рефракции близки к характеристикам слезной жидкости.



1 см мази 3 раза в сутки
(при хламидийных инфекциях – 5 раз в сутки).

По 1 капле 4 раза в сутки.

№1 По данным системы исследования рынка «PharmExpert», «Proxima Research» в группе S01A E (фторхинолоны) по объемам розничной реализации в 2014 г. Инструкция для застосування препаратів ФЛОКСАЛ Краплі очні 0,3%, 5 мл, ФЛОКСАЛ Мазь очна 0,3%, 3 г, Brinckmann, R. (2012). Bausch+Lomb Clinical Expert Statement on Ofloxacin 0.3% preparations. Matsumura K, et al. J Jpn Ophthalmol Soc1990; 90:52-55. Применение Флоксала для лечения бактериального конъюнктивита и блефароконъюнктивита у детей. Материалы ретроспективного исследования Института Dr.Schauerer, Oberhaching Германия, 2009 год. Профилактика і лікування кон'юнктивітів та дакриоциститів новонароджених (методичні рекомендації) - Угрожено МОЗ 20.03.2013, ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П.Філатова»

Информация предназначена для профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников.

Полная информация о лекарственном препарате находится в инструкции для медицинского применения. Фармакотерапевтическая группа. Средства, применяемые в офтальмологии. Противомикробные средства. Офлоксацин. Код АТХ S01A E01. P.C. № UA/8528/01/01 и P.C. № UA/8528/02/01 от 26.07.2013 г. Состав лекарственного препарата. Действующее вещество: офлоксацин; 1 г мази глазной содержит 3 мг офлоксацина, одна доза (1 см полоски мази) содержит 0,12 мг офлоксацина; 1 мл р-ра содержит 3 мг офлоксацина, 1 капля содержит 0,1 мг офлоксацина. Показания, инфекции передней камеры глаза, вызванные чувствительными к офлоксацину патогенными микроорганизмами: капли – воспаление конъюнктивы, роговицы глаза, краев век и слезного мешка; ячмень и язва роговицы; мазь – хронический конъюнктивит, кератит, язва роговицы и хламидийные инфекции. Способ применения и дозы. Капли: взрослым, детям, в том числе новорожденным, следует вводить в конъюнктивальную полость пораженного глаза по 1 капле 4 раза в сутки. Мазь: взрослым, детям, в том числе новорожденным, вводят в конъюнктивальную полость пораженного глаза по 1 см мази 3 раза в сутки (при хламидийных инфекциях – 5 раз в сутки). Лечение Флоксалом не должно превышать 2 нед. Противопоказания, повышенная чувствительность к любому компоненту препарата, другим хинолонам. Условия отпуска. По рецепту. Производитель: Др. Герхард Манн, Хем.-фарм. Фабрик ГмБХ, Германия. Флоксал – зарегистрированная торговая марка Bausch & Lomb Incorporated и ее филиалов. © Bausch & Lomb Incorporated.