

Конюнктивити – етиология, диагностика, лечение

А. Георгиева, Очна клиника „Зора”, София

Конюнктивитите, част от симптома „червено око”, представляват възпаление на конюнктивата – най-външната мукозна обивка на окото, която покрива склерата и вътрешната повърхност на клепачите.

Според разпространението си към околните тъкани конюнктивитите могат да се диференцират още на:

- блефароконюнктивит – конюнктивит и блефарит (възпаление на клепачите);
- кератоконюнктивит – конюнктивит и кератит (възпаление на роговицата).

Според продължителността на заболяването се разграничават остри конюнктивити (с продължителност до 3 седмици) и хронични (над 3 седмици).

Етиологията на конюнктивитите е изключително многообразна и включва голям брой причинители:

- бактериални;
- вирусни;
- хламидийни;
- токсични (химически вещества, прах, козметика, дим);
- алергични (полени, прах).

Клиничната картина при всички видове конюнктивити, независимо от причинителя е зачерьяване (хиперемия), оток на конюнктивата (хемоза), сълезене (епифора), светлобоязън. Те протичат без болка, без намаление на зрителната острота и с нормални зенични реакции. Понякога са съпроводени с оток на клепачите и в по-тежките случаи – точковидни хеморагии на конюнктивата.

Бактериалните конюнктивити имат бързо начало със зачерьване и оток на конюнктивата и в голяма част от случаите – гноен секрет (фиг. 1). Обикновено започват от едното око, като в рамките на няколко дни по съседство се засяга и другото. Най-честите причинители са пиогенни бактерии (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* spp, *Haemophilus influenzae*). Образуващият секрет е с бял, жълтенников или белезников цвят и предизвиква залепване на клепачите, особено сутрин след събуждане. Други причинители, напр. *Chlamydia trachomatis* (басейн катор) могат да предизвикат хронично възпаление на конюнктивата без секрет и без съществено зачерьяване. Някои бактерии (*C. Diphtheriae*) могат да доведат до образуването на мембрани, съставени от ексудат и възпалителни клетки, здраво свързани с конюнктивата. Много редки причинители на свръхостро противачащ гноен конюнктивит са *N. gonorrhoeae* и *N. meningitidis*.

Фиг. 1. Бактериален конюнктивит



Диагностиката на бактериалните конюнктивити се извършва чрез взимане на секрет за посявка и микробиологично изследване и извършване на антибиограма. Повечето бактериални конюнктивити успешно се поддават на емпирично лечение с топикални антибиотици и при случай на неповлияващ се от лечението конюнктивит терапията може да бъде коригирана след излизането на антибиограмата. Антибиотици на избор са флуорохинолони, аминогликозиди и макролиди. Цитологично изследване на конюнктивата и извършване на PCR се прилагат при подозрение за хламидийна или гъбична етиология.

Вирусните конюнктивити са по-чести от бактериалните. Макар че в повечето случаи протичат доброкачествено и са самоограничаващи се, те имат по-дълъг курс на протичане от бактериалните (2-4 седмици). Често се съпровождат с остра фоликуларна реакция на конюнктивата, воднист секрет (фиг. 3) и увеличение на преаурикуларните лимфни възли. Те показват известна сезонност, като честотата им се увеличава през пролетта и лятото.

Най-честите причинители са аденоовириуси, *herpes simplex virus* (HSV), *varicella-zoster virus* (VZV), *picornavirus* (enterovirus 70, coxsackie A24), *poxvirus* (*molluscum contagiosum*).

Аденоовириусните конюнктивити често се асцирират с инфекция на горните дихателни пътища или фарингит. Обикновено започват от едното око, като впоследствие се засяга и другото. Клиничната картина при тях варира от почти незабележима до силно изразена със значителен дискомфорт. Този вид конюнктивити са силно заразни. Инкубационният период варира от 4-10 дни. Отделянето на вируси продължава около 12 дни след началото на конюнктивита.

• Фарингоконюнктивната треска (ФКТ) се причинява от аденоовириус тип 3, 4 и 7. Разпространява се по въздушно-капков път и по-често засяга деца, като се комбинира с инфекция на горните дихателни пътища. Този конюнктивит рядко засяга роговицата и протича по-леко.

Фиг. 2. Фарингит при ФКТ Фиг. 3. Конюнктивит при ФКТ



• Епидемичният кератоконюнктивит се причинява от аденоовириус тип 8 и 19. Разпространява се чрез очните секрети от ръце, кърпи, разтвори и т. нат. Заболяването е силно заразно и протича под формата на малки епидемии. Този конюнктивит има по-тежък и продължителен ход и роговицата при него се засяга в 80% от случаите. Кератитът се проявява под форма-

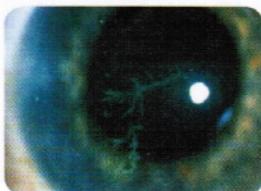
та на мътнини на роговицата, които се появяват от втората седмица на заболяването и могат да персистират до месеци и години след оздравяването и понякога да доведат до намаление на зрението (фиг. 4).



Фиг. 4.
Мътнини на роговицата
след прекаран епидемичен
кератоконюнктивит

- Херпетичните конюнктивити се причиняват от *herpes simplex virus* (HSV). Първичната инфекция с вируса на *herpes simplex* е честа при деца и обикновено е асоциирана с фоликуларен конюнктивит. Инфекцията обикновено се предизвика от HSV тип I, рядко тип II, особено при новородени. Рецидивиращата инфекция, типична за възрастните, обикновено протича със засягане на роговицата под формата на роговични мътнини, съпроводени с намаление на зрението (фиг. 6). *Varicella zoster virus* протича с типичните кожни лезии по хода на p. ophthalmicus, температура, болка и преаурикуларна adenопатия. Конюнктивното засягане е под формата на фоликуларен или папиларен конюнктивит с наличие на серозен секрет. Много рано се засяга роговицата под формата на дървовидни лезии, които преминават за няколко дни. Лечението на херпетичните конюнктивити се провежда с ацикловир, който потиска вирусната репликация. Той може да се използва под формата на меклем за очно приложение и таблетки (200 mg, 400 mg) в дневна доза 1-2 g, разделена на 5 приема.

Фиг. 5.
Херпетичен блефароконюнктивит



Фиг. 6.
Дървовидна язва на роговицата

- Хеморагичните конюнктивити, предизвикани от *Enterovirus E70* и *Coxsackie virus A24* са също силно заразни и се разпространяват под формата на епидемии. Този вид конюнктивит обикновено има добра прогноза и продължителността му е 5-7 дни. Няма етиологично лечение. Алергичните конюнктивити се предизвикват от различни алергени. Причина за тях е най-често реакция на свръхчувствителност тип I, водеща до освобождаване на хистамин от мастоцитите, които предизвика вазодилатация. Очна проява на реакция на свръхчувствителност тип IV е контактният дерматит и медикаментозните алергии. Най-типично оплакване при този вид конюнктивити е сърбежът. Други симптоми са дифузно зачервяване, дължащо се на хиперемия на съдовете на конюнктивата, оток, чув-

ство за чуждо тяло, епифора, мукозен секрет. Състоянието често може да засегне и носната лигавица и тогава се означава с термина „алергичен риноконюнктивит“. Диагностиката на алергичния конюнктивит е най-вече клинична. На биомикроскопия се откриват типични образувания на конюнктивата – папили, представляващи пролиферативни образувания (фиг. 7).



Фиг. 7.
Разраствания по клепачната конюнктиви (папили)
при хроничен алергичен конюнктивит

- Сезонният алергичен конюнктивит е най-честият вид очна алергия. Симптомите се проявяват през определен период на годината, най-често през пролетно-летния сезон, когато във въздуха са разпространени алергизиращите полени (дървесни, тревни). Други алергени могат да бъдат домашен прах, цигарен дим, очни капки, слънчеви лъчи.
- Верналният кератоконюнктивит е хронично двустранно възпаление на конюнктивата, което в 90% от случаите се съчетава с едно или повече атопични състояния – астма, екзема, сезонен алергичен ринит. За разлика от атопичния кератоконюнктивит, тук кожата на клепачите не се засяга. Класическият клиничен признак при заболяването са гигантските папили на конюнктивата, покриваща вътрешната повърхност на горния клепач, придаващи й вид на „кальпъръм“. Роговицата може да се засегне в резултат на токсичния ефект на възпалителните медиатори и механична иритация от папилите.
- Атопичният кератоконюнктивит е двустранно заболяване на конюнктивата и клепачите, показващо силна асоциация с атопичен дерматит. Атопичният дерматит е често срещано наследствено заболяване, започващо обикновено в детска възраст, като с времето симптомите могат да регресират. Приблизително 3% от хората страдат от това заболяване и при 25% от тях се наблюдава и очно засягане. При него симптомите са целогодишни с обостряне през зимата.

Лечението на алергичните конюнктивити се провежда с топикални средства – мастоцитни стабилизатори, антихистаминови и нестероидни противовъзпалителни средства. В по-тежките случаи се прилагат по схема топикални кортикоステроиди. При верналния и атопичния кератоконюнктивит се използва и топикален циклоспорин 0,05-2%. Необходимо е да се направи опит за изолиране на алергена и да се избегва контакт с него. Прогнозата при алергичните конюнктивити е добра и рядко настъпват застрашаващи зрението усложнения, но те имат склонност към чести рецидиви.

Химическите изгаряния на конюнктивата (с киселини, основи) се третират с обилна иригация на конюнктивния сак и съответен неутрализиращ агент.

Библиография:

- Rothenberg ME, Owen WF Jr, Stevens RL. Ocular allergy. Mast cells and eosinophils. Int Ophthalmol Clin 1988; 28:267-74.
- Jackson WB. Differentiating conjunctivitis of diverse origins. Surv Ophthalmol 1993; 38:91-104.
- Gordon JS. Adenoviral and other nonherpetic viral diseases. In: Smolin G, Thoft RA, eds. The cornea, 3rd ed. Boston: Little, Brown & Co, 1994:215-27.
- Dawson CR, Sheppard JD. Follicular conjunctivitis. In: Tasman W, Jaeger EA, eds. Duane's clinical ophthalmology, vol 4. Philadelphia: JB Lippincott, 1990:1-26.