

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

## **ЗАХВОРЮВАННЯ КОН'ЮНКТИВИ**

*Методичні вказівки  
для студентів та лікарів-інтернів*

Затверджено  
вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 6 від 14.06.2018.

**Харків**  
**ХНМУ**  
**2018**

Захворювання кон'юнктиви : метод. вказ. для студентів та лікарів-інтернів / упоряд. П. А. Бездітко, М. В. Панченко, І. Г. Дурас та ін. – Харків : ХНМУ, 2018 . – 24 с.

Упорядники      П. А. Бездітко  
                          М. В. Панченко  
                          І. Г. Дурас  
                          Я. В. Добриця  
                          О. В. Яворський  
                          О. П. Мужичук  
                          А. Ю. Савельєва  
                          О. О. Тарануха  
                          О. В. Заволока  
                          Д. О. Зубкова  
                          Є. М. Ільїна  
                          Д. М. Мірошнік  
                          О. М. Гончарь  
                          Л. І. Івженко

Частота патології кон'юнктиви серед усіх захворювань органа зору коливається від 30 до 40 %, що можна пояснити тісним анатомічним зв'язком кон'юнктиви з повіками, рогівкою, загальністю патологічних процесів у них. Через слізозові точки та каналці кон'юнктива пов'язана зі слизовою оболонкою слізного мішка та носа. Хвороби шкіри й рогівки, слізних органів можуть поширюватися на кон'юнктиву і навпаки. Відкритий стан ока сприяє осіданню патогенної флори в кон'юнктивальній порожнині та впливу подразнюючих чинників, алергічних факторів. Як захисна оболонка, кон'юнктива реагує на патологічні зміни в інших органах і системах (атеросклероз, діабет, інфекційні хвороби).

***Класифікація захворювань слизової оболонки органа зору:***

А. Запальні захворювання кон'юнктиви *екзогенної етіології*, гострі і хронічні інфекційні (бактеріальні, вірусні, хламідійні, грибові) або викликані фізичними і хімічними чинниками, алергічні.

Б. Кон'юнктивіти *ендогенної етіології*: при загальних захворюваннях, метастатичні, аутоалергічні.

В. Дегенеративні зміни кон'юнктиви.

Г. Пухлини кон'юнктиви:

1. Доброякісні.
2. Злоякісні.

В основному серед захворювань кон'юнктиви значне місце посідають запальні хвороби – кон'юнктивіти.

**Кон'юнктивіт** – це запальна реакція кон'юнктиви на різноманітні впливи, яка характеризується гіперемією і набряком слизової оболонки, набряком і свербінням повік, виділеннями з кон'юнктиви, утворенням на ній фолікулів чи сосочків; іноді супроводжується ушкодженням рогівки з порушенням зору.

Хворий скаржиться на відчуття стороннього предмета під повіками, слізотечу, біль, слизово-гнійні виділення з кон'юнктивальної порожнини, почервоніння ока. Причинами цього можуть бути порушення правил особистої гігієни, торкання очей брудними руками, користування чужими рушниками, умивання з брудного посуду, купання у водоймах із стоячою водою. Гострі запалення слизової оболонки ока можуть бути спричинені різними мікроорганізмами. Кожен із широко розповсюджених збудників гнійної інфекції може викликати запалення сполучної оболонки. Коки є найбільш частою причиною розвитку кон'юнктивальної інфекції. Досить загрозливим збудником є синьогнійна паличка.

Виникнення та характер перебігу кон'юнктивіту залежить і від загального стану організму, соматичних захворювань, віку, санітарно-гігієнічних умов життя, ослаблення організму після перенесених захворювань, рівня імунітету.

**Клініка.** У нормі сполучна оболонка блідо-рожева, гладенька, прозора, крізь неї видно судини, а на повіках – протоки мейбомієвих залоз. Основними клінічними проявами запалення кон'юнктиви є гіперемія, набряк, виділення. Виділення з ока можуть бути серозними, слизовими, гнійними (більше вранці після сну), з утворенням на віях кірочок.

У деяких випадках виникає хемоз – випадіння набряклої кон'юнктиви в очну щілину, оболонка стає непрозорою, шорсткою, з'являються подинки або численні фолікули.

Залежно від походження запалення можливі крововиливи різного ступеня прояву. Часом з'являються поверхневі плівки сіруватого кольору, сполучені з кон'юнктивою (гонобленорея, дифтерія). У разі рубцювання змінюється забарвлення кон'юнктиви, коротшає склепіння, порушується рухливість очного яблука. Колір змінюється також під час жовтяниці, анемії, хвороби Аддісона, розсмоктування субкон'юнктивальних геморагій.

**Діагностика.** Обов'язковим в діагностиці є проведення лабораторних досліджень. На даний час можна виокремити 3 групи методів лабораторної діагностики етіології збудника кон'юнктивіту: пряме виявлення збудника в зскрібку з кон'юнктиви (цитологічний метод із забарвленням за Романовським та Грамом, імуноферментний і імунофлюоресцентний аналіз, полімеразна ланцюгова реакція), виділення хламідій та мікоплазм у культурі клітин (бактеріологічний метод) та серологічні методи. Проте ще до отримання результатів лабораторного дослідження лікар повинен правильно визначити попередній діагноз, оцінити ступінь тяжкості хвороби, призначити відповідне лікування і провести заходи щодо запобігання інфекції. Гіперемія кон'юнктиви – симптом загальний для багатьох захворювань ока (гострий ірит, напад глаукоми, виразка чи травма рогівки, склерит, епісклерит), тому при встановленні діагнозу кон'юнктивіту необхідно виключити інші захворювання, що супроводжуються почервонінням очного яблука. Гіперемія – кон'юнктивальна ін'єкція (синонім – поверхнева ін'єкція), яка характеризується локальним або дифузним яскраво-червоним кольором, наявністю поверхневої широкопетлистої сітки судин, збільшенням їхнього калібру і збільшенням інтенсивності гіперемії у напрямку від лімба до периферії (зона лімба залишається світлою). Окремі судини добре видимі і трохи зміщуються разом із кон'юнктивою, розширюються чи порожніють при натисканні на них однією з повік або скляною паличкою. При біомікроскопії можна спостерігати рух крові та еритроцитів.

**Лікування.** Медикаментозна терапія використовується, головним чином, при запальних захворюваннях слизової оболонки. В інших випадках необхідним є хірургічне втручання. У лікуванні кон'юнктивітів основне місце посідає антибактеріальна терапія: промивають дезінфікуючими розчинами фурациліну (1:5000), 2 % борної кислоти, інстилюють очні краплі сульфаніламідів (20 % розчин сульфацил натрію для дітей та 30 % для дорослих), антибіотиків широкого спектра дії (діючою речовиною яких, наприклад,

може бути хлорамфенікол, гентаміцин, норфлуксацин, офлуксацин, ломефлоксацин, ципрофлоксацин, тобраміцин, поліміксин та інші) до 6–8 разів на день, закладають антибактеріальні мазі (1 % тетрациклінову, 0,5 % еритроміцинову та ін.) 3–4 рази на день. При набряку та значному подразненні кон'юнктиви інстилують протиалергічні краплі: мембраностабілізуючі (кромоглікат натрію), блокатори гістамінових рецепторів 2–3 рази на день. Також протизапальні кортикостероїдні та нестероїдні краплі (дексаметазон, диклофенак, індометацин) 3–6 разів на день (але обов'язково умовою при цьому є відсутність бактеріальних збудників і гнійних виділень).

При ураженні одного ока з профілактичною метою в здорове теж необхідно закапувати краплі й уникати занесення інфекції в нього (використовувати інші піпетку, вату, флакони з краплями, не торкатися піпеткою або кінчиком флакону до повік, вій, кон'юнктиви).

Діти з кон'юнктивітом не повинні відвідувати дитячі, навчальні заклади. Непрацездатність дорослих вирішують з урахуванням особливостей виконаної роботи та особливостей перебігу захворювання.

**Оцінка ефективності лікування:** зникнення об'єктивних симптомів (гіперемія, набряку, фолікулозу кон'юнктиви, виділень з кон'юнктивальної порожнини); негативні результати мікробіологічного і серологічного досліджень, зскрібка з кон'юнктиви.

**Прогноз.** За умови своєчасного та адекватного лікування настає повне вилікування, однак при деяких варіантах кон'юнктивіту можливий перехід в хронічну форму із залученням до процесу повік, слизних органів та рогівки. Іноді спостерігаються рубцеві зміни, котрі спричиняють виникнення симблефарону і синдрому "сухого ока".

#### **А. Екзогенні запальні захворювання кон'юнктиви**

##### **Гострий епідемічний кон'юнктивіт (гострий кон'юнктивіт Коха–Уїкса)**

**Етіологія.** Кон'юнктивіт спричиняє грамнегативна паличка Коха–Уїкса, котра добре розвивається у вологому та гнійному середовищі. Зустрічається переважно в країнах з жарким кліматом (Азія, Африка, Південна Америка, Кавказ). Захворювання висококонтагіозне. Джерелом інфекції є людина. Інфекція передається мухами, руками хворих, бактеріоносіями, через предмети загального користування, продукти, воду. Збудник може зберігати життєздатність до 2 год за температури близько 35 °С. Інкубаційний період становить 1–2 доби.

**Клініка.** Захворювання починається гостро, як правило, у вигляді епідемії, часто у дітей ясельного віку (спочатку на одному оці, а згодом і на другому) зі світлобоязню, блефароспазмом, слизово-гнійними виділеннями, різким набряком кон'юнктиви повік і нижньої перехідної складки, кон'юнктиви очного яблука. У кон'юнктиві ока з'являються геморагії. Іноді на кон'юнктиві утворюються плівки, фолікули, що можуть ускладнювати

діагностику. Кон'юнктива в межах відкритої очної щілини потовщена і набрякла, має вигляд двох світлих трикутників, звернених основою до лімба. У дітей та ослаблених хворих спостерігаються нежить, головний біль, підвищення температури тіла. У разі поширення процесу на рогівку розвивається кератит, на райдужну оболонку – ірит. Можливий перебіг хвороби зі стертою симптоматикою. Перебіг хвороби при активному лікуванні триває не більше 10 днів. Після кон'юнктивіту можливе бацилоносійство і не виключені повторні захворювання.

**Діагноз** ґрунтується на аналізі клінічних, епідеміологічних і бактеріологічних даних.

**Диференціюють** захворювання з блефаритами, алергічним медикаментозним кон'юнктивітом.

**Лікування** амбулаторне: часті промивання кон'юнктивальної порожнини дезінфікуючими розчинами з подальшим закапуванням 20–30 % розчину сульфацил-натрію, розчинів антибіотиків широкого спектра дії (хлорамфеніколу, ципрофлоксацину, офлоксацину, тобраміцину та ін.) 4–6 разів на день та закладання антибактеріальних очних мазей (еритроміцинової, тетрациклінової та ін.) 3–4 рази на день. Добрий ефект дає застосування всередину сульфаніламідних препаратів у вікових дозах. Тривалість лікування – від 7 до 10 діб. У випадку виникнення тяжкого ускладнення – виразки рогівки – лікування стаціонарне.

**Профілактика.** З метою профілактики поширення інфекції необхідно дотримуватись правил особистої гігієни. Дітей та підлітків оглядають у дитячих і навчальних закладах. Виявленим хворим закапують зазначені розчини та дають усередину сульфаніламідні препарати. Носіям інфекції, виявленим за результатами аналізу мазків з кон'юнктиви, проводять санацію. Патогенна флора зникає на 3–4-й день профілактичного лікування.

### **Пневмококовий кон'юнктивіт**

**Етіологія.** Збудником захворювання є пневмокок (*Diplococcus pneumoniae*), який виявляють в епітелії та виділеннях з кон'юнктиви. Пневмокок добре розвивається в лужному середовищі, гине в кислому, витримує температуру  $\pm 50$  °С. Частіше зараження відбувається екзогенним шляхом, але можлива й аутоінфекція. Інкубаційний період захворювання – до 2 діб.

**Клініка.** Залежно від патогенності збудника розрізняють 3 клінічні форми пневмококового кон'юнктивіту.

**Гостра форма.** Уражається спершу одне око, згодом – друге. Частіше зустрічається в дітей, які страждають на хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів. З'являються світлобоязнь, слъзотеча та інтенсивний набряк повік, слизово-гнійні виділення, гіперемія кон'юнктиви, іноді з петехіальними крововиливами. У перилімбальній ділянці рогівки виникають поверхневі інфільтрати, що часом ерозуються, але не залишають після видужання стійких помутнінь. Триває 7 днів.

*Псевдоплівчаста форма.* На кон'юнктиві повік і склепінь з'являються білувато-сірі плівки, що легко знімаються ватним тампоном. Після їх видалення поверхня кон'юнктиви не кровоточить. Перебіг такої форми кон'юнктивіту підгострий, 10–12 днів, уражуються частіше ослаблені діти.

*Сльозоточива форма* спостерігається у новонароджених. Триває близько 2 тиж. Окрім гіперемії та невеликого набряку повік, з'являються різкі світлобоязнь і сльозотеча.

*Лікування.* Інстилюють 2 % розчин борної кислоти, створюючи несприятливе для збудника кисле середовище; 0,25 % розчином сульфату цинку (з 0,1 % розчином гідрохлориду адреналіну) пригнічують ферментативну активність пневмокока, водночас застосовують в інстиляціях та мазях антибіотики широкого спектра дії, до яких є чутливою мікрофлора (лемефлосацин, офлосацин, ципрофлоксацин, тетрациклін, еритроміцин), і сульфаніламідні препарати. Після вщухання гострих запальних явищ протягом тижня рекомендовано закапувати кортикостероїди.

#### **Диплобацилярний кон'юнктивіт Моракса–Аксенфельда (ангулярний)**

*Етіологія.* Захворювання спричиняють грамнегативні диплобацили Моракса–Аксенфельда (*Moraxella lacunata*). Інкубаційний період становить 4 доби.

*Клініка.* Перебіг хронічний чи, рідше, підгострий з ураженням повік. Характерні почервоніння та мацерація шкіри повік, тріщини в куточках очної щілини. Хворих турбують часті болючі кліпання та сильний свербіж повік. Кон'юнктива набрякла, гіперемована у кутах очей, в'язкі слизові виділення з кон'юнктивальної порожнини, котрі, висихаючи, утворюють тверді воскоподібні грудочки. Усе це призводить до зниження гостроти зору. Крім того, захворювання може ускладнюватися крайовими інфільтратами та виразками рогівки.

*Лікування.* На диплобацилу Моракса–Аксенфельда специфічно діє сульфат цинку, тому інстилюють 0,25–0,5 чи 1 % розчин сульфату цинку 4–6 разів на день, змащують шкіру повік 1–3 % маззю з оксидом цинку. Крім того, для підвищення ефективності терапії застосовують антибіотики широкого спектра дії в краплях та мазях (гентаміцин, ципрофлоксацин, тетрациклін та ін.). Для зменшення проявів запалення інстилюють нестероїдні протизапальні краплі (індометацин, диклофенак). Лікування має бути тривалим (2–4 тиж), оскільки захворювання схильне до рецидивів.

#### **Гонобленорейний (гонококовий) кон'юнктивіт**

*Етіологія.* Гонококовий кон'юнктивіт належить до числа рідкісних захворювань ока. Викликається грамнегативним диплококом – гонококом роду *Neisseria gonorrhoeae* при попаданні його в кон'юнктивальну порожнину.

*Клініка.* Розрізняють гонобленорею новонароджених, дітей та дорослих. *Гонобленорея новонароджених* – двобічне захворювання. Інфікування відбувається під час проходження плоду пологовими шляхами хворої на гонорею матері, у виняткових випадках – внутрішньоутробно. Як правило,

захворювання розвивається на 2–3-й день після народження (інкубаційний період триває від кількох годин до 2–3 днів). Поява інфекції після 5-го дня життя свідчить про потрапляння збудника з навколишнього середовища, від хворих батьків у випадку недотримання ними правил гігієни, через предмети догляду (*гонобленорея дітей*, звичайно дітей більш старшого віку). Захворювання, як правило, одностороннє. *Період інфільтрації* проявляється різким набряком повік, їх синяво-червоним кольором, гіперемією. Спостерігаються серозно-кров'янисті виділення (вигляд м'ясних помпів). Очну щілину дуже важко розкрити, щоб провести огляд. На 4–5-у добу настає *період піореї*: набряк і гіперемія повік зменшуються, а виділення набувають в'язкого гнійного характеру, течуть по щоці. Спостерігається хемоз кон'юнктиви. У цей період можливі ерозії та виразки рогівки в результаті погіршення її трофіки внаслідок стиснення крайової судинної сітки набряклими кон'юнктивою та повіками. Тривалість цього періоду (без лікування) до 2 тиж. Із кінця 3-го тижня виділення стають рідкими, зменшуються їх кількість і набряк кон'юнктиви, у нижній перехідній складці видно фолікули й сосочки – *період гіперплярної інфільтрації*. Поступово явища запалення безслідно зникають.

Також захворювання може супроводжуватись стоматитом або артритом.

*Гонобленорея у дорослих* (інфікування із статевих органів) проходить більш тяжко. Як правило, розпочинається односторонньо, супроводжується загальними симптомами – гіперемією, ураженням суглобів, м'язів, порушенням серцево-судинної діяльності. Ускладнення з боку рогівки частіші, наслідки їх тяжчі, ніж в умовах дитячої гонобленореї. Можливе інфікування рогівки (15–40 % випадків), виникнення її виразки з подальшим формуванням білми в кращому випадку, у гіршому – з перфорацією рогівки, розвитком енд офтальміту, панофтальміту та атрофії очного яблука.

**Диференційний діагноз** проводять з пневмококовим кон'юнктивітом, кон'юнктивітом Коха–Уїкса.

**Лікування** проводять спільно з лікарем-венерологом загальне і місцеве до повного одужання. Новонародженим, дітям, матерям (та їх статевим партнерам) призначають системно антибіотики широкого спектра дії (цефалоспорины, макроліди, фторхінолони, аміноглікозиди) та сульфаніламідні препарати у вікових дозах. Закапують 30 % (20 % – дітям) розчин сульфацил-натрію, а також антибіотики широкого спектра дії (гентаміцин, ломефлоксацин, офлоксацин, ципрофлоксацин) до 6–8 разів на день, за повіки закладають бактерицидну мазь (тетрациклінову, еритроміцинову, офлоксацинову) 3–6 разів на день.

**Прогноз.** Активне лікування протягом 2 тиж дає задовільний результат.

**Профілактика.** З метою профілактики гонобленореї у новонароджених обов'язково відразу після народження повіки необхідно протирати ватним тампоном, змоченим у 2 % розчині борної кислоти, упродовж години в кон'юнктивальну порожнину тричі закапати 20 % розчин сульфацил-

натрію, офлоксацин або закласти 1 % тетрациклінову очну мазь. Головним у профілактиці захворювання має бути ретельне обстеження жінок у період вагітності та своєчасне їх лікування в разі виявлення гонореї.

### **Дифтерійний кон'юнктивіт**

**Етіологія.** Збудником захворювання є коринебактерія дифтерії (*Corynebacterium diphtheriae*), паличка Клебса–Лейфлера, що виділяє екзотоксин, котрий спричиняє коагуляцію білків з утворенням плівок і підвищує трансудацію крізь стінки судин. Самі бактерії залишаються на місці вхідних воріт (ніс, гортань, кон'юнктива, зів, статеві органи). Дифтерія зустрічається в усіх країнах. Рівень захворюваності залежить від обсягу специфічної імунізації населення. Збудником інфекції є хворий на дифтерію і носій токсигенних штамів коринебактерії дифтерії. Основний шлях передачі збудника – повітряно-крапельний, контактнo-побутовий. Інкубаційний період триває від декількох годин до 14 днів (частіше ніж 2–7 днів). Як первинне, ізольоване захворювання кон'юнктиви дифтерія зустрічається рідко. Частіше інфекція переноситься з верхніх дихальних шляхів і поєднується з дифтерійним ураженням носа, зива, гортані. Хворіють переважно діти дошкільного і шкільного віку (не щеплені, ослаблені після перенесених захворювань), частіше в осінні місяці.

**Клініка.** Захворювання починається з головного болю, різкого підвищення температури тіла, збільшення і болючості передвухних і підщелепних лімфатичних вузлів, сильного набряку повік. Дифтерійний кон'юнктивіт може мати 3 форми: дифтерійну, крупозну, катаральну.

**Дифтерійна форма** починається різким набряком, гіперемією, затвердінням шкіри повік, очна щілина міцно зімкнена. При силуваному розкриттю повік з'являються слизово-гнійні виділення чи каламутна рідина з пластівцями.

На кон'юнктиві повік та очного яблука утворюються міцно спаяні з нею сіро-брудні плівки, при силуваному видаленні яких поверхня кон'юнктиви кровоточить. Може бути некроз уражених ділянок слизової оболонки повік з подальшим утворенням зірчастих рубців, а за умови ураження кон'юнктиви склери – симблефарона (зрощення кон'юнктиви очного яблука з кон'юнктивою повік). Значно обтяжує перебіг захворювання поширення процесу на рогівку (розвиток виразки рогівки, наступне помутніння або перфорація рогівки). Клінічний діагноз обов'язково має підтверджуватися бактеріологічними дослідженнями.

Для **крупозної форми** характерні: легкий набряк, хемоз, помірні виділення, ніжні плівки на кон'юнктиві хряща, що легко знімаються, під якими з'являється кровоточива поверхня. Рогівка процесом не охоплюється.

**Катаральна форма** проявляється гіперемією слизової та значними гнійними виділеннями.

**Диференційний діагноз** проводиться з пневмококовим плівчастим, епідемічним Коха–Уїкса, аденовірусним кон'юнктивітами.

**Лікування.** Захворювання являє загрозу оточуючим і життю хворого. Тому необхідна термінова ізоляція і специфічне лікування хворих в інфекційному відділенні – негайне введення протидифтерійної сироватки за Безредком (10–20 тис. МО – 1000 МО/кг). Спершу вводять 0,1 мл, потім – 0,5 мл, решту дози протягом години внутрішньом'язово. Місцево лікування: з метою механічного видалення виділень необхідні часті промивання кон'юнктивальної порожнини теплими (37 °С) дезінфікуючими розчинами (2 % розчином борної кислоти, фурациліну 1:5000), інстиляції мідріатиків за показаннями, вітамінних крапель, закладання антибактеріальних мазей (1 % тетрациклінової, 0,5–1 % еритроміцинової) 4–6 разів на день. З метою попередження формування симблефарону бажано проводити скляною паличкою з мазю під повіками до самих склепінь раз чи двічі на день. При тяжких формах захворювання застосовують системну антибіотикотерапію (еритроміцин, бензилпеніцилін).

**Профілактика** – своєчасне проведення щеплень, ізоляція хворих та їх активне лікування. Усім особам, що були в контакті з хворим, необхідно провести бактеріологічне дослідження мазків із зів'я та вакцинацію.

#### **Грибковий кон'юнктивіт**

У більшості випадків грибковий кон'юнктивіт виникає на фоні мікозу повік або рогівки. Найчастіше виникає у хворих на цукровий діабет, у хворих з імунодефіцитом або в тих, хто тривалий час отримує антибіотики чи кортикостероїди.

**Класифікація.** Виокремлюють гранулематозний і ексудативний грибковий кон'юнктивіт.

**Етіологія.** Збудниками *гранулематозного кон'юнктивіту* є гриби *Sporotrichum*, *Actinomyces*, *Penicillium viridans*, *Coccidioides immitis*, а ексудативного кон'юнктивіту – *Candida albicans* та аспергіли.

**Клініка.** *Гранулематозний кон'юнктивіт* при споротрихозі, риноспоридозі та актиномікозі характеризується появою на фоні набряку і гіперемії кон'юнктиви гранулематозних розростань або включень (у вигляді крупок чи інфарктів мейбомієвих залоз). При кокцидіодозному кон'юнктивіті на фоні набряку і гіперемії кон'юнктиви з'являються фліктеноподібні утворення. Кон'юнктивіт, викликаний *P. Viridans*, характеризується виникненням поверхневих виразок із зеленуватим нашаруванням. Крім того, лімфатичні вузли збільшуються та можуть нагноюватися.

*Ексудативний кон'юнктивіт* характеризується появою псевдомембранозних виділень в кон'юнктивальній порожнині.

**Лікування.** Вибір препарату залежить від результатів мікробіологічного дослідження. Застосовують в інстиляціях у кон'юнктивальну порожнину амфотерицин В, нагаміцин 3–6 разів на добу, у вигляді мазі ністатин. Також внутрішньо призначають ністатин, флуконазол. У тяжких випадках можливе внутрішньовенне краплинне введення амфотерицину В.

**Прогноз.** Грибковий кон'юнктивіт може бути причиною ураження слізних каналців, рогівки та інших структур органа зору при несвоєчасній або нерациональній протигрибковій терапії.

## Вірусні кон'юнктивіти

Віруси посідають 2-е місце після коків за частотою спричинюваних ними хвороб кон'юнктиви і являють собою значну медико-соціальну проблему. Розрізняють герпес-, адено-, рино- та ентеровірусні кон'юнктивіти.

Герпесвірусні кон'юнктивіти здебільшого мають такий самий перебіг, як однобічний катаральний, плівчастий або виразковий кон'юнктивіт. Іноді на кон'юнктиві склери або лімбі утворюються вузлики, схожі на фліктени. Процес часто поширюється на аденоїдну тканину.

Аденовірусів на цей час відомо більш ніж 50 серотипів. Аденовіруси викликають дві клінічні форми ураження очей: епідемічний кератокон'юнктивіт, який має більш тяжкий перебіг, та аденовірусний кон'юнктивіт, або аденофарингокон'юнктивальну лихоманку.

### Герпетичний кон'юнктивіт

**Етіологія.** Запалення сполучної оболонки викликається дерматонейротропним вірусом простого герпесу (herpes simplex).

Герпесвірусні кон'юнктивіти частіше за все є компонентом первинного інфікування вірусом простого герпесу в ранньому дитинстві. Надалі вірус простого герпесу проявляється упродовж усього життя, викликаючи рецидиви захворювання. Тривалий час вірус може бути в організмі в неактивному стані. Розвиткові хвороби сприяють провокуючі фактори: інші інфекції, охолодження, перегрів, фізична та психічна травма, хвороби крові, прийняття кортикостероїдів. Носієм вірусу є людина. Інфікування контактним або повітряно-крапельним шляхом. Ворота інфекції – шкіра, слизові оболонки рота, носа, очей, сечостатевої системи. У кон'юнктиву та інші оболонки ока вірус потрапляє також і гематогенним шляхом. Герпетичні кон'юнктивіти часто зустрічаються у хворих на Herpes labialis. (Іноді герпетичний кон'юнктивіт може виникати при герпесі Varicella zoster, який звичайно уражує рогівку.)

**Скарги.** Хворі скаржаться на сильну сльозотечу, світлобоязнь, біль, погіршення зору, астенію, висипання у вигляді дрібних пухирців на шкірі повік, губів, на носі, спостерігається блефароспазм.

**Клініка.** Перебіг захворювання може бути тривалим та повільним, у 3 клінічних формах: катаральній, фолікулярній (частіше), везикулярно-виразковій. Найбільш часто виникає у дітей. Катаральний кон'юнктивіт проявляється гіперемією і набряком кон'юнктиви з незначними слизовими або слизово-гнійними виділеннями. При фолікулярній формі кон'юнктива різко гіперемована, інфільтрована, із фолікулами, іноді – з плівками. Везикулярно-виразковий кон'юнктивіт протікає з утворенням на кон'юнктиві та краях повік рецидивуючих виразок або ерозій, вкритих ніжними плівками. Іноді спостерігається утворення вузликів, що нагадують фліктени, у склері в ділянці лімба. Процес може поширюватись на рогівку: на ній з'являються поліморфні інфільтрати, майже завжди вкриті виразками. Захворювання схильне до рецидивів.

**Діагностика.** Для встановлення діагнозу проводять серологічну ідентифікацію титру вірусних антитіл, беруть мазок із зскрібка кон'юнктиви (виявляють багатоядерні, гігантські клітини), культивують вірус на хоріон-алантоїсній оболонці курячого ембріона.

**У лікуванні** використовують протівірусні засоби (у середньому 2–4 тиж) – у краплях інтерферон та його індуктори 6–8 разів на добу, мазь ацикловір, також внутрішньо ацикловір (ганцикловір); з профілактичною антибактеріальною метою – антибіотики в краплях. Також призначають антиалергічні краплі (аломід, лекролін, сперсалерг) 2–3 рази на день. При ураженнях рогівки – кератопротектори. У разі рецидивів проводять імунотерапію.

#### **Епідемічний кератокон'юнктивіт**

**Етіологія.** Кон'юнктивіт викликається вірусом із сімейства пікорнавірусів (аденовірус, серотип 8), захворювання висококонтагіозне. Це госпітальна інфекція, більше ніж 70 % хворих заражується в медичних закладах. Збудник інфекції – хворий на кератокон'юнктивіт. Інфікування виникає контактним шляхом через медичні інструменти, розчини ліків, предмети загального користування. Хворіють, головним чином, дорослі. Інкубаційний період становить 3–14 днів, частіше – 4–8 днів. Заразний період триває 14 днів. Захворювання може продовжуватися від 2 до 9 тиж.

**Клініка.** Захворювання починається гостро загальною слабкістю, головним болем, зниженням апетиту, появою трахеобронхіту (5–25 % хворих). Розпочинається спочатку на одному оці, а через 1–5 днів – і на другому, але з дещо легшим перебігом. Кон'юнктива повік, перехідних складок, а також півмісяцева складка і слізне м'ясце набряклі, гіперемовані. Висипання фолікулів супроводжується збільшенням і болочістю переддушних та підщелепних лімфатичних вузлів (майже у всіх хворих на 1–2-й день захворювання). У деяких випадках на слизовій оболонці повік і перехідних складок з'являються тоненькі сіруваті плівки, що легко знімаються. Виділення незначні, слизово-пінні. Спостерігаються крововиливи, які з'являються в перші години захворювання, від точкових до поширених у кон'юнктиву повік і склери. Через 5–9 днів від початку захворювання розвивається *друга стадія* хвороби, яка супроводжується появою на рогівці численних сіруватих епітеліальних точкових інфільтратів (монетоподібний кератит). Хворих турбують сльозотеча, світлобоязнь, відчуття стороннього предмета під повіками. Можливе зниження гостроти зору при великій кількості інфільтратів у центрі рогівки. Флюоресцентна проба при цьому, як правило, негативна.

**Діагностика.** Для встановлення точного діагнозу необхідне проведення вірусологічного дослідження.

**Лікування** пов'язане з труднощами, оскільки не існує ліків селективної дії на аденовіруси. Амбулаторно призначають вірусостатичні й вірусостатичні препарати. Перорально – інстиляціях (до 8 разів на день) і субкон'юнктивальних ін'єкціях – інтерферон та його індуктори, різні типи глобулінів. Оксолін (0,25 % мазь), флореналь (0,5 % мазь), теброфен (0,5 % мазь) до

6 разів на день. Також лікування включає внутрішнє застосування та інстиляції протиалергічних препаратів (антигістамінних, стабілізаторів мембран тучних клітин – лекролін, аломід, сперсалерг 2–3 рази на день), при недостатності сльози – замітники сльози в розчинах та гелях (хілокеа, системн, відісік, офтагель 3–4 рази на день). При ураженнях рогівки – кера-топротектори (корнерегель, солкосерил, актовегін, вітамінні краплі 3–4 рази на день), 20 % розчин глюкози та 2–3 % розчин калію йодиду для резорбції субепітеліальних помутнень у рогівці 3–6 разів на день. Додатково, з метою зменшення симптомів запалення (через 7–10 днів після захворювання), застосовують нестероїдні (або стероїдні) протизапальні очні краплі 2–3 рази на день, а з метою профілактики вторинної бактеріальної інфекції – антибіотики (у краплях, мазях) 2–3 рази на день.

**Профілактика:** ізоляція хворих, використання індивідуальних піпеток і паличок для мазі, обробка рук медичного персоналу, дотримання правил особистої гігієни хворими та медичним персоналом.

**Прогноз.** Після перенесеного кон'юнктивіту залишається стійкий імунітет. Субепітеліальні інфільтрати в рогівці розсмоктуються безслідно (хоча за дуже довгий проміжок часу – 3–4 міс).

**Аденовірусний кон'юнктивіт (аденофарингокон'юнктивальна лихоманка)**

**Етіологія.** Запальне захворювання кон'юнктиви викликається аденовірусами типів 3, 5 і 7а, рідше – 6 і 10. Інкубаційний період – 7–8 діб. Захворювання висококонтагіозне, спостерігається у всіх вікових групах, у всі пори року, але частіше у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку у весняно-літній період. Передається від хворого здоровому повітряно-крапельним шляхом, рідше шляхом прямого контакту. Захворювання, як правило, триває 2 тиж. Рідко викликає спалахи госпітальної інфекції.

**Клініка.** Проходить аденофарингокон'юнктивальна лихоманка з підвищенням температури тіла, з явищами вираженого назофарингіту, збільшенням переддушних, підщелепних лімфатичних вузлів, кон'юнктивітом (спочатку на одному оці, через 2–3 доби – на другому), зниженням чутливості рогівки.

Розрізняють *катаральну, фолікулярну, пливчасту форми* кон'юнктивіту.

Найчастіше трапляється *катаральна форма* з помірним набряком та гіперемією слизової оболонки повік і перехідних складок, незначними слизовими або слизово-гнійними виділеннями з кон'юнктивальної порожнини, блефароспазмом. Триває в середньому 5–7 діб. Рогівка, як правило, інтактна.

При *фолікулярній формі* слизова оболонка набрякла, у кутах повік відзначається невелика кількість дрібних фолікулів. Можуть спостерігатися великі напівпрозорі фолікули, розташування котрих на кон'юнктиві хряща та перехідних складок нагадує трахому. Виділення слизові. Через декілька тижнів після початку кон'юнктивіту можуть розвинутися дрібні субепітеліальні інфільтрати в рогівці, котрі зазвичай зникають без сліду.

*Плівчаста форма* зустрічається рідко, проявляється незначною набряклістю слизової оболонки. Плівка сірувато-біла, легко знімається вологим тампоном. Але можливі субкон'юнктивальні крововиливи, плівки можуть бути міцними, важко зніматися. Необхідно проводити диференційну діагностику з дифтерією.

**Діагностика.** Діагноз має бути підтверджений результатами цитологічних досліджень зскрібків з кон'юнктиви, вірусологічної діагностики (метод флюоресціюючих антитіл).

**Лікування** (див. *епідемічний кератокон'юнктивіт*): інстиляції та пероральне застосування противірусних, протиалергічних, вітамінних препаратів, інтерферонів. Додатково, з метою зменшення симптомів запалення, застосовують нестероїдні протизапальні очні краплі 2–3 рази на день, а з метою профілактики вторинної бактеріальної інфекції – антибіотики (у краплях, мазях) 2–3 рази на день. При недостатності слізної рідини – штучні замінники сльози.

**Прогноз** сприятливий, хоча за умов неадекватної терапії захворювання може тривати декілька місяців і набувати форми хронічного.

### **Хламідійні захворювання очей**

**Трахома** – хронічний інфекційний кератокон'юнктивіт.

**Етіологія.** Збудник кон'юнктивіту належить до хламідій (*Chlamydia trachomatis*, серотипи А, В, Ва і С), дрібних внутрішньоклітинних паразитів, що мають властивості вірусів і бактерій. Захворювання переважно зустрічається в країнах, що розвиваються. Ендемічні області – Південна Африка, Індія, Середня та Південно-Східна Азія, Латинська Америка. Інкубаційний період становить 7–14 днів. Шлях передачі – контактний, окулярний. Інфікуються обидва ока.

**Клініка.** Розмножуючись в епітеліальних клітинах кон'юнктиви, хламідії утворюють накопичення в цитоплазмі (тільца Гальбештедтера-Провачека). У клінічній картині спостерігається дифузна запальна інфільтрація підслизової тканини і аденоїдного шару, розростання сосочків, утворення фолікулів, їх розпад з подальшим рубцюванням. Характерні зміни в рогівці – панус. У клінічному перебігу виділяють трахому I–IV стадії. Зараження може виникати від хворого з трахомою I–III стадії. *Трахома I стадії* (Тг 1, *стадія прогресуючого запалення*) – гіперемія та набряки кон'юнктиви повік, перехідних складок і очного яблука. З'являються типові каламутно-сірі великі фолікули в шарах інфільтрованої кон'юнктиви перехідних складок, хряща верхньої повіки (кон'юнктива має вишнево-багряний відтінок), слизово-гнійні виділення, світлобоязнь. Спостерігається верхній поверхневий кератит. Тривати I стадія може понад 1 рік.

*Трахома II стадії* (Тг 2, *активна трахома*) проявляється великою кількістю фолікулів і папілярною гіперплазією на фоні гіперемованої та набряклої кон'юнктиви, формуванням панусу (вростанням судин з верхнього сегмента лімба в інфільтровану рогівку), початком рубцювання фолікулів.

*Панус* (від грец. завіса) має характерні ознаки – у поверхневих шарах рогівки з'являються дрібні сіруваті інфільтрати, оточені судинними петлями (окулярни Бонне). У верхньому сегменті рогівки панус знаходиться внаслідок тиску на цей сегмент інфільтрованої верхньої повіки, що призводить до порушення трофіки рогівки. Панус залежно від інтенсивності помутніння може бути тонким, судинним чи м'ясистим, також прогресуючим і регресуючим.

Стадія може тривати декілька років, хворі в цей період являють собою джерело зараження, створюючи небезпеку для оточення.

*Трахома III стадії* (Тг 3, *стадія рубцювання*) характеризується регресивним перебігом: зменшуються інфільтрація та гіперемія кон'юнктиви, фолікули рубцюються, регресує панус. Розвиваються ускладнення, пов'язані з процесом рубцювання: трихіаз (неправильний ріст вій), порушення слезовідвідної та слезопродукуючої функцій, заворот повік, помутніння рогівки, укорочення склепінь, ксероз. Можливий перебіг III стадії протягом декількох років з періодичними загостреннями.

*Трахома IV стадії* (*рубцева* Тг 4, *стадія клінічно вилікуваної трахоми*) – період клінічного видужання: зникають набряк і гіперемія кон'юнктиви, що набуває у зв'язку з рубцюванням білявого відтинку; у верхньому сегменті рогівки відзначаються численні помутніння та спорожнілі судини. У разі грубого рубцювання слизової оболонки та хряща змінюється конфігурація верхньої повіки. Стадія незаразна.

**Диференційний діагноз** проводять з паратрахомою, фолікулярним кон'юнктивітом, аденовірусним кон'юнктивітом (фолікулярною формою).

**Лікування** трахоми тривале, амбулаторно-стаціонарне. З метою попередження поширення трахоми необхідно ізолювати хворого. Призначають комплексну загальну та місцеву терапію, хірургічне лікування за показаннями. Внутрішньо – сульфаніламідні препарати, антибіотики широкого спектра дії, фторхінолони, макроліди, тетрацикліни (азитроміцин, кларитроміцин, тетрациклін, еритроміцин, офлоксацин). Інстилюють 4–6 разів на день антибіотики широкого спектру дії (офлоксацин, норфлоксацин, ломефлоксацин). Закладають тетрациклінову, еритроміцинову, офлоксацинову мазі 4–5 разів на добу. Після згасання проявів інфільтрації, дотримуючись правил асептики, використовуючи захисні окуляри, виконують експресію (видавлювання) фолікулів з перервою 2–3 тиж. У лікуванні III–IV стадій трахоми ефективним є застосування електрофорезу антибіотиків, ферментів (лідази, хімотрипсину, папаїну, колалізину). Хірургічне лікування проводять у разі трихіазу, завороту повік, помутнінь рогівки (кератопластика), ксерозу (пересадження з тенової протоки привушної залози в кон'юнктивальну порожнину).

**Прогноз** у разі своєчасного лікування сприятливий. Безперервне вищезазначене місцеве лікування протягом 2–3 міс дає позитивний результат у 90 % випадків. У разі пізнього звертання розвиваються ускладнення: панус, більмо рогівки, заворот і трихіаз нижньої повіки, симблефарон (зрощення кон'юнктиви повіки і кон'юнктиви очного яблука), ксероз.

### **Паратрахома дорослих (хламідійний кон'юнктивіт)**

**Етіологія.** Це інфекційне захворювання сполучної оболонки викликається *Chlamydia trachomatis*, серотипами D-K. Частіше хламідійний кон'юнктивіт зустрічається у підлітків і молодих людей (17–35 років). Може діагностуватися при хворобі Рейтера – уретроокулосинювальному синдромі, для якого характерна тріада: уретрит (простатит, цервіцит), артрит, кон'юнктивіт (увеїт). Хламідіоз виявляється у 30–58 % жінок і у близько 50 % чоловіків, які страждають на неговонококові запальні захворювання сечостатевих органів. 20 % випадків – носії безсимптомного хламідіозу. Джерело збудника – інфіковані хламідіями статеві органи людини або заражена кон'юнктива. Шляхи зараження: у дорослих – через брудні руки, водні резервуари загального користування (басейни), у новонароджених – при проходженні через пологові шляхи інфікованої матері. Інкубаційний період – у середньому 10–14 днів (від 7-ї до 21-ї доби). Перебіг захворювання гострий, підгострий або хронічний з періодами загострень і ремісій.

**Клініка.** Початок гострий. Частіше має односторонній перебіг. Під час огляду відзначаються гіперемія, набряк кон'юнктиви повік, слизові або слизово-гнійні виділення, сосочки, фолікулоподібні утворення в нижній перехідній складці. На рогівці можлива поява порохоподібних аваскулярних інфільтратів (поверхневий кератит). На 7-й день хвороби іноді, на боці кон'юнктивіту, розвивається аденопатія. Перебіг хламідійного кон'юнктивіту триває 2–3 тиж (хоча може бути і більш тривалим).

**Діагностика.** Діагноз підтверджують результати цитологічного дослідження зскрібків з кон'юнктиви на наявність цитоплазматичних включень тілець Гальбершtedтера–Провачека в епітеліальних клітинах та результати люмінесцентної мікроскопії з метою виявлення антигену.

**Диференціюють** захворювання з вірусним кон'юнктивітом та бактеріальним іншої етіології.

**Лікування** – амбулаторне разом з урологом (венерологом, гінекологом), місцева та загальна етіотропна, патогенетична і симптоматична терапія. Призначаються сульфаніламідні препарати та антибіотики широкого спектра дії (макроліди, тетрацикліни, фторхінолони). В інстиляціях офлоксацин, норфлоксацин, ципрофлоксацин, ломефлоксацин та інші до 6 разів на день; мазі – офлоксацинова, тетрациклінова, еритроміцинова 3–4 рази на день. Перорально – кларитроміцин, азитроміцин, офлоксацин, тетрациклін. У краплях інтерферон, перорально та внутрішньом'язово індуктори інтерферону.

**Прогноз.** При ранній своєчасній терапії – виліковування. У випадку пізньої терапії можливий хронічний перебіг захворювання, рецидиви.

**Кон'юнктивіт новонароджених.** Запалення сполучної оболонки повік і очного яблука у дітей 1-го року життя.

**Етіологія.** Спостерігається через 24–36 год після народження. Інфікування можливе бактеріальною (стафілокок, стрептокок), вірусною (вірус простого герпесу) мікрофлорою. Також збудниками можуть бути гонокок

Нейсера, хламідія (при проходженні через інфіковані пологові шляхи матері). Може виникати внаслідок інстиляції з профілактичною метою інфікованих крапель (або зараження брудними руками) у пологовому будинку. Визначається раптовою початок хвороби.

**Клінічна картина** відповідає кон'юнктивіту залежно від етіологічного чинника (див. за нозологією захворювання). Можливі слизові, гнійні, гнійно-слизові, кров'яністі виділення з одного чи обох очей з дифузною гіперемією кон'юнктиви, набряком повік, хемозом.

**Диференціюють** захворювання з обструкцією носослізного каналу, з дакріоциститом.

**Лікування** новонароджених, а також матері та її статевого партнера базується на результатах бактеріоскопічного і бактеріологічного досліджень.

### **Алергічні кон'юнктивіти**

**Весняний катар (весняний кератокон'юнктивіт)** частіше проявляється як сезонне захворювання – у весняний, літній та осінній періоди року. Найбільш поширений у південних країнах з природною тривалою сонячною інсоляцією.

**Класифікація.** За локалізацією: кон'юнктивальна (тарзальна, пальнебральна), лімбальна, змішана форма.

За клінічними проявами: мікропанус, епітеліопатія рогівки, ерозія рогівки, точковий епітеліальний кератит, виразка рогівки, гіперкератоз рогівки.

**Етіологічним** чинником вважають підвищену чутливість до ультрафіолетового випромінювання (хоча етіологія і патогенез цього захворювання остаточно не з'ясовані). Під час гістологічного дослідження субепітеліально виявляють інфільтрацію з еозинофільних гранулоцитів, плазматичних клітин, лімфоцитів, що є підтвердженням алергічного характеру хвороби. Зазвичай зустрічається у хлопчиків (4–10 років) та молодих людей (іноді до 20–25 років).

**Скарги** на свербіж і почервоніння очей, відчуття важкості повік, слезотечу, світлобоязнь у сонячну погоду, густі та в'язкі виділення, зорове стомлення.

**Клініка.** Страждають обидва ока. Повіки потовщені, симулюють частковий птоз. Хворі виглядають заспаними. Кон'юнктива хряща верхньої повіки (до перехідної складки) має своєрідний молочний відтінок, каламутна, з великими плоскими епітеліальними розростаннями, що нагадують бруківку. Перилімбально можлива поява субкон'юнктивально розташованого желеподібного кільця. Виділення тягучі, в ділянці перехідних складок – у вигляді ниток. Перебіг хвороби тривалий, зі зміною періодів загострення та ремісій.

**Диференційний діагноз** проводять з трахомою, медикаментозним алергічним кон'юнктивітом.

**Лікування** амбулаторне симптоматичне, підтримуюче, у періоди сезонної появи захворювання. Інстилюють стабілізатори мембран тучних клітин,

антигістамінні препарати, зрідка, для зменшення проявів інфільтрації, кортикостероїди (тривале їх застосування неможливе через ускладнення – підвищення внутрішньоочного тиску, перешкоджання епітелізації рогівки). З профілактичною метою доцільне проведення наприкінці зими (ще до появи активного періоду інсоляції та клінічних ознак захворювання) десенсибілізуючої, дезінтоксикаційної та вітамінної терапії. У разі затяжного перебігу проводять курс лікування гістоглобуліном (внутрішньом'язово № 4–10).

**Прогноз** сприятливий. Доволі часто захворювання зникає в період статевої зрілості (у зв'язку із чим можна припустити вплив гормональних зрушень на перебіг хвороби).

### **Поліноз (сінний кон'юнктивіт)**

**Етіологія.** Це алергічне захворювання викликається пилком рослин, має чіткий сезонний характер і трохи залежить від кількості рослинного пилку в повітрі. Кон'юнктивіт поширений всюди. Виникає в період цвітіння рослин. Слабшає в кінці вересня. Ізольовано кон'юнктивіт відмічається рідко, а часто – з дерматитом, гострим респіраторним захворюванням, задухою.

**Клініка.** Хворі скаржаться на сльозотечу, світлобоязнь, свербіж та почервоніння очей, нежить, кашель, іноді підвищення температури. Захворювання розпочинається гостро. З'являється набряк, гіперемія, сосочкові вирости кон'юнктиви повік та ока. Виділення незначні, прозорі, слизові, іноді у вигляді ниток. Може бути хемоз (в межах очної щілини), внаслідок чого – інфільтрати по краю рогівки.

**Діагностика** – внутрішньошкірні і кон'юнктивальні проби для визначення алергену, кон'юнктивальний зскрібок (знаходження еозинофілів), аналіз крові клінічний (еозинофілія).

**Диференціюють** захворювання з весняним катаром, вірусним, гігантським папілярним кон'юнктивітом.

**Лікування** амбулаторне, у період прояву клінічних симптомів: антигістамінні препарати, стабілізатори мембран тучних клітин, кортикостероїди, нестероїдні протизапальні ліки.

**Гострий алергічний кон'юнктивіт** має такі самі симптоми, як і у полінозного кон'юнктивіту, але викликається не пилковими алергенами, а такими, як пір'я, спори грибів, кліщі, хутро та лупа тварин. Клінічні прояви, обстеження, лікування такі самі, як і полінозного кон'юнктивіту.

### **Гігантський папілярний кон'юнктивіт**

**Етіологія.** Цей кон'юнктивіт обумовлений використанням контактних лінз. Існує гіпотеза, що постійна травма від носіння контактних лінз може бути ускладнена в подальшому алергією, причому гіперчутливістю уповільненої дії.

**Скарги.** Хворих турбує свербіж, слизові виділення, неможливість використання лінз тривалий період часу, підвищене відчуття присутності лінзи та її підвищену рухливість, почервоніння ока.

**Клініка.** Об'єктивно спостерігається гіперемія кон'юнктиви, гігантські сосочки (більше ніж 1 мм в діаметрі – це утворення з лімфоцитів та плаз-

матичних клітин) на кон'юнктиві верхньої повіки, птоз, наліт на контактній лінзі, поверхнева васкуляризація рогівки із зони верхнього лімба.

**Диференційний діагноз** проводять з вірусним, бактеріальним кон'юнктивітами, весняним катаром. Збирають анамнез (дотримання строків використання контактних лінз, чищення їх, застосування зволожуючих крапель та ін.).

**Лікування** амбулаторне з регулярним оглядом офтальмологом протягом 2–4 тиж, зі зменшенням часу носіння контактних лінз, їхньою заміною, правильною дезінфекцією або переходом на контактні лінзи одноразового використання чи окуляри (доцільніше відмовитися від носіння контактних лінз). Використовують дезінфікуючі, десенсибілізуючі засоби, зволожуючі краплі, замінники сльози.

### **Кон'юнктивіт при демодекозному ураженні повік**

**Етіологія.** Збудником є залозистий кліщ, який паразитує в сальних, мейбомієвих залозах, у волосяних фолікулах людини. При постійній вологості і кімнатній температурі може декілька днів знаходитися без хазяїна. Зараження виникає контактним-побутовим шляхом.

Розвиток кліща *Demodex* у фолікулах вій може проходити спершу безсимптомно, надто в осіб із жирною пористою шкірою. В анамнезі часто відзначаються свербіж і почервоніння країв повік, ячмені, халязіони.

**Клініка.** У разі *малосимптомних* форм захворювання спостерігаються свербіж повік, відчуття стороннього тіла під повіками, в'язкі виділення з кон'юнктивального мішка, випадіння вій, набряклість кон'юнктиви нижніх перехідних складок, помірна фолікулярна гіпертрофія кон'юнктиви повік, дрібні папіломи на шкірі між віями. Під час мікроскопічного дослідження вій помітні збільшені темні голівки окремих вій, напівпрозорі циліндричні муфти навколо їхніх корінців.

У випадку *нескладного кліщового блефарокон'юнктивіту* навколо вій, у голівках котрих є кліщі, відзначаються інфільтровані фолікули, між віями та на поверхні шкіри виявляють луску. Муфти навколо корінців збільшені, просвіт кореневих піхов розширений. У кон'юнктивальному мішку спостерігаються помірні слизові виділення, що згодом утворюють кірочки по краю повік. Суб'єктивні скарги у разі даної форми захворювання частіші, ніж за малосимптомної. У разі приєднання вторинної інфекції, зниження реактивності організму, розвитку лікарського алергічного дерматокон'юнктивіту внаслідок попереднього тривалого неефективного лікування можливе ускладнення перебігу захворювання. Спостерігається утворення пупул на повіках та перетворення їх на виразки; порушується функція мейбомієвих залоз, виникає гострий або хронічний мейбоміт, часто з'являються халязіони. Це виникає внаслідок проникнення кліща в мейбомієві залози крізь вивідні протоки та у зв'язку з циклічністю розвитку самого паразита, що зумовлює загострення хвороби.

**Діагностують** захворювання під час мікроскопії вій (можна виявити кліщів *Demodex* на різних стадіях розвитку).

**Лікування.** Проводять протипаразитарну, протизапальну і десенсибілізуючу терапію. З метою запобігання запаленню та знешкодження кліща краї повік протирають ватним тампоном, змоченим в ефірно-спиртовій суміші (70 % спирт і ефір змішують в однакових частинах). З повік видаляють кірочки, луску разом із збудниками хвороби та продуктами їх життєдіяльності. Потім повіки змащують метронідазоловою маззю, дигтярною маззю, «демаланом». Такі процедури здійснюють 1–2 рази за добу (краще після вмивання настоем квіток пижма – 1 столова ложка на 200 мл окропу) протягом 1,5–2 міс; особливо доцільним є їх проведення навесні й влітку, коли кліщ розмножується. Також бажано вмиватися з дигтярним милом. В умовах мейбомієвого блефарокон'юнктивіту не рідше, як двічі на тиждень слід робити масаж повік з подальшою обробкою їх країв ефірно-спиртовою сумішшю та маззю; 2–3 рази на добу закапують лужні очні краплі, 3 % розчин йодиду калію, десенсибілізуючі краплі (аломід, лекролін).

Призначають скраби для шкіри обличчя та спиртові лосьйони. У разі ускладнення кліщового блефариту вторинною інфекцією окрім специфічної терапії застосовують мазі з антибіотиками та розчини антибіотиків (за результатами бактеріологічного дослідження вмісту кон'юнктивального мішка) протягом 2–3 тиж. Оскільки захворювання часто супроводжується синдромом сухого ока, призначають штучні замінники сльози. Лікування бажано проводити у взаємодії офтальмолога і дерматолога.

**Профілактика:** дотримання загальних гігієнічних норм у побуті, а також в перукарнях (не можна змитати загальною щіточкою залишки стриженого волосся з обличчя), косметичних кабінетах, лазнях.

## **Б. Кон'юнктивіти ендогенної етіології**

**Коровий кон'юнктивіт.** Кон'юнктивіт часто виступає однією з ранніх ознак кору, проявляється катаральним запаленням, далі супроводжується інтоксикацією, катаром верхніх дихальних шляхів, плямисто-папульозним висипанням на шкірі.

**Клініка.** Відзначаються світлобоязнь, сльозотеча, блефароспазм, слизово-гнійні виділення з кон'юнктивальної порожнини. Кон'юнктива повік і очного яблука гіперемована. Іноді на кон'юнктиві, а також слизовій оболонці щік та губів виявляються сіро-білі папули 0,5–1 мм в діаметрі, оточені червоним віночком – плями Більського–Філатова–Коплика (на базі чого можна встановити діагноз кору ще до висипки). Явища кон'юнктивіту різко збільшуються в період появи висипки (приблизно на 4-й день захворювання). Згодом можливе поширення процесу на рогівку і розвиток кератиту, який у разі несвоєчасного лікування іноді залишає стійкі її помутніння.

**Лікування:** призначають анестетики в інстиляціях з подальшим промиванням кон'юнктивальної порожнини теплим (температура 37 °С) розчином фурациліну (1:5000). Після промивання закапують інтерферон, ви-

користуюють розчини й мазі з антибіотиками та сульфаніламидами, 0,25 % розчин цинку сульфату з борною кислотою та адреналіном.

### **Віспяний кон'юнктивіт**

**Етіологія.** Збудником захворювання є вірус групи герпесу (*Varicella zoster*). Виникає кон'юнктивіт внаслідок загальної реакції організму при вітряній віспі або локалізації віспяних папул в кон'юнктивальній порожнині. Інкубаційний період – 21 день.

**Клініка.** Протікає як катаральний кон'юнктивіт з висипкою пузирів на кон'юнктиві повік, слізного м'яся, склепінь, в інтермаргінальному просторі, у лімбі та рогівці. Згодом на місці пузирів виникають поверхневі рубчики неправильно-овальної форми, часто розміщені у вигляді горизонтальної лінії в *sulcus subtarsalis*. Стан кон'юнктиви, кількість везикул у ній залежать від загального стану хворого, важкості хвороби, ступеня інфікування. Зважаючи на можливі ускладнення кон'юнктивіту, слід забезпечити дбайливий догляд за дитиною, запобігаючи потраплянню вмісту везикул шкіри до кон'юнктивальної порожнини. Раніше вважалось, що після перенесеного захворювання (вітряної віспи) залишається стійкий імунітет, на сьогоднішній день вважається, що можливе повторне зараження.

**Лікування** зазвичай здійснюється вдома, у середньому триває 14 днів, вдаються до промивання кон'юнктивальної порожнини дезінфікуючими розчинами, що використовуються в офтальмологічній практиці, а також до закапувань розчинів сульфаніламідів і антибіотиків. Госпіталізують тільки з тяжкими чи ускладненими формами вітряної віспи.

### **Фліктенульозний (скрофульозний) токсико-алергічний кон'юнктивіт**

**Етіологія.** Захворювання буває в дітей дошкільного віку і вважається не місцевим запальним туберкульозним процесом, а реакцією сенсibilізованої туберкульозним токсином (туберкуліном) кон'юнктиви на дію не тільки специфічних, але й неспецифічних алергенів. Сенсibilізований туберкульозними токсинами дитячий організм також реагує спалахом кон'юнктивіту на інші екзогенні та ендогенні подразники (гельмінтози, діатези, дитячі інфекції, фізичні та хімічні чинники). Прояви кон'юнктивіту сприяють загальні порушення організму (ексудативно-катаральний чи лімфатико-гіпопластичний діатези, гіповітаміноз, порушення обміну речовин), кір, грип, стафілококова і стрептококова інфекції, надмірне вуглеводне навантаження, вживання солоної їжі, прянощів, дія такого параалергену, як ультрафіолетові промені. Туберкульозно-алергічний процес виникає на тлі доволі активної інфекції в легеневій чи лімфатичній тканині, звідки й надходить сенсibilізуючий кон'юнктиву антиген у вигляді туберкуліну.

**Клініка.** Захворювання має підгострий початок: відзначаються незначна світлобоязнь, слезотеча, слизово-гнійні виділення з кон'юнктивальної порожнини, кон'юнктивальна та перилімбальна ін'єкція. У ділянці лімба частіше, ніж в інших місцях, з'являється вузлик, тобто фліктена (скупчення епітеліоїдних, лімфоїдних і гігантських клітин) сіро-жовтого кольору.

Можлива поява фліктен від дрібних (міліарних) до великих (солітарних – до 5 мм у діаметрі), оточених, як правило, судинами. У разі зворотного розвитку фліктени сплющуються та розсмокчуються. В ослаблених дітей фліктени можуть перетворюватись на виразки, а в деяких випадках некротизуються з подальшим рубцюванням. Іноді разом з кон'юнктивітом спостерігаються екзематозні зміни в кутах рота, біля носа, за вухами (ексудативний діатез, «золотуха»), також збільшуються лімфовузли на шії. Тривалість захворювання – 2–4 тиж, можливі рецидиви.

**Лікування** тривале, загальне та місцеве, у туберкульозному диспансері. Проводять його спільно офтальмолог, фтизіатр і педіатр. Передусім слід виключити дію вторинних алергічних чинників, проводити лікування супровідних захворювань, активну десенсибілізацію, неспецифічну проти-запальну терапію (препарати кальцію, димедрол, кортикостероїди). Показані дієтотерапія (обмеження споживання солі, вуглеводів, збільшення в раціоні кількості білків і жирів), фітотерапія.

**Прогноз** сприятливий при своєчасному комплексному лікуванні. У разі пізнього звернення до лікаря можливе виникнення запалення у рогівці, увеальному тракці, інших структурах ока з розвитком ускладнень, що спричиняють значне зниження гостроти зору. Часто виникають рецидиви захворювання.

#### **Дистрофічні зміни кон'юнктиви**

**Синдром сухого ока (сухий кератокон'юнктивіт)** – це ураження кон'юнктиви та рогівки, яке з'являється через зменшення продукції слізної рідини та порушення стабільності слізної плівки.

**Етіологія.** Виникає при колагенозах, синдромі Шегрена, у разі менопаузи, застосування протизаплідних препаратів, ендокринній патології, цукровому діабеті, гіпотиреозі, тривалому медикаментозному лікуванні запальних захворювань переднього відрізка ока, інстиляціях адреноблокаторів під час лікування глаукоми, використанні контактних лінз, демодозному блефариті та кон'юнктивіті.

**Скарги.** Хворих турбує відчуття стороннього тіла під повіками, печія, сухість ока, світлобоязнь, значне подразнення від пилу, вітру, води, інстиляцій будь-яких очних крапель.

**Клініка.** Об'єктивно спостерігають розширені судини кон'юнктиви, склери, складки сполучної оболонки, помутніння слъозової рідини і включення в ній слизу, пластівців. Виокремлюють такі клінічні форми: епітеліопатія рогівки, ерозія рогівки, нитчастий кератит, виразка рогівки.

**Діагностика.** З метою діагностики використовують спеціальні тести (проба за Норном, тест Ширмера, проба з 1 % розчином бенгальського рожевого чи флюоресцеїном).

**У лікуванні** слід надавати перевагу заміникам слъози без консервантів. Краплі слъози натуральної застосовують 3–8 разів на день.

**Крилоподібна пліва (pterygium, птеригій)** – дуплікатура кон'юнктиви склери біля внутрішнього кута ока, що має форму трикутника та росте в поверхневій шарі рогівки.

**Етіологія.** Захворювання трапляється в дорослих, виникнення його часто пов'язують з дією зовнішніх подразників (пил, вітер, шкідливі хімічні речовини, перепади температури).

**Клініка.** Птеригій повільно просувається до центру рогівки, міцно з'єднуючись з її боуменовою оболонкою та поверхневими шарами строми, що призводить до значного порушення гостроти зору. При зрощенні пліви з півмісячною складкою можливе порушення слезовідведення, обмеження рухливості ока, диплопія.

**Лікування.** У разі збільшення тенденції переміщення пліви до центру рогівки необхідне хірургічне лікування, що полягає у відокремленні верхівки пліви разом з поверхневим шаром рогівки, відтинанні головки або пересуванні її під кон'юнктиву склери та накладанні швів. У випадку рецидивів показана пошарова кератопластика. З метою затримання збільшення пліви та попередження рецидиву закачують протизапальні стероїдні та нестероїдні і протиалергійні препарати.

**Пінгвекула (pinguecula, жировик)** – гіперплазія сполучної тканини з гіаліновим переродженням (жовтаві потовщення над слизовою оболонкою ока неправильної форми), що локалізується в меридіанах 3 та 9 год у напрямку від лімба до кутків ока, симетрично на обох очах.

**Етіологія.** Виникає захворювання у літніх людей, як вважають, унаслідок дії несприятливих зовнішніх чинників (одна з причин).

**Лікування** не потребує, за винятком випадків, коли в пінгвекулі виникає запалення. У цьому випадку застосовують протизапальні очні краплі. Можливе видалення хірургічним шляхом з косметичною метою.

## **Пухлини кон'юнктиви**

### **Доброякісні новоутворення**

**Дермоїд** – жовтаво-біле природжене утворення на кон'юнктиві (на лімбі з темпорального боку) зі сполучної або м'язової тканини, що має сальні й потові залози та пучочки волосся. Іноді поширюється глибоко в тенонову капсулу, під очні м'язи. У такому разі обов'язкове проведення комп'ютерної томографії. **Лікування** хірургічне.

**Папілома** – прозорі утворення біля лімба з помітними судинними петлями, що нагадують вузлики на вузькій ніжці. У разі дотику легко виникає кровотеча, можливе інфікування.

**Гемангіома** на кон'юнктиві часто супроводжує гемангіому шкіри повік та обличчя. Виявляється при народженні (20 %) чи в перші місяці життя дитини (80 %). Трапляється гемангіома ізольована й така, що проростає з глибоких шарів. Вузлова та капілярна. Дифузні ангіоми зі схильністю до

поширення в глибокі орбіти видаляють шляхом електро-, лазеркоагуляції, кріодеструкції. **Лікування** слід проводити в умовах стаціонару в ранні строки, оскільки з віком пухлина збільшується.

### **Злоякісні новоутворення**

**Меланома** – пігментовані або безпігментні гладенькі або горбкуваті пухлини, що локалізуються в ділянці склепінь або лімба та часто метастазують.

**Рак** кон'юнктиви має вигляд білувато-рожевої пухлини з широкою основою, яка здатна проростати в сусідні тканини.

**Лікування.** Слід якомога раніше вдатися до видалення злоякісних пухлин кон'юнктиви. У разі проростання в рогівку пухлину видаляють у межах здорової тканини з подальшою кератопластикою. У за давнених випадках видаляють око (енуклеація), при поширенні процесу на орбіту застосовують ексцентерацію орбіти. За необхідності призначають променевию терапію.

### **Зміни кон'юнктиви у разі загальних захворювань**

При загальних захворюваннях організму (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, колагенози, хвороби крові, авітамінози) спостерігається зміна кольору, прозорості, судинного рисунка кон'юнктиви, іноді бувають крововиливи.

У разі **гіпертонічної хвороби** артеріальні судини кон'юнктиви звужені, з явищами склерозу, бліді. Вени на початку захворювання розширені, а в III–IV стадіях також звужені, бліді.

При **цукровому діабеті** судини кон'юнктиви змінюються здебільшого навколо лімба: вони розширені та покручені, з'являються новоутворені ампулоподібні розширення капілярів (аневризми) з проростанням у суміжну ділянку рогівки.

**Системні захворювання крові** (лейкоз, поліцитемія) характеризуються розширенням судин кон'юнктиви. Унаслідок збільшення порозності судин в кон'юнктиві виникають набряк і геморагії. На перших етапах розвитку **колагенозу** судини кон'юнктиви звужені, артерії набувають вигляду чоток. З розвитком процесу навколо лімба з'являються мікроаневризми, набряк кон'юнктиви, крововиливи.

**Авітамінози А і В** призводять до сухості (прексероз, ксероз) кон'юнктиви, вона стає матовою; у разі браку аскорбінової кислоти з'являються геморагії.

*Навчальне видання*

## **ЗАХВОРЮВАННЯ КОН'ЮНКТИВИ**

*Методичні вказівки  
для студентів та лікарів-інтернів*

Упорядники   Бездітко Павло Андрійович  
                  Панченко Микола Володимирович  
                  Дурас Інна Григорівна  
                  Добриця Ярослава Вікторівна  
                  Яворський Олександр Васильович  
                  Мужичук Олена Павлівна  
                  Савельєва Алла Юріївна  
                  Тарануха Ольга Олексіївна  
                  Заволока Олеся Володимирівна  
                  Зубкова Дар'я Олександрівна  
                  Льїна Євгенія Миколаївна  
                  Мірошнік Дмитро Михайлович  
                  Гончарь Олена Миколаївна  
                  Івженко Людмила Ігорівна

Відповідальний за випуск І.Г. Дурас



Редактор М. В. Тарасенко  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,5. Зам. № 18-33635.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготовників та розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 от 18.07.2008 р.

# **ЗАХВОРЮВАННЯ КОН'ЮНКТИВИ**

*Методичні вказівки  
для студентів та лікарів-інтернів*