

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
КОНЈУНКТИВИТИС

Член 1

Со ова упатство за практикување на медицината, заснована на докази се пропишува медицинското згрижување при постоење на конјунктивитис.

Член 2

Начинот на третман на конјунктивитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на згрижување на конјунктивитис, по правило, согласно со ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот, може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-9362/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

КОНЈУНКТИВИТИС

МЗД упатство
23.8.2010

- Основни податоци
- Етиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Третман
- Особени проблеми
- Дакриоциститис

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Диференцирање на конјунктивитис од следниве состојби кои бараат испитување и третман од офталмолог:
 - Иритис.
 - Кератитис.
 - Благ напад на глауком.
- Кај малите деца кои се јавуваат на преглед заради секреција од очите, да се прегледаат ушите. Многу од нив имаат и воспаление на средното уво.
 - Да се идентифицира постоење на алергиски конјунктивитис за да се избегне непотребната употреба на локални антибиотици.

ЕТИОЛОГИЈА

- Бактерии
 - Пневмококи, хемофилус, хламидија, менингококи, гонококи, стафилококи, мораксела и Е. Коли, итн.
- Вируси
 - Аденовируси, *Herpes simplex* вирус, molluscum contagiosum.
- Габички
 - *Candida albicans*.
- Атопија
- Хемиски конјунктивитис
 - Локално дадени лекови, изложеност на др. Фактори.
- Суво око

СИМПТОМИ

- Секреција од очите.
- Залепени очни капаци наутро.
- Чувство на присуство на туѓо тело.
- Печење.
- Чешање, обично поврзано со алергиска реакција.
- Ретко фотофобија (обично е симптом на иритис).

ДИЈАГНОЗА

- Доколку пациентот има гнојна секреција од очите, речиси е сигурно дека дијагнозата е бактериски или вирусен конјунктивитис.
- Кај возрасните, појавата на залепени очни капаци наутро е силен индикатор за бактериски конјунктивитис, додека свработ и историја за конјунктивитис ја намалуваат веројатноста за бактериска причина (ннд-С).
- Ако нема гнојна секреција или количината на секрецијата е многу оскудна, треба да се бараат докази за решавање на диференцијалната дијагноза во:
 - Доколку пациентот истовремено има и воспаление на горните дишни патишта, најверојатно има вирусен или бактериски конјунктивитис.
 - Ако пациентот има атопија истовремено со други алергиски симптоми (чиста ринореја, продолжена кашлица, атопичен егзем), пациентот, најверојатно, има алергичен конјунктивитис. Изложеноста на полен или на животни не е секогаш очигледен од историјата на болеста. Мукозната секреција како тенки нитки се јавува само кај алергискиот конјунктивитис.
- Воспаление со оскудна гнојна секреција или без секреција може да се смета како конјунктивитис ако пациентот ги нема следниве симптоми коишто сугерираат постоење на кератитис, иритис, еписклеритис или акутен глауком:
 - Силна болка во окото.
 - Осетливост на светло (се јавува кај иритис и, понекогаш, кај алергичниот конјунктивитис).
 - Болна осетливост при притисок.
 - Намалена видна острина.
 - Корнеа која е заматена, точкеста или со улцерации.
 - Тесна или деформирана пупила.
- Доколку пациентот има еден или повеќе од погоре наброените симптоми, окото мора да биде подетално прегледано:
 - Инспекција на корнеата пред и по флуоресцин.
 - Видна острина.
 - Мерење на интраокуларниот притисок со тонометар (кога не постои сомневање за улкус на рожницата).
 - Кај тежок конјунктивитис се зема брис за бактериолошка култура.
 - Ако образот или капакот е црвен или ако окото е затворено заради едем, треба да се разгледа можноста за целулитис (1).

ТРЕТМАН

- Чистењето е од суштинска важност: целиот видлив секрет треба да се отстрани.
- Пурулентниот конјунктивитис (предизвикан од вируси или од бактерии) треба да се третира со топикални антибиотски препарати (ннд-В).
- Лекот од прв избор е хлорамфеникол. Капките се даваат (4–)6–8 пати дневно, а очна маст се става преку ноќта.
- Други лекови:
 - Фусидинска киселина (капки и маст) има предност, бидејќи се дава само два пати дневно. Може да биде потешко да се применат во окото на дете кое одбива да ги прими отколку капките со хлорамфеникол кои се растворливи во вода или масти. Најлесниот начин да се дадат капките е да се капнат во внатрешниот агол на окото.
 - Капките, базирани на кинолон, не се лекови од прв избор.
- Траењето на третманот е една недела или сè додека пациентот не е без симптоми барем 2 дена.
- Бидејќи спонтаната резолуција е многу честа и кај пурулентниот конјунктивитис, употребата на антибиотици може да се намали со одложување на нивното препишување: на

пациентот му се дава рецептот, но се замолува да започне со капките само ако симптомите траат и по 2–3 дена.

- Акутниот конјунктивитис, придружен со вирусна респираторна инфекција, може да се третира со вештачки солзи.
- Алергичен конјунктивитис може да се третира со:
 - Основен лек се капки натриум хромогликат коишто превенираат атхерирање на алергенот за мукозните клетки.
 - Капките кои содржат 40mg/ml натриум хромогликат може да се користат за акутните симптоми.
 - Хромогликатот може да предизвика сувост на очите и чувство на присутно туѓо тело и затоа се препорачува да се додадат во третманот и вештачки солзи.
- Локални антихистаминици
- Не користете вазоконстрикторни капки.
- Тешките конјунктивални алергии се индицирани за испитување од офталмолог.

ПОСЕБНИ ПРОБЛЕМИ

- Доколку ефектот од лекувањето со капки изостане по една недела, треба да се разгледа дали пациентот можеби има:
 - Вирусна инфекција.
 - Инфекција, предизвикана од резистентен сој на бактерии (гонококна инфекција кај пациенти со обилна гнојна секреција).
 - Инфекција со хламидија која се манифестира како неонатален конјунктивитис кон крајот на првата недела по раѓањето на новороденчето или, кај возрасен, како фоликуларен, инклузорен конјунктивитис со мали жолти или просирни јазолчиња.
 - Стеноза на солзните патишта е честа причина за рекурентни конјунктивитиси кај деца помали од шест месеци.
 - Ентропион или ектропион (3), честа причина кај постари пациенти.
 - Сувост на очите.
 - Екссесивна вентилација, раст на микроби во вентилациониот систем.
 - Погрешна дијагноза.
- Доколку новороденчето има типични симптоми на хламидиски конјунктивитис, да се земе брис од детето и од мајката (со употреба на истата опрема како за земање на цервикален брис) и да се започне со перорална терапија со азитромицин за двајцата.
- Доколку кај возрасни пациенти имаме типичен инклузорен конјунктивитис, да се препише орален азитромицин или доксициклин и за пациентот и за неговиот/нејзиниот партнер.
- Во други случаи, особено со атипични или, пак, многу тешки симптоми, треба да се консултира офталмолог.

Дакриоциститис

- Хроничниот дакриоциститис ретко предизвикува секреција од окото.
- Болеста најчесто се јавува кај средовечни или кај постари жени.
- Притисокот на солзната кеса предизвикува истекување на воспалителен секрет од изводните солзни канали.
- Третманот се состои од локална терапија со антибиотици, а во подоцнежната фаза оперативен зафат за повторно востановување на опструираната врска на солзната вреќичка со назалната шуплина.
- Кај акутна инфекција се препишуваат орални антибиотици. Тешките симптоми може да бараат хируршка инцизија и дренажа.
- Неопходно е намалување на отокот на мукозата. Лекарот по општа пракса не треба да препишува кортикостероидни капки за оваа намена, но може да се употребат антихистаминици.

Автори: Едиторите

Article ID: ebm00834 (037.022)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines 23.8.2010, www.ebm-guidelines.com**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.**