

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2021-3-71-74>

К вопросу о клинической диагностике конъюнктивитов

А.Э. Бабушкин

ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ», Уфа

РЕФЕРАТ

Конъюнктивиты составляют значительный удельный вес в структуре глазной заболеваемости. Причины их возникновения самые разнообразные. На первый взгляд представляется, что такое заболевание, как конъюнктивит, не вызывает затруднений при постановке диагноза. Однако большое разнообразие его клинических форм и необходимость проведения в ряде случаев строго специфического лечения, помимо современной лабораторной диагностики, требует тщательного сбора анамнеза, достаточного клинического опыта, знаний смежных врачебных специальностей. При этом вероятная этиология, в основном, острого конъюнктивита, может быть установлена по анамнезу, совокупности клинических симптомов, наблюдаемых в динамике его развития. Другими словами, для каждого из остро протекающих инфекционных или аллергических поражений слизистой оболочки век характерен свой симптомокомплекс, при этом эффективным ле-

чением в таких случаях является проведение специфической терапии (антибактериальной, противовирусной, противоаллергической и т.д.).

Дифференцирование различных форм конъюнктивитов обычно основывается на оценке характера отделяемого, локализации фолликулярной гиперплазии, лимфаденопатии. При этом во внимание принимают пол и возраст больного, условия проживания и работы, сопутствующие заболевания, контакт с инфекционным больным и т.д. Что касается хронических форм воспаления слизистой, то в отличие от острого конъюнктивита, они характеризуются больше субъективными жалобами пациентов, чем объективными изменениями. Поскольку часто не представляется возможным установить их этиологию по биомикроскопической картине и другим данным из-за стертой клинической картины, то для верификации хронических офтальмоинфекций конъюнктивы нередко приходится прибегать к лабораторной диагностике.

Ключевые слова: конъюнктивиты, клиника, диагностика. ■

Точка зрения. Восток – Запад. 2021;3: 71–74.

ABSTRACT

Diagnosing Conjunctivitis

A.E. Babushkin

Ufa Eye Research Institute, Ufa

Conjunctivitis accounts for a significant share in the structure of eye disease. The reasons for their occurrence are very diverse. At first glance, it seems that such a disease as conjunctivitis does not cause difficulties in making a diagnosis. However the wide variety of its clinical forms and the need for strictly specific treatment in some cases, in addition to modern laboratory diagnostics, requires careful collection of anamnesis, sufficient clinical experience, and knowledge of related medical specialties. In this case the probable etiology, mainly of acute conjunctivitis, can be established by anamnesis, a set of clinical symptoms observed in the dynamics of its development. In other words, each of the acute infectious or allergic lesions of the eyelid mucosa is characterized by its own symptom complex, while the effective treatment in such cases is specific therapy (antibacterial, antiviral, anti-allergic, etc.).

Differentiation of various forms of conjunctivitis is usually based on the assessment of the nature of the discharge, the localization of follicular hyperplasia, and lymphadenopathy. At the same time, the patient's gender and age, living and working conditions, concomitant diseases, contact with an infectious patient, etc. are taken into account. As for chronic forms of mucosal inflammation, in contrast to acute conjunctivitis, they are characterized more by subjective complaints of patients than by objective changes. Since it is often not possible to establish their etiology from the biomicroscopic picture and other data due to the erased clinical picture, it is often necessary to resort to laboratory diagnostics to verify chronic conjunctival ophthalmic infections.

Key words: conjunctivitis, clinical picture, diagnosis. ■

Point of View. East – West. 2021;3: 71–74.

Общеизвестно, что в практической деятельности врача-офтальмолога воспалительные заболевания конъюнктивы встречаются весьма часто. В этиологической структуре конъюнктивитов поражения глаз, обусловленные

инфекционными агентами, занимают ведущие позиции, причем значительная роль принадлежит аденовирусам, хламидиям, стафилококку и грамотрицательной условно-патогенной флоре (синегнойная и кишечная палочки, протей). Для вери-

фикации офтальмоинфекций конъюнктивы нередко требуется проведение лабораторной диагностики. С учетом разнообразия причин, обуславливающих развитие конъюнктивита, большое значение для дифференциальной диагностики при-

обретают и сведения о клинических особенностях течения каждой из нозологических форм. Своевременное выявление этиологии конъюнктивита и адекватное лечение, как известно, предупреждают поражение роговицы [1-3].

При воспалительных изменениях ткань конъюнктивы набухает, поверхность ее, вследствие сосочковой гиперплазии, становится шероховатой, развиваются лимфатические фолликулы, имеющие вид сероватых или серовато-желтоватых бледных узелков. При некоторых заболеваниях (весенний кератоконъюнктивит – ВКК) сосочки сильно увеличиваются в размерах, приобретая вид «бульжной мостовой». К другим симптомам конъюнктивита, имеющим диагностическое значение, относится характер отделяемого из конъюнктивальной полости, образование пленок, появление субконъюнктивальных кровоизлияний, отек и рубцевания, увеличение и болезненность региональных лимфатических узлов. Кроме того, в конъюнктивальной полости нередко выявляют экссудат, слизистые нити.

При бактериальных конъюнктивитах (БК), как правило, имеет место вязкое гнойное отделяемое, склеивающее веки и ресницы по утрам, при вирусной инфекции – серозное или слизистое отделяемое, при хламидийной инфекции – слизисто-гнойное. Комочки слизи, плавающие по поверхности глаза, при мигательных движениях сбиваются со слезой и сальной смазкой края век в своего рода эмульсию, обнаруживаемую в виде пробочки в углах глаза или хлопьев в конъюнктивальной полости. При обильном гнойном отделяемом (например, при гонобленорее) оно вытекает из конъюнктивальной полости, высыхает в желтоватые корки, склеивает ресницы и веки. Снижение остроты зрения обычно является симптомом поражения роговицы, нередко отмечаемом при вирусном (точечные эпителиальные и монетовидные субэпителиальные инфильтраты) и хламидийном (кератит с паннусом) конъюнктивитах [4].

При диагностике вирусных и бактериальных конъюнктивитов учитывают контактный путь передачи, и тот факт, что их признаки сначала

развиваются на одном глазу и через несколько дней – на другом.

В отличие от БК, вирусный конъюнктивит нередко сопровождается фарингитом, инфекцией верхних дыхательных путей, чаще всего он наблюдается весной и осенью, длится обычно дольше – 2-3 недели, является более контагиозным и диагностируется также у других членов семьи или сотрудников по работе. Негнойное отделяемое характерно для вирусных и аллергических конъюнктивитов, в частности, слизистое – для ВКК, а гнойное – для тяжело и остро протекающих БК, слизисто-гнойное – для легких форм БК и хламидийного конъюнктивита (ХК). Не следует забывать о возможных экстраокулярных проявлениях последнего в виде цервицита и/или вагинита у женщин, уретрита – у мужчин, пневмонии или отита – у детей.

О хроническом конъюнктивите бактериальной этиологии легкой и средней степени тяжести свидетельствуют гнойное бело-желтое отделяемое от слабо выраженного до умеренного, наличие сосочков конъюнктивы, блефарита и краевых инфильтратов роговицы, сопутствующего дакриоцистита, изоляция *S. epidermidis*, *Str. pneumoniae* и *Haemophilus influenzae* (у детей). В отличие от острого конъюнктивита, этиологию хронического, который характеризуется больше субъективными жалобами, чем объективными изменениями, часто не представляется возможным установить по биомикроскопической картине и другим данным. Поэтому для верификации хронических офтальмоинфекций конъюнктивы нередко требуется проведение лабораторной диагностики. Причинами хронических конъюнктивитов могут быть инфекции (вирус контагиозного моллюска, хламидии, аденовирусы и т.д.) и системные заболевания, болезни крови и нарушения обмена веществ, загрязненный воздух, напряженная работа при плохом освещении, некорректированные аномалии рефракции, заболевания придаточных пазух носа, носоглотки, сужение слезоотводящих путей или воспаление слезного мешка и др. [1-4].

Псевдомембранные пленки образуются при тяжело протекающей

аденовирусной и гонококковой инфекциях, синдроме Стивенса-Джонсона и др. Они легко удаляются и состоят из свернувшегося экссудата, прикрепленного к конъюнктиве. Напротив, истинные пленки наблюдаются при инфекциях, вызванных *Strep. pyogenes*, дифтерии. При их удалении возникает кровотечение.

Следует отметить, что остро и тяжело протекают (с возможным поражением роговицы) инфекционные конъюнктивиты, вызываемые не только аденовирусом (типа 8 и 19) и гонококком (двустороннее течение с выраженным отеком веки и обильным желто-зеленым гнойным отделяемым), но и синегнойной палочкой, хламидиями, палочкой дифтерии и энтеровирусами. При некоторых из них, передающихся половым путем, например, гонококковой и хламидийной этиологии, необходимо обязательное обследование и лечение не только самого пациента, но и полового партнера, а терапию следует проводить совместно с врачами других специальностей и учетом системных проявлений данных инфекций. Иными словами, в таких случаях нужно обращать внимание на возможную экстраокулярную патологию, такую, как, например, сепсис, артриты, у новорожденных – менингит, хламидийную и/или гонококковую инфекцию уrogenитального тракта и т.д.

Субконъюнктивальные кровоизлияния и отек слизистой вплоть до хемоза обычно наблюдаются при острых, чаще вирусных конъюнктивитах, но могут быть и при некоторых бактериальных инфекциях, например, вызванных *Strep. pneumoniae*, *H. aegyptius*, а также при болезни Веенера. Рубцевание конъюнктивы встречается при трахоме, пемфигоиде, atopическом конъюнктивите, иногда при хламидийном конъюнктивите (как правило, микрорубцевание при осложненном его течении), а также при длительном использовании некоторых лекарственных препаратов [2].

Фолликулы конъюнктивы (множественные гладкие желтоватые бессосудистые возвышения слизистой оболочки век, около 2-5 мм в диаметре), представляющие собой гиперплазию субконъюнктивальной лимфоидной ткани с сосудом

на периферии, как правило, не являются специфическим симптомом определенного конъюнктивита, однако имеют гораздо большую диагностическую ценность, чем сосочки. Появляются они при вирусных и хламидийных конъюнктивитах, синдроме Парино, токсических реакциях, гиперчувствительности к местной терапии и т.д. Их необходимо дифференцировать от сосочков, которые возникают при любом виде воспаления (преимущественно бактериального и аллергического генеза) и имеют вид возвышающихся гиперемизированных участков полигональной формы, разделенных бледными каналами, с сосудом в центре.

Сосочки представляют собой диффузный инфильтрат воспалительных клеток, в составе которого находятся гиперпластический конъюнктивальный эпителий, лимфоциты, плазматические клетки и эозинофилы. Образуются они только в области пальпебральной и бульбарной (у лимба) конъюнктивы и обнаруживаются при хроническом блефарите, аллергическом конъюнктивите (АК), весеннем кератоконъюнктивите, бактериальном конъюнктивите, а также конъюнктивитах при ношении контактных линз [1, 4].

Следует обратить внимание на фолликулез конъюнктивы (folliculosis conjunctivae), часто ошибочно принимаемый за фолликулярный конъюнктивит. Фолликулы при фолликулезе имеют вид бледно-розовых, полупросвечивающих, величиной с горошину равной величины образований, расположенных в поверхностных слоях неинфильтрированной слизистой переходной складки нижнего века на фоне неизменной остальной конъюнктивы. Наблюдаются они чаще у наружного угла переходной складки нижнего века или по всей ее длине параллельными рядами. Напротив, при фолликулярном конъюнктивите на фоне инфильтрации конъюнктивы имеются фолликулы разной величины, расположенные глубоко, тогда как при фолликулезе они наблюдаются поверхностно и преимущественно в области нижней переходной складки, иногда сливаясь в виде валика.

О некоторых конъюнктивитах вирусной этиологии свидетельству-

ют везикулярная сыпь на коже века, лба и головы (Herpes zoster, simplex), бляшки с центральным углублением на краю век при контагиозном моллюске, нередкое вовлечение в процесс роговицы.

Лимфоаденопатия околушных и подчелюстных узлов часто определяется при вирусных, хламидийном и гонококковом конъюнктивитах, синдроме Парино и т.д. Другие клинические симптомы также могут быть характерными для определенных видов конъюнктивитов. Так, при ХК и трахоме со стороны роговицы наблюдаются нити слущенного эпителия на роговице, при роговично-конъюнктивальном ксерозе – паннус.

Диагноз аллергического конъюнктивита практически всегда ставится клинически на основании типичных жалоб больного на зуд (от легкого до нестерпимого), причем его симптомы обычно проявляются на обоих глазах, и сопровождаются характерной биомикроскопической картиной в виде молочного оттенка конъюнктивы на фоне ее отека, который маскирует поверхностные сосуды. Основанием для предположения аллергической этиологии воспаления являются анамнестические данные о связи симптомов конъюнктивита с бытовыми, экологическими (особенности места жительства больного), сезонными, климатическими, погодными, психическими, эндокринными и производственными факторами, а также реакции пациента на введение сывороток, вакцин, прием лекарств (вероятность профессиональной сенсибилизации медикаментами), продуктов питания и других веществ.

Если сезонный и круглогодичный аллергический конъюнктивиты могут развиваться в любом возрасте, то весенний катар обычно встречается у молодых мужчин (причем симптомы достигают своего пика в начале полового созревания и затем угасают). При этом заболевание манифестирует у детей, чаще у мальчиков, в возрасте 8-10 лет, и длится в течение пубертатного периода. Кроме того, более чем у 90% пациентов с этой патологией имеется, как минимум, одно (или более) из проявлений атопии (астма, экзема, сезонный аллергический ринит и пр.). В частности,

у лиц, страдающих атопическим кератоконъюнктивитом (чаще у взрослых в возрасте 20-50 лет) имеются проявления атопии в виде характерного дерматита. У пациентов, страдающих сезонным АК, появление симптомов довольно четко зависит от времени года – чаще весной (летом) и осенью (когда аллергенами служит чаще всего пыльца деревьев и пр.) и их отсутствие в холодные зимние месяцы. Реже клинические проявления АК могут наблюдаться круглогодично, в течение всего года из-за домашних аллергенов (домашняя пыль, животные и т.д.). Наличие ощущения инородного тела в глазу при ношении контактных линз является одним из важных симптомов в диагностике крупнопиллярного АК. Контактный АК вызывают применяемые местно медикаменты (антибиотики, витамины и др.), косметические средства (тушь, краска для волос и др.) и т.п. [2, 4].

В некоторых случаях при конъюнктивите имеются признаки блефарита (наличие корочек, чешуек, изъязвлений и пустул). В связи с этим нельзя не упомянуть о демодекозном блефароконъюнктивите (ДБК), часто протекающим по типу сухой или жирной себореи. При этом отмечается легкая гиперемия и шероховатость конъюнктивы век, «разрыхленность» нижних переходных складок, слабая фолликулярная или папиллярная гипертрофия в сочетании с легкой гиперемией кожи краев век, расширенными устьями мейбомиевых желез. При легком надавливании из них выделяется сливкообразное или медообразное пенное отделяемое, а в конъюнктивальной полости также имеется скудное слизистое отделяемое. Инфаркты и конкременты мейбомиевых желез нарушают их секреторную функцию, приводят к развитию синдрома сухого глаза (ССГ). Ресницы, как правило, изменены, их луковицы атрофичны, шейки «разъедены», стержни имеют чешуйчатые неровности, шероховатости, участки депигментации, муфтообразные утолщения (состоящие из липидов и кератина). Характерно также наличие мелких гнойничков и телеангиоэктазий, по свободному краю век, а иногда и множественных папиллом на коже между ресницами [5].

Следует также помнить, что воспалительные процессы конъюнктивы, а также длительное нерациональное их лечение часто приводят к развитию синдрома «сухого глаза». Поэтому необходимо знание этого заболевания, как часто встречающейся причины обращения больного к офтальмологу. Тем более, что нередко случаи когда вместо РКК упорно ставится диагноз конъюнктивита с назначением последующей неадекватной, длительной и безуспешной терапии и развитием осложнений [6].

Таким образом, конъюнктивиты составляют значительный удельный вес в структуре глазной заболеваемости. Причины их возникновения самые разнообразные. На первый взгляд представляется, что такое заболевание, как конъюнктивит не вызывает затруднений при постановке диагноза. Однако большое разнообразие его клинических форм и необходимость проведения в ряде случаев строго специфического лечения, помимо современной лабораторной диагностики, требует тщательного сбора анамнеза, достаточного клинического опыта, знаний смежных врачебных специально-

стей. При этом вероятная этиология, в основном, острого конъюнктивита, может быть установлена по анамнезу, совокупности клинических симптомов, наблюдаемых в динамике его развития. Другими словами, для каждого из остро протекающих инфекционных или аллергических поражений слизистой оболочки век характерен свой симптомокомплекс, при этом эффективным лечением в таких случаях является проведение специфической терапии (антибактериальной, противовирусной, противоаллергической и т.д.).

Дифференцирование различных форм конъюнктивитов обычно основывается на оценке характера отделяемого, локализации фолликулярной гиперплазии, лимфоаденопатии. При этом во внимание принимают пол и возраст больного, условия проживания и работы, сопутствующие заболевания, контакт с инфекционным больным и т.д. Что касается хронических форм воспаления слизистой, то в отличие от острого конъюнктивита, они характеризуются больше субъективными жалобами пациентов, чем объективными изменениями. Поскольку ча-

сто не представляется возможным установить их этиологию по биомикроскопической картине и другим данным из-за стертой клинической картины, то для верификации хронических офтальмоинфекций конъюнктивы нередко приходится прибегать к лабораторной диагностике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахов Ю.С., Рикс М.А. Современные методы диагностики и лечения конъюнктивитов. С-Пб., 2007. 68 с.
2. Майчук Ю.Ф. Конъюнктивиты: современная лекарственная терапия. Изд. 2-е, дополн. М., 2014. 54 с.
3. Бикбов М.М., Бабушкин А.Э., Зайнутдинова Г.Х., Матюхина Е.Н. Анализ динамики некоторых воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза в Республике Башкортостан. РМЖ. Клиническая офтальмология. 2016; 1: 34-39.
4. Бикбов М.М., Мальханов В.Б., Бабушкин А.Э. Конъюнктивиты: дифференциальная диагностика и лечение. М.: Апрель, 2015; 107 с.
5. Бикбов М.М. Шевчук Н.Е., Мальханов В.Б. Цитокины в клинической офтальмологии. Уфа, 2008. 152 с.
6. Бржеский В.В., Егорова Г.Б., Егоров Е.А. Синдром «сухого глаза». Заболевания глазной поверхности: клиника, диагностика, лечение. М.:ГОЭТАР-Медиа, 2016. 464 с.