

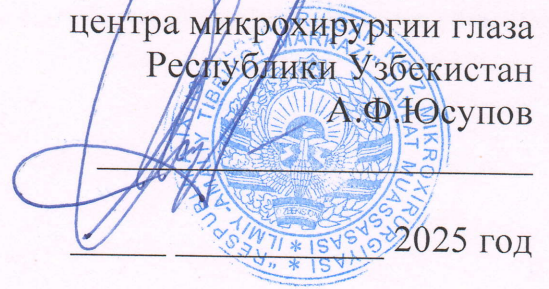
Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР МИКРОХИРУРГИИ
ГЛАЗА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
НОЗОЛОГИИ
«КОНЪЮНКТИВИТЫ НОВОРОЖДЕННЫХ»**

Ташкент – 2025

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Республиканского
специализированного научно-
практического медицинского
центра микрохирургии глаза
Республики Узбекистан
А.Ф.Юсупов



2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПО НОЗОЛОГИИ
«Конъюнктивиты новорожденных»**

Ташкент – 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«Конъюнктивиты новорожденных»**

Ташкент – 2025

Оглавление

Вводная часть	6
Основная часть	15
Приложения	58
Список литературы.....	68

Вводная часть.

Конъюнктивит новорожденных (КН) – представляет собой водянистое или гнойное поражение конъюнктивы глаз, вызванное химическими раздражителями или патогенными микроорганизмами. Рутинным методом профилактики является использование противогонококкового местного лечения при рождении. Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений и обычно подтверждают результатами лабораторных исследований. Лечение проводят с использованием патогеноспецифических противомикробных препаратов.

Национальный клинический протокол был разработан на основе данных рекомендаций по диагностике и лечению конъюнктивита у новорожденных на английском языке:

1. **Руководство NHS Шотландии по глазным инфекциям у новорожденных:** В этом документе рассматриваются офтальмия новорожденных и методы лечения системных гонококковых и хламидийных инфекций.

https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/CG/english/neonatal-conjunctivitis-16689727.html?utm_source=chatgpt.com

2. **Руководство «Neonatal Conjunctivitis» от Médecins Sans Frontières (MSF):** В этом руководстве MSF рассматриваются причины, клинические проявления, лечение и профилактика неонатального конъюнктивита.

https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/CG/english/neonatal-conjunctivitis-16689727.html?utm_source=chatgpt.com

3. **Руководство Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Conjunctivitis of the newborn: prevention and treatment at the primary health care level»:** В этом руководстве ВОЗ обсуждаются профилактика

и лечение конъюнктивита новорожденных на уровне первичной медико-санитарной помощи.

[9241560886_eng-1.pdf](#)

Эти источники предоставляют подробные рекомендации по диагностике, лечению и профилактике конъюнктивита у новорожденных на английском языке.

Код по международной классификации болезней – МКБ-10/11:

МКБ-10	
Код	Код Р 39.1 – Конъюнктивит у новорожденных
	Конъюнктивит > Клинические рекомендации РФ 2021 (Россия) > MedElement https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541034/
МКБ-11	
Код	КА65.0 - Конъюнктивит или дакриоцистит новорожденного
	Код диагноза КА65.0 — Конъюнктивит или дакриоцистит новорожденного https://mkb11.online/101409
Дата разработки	29.05.2025
Дата пересмотра протокола	дата пересмотра 2029 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр микрохирургии глаза – РСНПМЦМГ.

**В РАЗРАБОТКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА И СТАНДАРТА
ВНЕСЛИ ВКЛАД:**

**По организации процесса члены рабочей группы по направлению
офтальмологии:**

Руководитель рабочей группы:	
1. Юсупов Азамат Фархадович	- профессор, д.м.н., директор РСНПМЦМГ, врач-офтальмолог высшей категории, главный офтальмолог Республики Узбекистан
Члены рабочей группы:	
2. Каримова Муяссар Хамитовна	- профессор, д.м.н., заместитель-директора по научной работе РСНПМЦМГ, врач-офтальмолог высшей категории
3. Шаакрамова Юлдуз Мурадовна	-заведующая детским отделением РСНПМЦМГ, врач-офтальмолог высшей категории
4. Розукулов Вахид Убайдуллаевич	- к.м.н., заместитель-директора РСНПМЦМГ
5. Джамалова Ширин Абдумурадовна	- д.м.н., доцент, руководитель научного отдела РСНПМЦМГ
6. Махкамова Дилбар Камалджановна	- д.м.н., руководитель научного отдела РСНПМЦМГ
7. Абдуллаева Саида Ибрагимовна	- к.м.н., офтальмолог РСНПМЦМГ
8. Шаакрамова Нодирахон Убайдулла кизи	- врач-ординатор РСНПМЦМГ

Рецензенты:

1. Максудова Л.М.	- д.м.н. кафедры офтальмологии Центра повышения квалификации и переподготовки медицинских работников
2. Махмадов Ш.К.	- к.м.н., доцент, заведующий кафедрой офтальмологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Микрохирургии глаза 27 февраля 2025 г., протокол № 2

Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Юсупов А.Ф.

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Абдиназаров Дильшод Абдинабиевич – офтальмохирург, заместитель директора по филиалам РСНПМЦМГ.

Цели и задачи

Цель:

Обеспечить раннюю диагностику конъюнктивитов новорожденных в Республике Узбекистан.

Задачи:

1. Обеспечение нормативной и методологической базы для своевременной диагностики конъюнктивитов новорожденных
2. Дифференцированный подход к диагностике конъюнктивитов

Предназначение клинического протокола:

Данный протокол предоставляет методическую помощь врачам, осуществляющим диагностику и лечение больных с конъюнктивитом новорожденных

Категория пациентов:

Больные новорожденные дети

Целевая группа:

- Врачи-офтальмологи;
- Врачи общей практики (семейные врачи);
- Врачи-педиатры;
- Врачи-педиатры городские (районные);

- Врачи-педиатры участковые.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

ШКАЛА ОЦЕНКИ КЛАССОВ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Класс	Определение	Толкование
I	Доказано или общепризнано, что определенные методы лечения / тестирования / вмешательства / процедуры полезны и эффективны, И потенциальная польза явно и значительно превышает потенциальный риск.	Рекомендуется
II	Имеются противоречивые данные и/или разногласия во мнениях относительно пользы / эффективности определенного лечения / тестирования / вмешательства ИЛИ есть неопределенность в отношении соотношения пользы и риска.	Целесообразно
IIa	Большинство данных/мнений указывают на пользу/эффективность.	
IIb	Данные/мнения о пользе/эффективности менее убедительны.	С осторожностью

III	Данные или единое мнение указывают на то, что определенное лечение / тестирование / вмешательство не является полезным / эффективным ИЛИ потенциальный риск превышает потенциальную пользу.	Использовать -Не рекомендуе тся
------------	---	--

ШКАЛА ОЦЕНКИ ДОСТОВЕРНОСТИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

	Определение	Толкование
A	Данные получены из нескольких рандомизированных клинических исследований (РКИ) или метаанализов без существенных недостатков. Достаточно данных из одного РКИ.	Высокий уровень доказательности. Будущие исследования вряд ли изменят результаты.
B	Данные получены из РКИ, но с недостатками; метаанализы таких исследований.	Средний уровень доказательности. Будущие исследования могут изменить величину и влияние результатов.
C	Данные из наблюдательных исследований с существенными недостатками и без твердых конечных точек. Единое мнение экспертов.	Низкий уровень доказательности. Требуется дальнейшие исследования.

Список сокращений, используемые в протоколе:

КН	конъюнктивит новорожденного
ГСП	гипертрофический стеноз привратника
ХКН	хламидийный конъюнктивит новорожденного
ВК	вирусный конъюнктивит
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГКС	глюкокортикостероиды
МКБ-10/11	международная классификация болезней 10/11-го пересмотра
ГКН	гонкокковый конъюнктивит новорожденного
АКН	аллергический конъюнктивит новорожденного
ЦНС	центральная нервная система

Термины и определения

1. **Конъюнктивит** - это воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия, характеризующаяся гиперемией и отеком век, слизистой оболочки глаза, характерным отделяемым в конъюнктивальной полости, образованием фолликулов и/или сосочков.
2. **Синдром «сухого глаза»** - это мультифакториальное заболевание глазной поверхности, характеризующееся потерей гомеостаза слезной пленки и сопровождающееся офтальмологическими симптомами, в развитии которых этиологическую роль играют нестабильность, гиперосмолярность слезной пленки, воспаление и повреждение глазной поверхности, а так же нейросенсорные изменения.
3. **Весенний катар** – это воспалительное аллергическое сезонное заболевание, возникающее в период весна-лето, характеризующееся поражением конъюнктивы и роговицы.
4. **Поллинозный конъюнктивит** – это сезонное аллергическое заболевание глаз, вызываемое пылью в период цветения трав, злаковых, деревьев. Время обострения связано с календарем опыления растений в каждом климатическом регионе.
5. **Крупнопиллярный конъюнктивит** - это воспалительная реакция конъюнктивы с образованием крупных плоских сосочков на слизистой верхнего века, возникающая на фоне длительного контакта с инородным телом.
6. **Лекарственный конъюнктивит** - это воспаление конъюнктивы, возникающее как аллергическая или псевдоаллергическая реакция на воздействие лекарственных средств при местном, реже при системном применении.
7. **Тест Ширмера** – это тест, определяющий суммарную слезопродукцию.

Основная часть:

ВВЕДЕНИЕ

Конъюнктивит новорожденных (КН) – представляет собой водянистое или гнойное поражение конъюнктивы глаз, вызванное химическими раздражителями или патогенными микроорганизмами. Рутинным методом профилактики является использование противогонококкового местного лечения при рождении. Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений и обычно подтверждают результатами лабораторных исследований. Лечение проводят с использованием патогеноспецифических противомикробных препаратов.

1.1 Краткая информация по конъюнктивиту новорожденных

Конъюнктивит новорожденных - по определению ВОЗ, конъюнктивитом новорожденных называют любой конъюнктивит с отделяемым, возникающий в первые 28 дней жизни ребенка. Для обозначения этого заболевания иногда используют и другие термины: офтальмия новорожденных, бленнорея новорожденных, неонатальный конъюнктивит.

Конъюнктивит новорожденных (КН) – представляет собой водянистое или гнойное поражение конъюнктивы глаз, вызванное химическими раздражителями или патогенными микроорганизмами. Конъюнктивит – воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия, характеризующаяся гиперемией и отёком слизистой оболочки. отёком и зудом век. Иногда осложняется поражением роговицы с нарушением зрения. У детей наиболее часто встречаются КН бактериальной природы.

<https://www.aao.org/eye-health/diseases/pink-eye-conjunctivitis>

1.2 Этиология и патогенез КН.

а. Основными причинами неонатального конъюнктивита (в порядке убывания):

- бактериальная инфекция
- воспаление, вызванное химическим раздражением
- вирусная инфекция

Бактериальный конъюнктивит (БК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате внедрения бактериального агента. Кокки, прежде всего стафилококки, наиболее частая причина развития инфекционного поражения конъюнктивы. Наиболее опасные возбудители - *Neisseria gonorrhoeae*, *Pseudomonas aeruginosa* – вызывающие тяжелый острый конъюнктивит, при котором, нередко, в процесс вовлекается роговица.

Вирусный конъюнктивит (ВК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате внедрения вирусного агента и протекает по типу эпидемического конъюнктивита, аденовирусного конъюнктивита, эпидемического геморрагического конъюнктивита, герпесвирусного конъюнктивита.

Хламидийный конъюнктивит (паратрахома) (ХК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате внедрения в эпителиальные клетки конъюнктивы *Chlamydia trachomatis*.

Аллергический конъюнктивит (АК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате воздействия на ткани глаза различных аллергенов.

Конъюнктивит новорожденных - по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), конъюнктивитом новорожденных называют любой конъюнктивит с отделяемым, возникающий в первые 28 дней жизни ребенка. Для обозначения этого заболевания иногда используют и другие термины: офтальмия новорожденных, бленнорея новорожденных, неонатальный конъюнктивит.

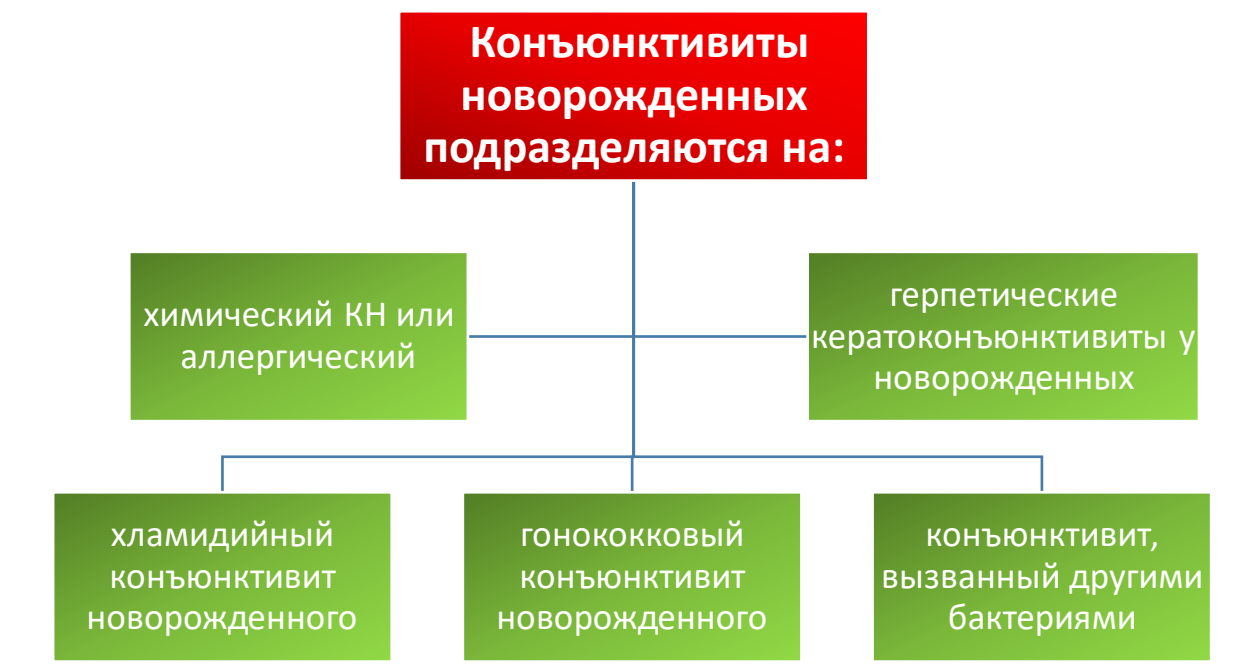
1.3 Эпидемиология КН

Инфекция передается от инфицированных матерей во время прохождения через родовые пути. Хламидийная офтальмопатия (вызванная *Chlamidia trachomatis*) является наиболее распространенной бактериальной инфекцией; на её долю приходится до 40% случаев КН в возрасте старше 4 недель. Распространенность хламидийной инфекции среди матерей составляет 2-20%. Примерно 30-50% новорожденным, рожденным женщинами с острой инфекцией, передается инфекция, и у 25-50% из них развивается конъюнктивит, а у 5-20% пневмония). На другие бактерии, в том числе *Streptococcus pneumoniae* и нетипичный *Haemophilus influenzae* приходится еще 30-50% случаев, в то время как гонококковая офтальмопатия (конъюнктивит из-за *Neisseria gonorrhoeae*) составляет меньше 1% случаев.

Химически обусловленный конъюнктивит, как правило вторичен по отношению к местному лечению для профилактики глазных болезней.

Основными вирусными возбудителями являются вирусы простого герпеса 1го и 2-го типа(герпетический кератоконъюнктивит), но эти вирусы вызывают менее 1% случаев.

1.4 Классификация конъюнктивитов новорожденных:



1.5 Клинические проявления и дифференциальная диагностика:

Из – за сходных клинических проявлений и начала заболевания КН разной природы, трудно отличить клинически. Конъюнктивита обычно инъецирована и имеются выделения (водянистые или гнойный)

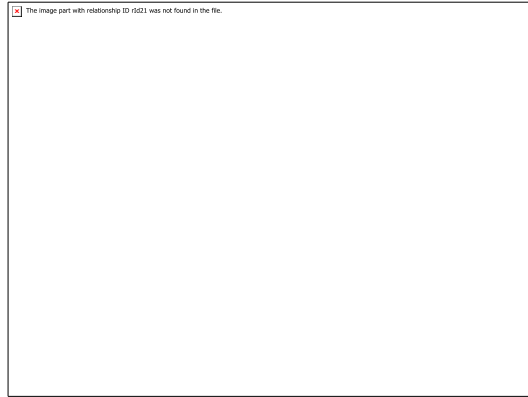


Химический или аллергический конъюнктивит вторичный к местному лечению. Обычно появляется в течении 6-8 часов после закапывания нитрата серебра и исчезает спонтанно в течении 48-96 час.

Хламидийный конъюнктивит

Её проявления могут варьировать от легкого конъюнктивита с минимальным слизисто –гнойным отделяемым до тяжёлых отёков век с обильным отделяемым и образованием псевдомембранозной пленки . Фолликулы в конъюнктиве отсутствуют. Они появляются у детей старшего возраста.

Поражение глаз протекает в различных клинических формах, в том числе **паратрахома новорожденных (бленнорея с включениями)**. Заражение происходит через плаценту или при прохождении через родовые пути матери, больной урогенитальной хламидийной инфекцией. В большинстве случаев наблюдается вертикальная передача возбудителя, который попадает на слизистые оболочки, в том числе и конъюнктиву.

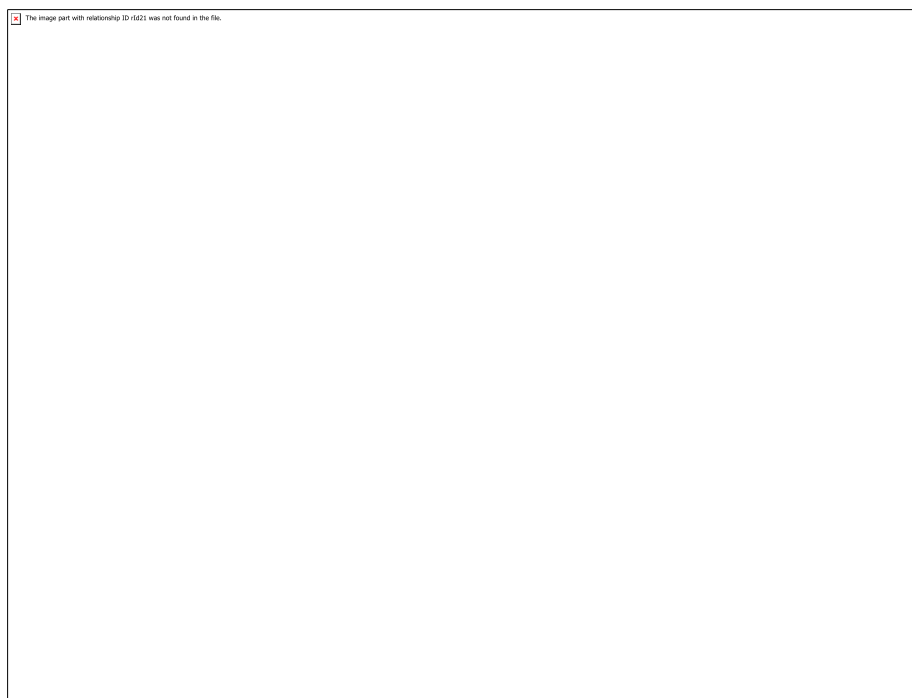


Заболевание развивается в течение 5-14 дней после рождения и протекает как острый папиллярный или подострый инфильтративный конъюнктивит с появлением обильного жидкого гнойного отделяемого, которое из-за примеси крови может иметь бурый оттенок. Резко выражен отек век, конъюнктура гиперемирована, хемоз с гиперплазией сосочков, могут образовываться псевдомембраны. Воспалительные явления стихают через 1-2 недели. Если активное воспаление продолжается более 4-х недель, появляются фолликулы, преимущественно на нижних веках. Примерно у 70% новорожденных заболевание развивается на одном глазу. Главное клиническое отличие от гонококкового – более позднее начало, преимущественное поражение одного глаза, может сопровождаться назофарингитом, отитом среднего уха, хламидийной пневмонией. При отсутствии лечения конъюнктивит разрешается в течение недель и месяцев, но может приводить к рубцеванию конъюнктивы и роговицы.

Гонококковый конъюнктивит у новорожденных.

Новорожденный инфицируется в момент прохождения через родовые пути матери, болеющей гонореей. Вероятность развития конъюнктивита у ребенка после вагинальных родов при отсутствии профилактического лечения составляет 30-47%. Передача гонококковой инфекции возрастает до 68%, если у матери имеется также хламидиоз. Начало заболевания острое на 2-5-е сутки после рождения: веки отечные, плотные, синюшно-багрового цвета; при надавливании на них из глазной щели изливается обильное кровянисто-гнойное (цвета «мясных помоев») или густое желтое гнойное отделяемое. Конъюнктура резко гиперемирована, отечная, легко кровоточит. Поражаются оба глаза. Опасным осложнением гонобленнореи (при несвоевременной диагностике или неправильном лечении) является поражение роговицы: сначала в виде инфильтрата, затем быстрое развитие гнойной язвы, которая распространяясь по поверхности роговицы и в глубину, нередко приводит к ее

прободению. В таких случаях процесс завершается рубцеванием роговицы. Реже инфекция проникает внутрь глаза и вызывает развитие панофтальмита.



Конъюнктивит, вызванный другими бактериями имеет переменное начало – от 4 дней до нескольких недель после рождения.

Герпетические кератоконъюнктивиты могут развиваться как изолированная инфекция или либо как диссеминированная инфекция ЦНС. Это заболевание может быть ошибочно принято за бактериальный или химический конъюнктивит. Однако наличие древовидного кератита является патогномичным признаком.

Дифференциальная диагностика КН

Диагностические признаки	Бактериальный конъюнктивит новорожденных	Вирусный конъюнктивит новорожденных	Аллергический конъюнктивит новорожденных
Отделяемое и содержащиеся в нем клетки	Гнойное; нейтрофилы	Светлое; моноклеарные клетки	Светлое, слизоподобное, вязкое; эозинофилы
Отек век	Умеренный	Минимальный	От умеренного до сильного

Состояние лимфатических узлов	Не увеличены	Увеличены	Не увеличены
Зуд	Нет	Нет	Сильный

Степень тяжести воспаления можно определить с помощью количественного метода оценки степени интенсивности клинических признаков по 3-балльной системе (Ю.Ф. Майчук и Е.С. Вахова, 1994; МНИИ ГБ им. Гельмгольца), который мы модифицировали для бактериальных конъюнктивитов. Оценивается каждый признак заболевания (тяжелая – 3 балла; средняя – 2 балла; легкая – 1 балл) и по их сумме определяется степень интенсивности воспалительной реакции.

Шкала индекса тяжести воспаления конъюнктивитов:

Выраженность клинических симптомов	Оценка в баллах
Зуд, жжение, чувство инородного тела:	
легкое, практически незаметное	1
присутствуют, но не отвлекают постоянно	2
постоянно, нестерпимо	3
Слезотечение, фотофобия	
слабо выражены	1
умеренно выражены	2
сильно выражены	3
Сужение глазной щели:	
легкое, практически незаметное	1
умеренное, до 1/3 ширины	2
выраженное от 1/3 до 1/2 ширины	3
Количество и характер отделяемого:	

незначительное, слизистое	1
умеренное, слизисто-гнойное	2
обильное, гнойное	3
Гиперемия конъюнктивы век и глазного яблока:	
незначительная, только нижнего свода и века	1
умеренная глазного яблока и более выраженная нижнего свода	2
выраженная яркая всего глазного яблока, сводов век	3
Отек конъюнктивы:	
слабовыраженный, только в нижнем своде	1
умеренный нижнего века, свода и глазного яблока	2
выраженный всего глазного яблока, сводов век	3
Инфильтрация конъюнктивы	
слабовыраженная, только в нижнем своде	1
умеренная нижнего свода и нижнего века	2
выраженная н/сводов, века и н/половины гл. яблока	3
Состояние сосочков конъюнктивы	
незначительно гипертрофированны, поверхность выглядит шероховатой	1
умеренно гипертрофированны, поверхность конъюнктивы рыхлая	2
резко гипертрофированны, визуализируются на поверхности конъюнктивы	3
Воспаление краев век:	
незначительное покраснение и уплотнение краев век	1
выраженное покраснение и уплотнение краев век, у основания ресниц чешуйки	2
у основания ресниц корочки, покрывающие язвочки	3

1.6 Осложнения конъюнктивитов у новорожденных:

1. Кератит (воспаление роговицы):

- Может развиваться при бактериальном или хламидийном конъюнктивите.
- Приводит к снижению прозрачности роговицы, что может ухудшить зрение.

2. Язва роговицы:

- Возникает при тяжёлом бактериальном процессе (например, при гонококковом конъюнктивите).
- Риск образования рубца на роговице, который может снизить зрение.

3. Флегмона глазницы:

- Гнойное воспаление тканей орбиты глаза, требующее хирургического вмешательства.
- Происходит при распространении инфекции вглубь тканей.

4. Дакриоцистит:

- Воспаление слёзного мешка из-за закупорки носослёзного канала.
- Может сопровождаться гнойными выделениями из глаза.

5. Снижение остроты зрения:

- Может быть следствием осложнений, таких как кератит, язва роговицы или рубцевание тканей.

6. Сепсис (распространение инфекции по организму):

- Крайне редкое, но опасное осложнение, связанное с тяжёлыми инфекционными конъюнктивитами (например, гонококковыми).

7. Панофтальмит:

- Воспаление всех оболочек глаза.
- Это тяжёлое осложнение, способное привести к полной потере зрения.

1.7 Диагностика конъюнктивитов новорожденных:

Жалобы:
на гнойное отделяемое, иногда обильное,
отек век,
покраснение слизистой оболочки глаз,
зуд,
жжение,
слезотечение.

Ребёнок беспокоен из-за зуда и жжения, трёт глаза, на яркий свет реагирует плачем, нередко наблюдается слезотечение. При некоторых формах конъюнктивита могут образовываться пленки на слизистой оболочке век. Исследование проб с конъюнктивы на возбудители, включая гонококки, хламидии и иногда герпес.

1.8 Лабораторно – диагностические методы исследования:

Материал с конъюнктивы окрашивают по Грамму, делают посев на гоноррею (например, на модифицированную среду Таера –Мартина) и другие бактерии и исследуют на наличие хламидии (например, культуральными методами, прямой иммунофлюоресценцией или иммуноферментным анализом (образцы должны содержать клетки)).

Соскоб с конъюнктивы также может быть окрашен по Гимзе; выявление синих внутрицитоплазматических включений подтверждает ХКН. Методы амплификации нуклеиновых кислот могут обеспечить эквивалентную или лучшую чувствительность для обнаружения хламидий в материале с конъюнктивы по сравнению со старыми методами.

Культуральные методы для выделения вируса применяют только при подозрении на вирусную инфекцию из-за наличия поражения кожи или при выявлении инфекции у матери.

2.0 Лечение: системная антимикробная терапия

Рекомендуется всем пациентам в зависимости от этиологии и степени тяжести конъюнктивита

Лечение назначают незамедлительно, эмпирически (не дожидаясь результатов бактериологического исследования посева отделяемого из глаз на питательные среды и определения чувствительности к антибактериальным средствам).

- При выборе лекарственного средства для базисной терапии неонатальных конъюнктивитов следует учитывать: разрешение для применения у новорожденных (в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения); широкий спектр антимикробного бактерицидного действия препарата (антисептики, азалиды, аминогликозиды, фторхинолоны); отсутствие консервантов, оригинальный препарат.
- Избегать полипрагмазии – одновременное (нередко необоснованное) назначение множества лекарственных средств в лечебном процессе.
 - При необходимости закапывания нескольких лекарственных средств в конъюнктивальную полость препараты должны применяться по отдельности с интервалом не менее 15 минут.
 - В случае отсутствия терапевтического эффекта в течение 3 дней, следует пересмотреть лечение.
 - Туалет глаз (для удаления патологического отделяемого) следует проводить кипяченой водой

Новорожденных детей с конъюнктивитом и при выявленной гонококковой инфекции у матери или при выявлении в конъюнктивальном экссудате грамотрицательных внутриклеточных диплококков следует лечить цефтриаксоном или цефатаксимом до получения подтверждающих результатов тестов. При ХКН методом выбора является системная терапия, так как по крайней мере половина из этих новорожденных имеют также инфекцию носоглотки, а у некоторых развивается хламидийная пневмония. Рекомендуется применение эритромицина этилсукцината в дозе 12.5 мг\кг перорально каждые 6 час в течении 2 недель или азитромицина в дозе 20 мг\кг перорально 1 раз в день в течении 3 дней. Эффективность этой терапии составляет всего 80%, так что может понадобиться 2 курс лечения. Так как применение эритромицина у новорожденных связано с развитием гипертрофического стеноза привратника(ГПС), у всех детей получавших эритромицин, следует отслеживать симптомы и признаки ГПС, а родителей необходимо проконсультировать о потенциальных рисках.

Новорожденных с ГКН госпитализируют для оценки возможной системной гонококковой инфекцией и назначают одну дозу цефтриаксона от 25 до 50 мг/кг внутримышечно или внутривенно, до максимальной дозы 125 мг.

Младенцы с гипербилирубинемией или те, кто получает кальцийсодержащие жидкости, не должны получать цефтриаксон, им может быть введен цефотаксим в разовой дозе 100мг/кг веса внутривенно или внутримышечно.

2.1 Местное лечение:

частое промывание глаз изотоническим раствором предотвращает слипание век. Местные противомикробные мази самостоятельно являются неэффективными и не требуются при назначении системной терапии. Конъюнктивит, вызванный другими бактериями, обычно отвечает на лечение топическими мазями, содержащими полимиксин и бацитрацин, эритромицин или тетрациклин.

Герпетический кератоконъюнктивит:

необходимо лечить (совместно с врачом-офтальмологом) с применением ацикловира системно по 20мг/кг веса каждые 8 часов в течение 14-21 дня и топических 1%-ных глазных капель или мазей трифлуридина, 3%-ной мази видарабина или 0,1%-ного йододезоксиуридина каждые 2-3 часа, максимально 9 доз/24ч. Системная терапия имеет большое значение, так как может произойти диссеминация в ЦНС и другие органы. Мази, содержащие ГКС, могут серьезно усугубить глазные инфекции, связанные с trachomatis и вирусом простого герпеса, и их назначение следует избегать.

Перечень основных лекарственных средств:

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Антимикробные препараты хинолонового ряда	Ципрофлоксацин 0,3% (https://mediqlab.com/mnn/23597372-ec18-48ec-b561-78e2c81a67f1), Офлоксацин 0,3% (https://mediqlab.com/drugs/e2d435dc-ca88-43d5-a660-5f95920e6601), Левифлоксацин 0,5% (https://mediqlab.com/mnn/87585482-bec8-	Глазные капли применяют по одной из двух схем: а) инстилляций проводятся по форсированной методике: первые 2 часа - каждые 15 минут, затем, до конца суток - каждый час,	2С

	<p>4819-b6b6-fa3f0af77ca0) Моксифлоксацин 0,5% (https://mediqlab.com/mnn/f5d7a34d-09ec-4ebd-aa0b-731299d888fb)</p>	<p>последующие сутки - каждые 2 часа, в дальнейшем - каждые 3 часа. б) инстилляций 6-8 раз в сутки. Глазная мазь применяется зависимости от тяжести клинической картины</p>	
Аминогликози ды	<p>Тобрамицин 0,3% (https://mediqlab.com/drugs/24f134e7-a6fe-400d-8dce-9ce2f9f8ff3c)</p>	<p>Глазные капли 4 раза в/м, п/б инъекции</p>	2С
Сульфанилам иды	<p>Сульфацетамид натрия 20 % (https://mediqlab.com/drugs/383bcc9f-38d1-4b50-b7db-b678fee47c4b)</p>	<p>глазные капли, 5 раз</p>	2С
Антигистамин ный препарат: селективный ингибитор Н1- гистаминовых рецепторов	<p>Олопатадин 0,1% глазные капли (https://mediqlab.com/drugs/b7c4ac0c-b7cb-4e8b-b598-666495d50127)</p>	<p>Глазные капли, 2 раза</p>	2С
Макролиды- азакиды	<p>Азитромицин 250 мг (https://mediqlab.com/drugs/1c16f10a-66ca-4a63-8331-07063752edf2)</p>	<p>Препараты для приема внутрь, 1 раз</p>	2С

Противовирусная терапия	<p>3% мазь ацикловира (https://mediqlab.com/drugs/4575d203-1696-4347-9c0d-3462cdbda8e1)</p>	<p>глазная мазь 4 раза</p>	<p>2С</p>
Глюкокортикостероиды:	<p>Дексаметазон 0,1% (https://mediqlab.com/drugs/1f99ddca-d4b0-43c8-b6d0-15a3eb5b5e06)</p> <p>Преднизолон 0,3% (https://mediqlab.com/drugs/f0cce90d-d057-47b5-bbf1-58db4d86abd5)</p> <p>Гидрокортизон 0,5% (https://mediqlab.com/drugs/f5c46359-5446-4660-b22e-cb15dc5872be)</p>	<p>капли глазные глазная мазь 2 раза</p>	<p>2С</p>
Цефалоспорины	<p>Цефазолин 25-50мг/кг массы тела (https://mediqlab.com/drugs/2bd69660-6b5d-4d71-b53b-699604180782)</p> <p>Цефотаксим (https://mediqlab.com/drugs/55861534-4d2a-4d04-8c55-e0d5106400c7)</p>	<p>в/в, в/м введение, 2 раза</p>	<p>2С</p>
			<p>kr629-konyunktivit.pdf (policlinika-fts.ru)</p>

Перечень дополнительных лекарственных средств:

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения
Антисептики и дезинфицирующие средства*	Повидон иодид 1% Раствор фурацилина 1:5000	Для обработки конъюнктивной полости
НПВС	Диклофенак 0,1% (https://mediqlab.com/drugs/f296db11-0315-4efb-b272-3e7ebfa76114)	Капли 4-6 раз
Антисептики*	Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний 0,01%, пиклоксидин 0,05%, пиклоксидина гидрохлорид	Капли для глазных, носовых, ушных полостей
Местноанестезирующие средства	Проксиметакаин 0,5% (https://mediqlab.com/mnn/ae48c7a7-eafe-4f58-97a7-d5dd3db19bca)	Капли для глазных показаний

3.0 Профилактика и диспансерное наблюдение

3.1 Профилактика конъюнктивита у новорожденных включает следующие меры:

1. Антенатальная профилактика

- Обследование и лечение инфекций у беременной женщины (гонорея, хламидиоз, герпес и др.) до родов.
- Санитарное просвещение будущих родителей по вопросам личной гигиены и инфекционных заболеваний.

2. Интранатальная профилактика

- Стерильность и соблюдение санитарных норм в родильных домах.
- Использование стерильных инструментов и материалов при родоразрешении.

3. Постнатальная профилактика

Гигиенические мероприятия:

- Немедленное очищение глаз ребенка стерильным физраствором или кипяченой водой.
- Обработка глаз в родильном зале стерильной салфеткой.

Химическая профилактика:

Метод Креде (традиционно используется в ряде стран):

Современные альтернативы:

Эритромициновая (тетрациклиновая мазь 1%) мазь 0.5% — в конъюнктивальный мешок сразу после рождения (профилактика гонококковой и хламидийной инфекции — рекомендовано CDC, Американской академией педиатрии)

Роль грудного вскармливания:

Молозиво и грудное молоко содержат иммуноглобулины (IgA), которые защищают слизистые оболочки ребенка от патогенных микроорганизмов.

4. Мониторинг и контроль

- Наблюдение за новорожденным в первые дни жизни.

- В случае появления признаков конъюнктивита (гнойное отделяемое, покраснение глаз), немедленное обращение к педиатру или офтальмологу.
- Своевременная профилактика позволяет значительно снизить риск развития конъюнктивита и его осложнений у новорожденных.

В случае, если конъюнктивит вызван воздействием аллергена, нужно будет определить, что именно вызвало у малыша аллергию – это может быть шерсть животных, наполнитель подушки или матраса, средства для стирки. При этом надо устранить этот фактор.

Тем, кто живет рядом с ребёнком, а особенно тем, кто непосредственно занят уходом за новорожденным, необходимо больше уделять личной гигиене. Перед обработкой глаз младенца нужно тщательно мыть руки с мылом. Нельзя касаться поражённого глаза флаконом от лекарства.

Регулярное использование 1% хлорамфениколовая глазная мазь, 0,5%-ного эритромицина или 1%-ной мази тетрациклина или капель, закапываемых в каждый глаз после родов, эффективно предотвращает ГКН. Однако ни один из этих препаратов не предотвращает ХКН; 2,5%-ные капли повидон-йода (на водной основе) могут быть эффективны при ХКН и ГКН

Детям, рожденным от матерей с гонореей, не получавшим лечения, необходимо однократно ввести цефтриаксон в дозе 25–50 мг/кг внутримышечно или внутривенно, максимально до 125 мг (цефтриаксон не должен применяться у новорожденных с гипербилирубинемией или у тех, кто получает кальцийсодержащие жидкости); обоим – как матери, так и новорожденному – следует провести скрининг на хламидийную инфекцию, ВИЧ и сифилис.

3.2 Диспансерное наблюдение

Реабилитация новорожденных после конъюнктивита включает комплекс мероприятий, направленных на восстановление здоровья глаз и предотвращение рецидивов.

Основные аспекты реабилитации:

1. Контроль у офтальмолога

- Регулярные осмотры для оценки состояния глаз.
- Контроль за заживлением тканей и отсутствием осложнений (например, дакриоцистита или кератита).

2. Гигиена глаз

- Уход за глазами с использованием стерильных ватных тампонов, смоченных физраствором или заваренным и охлажденным чаем.
- Мытье рук перед уходом за ребенком.

3. Медикаментозная поддержка (по назначению врача):

- Использование капель или мазей с увлажняющим эффектом (например, декспантенолом).
- В случае остаточного воспаления могут быть рекомендованы препараты с противовоспалительным действием.

4. Укрепление иммунитета

- Полноценное питание матери (при грудном вскармливании) или правильный подбор смеси.
- Поддержание комфортного микроклимата (влажность 50-60%, температура 20-22°C).
- Регулярные прогулки на свежем воздухе.

5. Профилактика рецидивов

- Обучение родителей правилам ухода за новорожденным.
- Исключение контакта с потенциальными источниками инфекции.
- Мониторинг состояния слезного канала (при необходимости — массаж для устранения непроходимости).

6. Физиотерапия (при необходимости):

- Легкий массаж области слезного мешка для улучшения дренажа слез.
- Возможно использование безопасных физиотерапевтических процедур (по назначению врача).
- Если конъюнктивит был вызван инфекцией (например, Chlamydia или Gonococcus), важно убедиться в её полном излечении и, при необходимости, провести профилактику для матери.

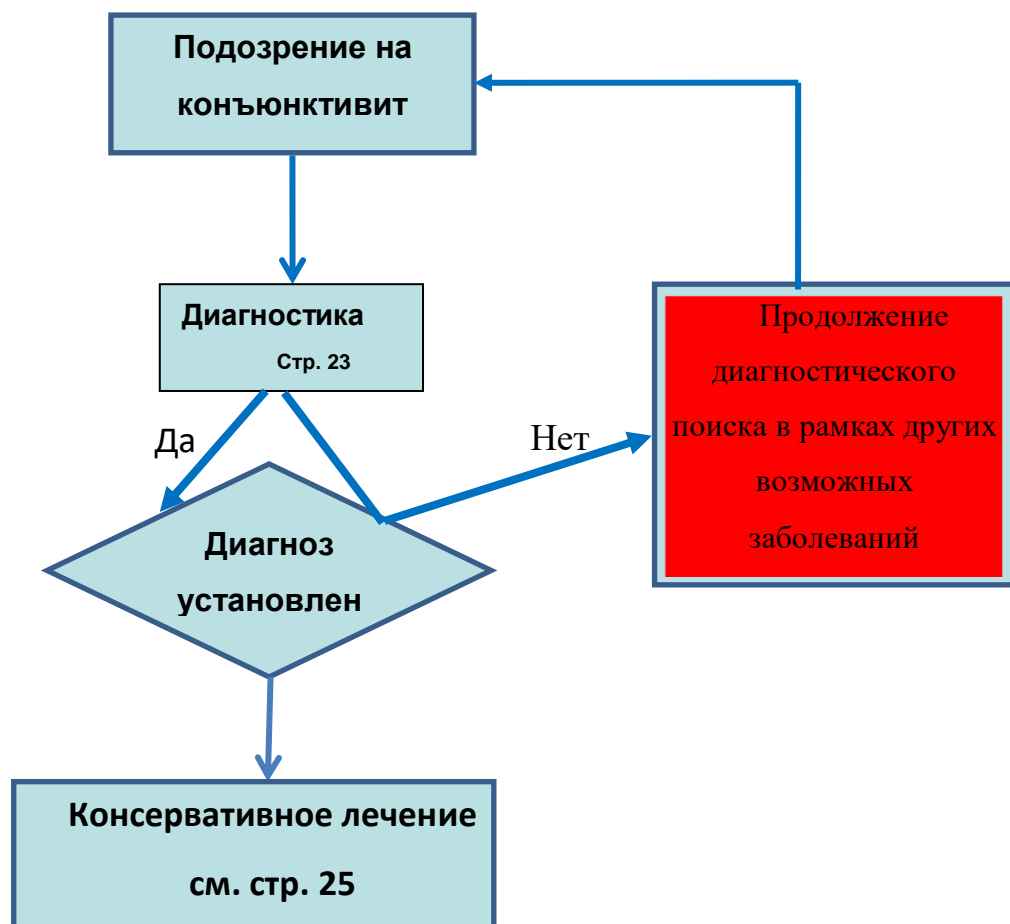
4.0 Организация медицинской помощи

При конъюнктивите оказывается плановая медицинская помощь. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь больным с конъюнктивитом осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием, первичная врачебная медико-санитарная помощь больным с конъюнктивитом осуществляется врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-неонатологами, врачами общей практики (семейными врачами). При подозрении или выявлении конъюнктивита у пациента медицинские работники со средним медицинским образованием, врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) направляют детей на консультацию к врачу-офтальмологу. Детям, рожденным от матерей с гонореей, не получавшим лечение, необходимо однократно ввести цефтриаксон в дозе 25-50 мг/кг веса внутримышечно или внутривенно, максимально до 125 мг (цефтриаксон не должен применяться у новорожденных с гипербилирубинемией или у тех кто получает кальцийсодержащие жидкости) обоим как матери и новорожденному – следует провести скрининг на хламидийную инфекцию, ВИЧ и сифилис.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-офтальмологом. Врач-офтальмолог офтальмологического кабинета осуществляет: оказание консультативной, лечебно-диагностической помощи, назначение лечения, мониторинг динамики лечения, направляет в специализированные офтальмологические

медицинские учреждения для оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Алгоритм действий врача



5.0 Факторы , влияющие на исход заболевания

C.trachomatis, *S.pneumoniae*, и нетипичные *H.influenza* вызывают в большинстве случаев бактериальный конъюнктивит; *N.gonorrhoeae* является редкой причиной КН.

1. Конъюнктура обычно инъецирована и имеются выделения (водянистые или гнойные)
2. Следует проверить материал из конъюнктивы на наличие патогенов (в том числе гонореи и хламидий) используя посев, и иногда методы амплификации нуклеиновых кислот.
3. Следует назначить антибиотики активные в отношении возбудителя; новорожденные с гонококковой инфекцией должны быть госпитализированы
4. При ХКН следует назначить системную терапию
5. Конъюнктивит, вызванный химическими веществами, АКН может быть результатом применения антимикробных капель или нитрата серебра, назначенными при рождении для предотвращения бактериального конъюнктивита.
6. Если при ХКН и ГКН не применять системную терапию, не лечить её, то инфекция может поражать ЦНС и другие органы; осложниться в виде язв роговицы, что может привести к слепоте.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ
«Конъюнктивиты новорожденных»**

Основная часть:

ВВЕДЕНИЕ

Конъюнктивит новорожденных (КН) – представляет собой водянистое или гнойное поражение конъюнктивы глаз, вызванное химическими раздражителями или патогенными микроорганизмами. Рутинным методом профилактики является использование противогонококкового местного лечения при рождении. Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений и обычно подтверждают результатами лабораторных исследований. Лечение проводят с использованием патогеноспецифических противомикробных препаратов.

1.2 Краткая информация по конъюнктивиту новорожденных

Конъюнктивит новорожденных - по определению ВОЗ, конъюнктивитом новорожденных называют любой конъюнктивит с отделяемым, возникающий в первые 28 дней жизни ребенка. Для обозначения этого заболевания иногда используют и другие термины: офтальмия новорожденных, бленнорея новорожденных, неонатальный конъюнктивит.

Конъюнктивит новорожденных (КН) – представляет собой водянистое или гнойное поражение конъюнктивы глаз, вызванное химическими раздражителями или патогенными микроорганизмами. Конъюнктивит – воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия, характеризующаяся гиперемией и отёком слизистой оболочки. отёком и зудом век. Иногда осложняется поражением роговицы с нарушением зрения. У детей наиболее часто встречаются КН бактериальной природы.

<https://www.aao.org/eye-health/diseases/pink-eye-conjunctivitis>

1.2 Этиология и патогенез КН.

в. Основными причинами неонатального конъюнктивита (в порядке убывания):

- бактериальная инфекция
- воспаление, вызванное химическим раздражением
- вирусная инфекция

Бактериальный конъюнктивит (БК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате внедрения бактериального агента. Кокки, прежде всего стафилококки, наиболее частая причина развития инфекционного поражения конъюнктивы. Наиболее опасные возбудители - *Neisseria gonorrhoeae*, *Pseudomonas aeruginosa* – вызывающие тяжелый острый конъюнктивит, при котором, нередко, в процесс вовлекается роговица.

Вирусный конъюнктивит (ВК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате внедрения вирусного агента и протекает по типу эпидемического конъюнктивита, аденовирусного конъюнктивита, эпидемического геморрагического конъюнктивита, герпесвирусного конъюнктивита.

Хламидийный конъюнктивит (паратрахома) (ХК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате внедрения в эпителиальные клетки конъюнктивы *Chlamydia trachomatis*.

Аллергический конъюнктивит (АК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате воздействия на ткани глаза различных аллергенов.

Конъюнктивит новорожденных - по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), конъюнктивитом новорожденных называют любой конъюнктивит с отделяемым, возникающий в первые 28 дней жизни ребенка. Для обозначения этого заболевания иногда используют и другие термины: офтальмия новорожденных, бленнорея новорожденных, неонатальный конъюнктивит.

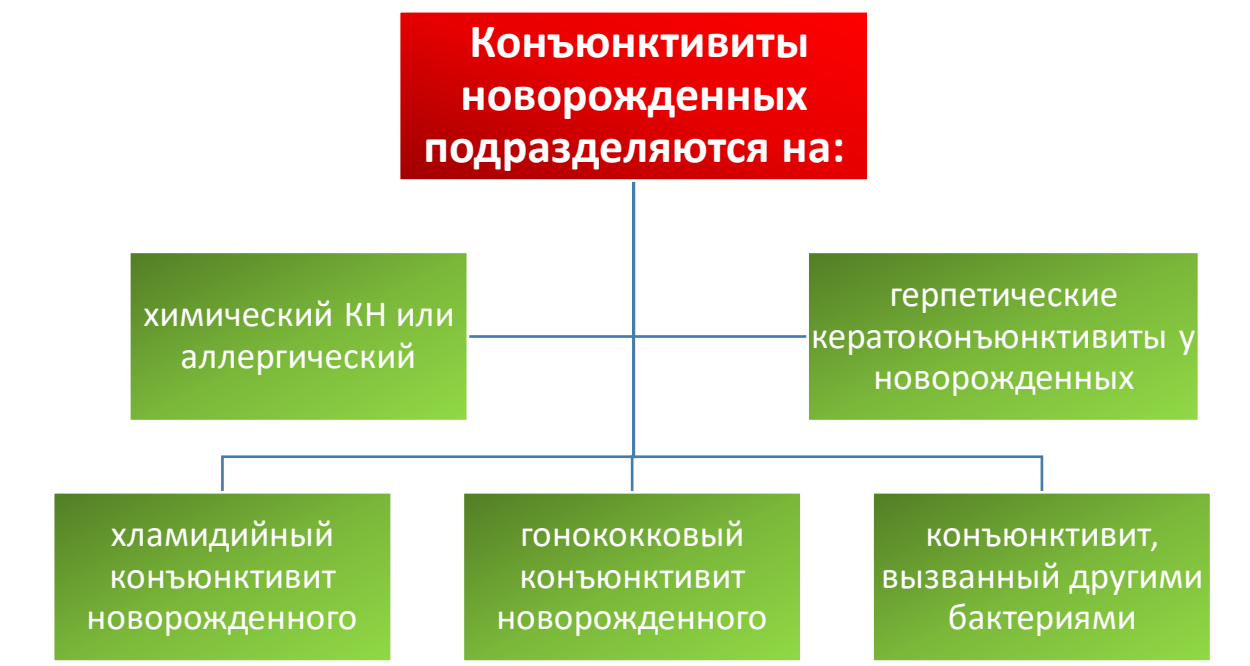
1.3 Эпидемиология КН

Инфекция передается от инфицированных матерей во время прохождения через родовые пути. Хламидийная офтальмопатия (вызванная *Chlamydia trachomatis*) является наиболее распространенной бактериальной инфекцией; на её долю приходится до 40% случаев КН в возрасте старше 4 недель. Распространенность хламидийной инфекции среди матерей составляет 2-20%. Примерно 30-50% новорожденным, рожденным женщинами с острой инфекцией, передается инфекция, и у 25-50% из них развивается конъюнктивит, а у 5-20% пневмония). На другие бактерии, в том числе *Streptococcus pneumoniae* и нетипичный *Haemophilus influenzae* приходится еще 30-50% случаев, в то время как гонококковая офтальмопатия (конъюнктивит из-за *Neisseria gonorrhoeae*) составляет меньше 1% случаев.

Химически обусловленный конъюнктивит, как правило вторичен по отношению к местному лечению для профилактики глазных болезней.

Основными вирусными возбудителями являются вирусы простого герпеса 1го и 2-го типа(герпетический кератоконъюнктивит), но эти вирусы вызывают менее 1% случаев.

1.5 Классификация конъюнктивитов новорожденных:



1.5 Клинические проявления и дифференциальная диагностика:

Из – за сходных клинических проявлений и начала заболевания КН разной природы, трудно отличить клинически. Конъюнктивита обычно инъецирована и имеются выделения (водянистые или гнойный)

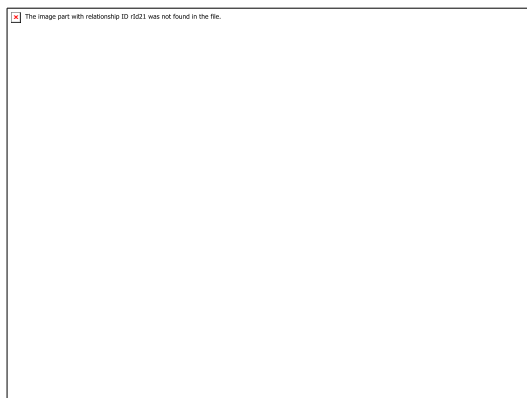


Химический или аллергический конъюнктивит вторичный к местному лечению. Обычно появляется в течении 6-8 часов после закапывания нитрата серебра и исчезает спонтанно в течении 48-96 час.

Хламидийный конъюнктивит

Её проявления могут варьировать от легкого конъюнктивита с минимальным слизисто –гнойным отделяемым до тяжёлых отёков век с обильным отделяемым и образованием псевдомембранозной пленки . Фолликулы в конъюнктиве отсутствуют. Они появляются у детей старшего возраста.

Поражение глаз протекает в различных клинических формах, в том числе **паратрахома новорожденных (бленнорея с включениями)**. Заражение происходит через плаценту или при прохождении через родовые пути матери, больной урогенитальной хламидийной инфекцией. В большинстве случаев наблюдается вертикальная передача возбудителя, который попадает на слизистые оболочки, в том числе и конъюнктиву.

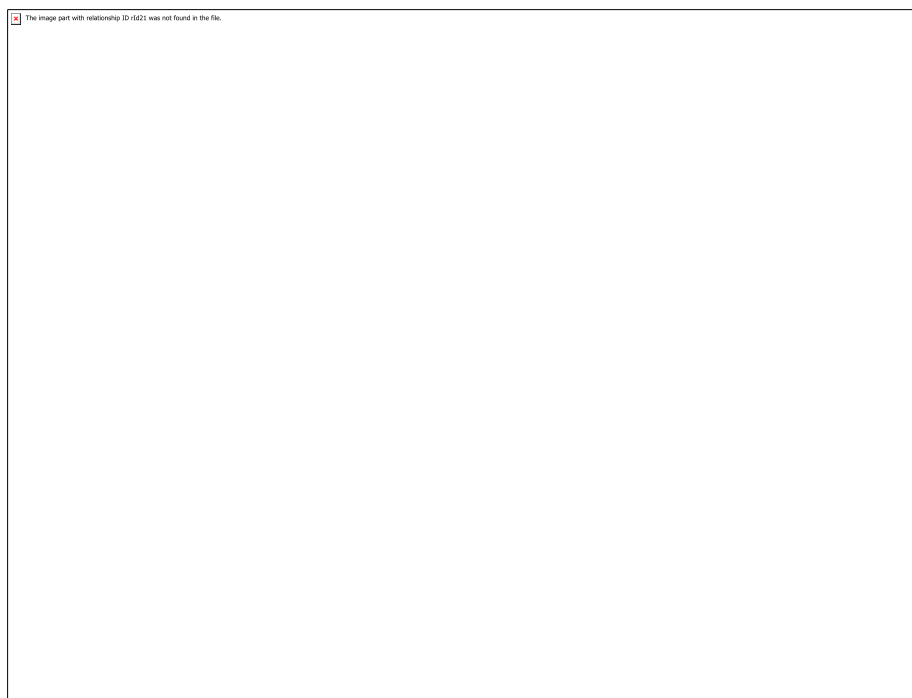


Заболевание развивается в течение 5-14 дней после рождения и протекает как острый папиллярный или подострый инфильтративный конъюнктивит с появлением обильного жидкого гнойного отделяемого, которое из-за примеси крови может иметь бурый оттенок. Резко выражен отек век, конъюнктура гиперемирована, хемоз с гиперплазией сосочков, могут образовываться псевдомембраны. Воспалительные явления стихают через 1-2 недели. Если активное воспаление продолжается более 4-х недель, появляются фолликулы, преимущественно на нижних веках. Примерно у 70% новорожденных заболевание развивается на одном глазу. Главное клиническое отличие от гонококкового – более позднее начало, преимущественное поражение одного глаза, может сопровождаться назофарингитом, отитом среднего уха, хламидийной пневмонией. При отсутствии лечения конъюнктивит разрешается в течение недель и месяцев, но может приводить к рубцеванию конъюнктивы и роговицы.

Гонококковый конъюнктивит у новорожденных.

Новорожденный инфицируется в момент прохождения через родовые пути матери, болеющей гонореей. Вероятность развития конъюнктивита у ребенка после вагинальных родов при отсутствии профилактического лечения составляет 30-47%. Передача гонококковой инфекции возрастает до 68%, если у матери имеется также хламидиоз. Начало заболевания острое на 2-5-е сутки после рождения: веки отечные, плотные, синюшно-багрового цвета; при надавливании на них из глазной щели изливается обильное кровянисто-гнойное (цвета «мясных помоев») или густое желтое гнойное отделяемое. Конъюнктура резко гиперемирована, отечная, легко кровоточит. Поражаются оба глаза. Опасным осложнением гонобленнореи (при несвоевременной диагностике или неправильном лечении) является поражение роговицы: сначала в виде инфильтрата, затем быстрое развитие гнойной язвы, которая распространяясь по поверхности роговицы и в глубину, нередко приводит к ее

прободению. В таких случаях процесс завершается рубцеванием роговицы. Реже инфекция проникает внутрь глаза и вызывает развитие панофтальмита.



Конъюнктивит, вызванный другими бактериями имеет переменное начало – от 4 дней до нескольких недель после рождения.

Герпетические кератоконъюнктивиты могут развиваться как изолированная инфекция или либо как диссеминированная инфекция ЦНС. Это заболевание может быть ошибочно принято за бактериальный или химический конъюнктивит. Однако наличие древовидного кератита является патогномичным признаком.

Дифференциальная диагностика КН

Диагностические признаки	Бактериальный конъюнктивит новорожденных	Вирусный конъюнктивит новорожденных	Аллергический конъюнктивит новорожденных
Отделяемое и содержащиеся в нем клетки	Гнойное; нейтрофилы	Светлое; моноклеарные клетки	Светлое, слизоподобное, вязкое; эозинофилы
Отек век	Умеренный	Минимальный	От умеренного до сильного

Состояние лимфатических узлов	Не увеличены	Увеличены	Не увеличены
Зуд	Нет	Нет	Сильный

Степень тяжести воспаления можно определить с помощью количественного метода оценки степени интенсивности клинических признаков по 3-балльной системе (Ю.Ф. Майчук и Е.С. Вахова, 1994; МНИИ ГБ им. Гельмгольца), который мы модифицировали для бактериальных конъюнктивитов. Оценивается каждый признак заболевания (тяжелая – 3 балла; средняя – 2 балла; легкая – 1 балл) и по их сумме определяется степень интенсивности воспалительной реакции.

Шкала индекса тяжести воспаления конъюнктивитов:

Выраженность клинических симптомов	Оценка в баллах
Зуд, жжение, чувство инородного тела:	
легкое, практически незаметное	1
присутствуют, но не отвлекают постоянно	2
постоянно, нестерпимо	3
Слезотечение, фотофобия	
слабо выражены	1
умеренно выражены	2
сильно выражены	3
Сужение глазной щели:	
легкое, практически незаметное	1
умеренное, до 1/3 ширины	2
выраженное от 1/3 до 1/2 ширины	3
Количество и характер отделяемого:	

незначительное, слизистое	1
умеренное, слизисто-гнойное	2
обильное, гнойное	3
Гиперемия конъюнктивы век и глазного яблока:	
незначительная, только нижнего свода и века	1
умеренная глазного яблока и более выраженная нижнего свода	2
выраженная яркая всего глазного яблока, сводов век	3
Отек конъюнктивы:	
слабовыраженный, только в нижнем своде	1
умеренный нижнего века, свода и глазного яблока	2
выраженный всего глазного яблока, сводов век	3
Инфильтрация конъюнктивы	
слабовыраженная, только в нижнем своде	1
умеренная нижнего свода и нижнего века	2
выраженная н/сводов, века и н/половины гл. яблока	3
Состояние сосочков конъюнктивы	
незначительно гипертрофированны, поверхность выглядит шероховатой	1
умеренно гипертрофированны, поверхность конъюнктивы рыхлая	2
резко гипертрофированны, визуализируются на поверхности конъюнктивы	3
Воспаление краев век:	
незначительное покраснение и уплотнение краев век	1
выраженное покраснение и уплотнение краев век, у основания ресниц чешуйки	2
у основания ресниц корочки, покрывающие язвочки	3

1.6 Осложнения конъюнктивитов у новорожденных:

1. Кератит (воспаление роговицы):

- Может развиваться при бактериальном или хламидийном конъюнктивите.
- Приводит к снижению прозрачности роговицы, что может ухудшить зрение.

2. Язва роговицы:

- Возникает при тяжёлом бактериальном процессе (например, при гонококковом конъюнктивите).
- Риск образования рубца на роговице, который может снизить зрение.

3. Флегмона глазницы:

- Гнойное воспаление тканей орбиты глаза, требующее хирургического вмешательства.
- Происходит при распространении инфекции вглубь тканей.

4. Дакриоцистит:

- Воспаление слёзного мешка из-за закупорки носослёзного канала.
- Может сопровождаться гнойными выделениями из глаза.

5. Снижение остроты зрения:

- Может быть следствием осложнений, таких как кератит, язва роговицы или рубцевание тканей.

6. Сепсис (распространение инфекции по организму):

- Крайне редкое, но опасное осложнение, связанное с тяжёлыми инфекционными конъюнктивитами (например, гонококковыми).

7. Панофтальмит:

- Воспаление всех оболочек глаза.
- Это тяжёлое осложнение, способное привести к полной потере зрения.

1.7 Диагностика конъюнктивитов новорожденных:

Жалобы:
на гнойное отделяемое, иногда обильное,
отек век,
покраснение слизистой оболочки глаз,
зуд,
жжение,
слезотечение.

Ребёнок беспокоен из-за зуда и жжения, трёт глаза, на яркий свет реагирует плачем, нередко наблюдается слезотечение. При некоторых формах конъюнктивита могут образовываться пленки на слизистой оболочке век. Исследование проб с конъюнктивы на возбудители, включая гонококки, хламидии и иногда герпес.

1.8 Лабораторно – диагностические методы исследования:

Материал с конъюнктивы окрашивают по Грамму, делают посев на гоноррею (например, на модифицированную среду Таера –Мартина) и другие бактерии и исследуют на наличие хламидии (например, культуральными методами, прямой иммунофлюоресценцией или иммуноферментным анализом (образцы должны содержать клетки)).

Методика взятия содержимого конъюнктивальной полости

Забор материала проводится в глазном кабинете поликлиник. Остуженная платиновая петля, предварительно докрасна прокаленная на спиртовке, проводится легкими, скользящими движениями по конъюнктиве нижнего века, нижней переходной складке и в области слезного мясца. Содержимое петли помещается в стерильную пробирку с мясо-пептонным или сахарным бульоном. Пробирки отправляются в бактериологическую лабораторию, результаты необходимо получать на 6 день после взятия материала.

Соскоб с конъюнктивы также может быть окрашен по Гимзе; выявление синих внутрицитоплазматических включений подтверждает ХКН. Методы амплификации нуклеиновых кислот могут обеспечить эквивалентную или

лучшую чувствительность для обнаружения хламидий в материале с конъюнктивы по сравнению со старыми методами.

Культуральные методы для выделения вируса применяют только при подозрении на вирусную инфекцию из-за наличия поражения кожи или при выявлении инфекции у матери.

Методика взятия соскоба с конъюнктивы

Соскоб берется с конъюнктивы век и переходных складок обоих глаз после предварительной однократной инстилляции 0,5-1,0% раствора дикаина или 5% раствора новокаина. Соскоб лучше осуществлять скальпелем, так как на его широком лезвии полнее и лучше сохраняются снятые слои эпителия. Скальпель должен быть с закругленными острыми углами, но с умеренно затупленным лезвием. Это позволяет двумя-тремя легкими движениями снять поверхностные слои эпителия. Быстрота взятия соскоба особенно важна у детей, пока они не заплакали, так как слезы значительно затрудняют или делают невозможным взятие соскоба. Стерилизация скальпеля осуществляется в смеси спирта с эфиром (1:1) не менее 15 минут. Соскоб берется при вывернутых и соединенных веках, прикрывавших роговицу. В случае необходимости дополнительными скользящими движениями эпителий соскабливается с верхней переходной складки при двойном вывороте верхнего века. Содержимое соскоба наносится на обезжиренное предметное стекло легкими растирающими движениями так, чтобы получился мазок, который высушивается на воздухе, а затем фиксируется в метиловом или абсолютном этиловом спирте в течение 15-20 минут. После подсыхания соскоб отсылают в клиническую лабораторию, где его окрашивают по методу Романовского-Гимза и микроскопируют с иммерсией под обычным световым микроскопом.

Следует особо указать, что при всех бактериальных конъюнктивитах, кроме диплобациллярного (Моракс-Аксенфельда), наблюдается полиморфонуклеарный (нейтрофильный) тип реакции. Для этого типа реакции характерны незначительные дистрофические изменения в эпителиальных клетках, обилие полунуклеарных нейтрофилов и умеренное количество малых лимфоцитов. Иногда встречаются гистиоциты.

При вирусных конъюнктивитах общий тип клеточной реакции – мононуклеарный. Несмотря на полиморфизм клеточного состава, общим для

всех видов вирусных конъюнктивитов является лимфоцитоз, преобладание лейкоцитов мононуклеарного ряда и выраженные дегенеративные изменения клеток эпителия.

Более специфическая диагностика отдельных видов вирусных конъюнктивитов возможна при применении вирусологических и серологических методов, включая метод иммунофлуоресценции.

2.0 Лечение: системная антимикробная терапия

Рекомендуется всем пациентам в зависимости от этиологии и степени тяжести конъюнктивита

Лечение назначают незамедлительно, эмпирически (не дожидаясь результатов бактериологического исследования посева отделяемого из глаз на питательные среды и определения чувствительности к антибактериальным средствам).

- При выборе лекарственного средства для базисной терапии неонатальных конъюнктивитов следует учитывать: разрешение для применения у новорожденных (в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения); широкий спектр антимикробного бактерицидного действия препарата (антисептики, азалиды, аминогликозиды, фторхинолоны); отсутствие консервантов, оригинальный препарат.
- Избегать полипрагмазии – одновременное (нередко необоснованное) назначение множества лекарственных средств в лечебном процессе.
 - При необходимости закапывания нескольких лекарственных средств в конъюнктивальную полость препараты должны применяться по отдельности с интервалом не менее 15 минут.
 - В случае отсутствия терапевтического эффекта в течение 3 дней, следует пересмотреть лечение.
 - Туалет глаз (для удаления патологического отделяемого) следует проводить кипяченой водой

Новорожденных детей с конъюнктивитом и при выявленной гонококковой инфекции у матери или при выявлении в конъюнктивальном экссудате грамотрицательных внутриклеточных диплококков следует лечить цефтриаксоном или цефатаксимом до получения подтверждающих результатов

тестов. При ХКН методом выбора является системная терапия, так как по крайней мере половина из этих новорожденных имеют также инфекцию носоглотки, а у некоторых развивается хламидийная пневмония. Рекомендуется применение эритромицина этилсукцината в дозе 12.5 мг\кг перорально каждые 6 час в течении 2 недель или азитромицина в дозе 20 мг\кг перорально 1 раз в день в течении 3 дней. Эффективность этой терапии составляет всего 80%, так что может понадобиться 2 курс лечения. Так как применение эритромицина у новорожденных связано с развитием гипертрофического стеноза привратника(ГПС), у всех детей получавших эритромицин, следует отслеживать симптомы и признаки ГПС, а родителей необходимо проконсультировать о потенциальных рисках.

Новорожденных с ГКН госпитализируют для оценки возможной системной гонококковой инфекцией и назначают одну дозу цефтриаксона от 25 до 50 мг/кг внутримышечно или внутривенно, до максимальной дозы 125 мг. Младенцы с гипербилирубинемией или те, кто получает кальцийсодержащие жидкости, не должны получать цефтриаксон, им может быть введен цефотаксим в разовой дозе 100мг/кг веса внутривенно или внутримышечно.

2.1 Местное лечение:

частое промывание глаз изотоническим раствором предотвращает слипание век. Местные противомикробные мази самостоятельно являются неэффективными и не требуются при назначении системной терапии. Конъюнктивит, вызванный другими бактериями, обычно отвечает на лечение топическими мазями, содержащими полимиксин и бацитрацин, эритромицин или тетрациклин.

Герпетический кератоконъюнктивит:

необходимо лечить (совместно с врачом-офтальмологом) с применением ацикловира системно по 20мг/кг веса каждые 8 часов в течение 14-21 дня и топических 1%-ных глазных капель или мазей трифлуридина, 3%-ной мази видарабина или 0,1%-ного йододезоксиуридина каждые 2-3 часа, максимально 9 доз/24ч. Системная терапия имеет большое значение, так как может произойти диссеминация в ЦНС и другие органы. Мази, содержащие ГКС, могут серьезно усугубить глазные инфекции, связанные с trachomatis и вирусом простого герпеса, и их назначение следует избегать.

Перечень основных лекарственных средств:

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Антимикробные препараты хинолонового ряда	<p>Ципрофлоксацин 0,3% (https://mediqlab.com/mnn/23597372-ec18-48ec-b561-78e2c81a67f1),</p> <p>Офлоксацин 0,3% (https://mediqlab.com/drugs/e2d435dc-ca88-43d5-a660-5f95920e6601),</p> <p>Левифлоксацин 0,5% (https://mediqlab.com/mnn/87585482-bec8-4819-b6b6-fa3f0af77ca0)</p> <p>Моксифлоксацин 0,5% (https://mediqlab.com/mnn/f5d7a34d-09ec-4ebd-aa0b-731299d888fb)</p>	<p>Глазные капли</p> <p>применяют по одной из двух схем: а) инстилляций проводятся по форсированной методике: первые 2 часа - каждые 15 минут, затем, до конца суток - каждый час, последующие сутки - каждые 2 часа, в дальнейшем - каждые 3 часа. б) инстилляций 6-8 раз в сутки.</p> <p>Глазная мазь применяется в зависимости от тяжести клинической картины</p>	<p>2С</p>
Аминогликозиды	<p>Тобрамицин 0,3% (https://mediqlab.com/drugs/24f134e7-a6fe-400d-8dce-9ce2f9f8ff3c)</p>	<p>Глазные капли 4 раза в/м, п/б инъекции</p>	<p>2С</p>
Сульфаниламиды	<p>Сульфацетамид натрия 20% (https://mediqlab.com/drugs/383bcc9f-38d1-</p>	<p>глазные капли, 5 раз</p>	<p>2С</p>

	4b50-b7db-b678fee47c4b)		
Антигистаминный препарат: селективный ингибитор H1-гистаминовых рецепторов	Олопатадин 0,1% глазные капли (https://mediqlab.com/drugs/b7c4ac0c-b7cb-4e8b-b598-666495d50127)	Глазные капли, 2 раза	2С
Макролиды-азалиды	Азитромицин 250 мг (https://mediqlab.com/drugs/1c16f10a-66ca-4a63-8331-07063752edf2)	Препараты для приема внутрь, 1 раз	2С
Противовирусная терапия	3% ацикловира (https://mediqlab.com/drugs/4575d203-1696-4347-9c0d-3462cdbda8e1)	глазная мазь 4 раза	2С
Глюкокортикостероиды:	Дексаметазон 0,1% (https://mediqlab.com/drugs/1f99ddca-d4b0-43c8-b6d0-15a3eb5b5e06) Преднизолон 0,3% (https://mediqlab.com/drugs/f0cce90d-d057-47b5-bbf1-58db4d86abd5) Гидрокортизон 0,5% (https://mediqlab.com/drugs/f5c46359-5446-4660-b22e-cb15dc5872be)	капли глазные глазная мазь 2 раза	2С

Цефалоспорины	Цефазолин 25-50мг/кг массы тела https://mediqlab.com/drugs/2bd69660-6b5d-4d71-b53b-699604180782 Цефотаксим https://mediqlab.com/drugs/55861534-4d2a-4d04-8c55-e0d5106400c7	в/в, в/м введение, 2 раза	2С
			kr629-konyunktivit.pdf (policlinika-fts.ru)

Перечень дополнительных лекарственных средств:

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения
Антисептики и дезинфицирующие средства*	Повидон иодид 1% Раствор фурациллина 1:5000	Для обработки конъюнктивной полости
НПВС	Диклофенак 0,1% https://mediqlab.com/drugs/f296db11-0315-4efb-b272-3e7ebfa76114	Капли 1-2 раза
Антисептики*	Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний 0,01%, пиклоксидин 0,05%, пиклоксидина гидрохлорид	Капли для глазные,
Местноанестезирующие средства	Проксиметакаин 0,5% https://mediqlab.com/mnn/ae48c7a7-eafe-4f58-97a7-d5dd3db19bca	Капли для глазные по показаниям

3.0 Профилактика и диспансерное наблюдение

3.1 Профилактика конъюнктивита у новорожденных включает следующие меры:

1. Антенатальная профилактика

- Обследование и лечение инфекций у беременной женщины (гонорея, хламидиоз, герпес и др.) до родов.
- Санитарное просвещение будущих родителей по вопросам личной гигиены и инфекционных заболеваний.

2. Интранатальная профилактика

- Стерильность и соблюдение санитарных норм в родильных домах.
- Использование стерильных инструментов и материалов при родоразрешении.

3. Постнатальная профилактика

Гигиенические мероприятия:

- Немедленное очищение глаз ребенка стерильным физраствором или кипяченой водой.
- Обработка глаз в родильном зале стерильной салфеткой.

Химическая профилактика:

Метод Креде (традиционно используется в ряде стран):

Современные альтернативы:

Эритромициновая (тетрациклиновая мазь 1%) мазь 0.5% — в конъюнктивальный мешок сразу после рождения (профилактика гонококковой и хламидийной инфекции — рекомендовано CDC, Американской академией педиатрии)

Роль грудного вскармливания:

Молозиво и грудное молоко содержат иммуноглобулины (IgA), которые защищают слизистые оболочки ребенка от патогенных микроорганизмов.

4. Мониторинг и контроль

- Наблюдение за новорожденным в первые дни жизни.

- В случае появления признаков конъюнктивита (гнойное отделяемое, покраснение глаз), немедленное обращение к педиатру или офтальмологу.
- Своевременная профилактика позволяет значительно снизить риск развития конъюнктивита и его осложнений у новорожденных.

В случае, если конъюнктивит вызван воздействием аллергена, нужно будет определить, что именно вызвало у малыша аллергию – это может быть шерсть животных, наполнитель подушки или матраса, средства для стирки. При этом надо устранить этот фактор.

Тем, кто живет рядом с ребёнком, а особенно тем, кто непосредственно занят уходом за новорожденным, необходимо больше уделять личной гигиене. Перед обработкой глаз младенца нужно тщательно мыть руки с мылом. Нельзя касаться поражённого глаза флаконом от лекарства.

Регулярное использование 1% хлорамфениколовая глазная мазь, 0,5%-ного эритромицина или 1%-ной мази тетрациклина или капель, закапываемых в каждый глаз после родов, эффективно предотвращает ГКН. Однако ни один из этих препаратов не предотвращает ХКН; 2,5%-ные капли повидон-йода (на водной основе) могут быть эффективны при ХКН и ГКН

Детям, рожденным от матерей с гонореей, не получавшим лечения, необходимо однократно ввести цефтриаксон в дозе 25–50 мг/кг внутримышечно или внутривенно, максимально до 125 мг (цефтриаксон не должен применяться у новорожденных с гипербилирубинемией или у тех, кто получает кальцийсодержащие жидкости); обоим – как матери, так и новорожденному – следует провести скрининг на хламидийную инфекцию, ВИЧ и сифилис.

3.2 Диспансерное наблюдение

Реабилитация новорожденных после конъюнктивита включает комплекс мероприятий, направленных на восстановление здоровья глаз и предотвращение рецидивов.

Основные аспекты реабилитации:

1. Контроль у офтальмолога

- Регулярные осмотры для оценки состояния глаз.
- Контроль за заживлением тканей и отсутствием осложнений (например, дакриоцистита или кератита).

2. Гигиена глаз

- Уход за глазами с использованием стерильных ватных тампонов, смоченных физраствором или заваренным и охлажденным чаем.
- Мытье рук перед уходом за ребенком.

3. Медикаментозная поддержка (по назначению врача):

- Использование капель или мазей с увлажняющим эффектом (например, декспантенолом).
- В случае остаточного воспаления могут быть рекомендованы препараты с противовоспалительным действием.

4. Укрепление иммунитета

- Полноценное питание матери (при грудном вскармливании) или правильный подбор смеси.
- Поддержание комфортного микроклимата (влажность 50-60%, температура 20-22°C).
- Регулярные прогулки на свежем воздухе.

5. Профилактика рецидивов

- Обучение родителей правилам ухода за новорожденным.
- Исключение контакта с потенциальными источниками инфекции.
- Мониторинг состояния слезного канала (при необходимости — массаж для устранения непроходимости).

6. Физиотерапия (при необходимости):

- Легкий массаж области слезного мешка для улучшения дренажа слез.
- Возможно использование безопасных физиотерапевтических процедур (по назначению врача).
- Если конъюнктивит был вызван инфекцией (например, Chlamydia или Gonococcus), важно убедиться в её полном излечении и, при необходимости, провести профилактику для матери.

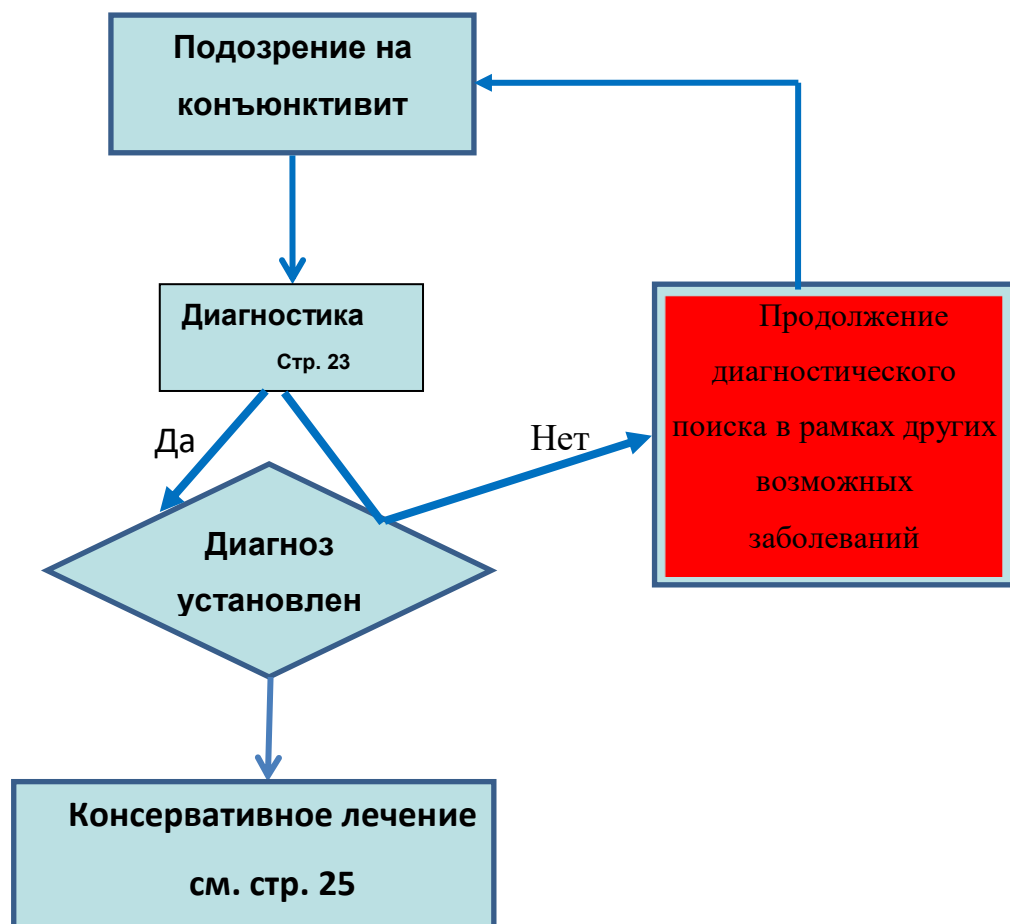
4.0 Организация медицинской помощи

При конъюнктивите оказывается плановая медицинская помощь. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь больным с конъюнктивитом осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием, первичная врачебная медико-санитарная помощь больным с конъюнктивитом осуществляется врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-неонатологами, врачами общей практики (семейными врачами). При подозрении или выявлении конъюнктивита у пациента медицинские работники со средним медицинским образованием, врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) направляют детей на консультацию к врачу-офтальмологу. Детям, рожденным от матерей с гонореей, не получавшим лечение, необходимо однократно ввести цефтриаксон в дозе 25-50 мг/кг веса внутримышечно или внутривенно, максимально до 125 мг (цефтриаксон не должен применяться у новорожденных с гипербилирубинемией или у тех кто получает кальцийсодержащие жидкости) обоим как матери и новорожденному – следует провести скрининг на хламидийную инфекцию, ВИЧ и сифилис.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-офтальмологом. Врач-офтальмолог офтальмологического кабинета осуществляет: оказание консультативной, лечебно-диагностической помощи, назначение лечения, мониторинг динамики лечения, направляет в специализированные офтальмологические

медицинские учреждения для оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Алгоритм действий врача



5.0 Факторы , влияющие на исход заболевания

C.trachomatis, *S.pneumoniae*, и нетипичные *H.influenza* вызывают в большинстве случаев бактериальный конъюнктивит; *N.gonorrhoeae* является редкой причиной КН.

7. Конъюнктура обычно инъецирована и имеются выделения
8. (водянистые или гнойные)
9. Следует проверить материал из конъюнктивы на наличие патогенов (в том числе гонореи и хламидий) используя посев, и иногда методы амплификации нуклеиновых кислот.
10. Следует назначить антибиотики активные в отношении возбудителя; новорожденные с гонококковой инфекцией должны быть госпитализированы
11. При ХКН следует назначить системную терапию
12. Конъюнктивит, вызванный химическими веществами, АКН может быть результатом применения антимикробных капель или нитрата серебра, назначенными при рождении для предотвращения бактериального конъюнктивита.
13. Если при ХКН и ГКН не применять системную терапию, не лечить её, то инфекция может поражать ЦНС и другие органы; осложниться в виде язв роговицы, что может привести к слепоте.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО
НОЗОЛОГИИ
«КОНЪЮНКТИВИТЫ НОВОРОЖДЕННЫХ»**

2.1. Введение:

Конъюнктивит новорожденных (КН) – представляет собой водянистое или гнойное поражение конъюнктивы глаз, вызванное химическими раздражителями или патогенными микроорганизмами.

Рутинным методом профилактики является использование противогонококкового местного лечения при рождении. Регулярное использование 0,5%-ной эритромициновой мази или 1%-ной тетрациклиновой глазной мази или капель, закапываемых в каждый глаз после родов, эффективно предотвращает гонококковую офтальмию. Однако ни один из этих препаратов не предотвращает хламидийную офтальмопатию; 2,5%-ные капли повидон-йода могут быть эффективны при хламидийной и гонококковой инфекциях.

2.2. Определение – профилактики или реабилитации:

Профилактика – это комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска.

Профилактическое здравоохранение (профилактическая медицина или профилактика) подразумевает под собой комплекс мер, направленных на предотвращение развития заболеваний, в отличие от их лечения болезней. Подобно тому, как здоровье охватывает различные физические и психические состояния, так и на болезнь и нетрудоспособность влияют факторы окружающей среды, генетическая предрасположенность, возбудители заболеваний и образ жизни. Профилактика заболеваний базируется на мероприятиях, которые могут быть классифицированы как первичные, вторичные и третичные меры профилактики.

Реабилитация определяется как «комплекс мероприятий, направленных на восстановление функциональных возможностей человека и снижение уровня инвалидности у лиц с нарушениями здоровья с учетом условий их проживания».

2.3. Виды профилактики:

Специфическая профилактика конъюнктивитов у новорождённых направлена на предотвращение заражения глаз патогенными микроорганизмами, такими как *Neisseria gonorrhoeae* (гонококк) и *Chlamydia trachomatis*. Основные меры профилактики разделяются на:

- антенатальную;
- интранатальную;
- постнатальную.

1. Антенатальная профилактика

- Обследование и лечение инфекций у беременной женщины (гонорея, хламидиоз, герпес и др.) до родов.
- Санитарное просвещение будущих родителей по вопросам личной гигиены и инфекционных заболеваний.

2. Интранатальная профилактика

- Стерильность и соблюдение санитарных норм в родильных домах.
- Использование стерильных инструментов и материалов при родоразрешении.

3. Постнатальная профилактика

Гигиенические мероприятия:

- Немедленное очищение глаз ребенка стерильным физраствором или кипяченой водой.
- Обработка глаз в родильном зале стерильной салфеткой.

Химическая профилактика:

Метод Креде (традиционно используется в ряде стран)

Современные альтернативы:

Эритромициновая (тетрациклиновая мазь 1%) мазь 0.5% — в конъюнктивальный мешок сразу после рождения (профилактика гонококковой и хламидийной инфекции — *рекомендовано CDC, Американской академией педиатрии*)

Роль грудного вскармливания:

Молозиво и грудное молоко содержат иммуноглобулины (IgA), которые защищают слизистые оболочки ребенка от патогенных микроорганизмов.

4. Мониторинг и контроль

- Наблюдение за новорожденным в первые дни жизни.
- В случае появления признаков конъюнктивита (гнойное отделяемое, покраснение глаз), немедленное обращение к педиатру или офтальмологу.
- Своевременная профилактика позволяет значительно снизить риск развития конъюнктивита и его осложнений у новорожденных.

В случае, если конъюнктивит вызван воздействием аллергена, нужно будет определить, что именно вызвало у малыша аллергию – это может быть шерсть животных, наполнитель подушки или матраса, средства для стирки. При этом надо устранить этот фактор.

Тем, кто живет рядом с ребёнком, а особенно тем, кто непосредственно занят уходом за новорожденным, необходимо больше уделять личной гигиене.

Перед обработкой глаз младенца нужно тщательно мыть руки с мылом.

Нельзя касаться поражённого глаза флаконом от лекарства.

Регулярное использование 1% хлорамфениколовая глазная мазь, 0,5%-ного эритромицина или 1%-ной мази тетрациклина или капель, закапываемых в каждый глаз после родов, эффективно предотвращает ГКН. Однако ни один из этих препаратов не предотвращает ХКН; 2,5%-ные капли повидон-йода (на водной основе) могут быть эффективны при ХКН и ГКН

Детям, рожденным от матерей с гонореей, не получавшим лечения, необходимо однократно ввести цефтриаксон в дозе 25–50 мг/кг внутримышечно или внутривенно, максимально до 125 мг (цефтриаксон не должен применяться у новорожденных с гипербилирубинемией или у тех, кто получает кальцийсодержащие жидкости); обоим – как матери, так и новорожденному – следует провести скрининг на хламидийную инфекцию, ВИЧ и сифилис.

2.4. Принципы проведения общественных профилактических мероприятий и индивидуальной профилактики:

Помимо первичной, вторичной и третичной профилактики, выделяют также индивидуальную и общественную профилактику болезней.

Индивидуальная профилактика - включает меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляет сам человек, и практически сводится к соблюдению норм здорового образа жизни, к личной гигиене, рациональному питанию и рациональному режиму труда и отдыха, активному занятию физической культурой.

Общественная профилактика – это социальные, воспитательные, санитарно-гигиенические, противоэпидемические и лечебных мероприятия, планомерно проводимые государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения.

3.0. Методы и процедуры реабилитации:

Цель реабилитации – это комплекс мероприятий, направленных на восстановление функциональных возможностей человека и снижение уровня инвалидности у лиц с нарушениями здоровья с учетом условий их проживания.

Факторы риска

Факторы риска конъюнктивита у новорождённых можно разделить на три основные группы: связанные с матерью, с родами и с уходом за новорождённым.

1. Факторы риска, связанные с матерью

- Инфекции, передающиеся половым путём (ИППП):
- *Neisseria gonorrhoeae* (гонорея).
- *Chlamydia trachomatis* (хламидиоз).
- Герпесвирусная инфекция.
- Трихомониаз.
- Отсутствие или недостаточное лечение ИППП во время беременности.
- Наличие бактериального вагиноза или кандидоза.
- Плохой доступ к медицинской помощи во время беременности.

2. Факторы риска, связанные с родами

- Естественные роды у матери с активной инфекцией (гонорея, хламидиоз, герпес и др.).
- Длительный безводный промежуток (>18 часов), увеличивающий риск инфицирования.
- Преждевременные роды, при которых иммунитет ребёнка ослаблен.
- Инвазивные процедуры в родах (например, использование щипцов или вакуум-экстракции).
- Несоблюдение правил асептики и антисептики при родах.

3. Факторы риска, связанные с новорождённым

- Недоношенность (ослабленный иммунитет и незрелость слёзных желёз).
- Травма глаз при родах (повышает риск инфицирования).
- Ослабленный иммунитет (например, у детей, родившихся от матерей с иммунодефицитом).
- Низкий вес при рождении.

4. Факторы риска, связанные с уходом за новорождённым

- Отсутствие своевременной профилактической обработки глаз.
- Несоблюдение гигиенических норм при уходе за ребёнком.
- Контакт с инфицированным медицинским персоналом или родственниками.

3.1 Диспансерное наблюдение

Реабилитация новорожденных после конъюнктивита включает комплекс мероприятий, направленных на восстановление здоровья глаз и предотвращение рецидивов.

Основные аспекты реабилитации:

1. Контроль у офтальмолога

- Регулярные осмотры для оценки состояния глаз.
- Контроль за заживлением тканей и отсутствием осложнений (например, дакриоцистита или кератита).

2. Гигиена глаз

- Уход за глазами с использованием стерильных ватных тампонов, смоченных физраствором или заваренным и охлажденным чаем.
- Мытье рук перед уходом за ребенком.

3. Медикаментозная поддержка (по назначению врача):

- Использование капель или мазей с увлажняющим эффектом (например, с декспантенолом).
- В случае остаточного воспаления могут быть рекомендованы препараты с противовоспалительным действием.

4. Укрепление иммунитета

- Полноценное питание матери (при грудном вскармливании) или правильный подбор смеси.
- Поддержание комфортного микроклимата (влажность 50-60%, температура 20-22°C).
- Регулярные прогулки на свежем воздухе.

5. Профилактика рецидивов

- Обучение родителей правилам ухода за новорожденным.
- Исключение контакта с потенциальными источниками инфекции.
- Мониторинг состояния слезного канала (при необходимости — массаж для устранения непроходимости).

6. Физиотерапия (при необходимости):

- Легкий массаж области слезного мешка для улучшения дренажа слез.
- Возможно использование безопасных физиотерапевтических процедур (по назначению врача).
- Если конъюнктивит был вызван инфекцией (например, Chlamydia или Gonococcus), важно убедиться в её полном излечении и, при необходимости, провести профилактику для матери.

4.0 Организационные аспекты протокола:

4.1. информация об отсутствии конфликта интересов: **конфликта интересов – нет**

4.2. данные экспертов (специалистов республики и зарубежных стран):
Закирходжаев Рустам Асралович – д.м.н., доцент кафедры офтальмологии Ташкентской Медицинской Академии.

4.3. указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности;

5.0 Список использованной литературы:

1. Нероев В.В., Вахова Е.С. Заболевания конъюнктивы // в кн.: Офтальмология. Национальное руководство/ Под редакцией Аветисова С.Э., Егорова Е.А., Мошетовой Л.К., Нероева В.В., Тахчиди Х.П., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С.418. [Офтальмология \(mededtech.ru\)](http://mededtech.ru)
2. Сайдашева Э.И., Малиновская Н.А., Панчишена В.М. Инфекционно-воспалительные заболевания глаза и его придаточного аппарата в неонатальном возрасте // Учебное пособие для врачей – СПб: Изд. СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2018. – 40 с. [Инфекционно-воспалительные заболевания глаза и его придаточного аппарата в неонатальном возрасте \(2018\) — книга автора Сайдашева Эльвира Ирековна | НЭБ \[000199 000009 010023394\] \(rusneb.ru\)](http://rusneb.ru)
3. Арестова Н.Н., Катаргина Л.А., Яни Е.В. Конъюнктивиты и дакриоциститы у детей: клиническая характеристика, современные возможности лечения // Рос. педиатр. офтальмол. – 2016. – Т. 11. – №4. – С. 200-206. [Конъюнктивиты и дакриоциститы у детей: клиническая характеристика, современные возможности лечения - Арестова - Российская педиатрическая офтальмология \(rcsi.science\)](http://rcsi.science)

4. Катаргина Л.А., Арестова Н.Н. Конъюнктивиты и дакриоциститы // в кн.: Неонатология. Национальное руководство / Под ред. акад. РАМН Н.Н. Володина, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 750-761. [Конъюнктивиты и дакриоциститы у детей: клиническая характеристика, современные возможности лечения – тема научной статьи по клинической медицине читайте бесплатно текст научно-исследовательской работы в электронной библиотеке КиберЛенинка \(cyberleninka.ru\)](#)
5. Ocular inflammatory disease //Ed. J.J. Kanski, C.E. Pavesio, S.J. Tuft. – Elsevier Mosby, 2006. – P, 38 – 42 31 [Ocular inflammatory disease : Kanski, Jack J : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive](#)
6. Lohr JA, Austin RD, Grossman M, Hayden GF, Knowlton GM, Dudley SM. Comparison of three topical antimicrobials for acute bacterial conjunctivitis. [Comparison of three topical antimicrobials for acute bacterial conjunctivitis - PubMed \(nih.gov\)](#)
7. Kaufman HE. Adenovirus advances: new diagnostic and therapeutic options.// Curr. Opin.Ophthalmol. [Adenovirus advances: new diagnostic and therapeutic options - PubMed \(nih.gov\)](#)
8. Н.Е.Кaufman Ocular inflammatory disease. [OCULAR INFLAMMATORY DISEASE - PubMed \(nih.gov\)](#)
9. Бржеский В.В., Иванова Д.О. Неонатальная офтальмология. Руководство для врачей / Под ред. Проф. В.В.Бржеского, проф. Д.О.Иванова, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – С. 115-124. <https://ovis.ru/ru/library/book-neonatal-ophthalmology-2020-brzheskiy-vladimir/>
- 10.Крейг Хойт, Дэвид Тейлор. Детская офтальмология. //Под редакцией Е. И.Сидоренко – Издательство Панфилова, 2015. – С. 39-46. <https://www.labyrinth.ru/books/586168/>
- 11.Труфанов С.В., Рикс И.А. Конъюнктивиты. Учебное пособие / Издательство – Эко-вектор, 2023. – С. 32-38.
- 12.<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%8A%D1%8E%D0%BD%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%B8%D1%82-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D1%84-2021/16899> - Клинические рекомендации Российской Федерации / 2021.
- 13.Авторы:Brenda L. Tesini MD, University of Rochester School of Medicine and Dentistry - Неонатальный конъюнктивит. / 2022. <https://www.msmanuals.com/ru/professional/%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B7%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D0%B2->

[%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BE%D0%B4%D0%B5-%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B6%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8/%D0%BD%D0%B5%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9-%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%8A%D1%8E%D0%BD%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%B8%D1%82](#)

14. Казинская Н.В., Евграфов В.Ю., Ильинская И.А. Вирусные конъюнктивиты у детей: особенности течения и лечения. / РНИМУ им. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия //2022.
<https://clinopht.com/upload/iblock/f7a/f7a8932e9369015f57a35e23dc473897.pdf>
15. Leibowitz H.M. The red eye //N.Engl.Med. – 2000. – v.343(5). – P.345 – 351.
[The red eye - PubMed \(nih.gov\)](#)
16. <https://mediqlab.com/>
17. Майчук Ю.Ф. Алгоритмы терапии бактериальных конъюнктивитов и кератитов // Справочник поликлинического врача. – 2005. - №4. – С.73
18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541034/>
19. [Конъюнктивит > Клинические рекомендации РФ 2021 \(Россия\) > MedElement](#)
20. A Meta-analysis of the Efficacy of Ocular Prophylactic Agents Used for the Prevention of Gonococcal and Chlamydial Ophthalmia Neonatorum. Journal of Midwifery & Women's Health, 55(4), 319–327.