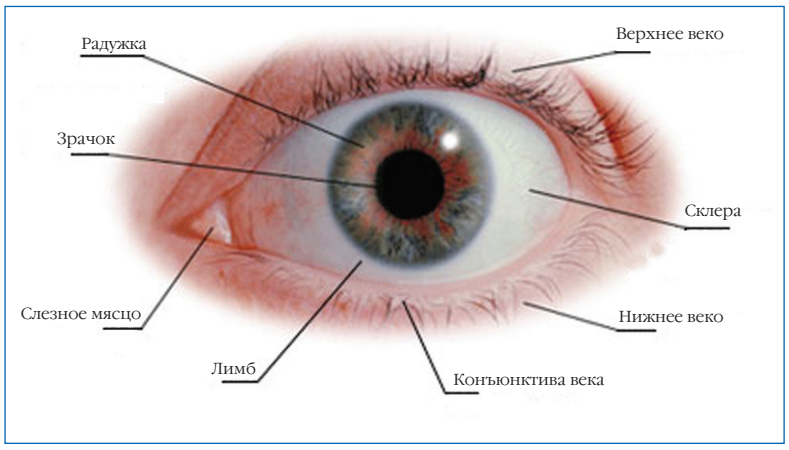
Uch_Ped_2.qxd 5/21/10 17:03 Page 10 Ed Macintosh HD:Work:Verstka:Uch_Ped_2:

*Школа для педиатра по офтальмологии*

# Дифференциальная диагностика и лечение конъюнктивита у детей




Конъюнктива – слизистая оболочка глаза, выстилающая заднюю поверхность век и переднюю поверхность глазного яблока – вплоть до роговицы. При закрытых веках конъюнктива образует замкнутую полость – конъюнктивальный мешок.

**В норме** при осмотре конъюнктива представляется бледно-розовой блестящей оболочкой.

У детей наиболее распространенной патологией конъюнктивы является ее воспаление – конъюнктивиты. Обнаружение у ребенка таких признаков, как отечность и покраснение век и конъюнктивы, слезо- и гноетечение, жалобы на ощущение «песка в глазах», светобоязнь, помогают поставить диагноз конъюнктивита.

Воспалительный процесс конъюнктивы прежде всего сопровождается расширением, извитостью и гиперемией сосудов всех ее отделов. Гиперемия больше выражена у свода и уменьшается к лимбу, смещается при легком надавливании на конъюнктиву.

Для участкового педиатра необходимо дифференцировать бактериальный, вирусный и аллергический конъюнктивит, так как подходы к лечению данных форм имеют принципиальные отличия.

При опросе следует уточнить предшествующее данному заболеванию глаз общее состояние ребенка, контакты, наличие заболеваний в смежных с глазом областях (паротит, ринит и др.). Так, для аденовирусного конъюнктивита характерен предшествующий катар верхних дыхательных путей и увеличение предушных лимфатических узлов.

Развитие конъюнктивита при весеннем цветении, а также после употребления в пищу ягод и цитрусовых может указывать на аллергическую природу заболевания.

Заплаканный вид ребенка первых 10 дней жизни чаще сопутствует слезоточивому пневмококковому конъюнктивиту.

Одним из наиболее наглядных отличий вирусного и бактериального конъюнктивита является **характер отделяемого**.

При бактериальном конъюнктивите отделяемое носит гнойный характер, слизь имеет желтоватый цвет, вязкую консистенцию, что часто приводит к склеиванию краев век по утрам, что в свою очередь тоже является характерной жалобой для бактериального конъюнктивита (рис.1). При бактериальном конъюнктивите может быть как острое, так и подострое начало, как правило, конъюнктивит начинается на одном глазу, затем переходит на другой. Отек век может быть выраженным.

**Рис. 1. Бактериальный конъюнктивит.**

Обильное водянистое цвета мясных помоев или гнойное отделяемое желто-зеленого цвета сливкообразной консистенции, появляющееся через 2–3 дня после рождения, характерно для гонококкового процесса. Резкий отек век наблюдается на первой неделе гонобленнореи. Если заболевание протекает больше недели, наблюдается выраженная инфильтрация конъюнктивы и пиорея, а отек и гиперемия век в этой стадии уменьшаются. При гонобленнорее велика вероятность вовлечения роговицы с последующим развитием язвы, бельма, сращении с радужкой, эндофтальмита. Для подтверждения диагноза гонобленнореи необходима срочная консультация с офтальмологом и проведение бактериологического исследования.

Для конъюнктивита, вызванного палочкой Коха–Уикса и пневмококком, специфично гнойное отделяемое у углов глазной щели и по краю век у корня ресниц. Кровянистое отделяемое появляется при дифтерии конъюнктивы.

Для вирусного конъюнктивита характерно обильное серозное отделяемое (рис.2).

Обычно вирусный конъюнктивит начинается остро, чаще на обоих глазах. Отек век незначительный, за исключением аденовирусного конъюнктивита, при котором отек век выражен.

Для аллергического конъюнктивита свойственно слизистое, липкое отделяемое, скатывающееся в отдельные нити, или обильное слезотечение при весеннем поллинозе. Характерен отек век, сопровождающийся зудом.

**Пленки** на конъюнктиве могут быть разного цвета, толщины и размеров. Их образование обусловлено способностью некоторых возбудителей (аденовирус, дифтерийная палочка, некоторые штаммы пневмококка) коагулировать тканевые белки. При пневмококковом, аденовирусном конъюнктивитах пленки легко снимаются ватной палочкой с поверхности слизистой оболочки. Если после удаления пленки остается кровоточащая изъязвленная поверхность – это чаще указывает на дифтерийную природу патологического процесса. Дифтерийной инфекции могут сопутствовать нарушения аккомодации (способности глаза к фокусировке).

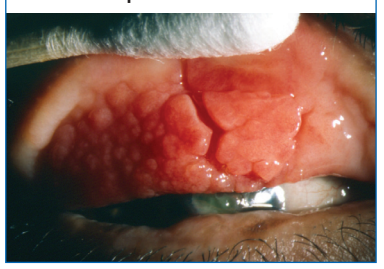
Появление в слизистой оболочке **фолликулов и сосочков** указывает на вовлечение в процесс подконъюнктивальной аденоидной ткани. Фолликулы обычно появляются на конъюнктиве хрящей и углов глазной щели, а также на переходных складках. При инфекционном конъюнктивите (часто при аденовирусе) сосочки мелкие, розовые. Крупные бугристые сосочковые разрастания, чаще верхнего века, напоминающие по своему виду булыжную мостовую, характерны для аллергического конъюнктивита (рис.3).

**Кровоизлияния** могут быть мелкими, петехиальными – при пневмококковом конъюнктивите, или обширными – при остром эпидемическом конъюнктивите, вызванном палочкой Коха–Уикса.

**Лечение бактериального конъюнктивита** включает местное назначение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов в виде глазных капель: 20% сульфацил-натрия, 0,25% раствор левомицетина, 0,3% раствор тобрамицина и т.д. При обильном гнойном отделяемом и склеивании век по утрам конъюнктивальную полость можно промывать раствором фурацилина, 2% раствором борной кислоты. При выраженном отеке и гиперемии конъюнктивы возможно применение комбинированных препаратов антибиотика и кортикостероида (Макситрол, Тобрадекс).

**Рис. 2. Вирусный конъюнктивит.**

**Рис. 3. Аллергический конъюнктивит.**



Что нельзя делать? Накладывать повязку. При закрытых веках нет возможности для оттока отделяемого, что может способствовать возникновению кератита и язвы роговицы, что является наиболее неблагоприятным осложнением бактериального конъюнктивита.

Для **лечения вирусного конъюнктивита** применяются препараты, обладающие противовирусной активностью. Препараты интерферона, индукторы интерферона (6–8 раз/сут). Из последних наиболее известен Полудан. Раствор Полудана, предназначенный для инстилляций в глаз, готовят путем растворения содержимого флакона в 2 мл воды для инъекций или холодной кипяченой воды. Готовый раствор может быть использован в течение 7 дней при условии хранения в холодильнике.

Детям закапывают в конъюнктивальный мешок по 1–2 капли 3–6 раз в сутки. По мере стихания воспалительных явлений число инстилляций сокращают до 1–2 раз в сутки.

Что нельзя делать? Применять кортикостероиды. При вирусном конъюнктивите они снижают местный иммунитет, чем усугубляют течение инфекции.

При лечении и бактериального, и вирусного конъюнктивита видимое улучшение должно наступить не позднее 3 сут лечения. При отсутствии эффекта от терапии и продолжающемся более 7 дней конъюнктивите необходимо обратиться к офтальмологу для определения более точной этиологии и лечения заболевания.

**Лечение аллергического конъюнктивита** – симптоматическое. Назначение антигистаминных препаратов местно (Аллергодил, Задитен) и внутрь, кортикостероидов в виде инстилляций. Быстрое уменьшение симптоматики на фоне закапывания капель кортикостероидов (Софрадекс, Максидекс) является также диагностическим подтверждением аллергической природы конъюнктивита.

***В.С. Егорова,***
*врач-офтальмолог*