

Бактериални конюнктивити

А. Георгиева

Очна клиника „Зора“, София



Конюнктивитите представляват възпаление на прозрачната мукозна обвивка, покриваща склерата и вътрешната повърхност на клепачите – конюнктивата. Конюнктивитите биват с инфекциозна, алергична, токсична и аутоимунна етиология. Инфекциозните причинители включват бактерии, вируси, хламидии и гъби. Бактериалният конюнктивит е сред най-често срещаните заболявания в офталмологията.

Етиология

Най-вероятните причинители на бактериалния конюнктивит са:

- *Staphylococcus aureus*;
- *Streptococcus pneumoniae*;
- *Haemophilus influenzae*;
- *Moraxella catarrhalis* – при деца.

Други причинители на остро заболяване са *Pseudomonas aeruginosa*, *Moraxella lacunata*, *Streptococcus viridans*, *Proteus mirabilis*.

Рискови фактори:

- лоши хигиенни навици;

- лоша хигиена на контактните лещи и разтвори;
- контаминирана козметика;
- очни заболявания, включително сухо око, блефарит, анатомични аномалии на очната повърхност и клепачите;
- инфекция със секрети от респираторния тракт при заболявания на горните дихателни пътища;
- скорошна очна хирургия, пролабирали конци, очни чужди тела;
- хронична употреба на топикални медикаменти;

- имунокомпрометирани пациенти;
- новородени.

Носещите контактни лещи са по-предразположени към конюнктивит, причинен от грам-негативни бактерии (*Pseudomonas aeruginosa*), но причинители могат да бъдат също *S. pneumoniae*, *H. influenzae* или *M. catarrhalis*. Конюнктивитът при тези пациенти е по-опасен, тъй като може да доведе до кератит – инфекция на роговицата, съпровождаща острата и подостра травма. Най-честият причинител на кератит в тези случаи е *Acanthamoeba* spp. Лечението му е по-трудно и продължително от това на конюнктивита и застрашава зрението.

Клинична картина

Острият бактериален конюнктивит обикновено се изявява със:

- зачервяване на конюнктивата (инекция), която може да бъде едностранна, двустранна или да стане двустранна в хода на проследяването;
- секрет – обикновено жълтеникаво-бял, гноен;
- дразнене, парене, дискомфорт;
- сълзене;
- чувствителност към светлина;
- оток на конюнктивата (хемоза);
- зачервяване и оток на клепачите.



Бактериален конюнктивит

Хроничният бактериален конюнктивит се дефинира при продължителност на симптомите > 4 седмици.

Хроничен конюнктивит при наличие на съпровождащ блефарит (възпаление на клепачните ръбове) се развива при задръжка на секрет в мастните жлези на клепача. В блокираните Мейбомиеви жлези се развива хронична инфекция, най-често причинена от стафилококи. Конюнктивата се засяга по съседство под формата на хроничен конюнктивит.

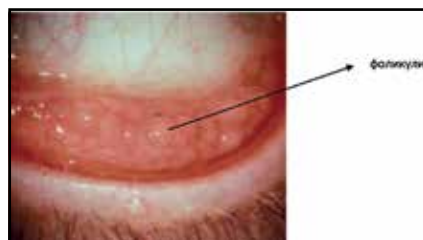


Хронично възпаление на клепача (блефарит) с вторично засягане на конюнктивата

Хламидиен конюнктивит

1. При възрастни:

- в острия стадий започва обикновено едностранно с хиперемия и гноен секрет и се причинява от *Chlamydia trachomatis*, подтипове D-K;
- повечето пациенти имат и генитална инфекция едновременно или предшестваща конюнктивната;
- болшинството болни имат по-леко изразен и пролонгиран ход на заболяването;
- наличие на специфични образувания на конюнктивата – фоликули.



Хламидиен конюнктивит

2. При новородени:

- нарича се ophthalmia neonatorum в първите 4 седмици от живота;
- обикновено симптомите започват 5-12 дни след раждането;
- новородените с хламидиен конюнктивит често имат и друга локализирана хламидийна инфекция (напр. назофаринкс, бял дроб);
- изявява се с двустранен гноен или кръвенист секрет, папиларен конюнктивит, оточна и зачервена конюнктива, оток на клепачите, може да има наличие на псевдомембрани.

Трахома

- хроничен фоликуларен конюнктивит, причиняван от *Chlamydia trachomatis*, подтипове A-C, който предизвиква цикатризация на клепачите, конюнктивата и роговицата;
- водеща в света причина за предотвратима слепота;
- заразата се предава от човек на човек посредством очния секрет, контаминирани предмети, мухи;
- заболяването е често срещано в страните от третия свят, където очната хигиена е ниска.

Гонококов конюнктивит

- честа причина за подостър конюнктивит при новородени и сексуално активни възрастни;
- клинично се изявява с конюнктивна инекция, оток на клепачите, обилна гнойна секреция;
- гонококовият конюнктивит при новородени се диагностицира при персистираща и увеличаваща се гнойна секреция, започнала 3-21 дни след раждането.



Ophthalmia neonatorum

Той се среща при 0-10% от новородените, изложени на гонорейни ексудати по време на раждането при антибиотична профилактика, и при 2-48% при експозирани новородени без профилактика. Конюнктивитът може да бъде асоцииран с бактериемия и менингит. Нелекуваният гонококов конюнктивит може да доведе до язва на роговицата, перфорация на очната ябълка и панофталмит.

Диференциална диагноза

1. остър вирусен конюнктивит;
2. блефарит;
3. алергичен конюнктивит;
4. токсичен и химичен конюнктивит;
5. преден увеит, еписклерит, склерит.

Диференциалната диагноза между бактериален, вирусен и неинфекциозен конюнктивит обикновено е клинична. Бактериални култури и оцветяване по Грам се извършват при пациенти с тежка клинична картина и/или неефективна предходеща терапия. Микроскопско изследване с оцветяване по Гимза се извършва за идентифициране на характерни епителноклетъчни базофилни цитоплазмени включения при подозрение за хламидиен конюнктивит.

Понякога представлява трудност разграничаването на вирусен от бактериален конюнктивит. Бактериалните култури невинаги имат 100% чувствителност, а е възможно при вирусен конюнктивит да има и бактериална суперинфекция.

Белезите, които насочват към вирусна етиология, са следните:

1. специфични образувания на конюнктивата – фоликули;
2. преаурикуларна лимфаденопатия;
3. воднист секрет;
4. сърбеж;
5. съпровождащ фарингит, температура, инфекция на горните дихателни пътища.

При наличието на болка и намалено зрение се предполага по-сериозна етиология – склерит, еписклерит, преден увеит, остър глаукомен пристъп.

Лечение

Лечението често се започва на базата на клиничните данни и предположението, че даден конюнктивит е бактериален, без да се изчаква резултатът от микробиологичното изследване. Почти всички видове бактериални конюнктивити са самоограничаващи се и преминават без лечение за около 10 дни. Въпреки това по-вирулентни микроорганизми могат да предизвикат хронична колонизация и постоянни симптоми. Антибиотичното лечение намалява оплакванията и скъсява продължителността на заболяването. Най-често използваните антибиотици за лечение на острия бактериален конюнктивит са:

1. Флуорохинолони:
 - 2-ра генерация: ципрофлоксацин 0,3% колир или унгвент, офлоксацин 0,3% колир;
 - 3-та генерация: левофлоксацин 0,5 % колир;
 - 4-та генерация: моксифлоксацин 0,5% колир, гатифлоксацин 0,5% колир, бесифлоксацин 0,6% колир.
2. Аминогликозиди:
 - тобрамицин 0,3% колир;
 - гентамицин 0,3% колир.
3. Макролиди:
 - еритромицин 0,5% унгвент;
 - азитромицин 1% колир.

4. Други:

- бацитрацин унгвент;
- бацитрацин/полимиксин В унгвент;
- сулфацетамид;
- хлорамфеникол;
- фуцидинова киселина.

В случаите, когато е изключена гонококова и хламидийна инфекция, се предпочита да се започне лечение с моксифлоксацин 0,5% под формата на капки за 7-10 дни. Лош клиничен отговор в рамките на 2-3 дни от започване на лечението налага смяна на терапията. В този случай е препоръчително да се извършат микробиологично изследване и антибиограма.

Гонококов конюнктивит

- При възрастни поради антимикробната резистентност и поради честа ко-инфекция с хламидия се прилага еднократна доза ceftriaxone 1g i.m. и еднократно азитромицин 1g p.o. При алергия към азитромицин се прилага доксициклин 100 mg два пъти дневно за 7 дни. Флуорохинолони не се предпочитат поради широката резистентност. В добавка се прилага локално гентамицин 0,3% под формата на очен мехлем на всеки два часа като добавка към системното лечение. Лечение трябва да се проведе и на партньора.
- Ophthalmia neonatorum се третира превантивно с еритромицин или азитромицин унгвент веднага след раждането. При вече развита гонококова инфекция – ceftriaxone 25 to 50 mg/kg i.v. или i.m. (да не превишава 125 mg) като единична доза.

Хламидиен конюнктивит

- При възрастни:
 - макролиди: азитромицин 1 g еднократна доза;

- тетрациклини: доксициклин/тетрациклин.
- При новородени – превантивно еднократно поставяне на еритромицин или азитромицин локално. При вече развита инфекция – еритромицин 12.5 mg/kg р.о. за 14 дни. Родителите също подлежат на лечение.

Добрата хигиена на клепачите и доброто им почистване от секрета посредством стерилни кърпички

също е от значение за по-бързото оздравяване. Необходимо е отстраняване на контаминирани контактни лещи, разтвори и очна козметика. Съпътстващите очни заболявания – блефарит, чужди очни тела, трябва да бъдат лекувани.

Библиография:

1. Azari, AA; Barney, NP (23 October 2013). Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 310 (16): 1721–9.

2. Høvdng, Gunnar (2008-06-28). Acute bacterial conjunctivitis. *Acta Ophthalmologica*. 86 (1): 5–17.
3. Rose P (August 2007). Management strategies for acute infective conjunctivitis in primary care: a systematic review. *Expert Opin Pharmacother*. 8 (12): 1903–21.
4. Sheikh, A; Hurwitz, B; van Schayck, CP; McLean, S; Nurmatov, U (12 September 2012). Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 9 (9): CD001211.
5. Visscher, KL; Hutnik, CM; Thomas, M (November 2009). Evidence-based treatment of acute infective conjunctivitis: Breaking the cycle of antibiotic prescribing. *Canadian Family Physician*. 55 (11): 1071–5.

