

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АДЕНОВИРУСНЫМ КЕРАТОКОНЬЮНКТИВИТОМ**Л. А. Сухина**, д-р мед. наук, проф., **К. Э. Голубов**, канд. мед. наук, доц.,**А. Ф. Смирнова**, канд. мед. наук, доц., **Г. В. Котлубей**, асс.

Кафедра офтальмологии ФИПО, Донецкий национальный медицинский университет, Донецк, Украина

Наведені результати лікування аденовірусного (епідемічного) кератокон'юнктивіту у 55 пацієнтів. Вік пацієнтів — 18–57 років.

Вивчена ефективність застосування в комплексному лікуванні хворих препарату вирган (ганцикловір) і встановлено, що використання цього препарату при аденовірусному кератокон'юнктивіті сприяє зниженню клінічної важкості ураження рогівки, (резорбції її інфільтратів, прискоренню процесів епітелізації рогівки), а також скорочує термін лікування пацієнтів на 5–6 днів.

Ключевые слова: аденовирусный кератоконъюнктивит, диагностика, лечение.**Ключові слова:** аденовірусний кератокон'юнктивіт, діагностика, лікування.

ВВЕДЕНИЕ. Аденовирусные заболевания глаз остаются серьезной проблемой практической офтальмологии в связи с широким распространением и высокой частотой вспышек аденовирусной инфекции [2, 6, 7, 9].

Аденовирусные заболевания глаз (эпидемический кератоконъюнктивит и аденовирусный конъюнктивит) являются одной из ведущих причин временной нетрудоспособности у лиц работоспособного возраста [2, 6]. Особенностью терапии аденовирусных заболеваний глаз является отсутствие специфического противовирусного лечения и поэтому основное значение придается использованию интерферонов, различных иммунокорригирующих и противовоспалительных препаратов [1–5, 7–9].

Актуальным остается поиск простых, доступных к использованию в первичном звене офтальмологической службы методов лечения данного заболевания, а также новых методов экспресс-диагностики аденовирусных конъюнктивитов на самых ранних стадиях развития заболевания.

Целью исследования явилось изучение особенностей клиники и лечения больных аденовирусным кератоконъюнктивитом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Под наблюдением находились 55 пациентов в возрасте 18–57 лет с аденовирусным кератоконъюнктивитом, получавших лечение в глазном отделении ГБ № 19 г.Донецка. Мужчины и женщины среди наблюдаемых нами больных были представлены почти в одинаковом проценте. В зависимости от характера терапевтических мероприятий были выделены следующие группы исследуемых: первая (основная) — 25 больных, в лечение которых на фоне традиционно применяемых средств (назначение иммунокорригирующих, противовоспалительных, десенсибилизирующих средств для общего и местного применения) использовался вирган; вторая (контрольная) — 30 лиц, в лечении которых использовались только традиционно применяемые средства. Пациенты

обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту и характеру клинических проявлений заболевания.

Для ранней диагностики аденовирусной офтальмоинфекции проводился иммунохроматографический экспресс-тест PRS Adeno Detector, производства США. Тестирование проводил в кабинете врач-офтальмолог. С помощью коллектора забирали слезу и клетки конъюнктивы из нижней свода и помещали в пластиковую кассету. Абсорбирующую часть кассеты погружали в буфер на 15 секунд, далее время экспозиции составляло 10 минут. При наличии в исследуемом материале антигена аденовируса в специальном окне кассеты проявляются две красные полосы — сначала полоса анализа, затем контрольная полоса.

У пациентов первой группы использовался препарат (ганцикловір). Вирган (ганцикловір) является синтетическим нуклеозидным аналогом 2'-дезоксигуанозина. Механизм действия ганцикловира основывается на подавлении синтеза вирусной ДНК. Ганцикловір проникает в клетки, пораженные вирусом, и фосфорилируется вирусным ферментом тимидинкиназой до ганцикловір-монофосфата. Дальнейшая активация продолжается благодаря клеточным киназам. Лишенный тимидинкиназы аденовирус индуцирует синтез клеточных киназ, которыми и активируется противовирусный препарат, в результате чего происходит образование ганцикловір-трифосфата, который оказывает прямое конкурентное подавление вирусной ДНК-полимеразы; встраивается в вирусную ДНК, предотвращая таким образом её репликацию. Данный гель создан на основе карбомера, обеспечивающего длительный контакт препарата с поверхностью глаза, по сравнению с раствором. Благодаря хорошей растворимости активного компонента, вирган изготавливается в виде водного геля, содержащего 0,15 % ганцикловира. Уровень pH среды препарата (7,25) и осмолярность (300 мОсм) сравнимы с таковыми у нормальной слезы.

Глазной гель 0,15 % ганцикловира (вирган) назначался в виде инстилляций по одной капле 4–5 раз в сутки. Данный препарат использовался в комплексной терапии больных

основной группы с первого дня пребывания их в стационаре и назначался в течение 10–21 дней.

Критериями эффективности лечения служили сроки клинического выздоровления этой категории больных, включающего исчезновение отделяемого из конъюнктивальной полости, нормализацию конъюнктивы, резорбцию, либо замещение активных, слегка проминирующих эпителиальных и субэпителиальных инфильтратов плоскими помутнениями, повышение остроты зрения, сниженного вследствие заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Больные поступали в отделение в сроки от четырех дней до двух недель от начала заболевания. При этом значительное число лиц первой (28,0 %) и второй (23,3 %) групп, поступило на лечение по прошествии 7 и более дней после появления первых симптомов заболевания. В обеих группах наблюдалось отсутствие сезонности данной патологии. В трети случаев пациенты ранее получали курсы лечения, причем порой с необоснованным массивным назначением гормональных и антибактериальных препаратов, что и обусловило тяжесть клинической картины заболевания, развитие токсико-аллергических реакций и длительность дальнейшего лечения.

В исследовании иммунохроматографическим методом PRS Adeno Detector антиген аденовируса был обнаружен у 34 больных с острым конъюнктивитом из 36 исследуемых, т.е. у 94 %, что обусловило ранние сроки обращения пациентов.

В остром периоде заболевания общие клинические симптомы: повышение температуры тела, головная боль, недомогание, признаки поражения верхних дыхательных путей наблюдались соответственно у 84,0 % и 86,670 % лиц основной и контрольной групп.

У всех больных наблюдался отек кожи век, у половины из них он был резко выраженным. Данные изменения сопровождались отеком конъюнктивы. У пациентов основной и контрольной групп наблюдалась гиперемия слизистой век и глазного яблока, причем соответственно в 84,0 % и 90,0 % случаев она носила резко выраженный характер.

Геморрагические проявления заболевания наблюдались у 88,0 % больных первой и у 83,33 % во второй группе. Надо отметить, что наиболее часто диагностировались точечные кровоизлияния (72,0 % и 70,0 %). Обширные кровоизлияния наблюдались значительно реже (16,0 % и 16,7 %). Геморрагии локализовались преимущественно в области верхнего века и переходных складок.

Фолликулез слизистой, который наблюдался у 84,0 % больных основной и 83,33 % контрольной группы, почти в двух третях наблюдений локализовался в области переходной складки, а в остальных случаях мелкие поверхностные фолликулы отмечались на всей поверхности слизистой век.

Изменения со стороны роговицы появлялись на 5–12 день заболевания. Поражение роговицы

проявлялось развитием отека и инфильтратов на фоне снижения её чувствительности. Эпителиальные инфильтраты (основная группа – 24,0 %, контрольная – 23,33 %) были мелкими и располагались беспорядочно по всей поверхности роговицы. Причем сначала наблюдалось их появление на периферии роговицы, а в дальнейшем в ряде случаев отмечалось постепенное увеличение числа инфильтратов в оптической части, что приводило к снижению остроты зрения. Смешанные (эпителиально-субэпителиальные) инфильтраты в виде сливных монетовидных инфильтратов наблюдались реже – у 28,0 % и 33,33 % больных основной и контрольной групп. Субэпителиальные инфильтраты были зафиксированы в 44,0 % и 43,33 % наблюдений. У четырех их 12 больных первой группы и двух из 8 второй группы на фоне глубокого поражения роговицы отмечались признаки развития отека радужки и формирования задних синехий.

У наблюдаемых нами лиц двустороннее поражение глаз наблюдалось чаще (1 группа – 72,0 %, 2 группа – 66,7 %), чем монокулярное (1 группа – 28,0 % и 2 группа – 33,3 %). Почти у всех больных отмечалась асимметрия клинической картины поражения роговицы на правом и левом глазу. Следует отметить, что почти у половины больных изменения роговицы на позже заболевшем парном глазу протекали в более легкой форме.

Анализ клинической картины поражения глаз у больных аденовирусным кератоконъюнктивитом показал, что статистически значимых различий в характере офтальмоскопического статуса у лиц основной и контрольной групп не зафиксировано.

Клинические наблюдения показали, что при использовании в комплексном лечении больных аденовирусным кератоконъюнктивитом препарата вирган на фоне традиционно применяемых средств положительный эффект отмечался уже в первые дни лечения. Пациенты основной группы в среднем на 2–4 дня раньше отмечали уменьшение жалоб на слезотечение, светобоязнь, ощущение инородного тела в глазу, чем больные контрольной группы.

В первой группе больных исчезновение отделяемого из конъюнктивальной полости, нормализация конъюнктивы наблюдались на 5–6 дней раньше, чем во второй группе.

У пациентов первой группы начальные признаки эпителизации роговицы при наличии эпителиальных и смешанных инфильтратов зарегистрированы на 2–3 день лечения, а сроки полной эпителизации составляли от 3 до 10 суток, средний срок резорбции роговичного отека составил 5–7 дней. У лиц контрольной группы отек роговицы соответственно исчезал на 7–10 суток, признаки эпителизации роговицы появлялись в более поздние сроки от начала лечения (4–6 день), а полная

ее эпителизация отмечалась на 12–16 день. Резорбция, либо замещение активных, слегка проминирующих эпителиальных и субэпителиальных инфильтратов плоскими помутнениями в основной группе пациентов, у которых в комплексном лечении назначался вирган, протекала на 5–7 дней быстрее чем в группе лиц, у которых данный препарат не использовался.

Длительность лечения в основной группе составляла от 10 до 15 дней. Сроки лечения у лиц, не получаавших вирган, колебались от 15 до 22 дней.

Сравнение с результатами лечения лиц основной группы показало, что в контрольной группе удлинялись сроки начала и полной эпителизации роговицы на 4–5 дней, отмечались также и более длительные в среднем на 5–8 суток сроки резорбции роговичного отека и инфильтрации.

В процессе лечения повышение остроты зрения наблюдалось у 92,0 % лиц основной и 83,3 % лиц контрольной групп. Сниженная острота зрения у пациентов обеих групп объяснялась помутнениями роговицы в области воспалительных очагов, расположенных в оптической ее зоне.

ВЫВОДЫ

1. Использование в комплексном лечении больных с аденовирусным кератоконъюнктивитом препарата вирган способствует снижению клинической тяжести поражения роговицы (сокращение сроков эпителизации роговицы, резорбции инфильтратов) и сокращает сроки лечения пациентов на 5–6 дней.

2. Вирган является безопасным и эффективным средством для лечения эпидемического кератоконъюнктивита.

OUR EXPERIENCE OF DIAGNOSTICS AND THERAPY OF THE PATIENTS WITH ADENOVIRAL KERATOCONJUNCTIVITIS

Sukhina L., Golubov K., Smirnova A., Kotlubey G.
Donetsk, Ukraine

The paper analyses the clinical course of adenoviral keratoconjunctivitis of 55 patients aged from 18 to 57. The significance of virgan in complex rehabilitations treatment of patients with epidemical keratoconjunctivitis was studied. The 1st group included 25 patients (25 eyes) who were treated with virgan. The 2nd group consisted of 30 patients (30 eyes) and served as a control treated by traditional methods. The usage of virgan in a complex treatment of patients with adenoviral keratoconjunctivitis is pathogenetically grounded, and this method can be recommended to be included into clinical ophthalmology.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Майчук Ю. Ф.** Оптимизация терапии болезней глазной поверхности. Офтальмофон. — М., 2010. — 113 с.
2. **Майчук Ю. Ф.** Вирусные заболевания глаз. — М., 1981. — 272 с.
3. **Майчук Ю. Ф., Казаченко М. А., Поздняков В. И.** и соавт. Новые препараты в терапии вирусной инфекции глаз // Сборник трудов VI Российского Национального Конгресса «Человек и Лекарство». — 1999. М. — С. 310.
4. **Майчук Ю. Ф., Яни Е. В.** Новые глазные капли интерферона «Локферон» в лечении аденовирусных заболеваний глаз // Вестник офтальмологии. — 1999. — Том 115. — № 2. — С. 32–33.
5. **Майчук Ю. Ф., Гапонюк П. Я., Гулиева М. Г.** и соавт. Офтальмоферон — первый препарат интерферона в виде стабильных глазных капель // Рефракционная хирургия и офтальмология. — 2004. — Том 4, № 3. — С.54–59.
6. **Сорокина Л. Ю., Удовенко О. Б., Колесникова М. А.** Об особенностях эпидемии аденовирусного конъюнктивита в Рязанской области в 2009 // Тез. докл. IX съезда офтальмологов России. — Москва 16–18 июня, 2010. — М., 2010. — С.371
7. **Сомова В. В., Нестеренок Е. И., Широкова Н. В.** Эпидемический кератоконъюнктивит. Современные подходы к лечению // «Федоровские чтения — 2009». — М., 2009. — С.103–104
8. **Яни Е. В.** Клиника и лечение гиперэргического эпидемического конъюнктивита // XVII Рос. нац. конгресс «Человек и лекарство». — М., 2010. — С.176
9. **Яни Е. В.** Тактика терапии при гиперэргическом эпидемическом кератоконъюнктивите // Тез. докл. IX съезда офтальмологов России. — Москва 16–18 июня, 2010. — М., 2010. — С.379

Поступила 11.05.2011.

Рецензент д-р мед. наук В. Я. Усов