

## ОРИГІНАЛЬНА СТАТТЯ

УДК 615.37:617.713-002:159.9.072.422

# КОМПЛАЕНС ПАЦІЄНТА ЯК ФАКТОР ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ДЕРЕВОПОДІБНОГО ГЕРПЕТИЧНОГО КЕРАТИТУ



Павленко Дмитро Олександрович,  
dmytropavlenko@mail.ua

Павленко Д. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

**Резюме.** На клінічному прикладі рецидивуючого перебігу деревоподібного герпетичного кератиту показана важлива роль комплаенса як фактора ефективності терапії хворого. У даному клінічному випадку пацієнт поступив з рецидивом поверхневого епітеліального деревоподібного герпетичного кератиту правого ока. Зниження комплаенсу пацієнта призвело до ускладненого перебігу захворювання у вигляді повторного рецидиву з утворенням виразки рогівки та подальшим розвитком парацентрально помутніння рогівки і зниженням гостроти зору пацієнта. Саме за рахунок комбінованого лікування та підвищення рівня комплаенса вдалося стабілізувати перебіг герпетичного кератиту та запобігти ускладненням. Отже, при призначенні комплексу лікування необхідно звертати увагу на дотримання комплаенсу пацієнтом.

**Ключові слова:** герпетичний кератит, ускладнення герпетичного кератиту, комплаєнс пацієнта, ефективність лікування.

Навіть найбільш ефективні препарати не будуть працювати в пацієнтів, які їх не приймають.  
(Еверетт Куп, американський військовий хірург,  
полковник)

**Актуальність.** Щорічно в світі реєструється до 10 млн. хворих на офтальмогерпес [10, 15, 16, 38]. Герпетичний кератит (ГК) займає особливе місце серед захворювань переднього відділу ока запального характеру, оскільки з вірусом простого герпесу (ВПГ) пов'язано 66,8 % всієї патології рогівки, 55,1% всіх виразкових її уражень і більше 60% рогівкової сліпоті [10, 17]. ВПГ є причиною розвитку кератиту у 50% дорослих хворих і у 70-80 % дітей [6]. Було встановлено, що для ГК у 20–75% випадків є характерним рецидивуючий перебіг [5, 9, 10]. Тому інфекції, які зумовлені ВПГ, є значною і поширеною в усьому світі проблемою громадської охорони здоров'я [37].

Розрізняють первинні та постпервинні герпетичні запальні процеси в рогівці. Первинні розвиваються при першій зустрічі організму з вірусом, коли в крові ще немає специфічних антитіл. У першому півріччі життя дитина захищена від інфекції антитілами, які одержує від матері, тому інфікування трапляється в період від 6

місяців до 5 років. Первинний ГК починається гостро, перебіг тяжкий, тривалий, нерідко на фоні грипу або інших простудних захворювань. Постпервинні ГК виникають, коли порушується рівновага між наявними в організмі вірусами та рівнем антитіл, тому у хворих відмічається слабкий титр антигенів. Вони зазвичай протікають підгостро і є проявом хронічного захворювання.

За характером клінічних проявів виділяють поверхневі та глибокі форми ГК. Поверхневі форми включають везикульозний герпес рогівки, деревоподібний, ландкартоподібний і крайовий кератити. Глибокі (стромальні) форми ГК відрізняються від поверхневих поширенням запального процесу в глибокі шари рогівки і залучення в нього райдужки та війкового тіла. До них відносять метагерпетичний, дископодібний та дифузний стромальний кератити [6].

Нині вивчено основні ланки етіопатогенезу, особливості клініки та розроблено схеми лікування ГК, але недостатньо досліджено роль комплаенсу пацієнта в перебігу ГК.

Комплаєнс – термін для позначення точності дотримання хворим рекомендацій лікаря: правильності прийому ліків, виконання процедур, проходження дієти, обмеження шкідливих звичок тощо.

Досить часто успішна медикаментозна терапія захворювань залежить не лише від правильного призначення лікарем препаратів, але й від дотримання пацієнтом лікарських рекомендацій, тобто комплаєнсу. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно половина хронічних хворих не повністю дотримуються лікарських призначень та рекомендацій, близько 50% пацієнтів переривають терапію протягом 6 місяців від її початку, і лише 15% продовжують лікування впродовж року [31, 42].

**Мета роботи:** визначити роль комплаєнсу пацієнта в лікуванні деревоподібного герпетичного кератиту на клінічному прикладі.

**Матеріали та методи дослідження.** В якості клінічного випадку представлено результати клініко-лабораторних досліджень пацієнта А., 60 р., який поступив до офтальмологічного відділення Олександрійської міської лікарні №1 Кіровоградської області 5.12.14. зі скаргами на світлобоязнь, слезотечу, почервоніння та зниження зору на праве око. Початок захворювання хворий пов'язує з перенесеним ГРВІ, яку не лікував. Хворіє протягом тижня. З анамнезу відомо, що пацієнт хворів на герпесвірусний кератит правого ока в 2003 та 2008 рр.

Офтальмологічне обстеження хворого проводили за стандартним протоколом – визначення гостроти зору з максимальною оптичною корекцією, біомікроскопія, периметрія, пневмотонометрія, офтальмоскопія, авторефрактометрія.

**Результати та обговорення.** Об'єктивно: очна щілина правого ока звужена, слезотеча, перикорнеальна ін'єкція судин очного яблука, парацентрально на рогівці в світлі щілинної лампи візуалізуються ділянки ураження рогівкового епітелію, які утворюють фігуру гілки дерева. При фарбуванні водним 1% розчином флюоресцеїну візуалізується профарбовування у вигляді гілки. Передня камера середньої глибини, вміст прозорий. Зіниця округлої форми, середньої ширини, реакція зіниці на світло жвава. Колір та малюнок райдужки не змінені. Факосклероз кришталика. На очному дні диск зорового нерва

блідо-рожевий з чіткими контурами, макулярна ділянка без особливостей, артерії звужені.

Поле зору в межах норми.

Об'єктивно: Visus OD = 0,2 н/к. Visus OS = 0,9 з sph + 0,75 D = 1,0

Авторефрактометрія:

OD: sph +2,25 cyl -4,12 ax 52°;

OS: sph +0,75 cyl -0,37 ax 108°.

Пневмотонометрія: внутрішньоочний тиск (ВОТ) правого ока 17 мм рт. ст., лівого ока – 18 мм рт. ст.

У загальному аналізі крові лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, лімфоцитоз, прискорення ШОЕ.

Імуноферментний аналіз на антитіла до вірусу простого герпесу:

ВПГ IgG = 17,81 Од – результат позитивний

ВПГ IgM = 12,4 Од – результат позитивний

На основі анамнезу, скарг хворого, даних об'єктивного обстеження, лабораторних досліджень хворому було поставлено діагноз: поверхневий епітеліальний деревоподібний герпетичний кератит правого ока, рецидив.

Хворому призначено: окоферон по 1–2 краплі за схемою, окомістин по 1–2 краплі 4 разів на день, флоксал по 1–2 краплі 6 разів на день, мазь зовіракс 3% 5 раз на день. Таблетки ацикловір по 2 таблетки 4 рази на день.

Через 7 днів скарги у хворого були відсутні, при об'єктивному обстеженні спостерігається незначна перикорнеальна ін'єкція судин очного яблука, на рогівці парацентрально візуалізується помутніння у вигляді гілки дерева, яке профарбовується розчином 0,1% флюоресцеїну, але значно меншого розміру, порівняно з початковим станом. Від подальшого лікування пацієнт відмовився і самовільно залишив очне відділення 12.12.14.

28.12.14. Пацієнт знову звернувся до офтальмологічного відділення зі скаргами на світлобоязнь, слезотечу, почервоніння, різь, зниження зору на праве око. З 12.12.14 по 28.12.14 хворий ніякого лікування не отримував.

Об'єктивно: очна щілина правого ока звужена, слезотеча, світлобоязнь, змішана ін'єкція судин очного яблука, парацентрально на рогівці в світлі щілинної лампи візуалізуються ділянка дефекту рогівкового епітелію. При фарбуванні водним 1% розчином флюоресцеїну спостерігається дефект епітелію у вигляді овалу розмірами 5x7 мм.



Мал. 1. Біомікроскопія правого ока хворого А., 60 р., при поступленні до офтальмологічного відділення 05.12.14. Спостерігається звуження очної щілини правого ока, перикорнеальна ін'єкція судин очного яблука, на рогівці – парацентрально ділянки ураження рогівкового епітелію, які утворюють фігуру гілки дерева.



Мал. 2. Зовнішній вигляд хворого 12.12.14 після 7-денного лікування. Спостерігається незначна перикорнеальна ін'єкція судин очного яблука, на рогівці – парацентрально помутніння у вигляді гілки дерева, яке профарбовується розчином 0,1% флюоресцеїну.

Об'єктивно:

VOD: 0,08 нк. VOS: 0,9 sph +0,75=1,0.

Аutoreфрактометрія:

OD: sph +4,25 cyl -5,620 ax 59°;

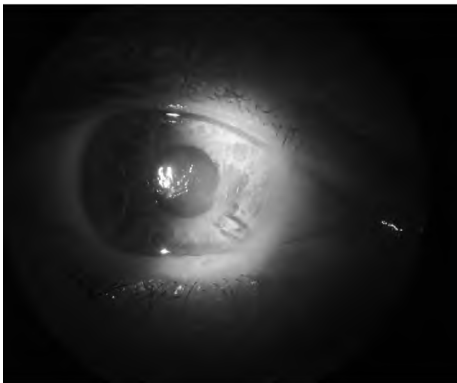
OS: sph +1,87 cyl -0,37 ax 105°

Пневмотонометрія: ВОТ правого ока 15 мм рт. ст., лівого ока – 18 мм рт. ст.

Хворого госпіталізовано в офтальмологічне відділення з діагнозом: герпетичний кератит правого ока, рецидив, ускладнений виразкою рогівки.

Призначено лікування: окоферон по 1-2 краплі 6 разів за схемою, тобрекс по 1-2 краплі 5 разів на день, тропікамід 1% по 1-2 краплі 3 рази на день, мазь зовіракс 3% 5 разів на день. Зовіракс 800 мг внутрішньовенно 1 раз на день. Цефтріаксон по 1,0 г внутрішньом'язево 2 рази на день. Ванкоміцин 25 мг субкон'юнктивально 1 раз на день. На праве око одягнена бандажна м'яка контактна лінза.

Через 10 днів стан хворого значно покращився, хворий пред'являє скарги на помірний дискомфорт правого ока, незначну сльозотечу.



Мал. 3. Біомікроскопія правого ока пацієнта А., 60 р. 12.01.15. Спостерігається помірна перикорнеальна ін'єкція судин правого очного яблука, спостерігається помутніння рогівки в парацентральної ділянці, при фарбуванні 0,1% розчином флуоресцеїну профарбовується дефект епітелію у вигляді вертикальної вузької смужки. Одягнена бандажна м'яка контактна лінза.

Об'єктивно: помірна перикорнеальна ін'єкція судин правого очного яблука, на рогівці парацентрально ділянка дефекту рогівкового епітелію зменшилася – при фарбуванні 0,1% розчином флуоресцеїну профарбовується дефект епітелію 3x5 мм.

Об'єктивно: VOD: 0,3 нк. VOS: 0,9 sph +0,75=1,0

OD: sph +3,50 cyl -4,00 ax 44°;

OS: sph +1,87 cyl -0,67 ax 78°.

Хворому рекомендовано продовжити лікування протягом 7 днів під наглядом офтальмолога в поліклініці за місцем проживання.

При огляді 12.01.15. хворий скарг не пред'являє.

Об'єктивно: VOD: 0,3 нк. VOS: 0,9 sph +0,75=1,0

Аutoreфрактометрія:

OD: sph +3,25 cyl -3,50 ax 52°;

OS: sph +1,87 cyl -0,87 ax 79°.

Пневмотонометрія: ВОТ правого ока 17 мм рт. ст., лівого ока – 18 мм рт. ст.

Об'єктивно: помірна перикорнеальна ін'єкція судин правого очного яблука, спостерігається помутніння рогівки в парацентральної ділянці, при фарбуванні 0,1% розчином флуоресцеїну профарбовується дефект епітелію у вигляді вертикальної вузької смужки. Хворому рекомендовано окоферон по 1-2 краплі 4 рази на день, тропі-



Мал. 4. Біомікроскопія правого ока пацієнта А., 60 р. 27.01.15. Спостерігається парацентрально помутніння рогівки 3x5 мм.

ікамід 1% по 1-2 краплі 3 рази на день, тобрекс по 1-2 краплі 4 рази на день, мазь зовіракс 5 разів на день упродовж 2 тижнів. Рекомендовано наступний огляд в лікаря-офтальмолога через 2 тижні. Знову одягнено бандажну м'яку контактну лінзу.

27.01.15. Хворий скарг не пред'являє.

Об'єктивно: VOD: 0,4 нк. VOS: 0,9 sph +0,75=1,0

Аutoreфрактометрія:

OD: sph +2,50 cyl -2,62 ax 60°;

OS: sph +1,87 cyl -0,87 ax 79°.

Пневмотонометрія: ВОТ правого ока 17 мм рт. ст., лівого ока – 18 мм рт. ст.

При огляді праве очне яблуко спокійне, помутніння рогівки в парацентральної ділянці 3x5 мм, при фарбуванні 0,1% розчином флуоресцеїну рогівка не профарбовується. М'яку контактну лінзу знято. З хворим проведено бесіду, дані рекомендації уникати переохолодження, перегрівання, стресових ситуацій.

**Висновки.** Зниження комплаєнсу пацієнта призвело до ускладненого перебігу захворювання у вигляді рецидиву з розвитком помутніння рогівки і зниженням гостроти зору пацієнта.

При призначенні комплексу лікування необхідно звертати увагу на дотримання комплаєнсу пацієнтом, оскільки це значним чином може вплинути на якість лікування.

Таким чином дотримання пацієнтом комплаєнсу має значну роль у лікуванні хворих, зокрема на ГК.

#### Конфлікт інтересів.

Автор заявляє, що не має конфлікту інтересів, який може сприйматися таким, що може завдати шкоди неупередженості статті.

#### Джерела фінансування.

Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Аведисова, А.С. От некомплайенса к отказу от психофармакотерапии / А.С. Аведисова, В.И. Бородин // Психиатрия и психофармакотерапия. 20056. – Т. 7. – № 6. – С. 316–318.
2. Банищков Ф. Р. Комплайенс в психиатрии: реальность и перспективы / Ф. Р. Банищков // Обзорные психиатрии и мед. психологии. – 2006. – Т.3., № 4. – С. 60 – 68.
3. Богданова Т. Ю. Особенности течения офтальмогерпеса у лиц пожилого и старческого возраста // 1999–Актуальные проблемы клинической офтальмологии. – С. 93–94.
4. Воробьева О.К. Оценка эффективности применения комплексной противовирусной терапии у больных с офтальмогерпесом // 2003. – С. 162–164.
5. Гайдамака, Т.В. Особенности состояния кровообращения глаза и мозга у больных рецидивирующими герпетическими кератитами / Т.В. Гайдамака, В.С. Понаморчук, И.И. Храменко // Офтальмологический журнал. – 2000. – №1. – С. 62–65.
6. Глазные болезни. Основы офтальмологии: учебник / [Э. С. Аветисов и др.]; под ред. В. Г. Копаевой. – М.: Медицина, 2012. – С. 226–231.
7. Данилов Д. С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д.С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10., № 1. – С. 13 – 20.
8. Исаков В. А. Герпесвирусная инфекция: Рекомендации для врачей. В. А. Исаков, С. Б. Рыбалкин, М. Г Романцов. – СПб., 2006. – 96 с.
9. Каспаров А.А. Офтальмогерпес. М.: Медицина, 1994. – 223 с.
10. Каспаров А.А. Современные методы лечения тяжелых инфекционных заболеваний розовицы. – Москва. IX Съезд офтальмологов России. Тезисы докладов. – 2010. – С.296–298
11. Каспаров А.А. Современные тенденции в лечении герпесвирусных поражений розовицы // Тезисы докладов юбилейного симпозиума “Актуальные проблемы офтальмологии”. – М.: Экономика. – 2003. – С. 167–168.
12. Кремкова Е. В. Иммуномодулин в коррекции герпетического кератита у лиц пожилого возраста // Клиническая геронтология. – 2008. – Т. 14. – № 7. – С. 42–43.
13. Лесная Н. Н. Состояние проблемы комплайенса при лечении больных хроническими заболеваниями / Н. Н. Лесная // Мед. психология. – 2009 – № 2 – 3. – С. 135–138.
14. Лутова Н.Б. Комплаенс в психиатрии и способ его оценки / Н.Б. Лутова, Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – № 1. – С. 8–12.
15. Майчук Ю. Ф. Офтальмоферон. Опыт расширения области применения при глазных болезнях. – М. – 2012. – С. 27 – 49.
16. Майчук Ю.Ф. Селективная противовирусная иммуномодулирующая терапия при герпетических кератитах // Клин. медицина. – 2001. – №9. – С. 70–71.
17. Майчук Ю.Ф. Фармакотерапия воспалительных заболеваний глаз вчера, сегодня, завтра. // Актуальные вопросы воспалительных заболеваний глаз. – М., 2001. – С.7–17
18. Мальханов В. Б. Дисбаланс уровней альфа- и гамма-интерферонов у больных герпетическим кератитом // Вопросы вирусологии. – Т. 53. – 2004. – № 4. – С. 35–38.
19. Мальханов В.Б. Офтальмогерпес: клиника, диагностика, лечение // Уфа. Изд-во: Рилем. – 1994. – 102 с.
20. Мальханов В.Б., Шеечук Н.Е., Зайнутдинова Г.Х. и др. Иммунный и гормональный статус больных герпетическим кератитом и коррекция его изменений // Метод. реком. – Уфа, 2001. – 22 с.
21. Незнанов Н. Г. Проблема комплайенса в клинической психиатрии / Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т.6., № 4. – С. 8–14.
22. Офтальмология: Нормативне виробничо-практичне видання. К.: МНІАЦ медичної статистики; МВЦ “Медінформ”, 2013. – 620 с. ISBN 966–8318–31–5
23. Полянская Н. К. Клинико-иммунологические аспекты комплексной терапии больных герпетическими кератитами // дис. канд. мед. наук, 2000.
24. Серебряная Н. Б., Егорова В. Н. Новые подходы к терапии герпесвирусной инфекции // Пособие для врачей. – 2007.
25. Сомов Е. Е. Герпетические и эпидемические вирусные кератоконъюнктивиты. – СПб.: Изд. ПМИ, 1996. – С. 3–38.
26. Халдин А. А. Местная терапия простого герпеса: PRO и CONTRA / А.А. Халдин, М. А. Самгин, Д. В Баскакова // Герпес. – 2007. – № 2. – С. 4–10.
27. Adhin MR, Grunberg MG, Labadie-Bracho M, Pawiroredjo J. Incidence of Alpha-Herpes virus induced ocular disease in Suriname. J Med Virol. Dec 2012;84(12):1937–42.
28. Aronson JK (2007). “Compliance, concordance, adherence”. Br J Clin Pharmacol 63 (4): 383–4. doi:10.1111/j.1365–2125.2007.02893.x. PMC 2203247. PMID 17378797.
29. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM (2001). “Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do”. British Journal of Clinical Pharmacology 51 (6): 615–622. doi:10.1046/j.0306–5251.2001.01401.x. PMC 2014493. PMID 11422022.
30. Bell JS, Airaksinen MS, Lyles A, Chen TF, Aslani P (2007). “Concordance is not synonymous with compliance or adherence”. Br J Clin Pharmacol 64 (5): 710–1. doi:10.1111/j.1365–2125.2007.02971.1.x. PMC 2203263. PMID 17875196.
31. Carter S, Taylor D, Levenson R. A question of choice – compliance in medicine taking a preliminary review. 3rd ed. Medicines Partnership Task Force, Department of Health; 2005.
32. Csonka GW, Coufalik ED. Chlamydial, gonococcal, and herpes virus infections in neonates. Postgrad Med J. 1977 Oct; 53(624): 592 – 594.
33. Fischer MA, Stedman MR, Lii J, et al. (April 2010). “Primary medication non-adherence: analysis of 195,930 electronic prescriptions”. J Gen Intern Med 25 (4): 284–90. doi:10.1007/s11606–010–1253–9. PMC 2842539. PMID 20131023.
34. Marinker and Shaw (15 February 2003). “Not to be taken as directed – Putting concordance for taking medicines into practice”. BMJ 326 (7385): 348–9. doi:10.1136/bmj.326.7385.348.
35. Marisa Torrieri, “Patient compliance: technology tools for physicians” Physicians Practice, September 2012.
36. “Medicines concordance (involving patients in decisions about prescribed medicines)”. National Institute for Health and Clinical Excellence. 3 March 2008.
37. Myron Yanoff, Jay S. Duker Ophthalmology. – 3rd ed. – Mosby Elsevier, 2009. – P. 279– 288.
38. Nesburn A.B., Burke R.L., Ghiasi H. et. al. A therapeutic vaccine that reduces recurrent herpes simplex virus type 1 corneal disease. // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 1998. – Vol. 39. -N.7. – P.1 163–1170
39. Ngoh LN (2003). “Health literacy: a barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence”. J Am Pharm Assoc 49 (5): e132–46; quiz e147–9. doi:10.1331/JAPhA.2009.07075. PMID 19748861
40. Ngoh LN (2009). “Health literacy: a barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence”. J Am Pharm Assoc (2003) 49 (5): e132–46; quiz e147–9. doi:10.1331/JAPhA.2009.07075. PMID 19748861.
41. Norton M (2010). “Many patients may not fill their prescriptions”. Reuters Health. Retrieved May 12, 2010.
42. Osterberg L, Blaschke T (2005). “Adherence to Medication”. N Engl J Med 353 (5): 487–497. doi:10.1056/NEJMr050100. PMID 16079372.
43. “Out-of-pocket costs may be a substantial barrier to prescription drug compliance”. Harris Interactive. Retrieved May 12, 2010.
44. Shrank W, Avorn J, Rolon C, Shekelle P (May 2007). “Effect of content and format of prescription drug labels on readability, understanding, and medication use: a systematic review”. Annals of Pharmacotherapy 41 (5): 783–801. doi:10.1345/aph.1H582. PMID 17426075.
45. Tilson HH (2004). “Adherence or compliance? Changes in terminology”. Annals of Pharmacotherapy 38 (1): 161–2. doi:10.1345/aph.1D207. PMID 14742813.
46. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD et al. Medication Adherence Interventions: Comparative Effectiveness. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. Evidence Report No. 208. AHRQ Publication No. 12–E010–EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September 2012.

## КОМПЛАЕНС ПАЦИЕНТА КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ДРЕВОВИДНОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА

Павленко Д. А.

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина

**Резюме.** Ежегодно в мире регистрируется до 10 млн. больных офтальмогерпесом. Герпетический кератит занимает особое место среди воспалительных заболеваний переднего отдела глаза, с ним связывают более 66,8% всей патологии роговицы, 55,1% всех язвенных ее поражений и более 60% роговичной слепоты, а частота рецидивов составляет 20-75%. Чаще всего возбудителем при герпетических кератитах является вирус простого герпеса – у 50% взрослых больных и у 70-80% детей. Довольно часто успешная медикаментозная терапия заболеваний зависит не только от правильного назначения врачом препаратов, но и от соблюдения пациентом врачебных рекомендаций, то есть комплаенса. По данным Всемирной организации здравоохранения, примерно половина хронических больных не полностью соблюдают врачебные назначения и рекомендации, около 50% пациентов прерывают терапию в течение 6 месяцев от ее начала, и только 15% продолжают лечение в течение года. Сейчас изучены основные звенья этиопатогенеза, особенности клиники и разработаны схемы лечения герпетического кератита, но недостаточно изучена роль комплаенса пациента в течении заболевания. На клиническом примере рецидивирующего течения древовидного герпетического кератита показана важная роль комплаенса как фактора эффективности терапии больного. В данном клиническом случае пациент поступил с рецидивом поверхностного эпителиального древовидного герпетического кератита правого глаза. Снижение комплаенса пациента привело к осложненному течению заболевания в виде повторного рецидива с образованием язвы роговицы и последующим развитием парацентрально помутнения роговицы и снижением остроты зрения пациента. Именно за счет комбинированного лечения и повышения уровня комплаенса удалось стабилизировать течение герпетического кератита и предотвратить осложнения. Следовательно, при назначении комплекса лечения необходимо обращать внимание на соблюдение комплаенса пациентом. Повышение уровня комплаенса пациента является одним из факторов эффективности терапии больного, поскольку позволяет достичь более благоприятное течение, сократить сроки лечения, уменьшить и предотвратить последующие осложнения, рецидивы и необходимость повторной госпитализации.

**Ключевые слова:** герпетический кератит, осложнения герпетического кератита, комплаенс пациента, эффективность лечения.

## PATIENT COMPLIANCE AS AN EFFECTIVENESS FACTOR OF COMPLICATED DENDRITIC HERPETIC KERATITIS TREATMENT

D. Pavlenko

Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine

**Summary.** Every year almost 10 million patients are registered with ophthalmic herpes. Herpetic keratitis is associated with more than 66,8% of the entire cornea pathology, 55,1% of all ulcerative lesions and it causes more than 60% of the corneal blindness, the recurrence rates in 20-75%. The most common pathogen of the herpetic keratitis is the herpes simplex virus - it is revealed in 50% of adults and 70-80% of children. Quite often, successful drug treatment of diseases depends not only on the proper doctor's prescription drugs, but also on the patient's compliance. According to the World Health Organization, about half of chronic patients do not fully comply with medical prescriptions and recommendations, about 50% of patients discontinue therapy within 6 months from the beginning, and only 15% continue treatment for a year. Now the main links of etiopathogenesis, clinical features are studied and treatment regimens of herpetic keratitis are developed, but the role of compliance of the patient during the disease is poorly studied. In this clinical case of recurrent herpetic keratitis flow tree shows the important role of compliance as a factor in the effectiveness of treatment of the patient. The patient was hospitalized with of the recurrent course of superficial epithelial dendritic herpetic keratitis. Reduction of compliance of the patient led to the complicated course of the disease in the form of recurrence with ulceration of the cornea. Due to the combined treatment and awareness of compliance we were able to stabilize the herpetic keratitis and prevent complications. Therefore, while prescribing complex treatment attention must be paid to the observance of the patient's compliance. Increased compliance is one of the effectiveness factors, which allows achieving a more favorable course, reducing the terms of treatment, decrease and preventing complications, relapses and the need of re-hospitalization.

**Key words:** herpetic keratitis, herpetic keratitis complications, patient compliance, effectiveness of treatment.