

Современные возможности лечения воспалительных заболеваний глаз инфекционной природы у детей



Развитие воспалительных заболеваний роговицы и конъюнктивы, так же как и возникновение инфекционных осложнений после внутриглазных операций, во многом связаны с наличием в конъюнктивальной полости сапрофитной и патогенной микрофлоры. Это обстоятельство в большей мере свойственно детям [1].

Бактериальные воспаления слизистой оболочки глаз у детей встречаются часто ввиду низкой реактивности организма ребенка, высокой резистентности микроорганизмов к применяемым антибиотикам. Выбор антибиотика для лечения конъюнктивитов у детей первого года жизни – трудная задача, так как на определение флоры и чувствительности возбудителя к антибиотикам уходит 3–4 дня [2].

Традиционно для лечения инфекционных заболеваний глаз используется несколько групп антибиотиков:

- аминогликозиды
- фторхинолоны
- тетрациклины
- макролиды
- сульфаниламиды [2]

По данным микробиологических исследований, наиболее часто у новорожденных и детей первого года жизни встречается эпидермальный и золотистый стафилококки, хламидии, энтерококки, микст-инфекция и другие разновидности флоры, чувствительной к фторхинолонам [2].

Конъюнктивит

Конъюнктивит – воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия.

Симптоматика:

- Гиперемия век
- Отек век
- Отек слизистой оболочки глаза
- Характерное отделяемое в конъюнктивальной полости
- Образование фолликулов и/или сосочков [3]

Данное воспаление глаза, сопровождавшееся покраснением век, конъюнктивы, появлением отделяемого, наличием соответствующих жалоб является признаком многих глазных болезней, объединенных под общим названием «синдром красного глаза». Наиболее частой причиной развития этого состояния является конъюнктивит [3].

Заболевание отличается высокой частотой встречаемости и поражает все возрастные группы [3].

По этиологии конъюнктивиты делятся на группы:

- Бактериальный
- Вирусный
- Хламидийный
- Аллергический
- Конъюнктивит при синдроме «сухого глаза» [3]

Особенности кодирования конъюнктивитов по МКБ-10

Конъюнктивит Н 10

- Н 10.0 – слизисто-гнойный конъюнктивит
- Н 10.1 – острый атопический конъюнктивит
- Н 10.2 – другие острые конъюнктивиты
- Н 10.3 – острый конъюнктивит неуточненный
- Н 10.4 – хронический конъюнктивит
- Н 10.5 – блефароконъюнктивит
- Н 10.8 – другие конъюнктивиты
- Н 10.9 – конъюнктивит неуточненный
- Р 39.1 – конъюнктивит у новорожденных [3]

Лечение

Основные принципы лечения конъюнктивитов:

- элиминация возбудителя
- устранение клинических симптомов
- профилактика распространения инфекционного процесса и развития его осложнений [3]

Лечение назначают незамедлительно, эмпирически (не дожидаясь результатов бактериологического исследования посева, отделяемого из глаз на питательные среды и определения чувствительности к антибактериальным средствам).

Рекомендуется терапия бактериального конъюнктивита.

Антибактериальная терапия

1. Глазные капли
 - ломефлоксацин
 - ципрофлоксацин
 - моксифлоксацин
 - левофлоксацин
 - тобрамицин

Инстилляций от 3 до 6 раз в сутки в зависимости от тяжести клинической картины.

2. Дополнительно – антибактериальные препараты хинолонового ряда в виде глазной мази – офлоксацин. Глазная мазь

применяется 2 – 3 раза в сутки в зависимости от тяжести клинической картины.

3. Парабульбарные инъекции: цефалоспорины, аминогликозиды. Антисептическая терапия – бензилдиметил-миристоиламинопропиламмоний, пиклоксидин – 3 раза в сутки [3].

Для лечения хламидийных конъюнктивитов в периоде новорожденности – внутрь азитромицин в дозе 10 мг/кг в течение 3 дней или 1 раз в неделю, в течение 3 недель. Используют глазные капли азитромицина: по 1 капле 2 раза в сутки, в течение 3 дней. Одновременно проводят лечение родителей – однократная доза азитромицина (1 г) внутрь [3].

Терапия вирусного конъюнктивита

1. Противовирусная терапия: дифенгидрамин 6–8 раз в день, постепенно снижая до 3 раз в день по мере нормализации клинической картины.
2. Противовоспалительная терапия: глюкокортикостероиды – 2–3 дня 0,1% раствор дексаметазона 1 раз в сутки, с 4-го дня заболевания, при сохранении целостности эпителия, увеличивают число инстилляций в течение 2–3 дней от 2 до 4 раз в сутки.
3. Слезозаместительная терапия [3].

Терапия при аллергическом конъюнктивите

Базисные противоаллергические препараты

1. Антигистаминные препараты:
 - дифенгидрамин+нафазолин
 - азеластин
 - антазолин+нафазолин2 раза в сутки.
2. Препараты, тормозящие дегрануляцию тучных клеток (кромоны) – кромоглициевая кислота – 2 раза в сутки.
3. Препараты, сочетающие антигистаминный и ТДТК эффекты – олопатадин 0,1%; 0,2%, левакобостин – 2 раза в сутки.

Также показаны:

1. Препараты, тормозящие дегрануляцию тучных клеток.
2. Глюкокортикостероиды: от 2 до 4 раз в сутки в зависимости от тяжести клинической картины.
3. Слезозаместительная терапия препаратами искусственной слезы без консерванта от 3 до 8 раз в день в зависимости от тяжести клинической картины.
4. Системная противоаллергическая терапия [3].

Литература:

1. Бржеский В.В. Современные возможности профилактики и лечения воспалительных заболеваний глаз инфекционной природы у детей. 2019;12(4): 57–65. <https://doi.org/10.17816/OV18917>
2. Н.Г. Завгородняя, д.м.н., Т.Е. Цыбульская. Применение препарата ципрофарм® в лечении воспалительных заболеваний глаз у детей первого года жизни. Оригинальные исследования. Офтальмология. 2011;(363): 43.
3. Клинические рекомендации. Конъюнктивит. Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов». Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России». 2019:38.

Материал принадлежит ООО «ММА«МедиаМедика», любое копирование и использование в коммерческих целях запрещено. Предназначено исключительно для специалистов здравоохранения.