

## КОМБИНАЦИЯ ГЛАЗНОЙ ФОРМЫ НПВС И ПРЕПАРАТА ИСКУССТВЕННОЙ СЛЕЗЫ В ЛЕЧЕНИИ АДЕНОВИРУСНЫХ КЕРАТОКОНЬЮНКТИВИТОВ

А.В. Зборовская, А.Э. Дорохова

*ГУ "Институт глазных болезней и тканевой терапии  
им. В.П.Филатова НАМНУ" (Одесса)*

### Вступление

Аденовирусные кератоконъюнктивиты - заболевания, являющиеся одной из ведущих причин временной нетрудоспособности у лиц работоспособного возраста [10].

Отличаются высокой контагиозностью и часто принимают характер эпидемических вспышек. В последние годы в клинической практике стали встречаться осложненные формы аденовирусных кератоконъюнктивитов, отличающиеся хроническим, рецидивирующим течением. Их появление связывают как со штаммовыми особенностями возбудителя (серотипы 5, 6, 8, 9, 19, 37), его ассоциациями с вирусом герпеса, снижением общего иммунного фона у населения, так и с последствиями нерационально проводимой терапии [6]. Согласно данным Каспаровой Е.А., 35% аденовирусные кератоконъюнктивиты осложняются развитием токсико-аллергической реакции [6], синдромом "сухого глаза" [1,8], а также возникновением стероидоосложненной формы на фоне монотерапии кортикостероидами или комбинированными препаратами [6].

Аденовирусы способны длительное время пребывать в организме в латентном состоянии и оказывать иммунодепрессивное действие, причем даже на фоне клинического выздоровления возможна персистенция аденовируса в течение 3 месяцев после выздоровления. Ю. Майчук [8] особо отмечает, что более чем в 70% случаев заражение происходит в лечебных офтальмологических учреждениях.

Лечение аденовирусной патологии глаз - актуальная проблема современной офтальмологии [4,5,7,8]. Стандартное лечение осуществляется с помощью химиотерапии, неспецифической иммунотерапии и специфической иммунотерапии (сыворотка реконвалесценто́в). Однако, ряд авторов [3,9] рекомендует к данному лечению добавить нестероидные противовоспалительные средства и препараты искусственной слезы, что значительно ускорит процесс выздоровления и улучшит состояние больного.

**Целью** настоящего исследования было: повысить эффективность лечения аденовирусных кератоконъюнктивитов путем применения с ранних сроков заболевания препарата искусственной слезы Офтолик в сочетании с капельной формой нестероидных противовоспалительных препаратов - Дикло-Ф.

### Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе ГУ "ИГБ и ТТ им. В.П. Филатова НАМНУ". В исследование вошли 63 пациента в возрасте от 14 до 47 лет (97 глаз) с аденовирусным кератоконъюнктивитом. Офтальмологическое обследование пациентов включало в себя: оценку жалоб пациентов, визометрию, рефрактометрию, бак-посев с конъюнктивы, биомикроскопию, офтальмоскопию, выполнение флюоресцеиновой пробы.

Пациенты всех групп получали следующее лечение: инстилляци́и Борной кислоты, мидриатиков, Окоферона, а также системный прием таблетированной формы витамина С, нестероидных противовоспалительных препаратов (Мовалис), десенсибилизирующих препаратов (Лоратадин).

Пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от приема глазных противовоспалительных капель Дикло-Ф и сроков начала применения капель Офтолик.

Первую (основную) группу составили 32 пациента (54 глаза), которые получали инстилляци́и глазных капель Офтолик с момента установления диагноза в сочетании с Дикло-Ф.

Во вторую группу вошли 31 пациент (43 глаза), у которых инстилляци́и Офтолика назначались в начале регресса субэпителиальных помутнений, но они так же как и основная группа получали Дикло-Ф с начала лечения. Третья группа 25 паци-

ентов (37 глаз) была сформирована из пациентов получающих Офтолик с момента установления диагноза без применения Дикло-Ф. Четвертая 25 пациентов (39 глаз) Офтолик получала в начале регресса субэпителиальных помутнений и не получала Дикло-Ф. Препарат Офтолик пациентам назначался по следующей схеме: ежедневно по 1-2 капли в больной глаз 4 раза в день, прием препарата продолжался в течение месяца после клинического выздоровления. Схема приема Дикло-Ф была следующей: ежедневно по 1-2 капли в больной глаз 4 раза в день до выздоровления.

Осмотр пациентов проводился ежедневно. Для оценки течения воспалительного процесса нами использовалась бальная система критериев, предложенная Гайдамакой. Т.Б. [2]. Конъюнктивит: бледно-розовая - 1 балл, слабо гиперемизированная - 2, умеренно гиперемизированная - 3, интенсивно гиперемизированная - 4. Эрозия роговицы: отсутствует - 1, точечная (точечные) - 2, древовидная - 3, ограниченная - 4. Отек роговицы: отсутствует - 1, поверхностный - 2, стромальный локальный - 3. Инфильтрация роговицы: отсутствие - 1, точечная поверхностная - 2, локальная стромальная - 3. Помутнение роговицы: отсутствует - 1, точечное - 2.

Критериями эффективности лечения были:

- сроки выздоровления
  - степень воспалительной реакции по бальной системе, оцениваемая на 1, 2, 5, 8, 11, 15, 20, 25 сутки
- В качестве критериев выздоровления использовались:
- исчезновение субъективных ощущений (болевой синдром, слезотечение, светобоязнь, ощущение инородного тела в глазу)
  - отсутствие отека и гиперемии конъюнктивы и век
  - отсутствие слезотечения, светобоязни
  - резорбция роговичных инфильтратов

#### Полученные результаты и их обсуждение

Сроки выздоровления у основной группы составили  $16,3 \pm 0,22$ , во второй группе  $18,4 \pm 0,24$ , в третьей группе  $21,5 \pm 0,21$ , в четвертой  $22,3 \pm 0,26$ .

При обращении у пациентов всех групп средняя степень воспалительной реакции составляла 3,8 балла для гиперемии конъюнктивы,

и 2 балла для инфильтрации роговицы. До 5 суток статистически достоверной разницы в степени воспалительной реакции не наблюдалось. Однако с 5 суток от начала лечения в основной группе средняя степень воспалительной реакции в баллах для конъюнктивы начала снижаться, в отличие от остальных групп, и составила 2,4 балла. Начиная с восьмых суток, во второй группе началось снижение степени воспалительной реакции конъюнктивы, и лишь с одиннадцатых, снижение началось в третьей и четвертой группах. Средний балл для инфильтрации роговицы начал снижаться в основной и второй группах с 11 суток, в третьей и четвертой с 15. В последующем, наблюдалась такая же тенденция, с постепенным увеличением разницы между средними баллами степени воспалительной реакции в основной и контрольных группах.

Таблица

**Динамика воспалительной реакции у пациентов с аденовирусным кератоконъюнктивитом**

Группы		Дни			
		1	8	15	20
I	К	$3,8 \pm 0,3$	$1,8 \pm 0,3$	$1,2 \pm 0,2$	$1,0 \pm 0,0$
	И	$2,0 \pm 0,4$	$1,8 \pm 0,4$	$1,2 \pm 0,2$	$1,0 \pm 0,0$
II	К	$3,7 \pm 0,4$	$2,3 \pm 0,6$	$1,5 \pm 0,3$	$1,1 \pm 0,1$
	И	$2,0 \pm 0,5$	$1,9 \pm 0,3$	$1,2 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,1$
III	К	$3,8 \pm 0,5$	$3,4 \pm 0,3$	$1,8 \pm 0,5$	$1,3 \pm 0,3$
	И	$2,0 \pm 0,4$	$2,0 \pm 0,5$	$1,7 \pm 0,3$	$1,4 \pm 0,3$
IV	К	$3,8 \pm 0,4$	$3,6 \pm 0,7$	$2,0 \pm 0,5$	$1,4 \pm 0,4$
	И	$2,0 \pm 0,4$	$2,1 \pm 0,5$	$2,7 \pm 0,4$	$1,5 \pm 0,4$

Примечание: К - течение воспалительного процесса конъюнктивы в баллах; И - инфильтрация роговицы в баллах.

#### Выводы

Таким образом, применение капельной формы нестероидных противовоспалительных препаратов в сочетании с препаратом искусственной слезы на ранних сроках заболевания позволяют значительно сократить длительность заболевания аденовирусным кератоконъюнктивитом, а также уменьшить выраженность воспалительной реакции со второй недели за-

болевания. Мы связываем это с потенцированием противовирусного эффекта препаратов человеческого интерферона заменителем слезной жидкости Офтоликом, а также выраженным противовоспалительным эффектом глазной формы нестероидных противовоспалительных препаратов - Дикло-Ф.

#### Литература

1. Бржеский В.В. Распространенность синдрома "сухого глаза" у больных с различными заболеваниями глаза / В.В. Бржеский, Е.Е. Сомов, Ю.А. Никитина // VII съезд офтальмологов России: Тезисы докладов. - М., 2000. - Ч.2. - С. 137-138.
2. Гайдамака Т.Б. Новый способ моделирования вирусного кератита / Т.Б. Гайдамака // Офтальмологический журнал. - 1999. - № 6. - С. 429-431.
3. Егоров Е.А. Противовоспалительная и антибактериальная терапия синдрома "красного глаза" / Е.А. Егоров, Т.В. Ставицкая // Клиническая офтальмология. Библиотека РМЖ. - 2004. - Том 5, № 3. - С. 132-134.
4. Ершов Ф.И. Антивирусные препараты / Ф.И. Ершов. - М.: Медицина, 1998. - 192 с.
5. Каспаров А.А. Офтальмогерпес / А.А. Каспаров. - М.: Медицина, 1994. - 224 с.
6. Каспарова Е.А. Клинические особенности и иммунотерапия осложненных форм аденовирусного кератоконъюнктивита: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. «Глазные болезни» / Е.А. Каспарова Е.А. - М., 1998. - 18 с.
7. Краснов М.М. Клинические особенности и иммунотерапия осложненных форм аденовирусного кератоконъюнктивита / М.М. Краснов, А.А. Каспаров, Е.А. Каспарова / Вестник офтальмологии. - 1998. - № 5. - С. 23-28.
8. Майчук Ю.Ф. Новое в эпидемиологии и фармакотерапии глазных инфекций / Ю.Ф. Майчук // Клиническая офтальмология. - 2000. - Т.1, № 2. - С. 48-51.
9. Майчук Ю.Ф. Препарат искусственной слезы Офтагель в лечении синдрома сухого глаза после эпидемического кератоконъюнктивита / Ю.Ф. Майчук, Е.В. Яни, Д.Ю.

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

Майчук // Клиническая офтальмология. - 2001. - Т. 2, № 4. - С. 172-173.

10. Сухина Л.А. Диагностика и лечение больных с аденовирусным конъюнктивитом / Л.А. Сухина, К.Э. Голубов, А.Ф. Смирнова, Г.В. Котлубей // Сборник трудов Научно-практической конференции с международным участием, посвященной 110-летию юбилею МНИИ ГБ им. Гельмгольца. - М., 2010. - Т.2. - С. 69-73.

#### Резюме

**Зборовська А.В., Дорохова А.Э.** Комбинация глазной формы НПВС и препарата искусственной слезы в лечении аденовирусных кератоконъюнктивитов.

В статье приведен анализ динамики течения аденовирусных кератоконъюнктивитов при стандартной терапии, а также при добавлении к лечению нестероидных противовоспалительных капель (Дикло-Ф) и препарата искусственной слезы (Офтолик). В результате анализа полученных данных сделан вывод, о необходимости сочетания вышеуказанных препаратов и стандартной терапии, начиная с ранних сроков лечения, для повышения эффективности лечения.

**Ключевые слова:** аденовирусный кератоконъюнктивит, НПВС, искусственная слеза.

#### Резюме

**Зборовська О.В., Дорохова О.Е.** Комбінація очної форми НПЗЗ та препарату штучної слюзи в лікуванні аденовірусних кератокон'юнктивітів.

В статті наведено аналіз динаміки перебігу аденовірусних кератокон'юнктивітів при стандартній терапії, а також при додаванні до лікування нестероїдних протизапальних крапель (Дикло-Ф) та препарату штучної слюзи (Офтолік). В результаті аналізу отриманих даних зроблено висновок про необхідність поєднання вищевказаних препаратів та стандартних призначень, починаючи з ранніх термінів лікування, для підвищення ефективності лікування.

**Ключові слова:** аденовірусний кератокон'юнктивіт, НПЗЗ, штучна слюза.

#### Summary

**Zborovskaya A.V., Dorohova A.E.** Combination of non-steroidal anti-inflammatory eye drops and artificial tears in treatment of adenovirus keratoconjunctivitis.

We analyzed the dynamics of adenovirus keratoconjunctivitis in the case of standard treatment and with its combination with non-steroidal anti-inflammatory eye drops and artificial tears. We made a conclusion that addition and combination of this eye drops in early stages of disease may increase the efficiency of treatment.

**Key words:** adenovirus keratoconjunctivitis, non-steroidal anti-inflammatory eye drops, artificial tear.

**Рецензент: д.мед.н., проф. Н.С. Луценко**

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини