**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Педиатрии**

Зав. кафедрой д.м.н., -------------------

Доклад

на тему:

«Конъюнктивит и эмпитиго»

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

**Пенза**

**2008**

# **План**

Введение

1. Конъюнктивит
2. Импетиго

Литература

**1. Конъюнктивит**

**Определение**

Конъюнктивит — это воспаление конъюнктивы, слизистой оболочки, покрывающей поверхность глаза. Воспаление может быть результатом инфекции, аллергии, а также механического или химического раздражения. При кератоконъюнктивите воспалительный процесс затрагивает не только конъюнктиву, но и роговицу.

**Этиология**

Этиология инфекционного конъюнктивита у новорожденных и у детей более старшего возраста различна (табл. 1). Основную роль в развитии глазной инфекции у новорожденных играют патогенные микроорганизмы, постоянно присутствующие в родовых путях. Наиболее частым патогеном является Chlamydia trachomatis, однако наибольшую угрозу целостности глаза представляет Neisseria gonorrhoeae. У детей более старшего возраста доминируют патогены дыхательных путей, особенно разновидности гемофильной палочки. Трахома, рецидивирующий хламидиальный конъюнктивит, наблюдаемый в тропических регионах, в этой главе не рассматриваются.

**Эпидемиология**

Конъюнктивит является самой банальной глазной инфекцией в детстве. Он может возникнуть в любом возрасте. Новорожденные инфицируются чаще всего при прохождении через колонизированные патогенами родовые пути; у детей постарше распространение патогенных микроорганизмов дыхательных путей происходит воздушно-капельным путем. Конъюнктивит — это обычно спорадическое заболевание, однако возможно и возникновение эпидемий вирусного конъюнктивита.

**Таблица 1**. *Этиология инфекционного конъюнктивита*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Чкггота | Новорожденные | Дети более старшего возраста |
| Очень | Chlamidia trachomatis | Аденовирусы |
| часто |  | Разновидности гемофильной палочки |
| Умерен- | Пневмококк | Пневмококк |
| но часто | Фекальный стрепто- |  |
|  | кокк (энтерококк) |  |
|  | Neisseria gonorrhoeae |  |
| Нечасто | Гемофильная палочка | Neisseria gonorrhoeae |
|  | инфлюэнцы | Neisseria meningitidis |
|  | Вирус простого герпеса | Chlamydia trachomatis |
|  | Золотистый стафило- | Вирус простого герпеса |
|  | кокк | Золотистый стафилококк |
|  |  | Коринебактерия дифтерии |

**Патофизиология**

Патогенные микроорганизмы, попадающие в конъюнктивальный мешок, размножаются там, вызывая гиперемию и образование воспалительного экссудата. Экссудат может быть гнойным, фибринозным или кровянистым. При некоторых инфекциях воспаление может затрагивать и роговицу (кератит).

**Клинические признаки**

У детей более старшего возраста при конъюнктивите отмечаются жалобы на светобоязнь, боль или зуд в области глаз, ощущение присутствия инородного тела в глазу, слипание век или покраснение конъюнктивы. Младенцы и маленькие дети обычно наблюдаются по поводу покраснения глаз или слипания век гнойными корочками. Длительность острого периода при инфекционном конъюнктивите чаще всего составляет 2—4 дня, но в случае резистентности к терапии или при отсутствии лечения симптомы могут сохраняться дольше.

Как и при любой другой жалобе, офтальмолог должен тщательно исследовать структуру и функцию обоих глаз (там, где возраст ребенка позволяет это сделать); оценивается острота зрения, исследуются поля зрения методом конфронтации, а также функция наружных мышц глаза, периорбитальная область, веки (с выворачиванием верхнего века), конъюнктива, роговая оболочка (с флюоресцеиновым окрашиванием), зрачковый рефлекс, передняя камера и глазное дно. Для конъюнктивита характерны эритема и повышенная секреция (слезоточивость). Иногда встречается хемоз. Интенсивное покраснение и гнойные выделения чаще наблюдаются при инфекционном конъюнктивите, чем при аллергическом. Флюоресцеиновое окрашивание при конъюнктивите наблюдается только в случае развития кератита, что происходит при инфицировании вирусом простого герпеса или аденовирусами. Важно помнить, что при конъюнктивите острота зрения не нарушается.

При изолированном конъюнктивите отсутствуют лихорадка и (или) другие системные симптомы. Однако конъюнктивит может быть лишь проявлением вирусной инфекции верхних дыхательных путей, при которой возможно повышение температуры.

**Диагностика**

Диагноз инфекционного конъюнктивита основывается, прежде всего, на клинических данных. Окрашивание мазков по Граму, которое производится у новорожденных или в сомнительных (в отношении диагноза) случаях, обычно обнаруживает более 5 лейкоцитов, а нередко и бактерии. Обнаружение грамотрицательных интрацеллюлярных диплококков у младенцев в первые несколько недель жизни предполагает наличие N.gonorrhoeae. В отдельных случаях производятся соскобы и (или) посев с конъюнктивы для выявления C.trachomatis или специфических вирусных или бактериальных патогенов.

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальная диагностика при синдроме красного (или розового) глаза включает конъюнктивит, орбитальную и периорбитальную инфекцию, наличие инородного тела, повреждение роговицы, увеит и глаукому.

**Таблица 2**. *Дифференциальный диагноз при синдроме красного глаза*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Конъюнктивит | Повреждение роговицы | Увеит | Глаукома |
| Анамнез | ИВДП | Травма, | ЮРА, сар- | Недоношен- |
|  |  | контактные | коид, трав- | ность, синдром |
|  |  | линзы | ма | Марфана, гомо- |
|  |  |  |  | цистинурия |
| Острота зре- | Норма | Норма или | Норма или | Снижена |
| ния |  | снижена | снижена |  |
| Осмотр глаза |  |  |  |  |
| Наружные | Водянистый | Водянистые | Водяни- | Водянистые вы- |
| отделы | или гнойный | выделения | стые выде- | деления |
|  | экссудат |  | ления |  |
| Роговица | Обычно нор- | Окрашива- | Норма или | Мутная, окра- |
|  | мальная, при | ется | тяжистая | шивается |
|  | кератите ок- |  | кератопа- |  |
|  | рашивается |  | тия |  |
| Передняя | Норма | Норма | Камер- | Норма или |
| камера |  |  | ность, ги- | уменьшение пе- |
|  |  |  | попион. | реднезаднего |
|  |  |  | гифема | размера |
| Зрачок | Норма | Норма | Небольшой | Фиксированный |
| Внутриглаз- | Норма | Норма | Вариабель- | Повышено |
| ное давление |  |  | ное |  |

Обозначения: ИВДП — инфекция верхних дыхательных путей; ЮРА — ювенильный ревматоидный артрит.

Обязательно проводится проба с флюоресцеином для определения древовидного (при окрашивании) изъязвления роговицы, которое характерно для герпетического заболевания. В случае выявления такого поражения проводится лечение ацикловиром или другими антивирусными препаратами под контролем офтальмолога. У младенцев в возрасте до 1 месяца следует исключить гонококковую природу конъюнктивита (инфицирование при прохождении по родовым путям матери) с помощью окрашивания мазка по Граму или путем посева. Обнаружение в мазке грамотрицательных диплококков, находящихся внутри клеток, диктует необходимость госпитализации ребенка с целью проведения внутривенной пенициллинотерапии, хотя для окончательного диагноза требуется получение результатов бактериологического исследования (посева). Недавние сообщения об эффективности однократного внутримышечного введения цефтриаксона нуждаются в подтверждении.

У младенцев в возрасте более 1 месяц и у детей постарше с явными симптомами конъюнктивита окрашивание мазков или их посев рутинно не проводится. Детям до 3-месячного возраста с конъюнктивитом, вызванным C.trachomatis, перорально назначается эритромицин (50 мг/кг в день). Детям более старшего возраста требуется лишь местное применение антибиотиков (в виде инстилляций в конъюнктивальный мешок). У детей с необычно тяжелым заболеванием или при безуспешности лечения в течение 48 часов целесообразно проведение лабораторных исследований. Необходимые исследования у детей до 3-месячного возраста включают окрашивание по Граму и посев с целью выявления бактерий, а также соскоб с конъюнктивы.

Врач всегда должен помнить, что конъюнктивит может быть единственным проявлением системного заболевания, например, кори, болезни Кавасаки.

**Осложнения**

Конъюнктивит, как правило, проходит спонтанно; исключение составляет инфекция, вызванная вирусом простого герпеса или N.gonorrhoeae. Потенциальными осложнениями являются изъязвление роговицы и формирование рубца, что приводит к ухудшению зрения.

**Лечение**

Бактериальный и вирусный конъюнктивит — это, несомненно, наиболее частая причина покраснения глаз в детском возрасте. После того как диагноз конъюнктивита будет поставлен на основании диффузной инъецированной конъюнктивы и наличия гнойного отделяемого при нормальной остроте зрения (см. табл. 2), необходимо установить его инфекционную или неинфекционную природу. Аллергическое происхождение конъюнктивита обычно устанавливают на основании хронического течения заболевания с сезонными обострениями, наличия зуда и сопутствующего аллергического ринита; при отсутствии полной уверенности может быть произведено окрашивание по Граму.

При наличии данных в пользу инфекционной природы конъюнктивита врач должен решить, является ли конъюнктивит одним из проявлений системного заболевания, например, кори, или это относительно самостоятельное расстройство. Изолированный (первичный) конъюнктивит может быть следствием инфицирования различными вирусами и бактериями (причем наиболее тяжелое поражение вызывается вирусом простого герпеса и гонококком) или C.trachomatis, особенно в первые 3 месяца жизни ребенка.

Детям постарше требуются лишь окрашивание мазков по Граму и посев для определения бактерий. При отсутствии изъязвления роговицы диагностические тесты на вирус простого герпеса обычно бывают негативными; посев на аденовирусы целесообразен при персистирующем или тяжелом геморрагическом поражении и позволяет избежать излишних лабораторных исследований; однако специфического лечения при данной этиологии заболевания не существует. Все дети с конъюнктивитом должны быть повторно осмотрены через 48 часов. Отсутствие улучшения диктует необходимость дальнейших исследований, а также длительного и тщательного наблюдения.

**2. Импетиго**

**Определение**

Импетиго — это поверхностная бактериальная инфекция эпидермального слоя кожи. Более глубокое проникновение инфекции в дермис приводит к образованию эктимы (глубокая изъязвленная пустула). Существует два вида импетиго с различными клиническими проявлениями и этиологией: контагиозное и буллезное.

**Этиология**

При контагиозном импетиго основным патогеном является бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСГА). Любой штамм этого стрептококка, включая нефритогенные разновидности, может вызвать поражение кожи. Хотя в некоторых исследованиях находят смешанные культуры БГСГА и пенициллиназопродуцирующего золотистого стафилококка, реакция на лечение пенициллином впоследствии свидетельствует о том, что ответственными за заболевание патогенами являются стафилококки. При буллезном импетиго основным бактериальным патогеном является золотистый стафилококк.

**Эпидемиология**

Импетиго является наиболее частой кожной инфекцией, наблюдаемой в отделениях неотложной помощи. Заболевание чаще всего отмечается у маленьких детей (особенно до 6-летнего возраста). Импетиго может возникать спорадически или (иногда) эпидемически. Условиями, способствующими эпидемическому распространению заболевания, являются жара, перенаселенность и несоблюдение правил гигиены. Буллезное импетиго встречается гораздо реже, чем контагиозное.

**Патофизиология**

Неповрежденный кожный эпителий создает относительно непроницаемый барьер для бактерий. Импетиго возникает вследствие нарушения целостности эпидермиса (заметная царапина или укус насекомым). При этом происходит инвазия кожи бактериями, вырабатывающими токсины (например, стрептолизины), которые способствуют местному распространению инфекции.

**Клинические признаки**

Главная жалоба детей с импетиго — образование изъязвлений на теле. Это не сопровождается системными проявлениями, такими как лихорадка или общее недомогание. Увеличение регионарных лимфоузлов может быть минимальным.

Контагиозное импетиго типично начинается с возникновения эритематозной папулы. Иногда вокруг нее видна сеть мелких сосудов; однако поражение быстро прогрессирует до образования корочек. Эти корочки, которые вначале бывают очень тонкими и имеют медовый цвет, могут появляться на любой части тела; их наиболее характерной локализацией является пространство между верхней губой и носом. В течение нескольких дней или недель поражение увеличивается, а корочки становятся более плотными. Эритема вокруг очагов поражения бывает слабой. Индурация кожи отсутствует.

Характерным поражением при буллезном импетиго являются поверхностные пузырьки, наполненные гнойным материалом. Величина этих пузырьков колеблется от 0,5 до 3 см, покраснение вокруг них бывает минимальным или вовсе отсутствует.

**Диагностика**

Диагноз импетиго основывается на клинических данных. Необходимость в лабораторных исследованиях возникает редко. Морфологические признаки контагиозного и буллезного импетиго различаются в достаточной степени, что позволяет достоверно предопределить патогенный микроорганизм.

При неопределенности диагноза импетиго целесообразно окрашивание мазка по Граму. При наличии импетиго в мазке обнаруживаются в изобилии нейтрофильные лейкоциты и грам-положительные бактерии. У больных, не отвечающих на стандартную терапию, можно произвести посев из очага поражения. При исследовании периферической крови (если оно проводится) число лейкоцитов в пределах нормы.

**Дифференциальный диагноз**

Некоторые кожные поражения могут напоминать контагиозное или буллезное импетиго. Они включают дерматофитию тела, монетовидную экзему, небольшие ожоги или повреждения кожи, аллергический контактный дерматит и синдром ошпаренной кожи.

**Осложнения**

Импетиго может распространяться локально или (в случае стрептококкового генеза) приводит к отдаленным негнойным осложнениям. В отдельных случаях импетиго прогрессирует до целлюлита или приводит к регионарному лимфадениту. При некоторых эпидемиях частота острого постстрептококкового гломерулонефрита достигает 1 %, но при спорадических поражениях это осложнение наблюдается редко.

**Лечение**

Лечение импетиго состоит в системной антибиотикотерапии (в соответствии со спецификой инфекции), назначаемой перорально или внутримышечно. Препаратом выбора при лечении контагиозного импетиго является пенициллин ввиду высокой чувствительности к нему БГСГА. Внутримышечное введение одной дозы пенициллина-бензатина (30 000 ЕД/кг) столь же эффективно, как и пероральное применение феноксиметилпенициллина в течение 10 дней (125 мг 4 раза в день при массе тела менее 10 кг и 250 мг 4 раза в день при массе тела более 10 кг). Альтернативным препаратом у детей с аллергией к пенициллину является эритромицин (50 мг/кг в день). Лечение буллезного импетиго требует применения противостафилококкового препарата, такого как эритромицин, диклоксациллин (50 мг/кг в день) или цефалексин (50—100 мг/кг в день). В целом ряде исследований убедительно показана неэффективность местного применения антибиотиков при импетиго. Не дает преимуществ и местное удаление гнойных корочек (в дополнение к системным антибиотикам); вполне достаточными бывают обычные методы очистки кожи.

Антибиотикотерапия ускоряет исчезновение импетиго и ограничивает развитие осложнений. Хотя частота возникновения гломерулонефрита снижается, в клинических исследованиях не представляется возможным показать это статистически достоверно ввиду редкости данного осложнения.

**Литература**

1. Неотложнаямедицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год