

Клинические формы и особенности лечения аденовирусного кератоконъюнктивита

Чекина А. Ю., Бутеня Н. В., Чекин С. В., Бутеня О. В.

Минск, Беларусь

Актуальность. Появление осложненных, хронических и рецидивирующих форм аденовирусных кератоконъюнктивитов (АВКК) связывают со штаммовыми особенностями возбудителя, его ассоциациями с вирусом простого герпеса, снижением общего иммунного фона населения, а также с нерационально проводимой терапией. Немаловажную роль в современных условиях играет повышенная зрительная нагрузка и рост числа агрессивных факторов внешней среды, влияющих на природные компенсаторные механизмы защиты глазной поверхности [1,2,3].

Цель исследования. Оценить клинические особенности аденовирусного кератоконъюнктивита и эффективность комплексного лечения.

Материал и методы. Изучено клиническое течение АВКК у 32 пациентов основной группы в возрасте от 14 до 68 лет, получавших ганцикловир 0,15% глазной гель (Вирган), и 30 пациентов контрольной группы, сходной по возрастному составу, клиническим проявлениям и не получавших в составе комплексной терапии, данного препарата. В контрольной группе фолликулярная форма конъюнктивита наблюдалась у 22 пациентов; геморрагическая – у 3; пленчатая – у 7. Поражение глаз было двустороннее и только у одной пациентки с геморрагической формой имело место одностороннее течение с выраженным увеличением околоушного лимфатического узла. У 25 пациентов наблюдались характерные серые точечные инфильтраты в поверхностных слоях роговицы, сопровождавшиеся эпителиопатией. В 12 случаях, у пациентов с рецидивами АВКК, прибегали к лабораторной диагностике ПЦР, МФА, подтвердившей клинический диагноз. У двух из них диагностирована гиперэргическая форма конъюнктивита (ГЭК), протекавшая бурно, остро, с выраженным отеком конъюнктивы, век с пленками и геморрагиями на тарзальной и бульбарной конъюнктиве. У 10 – выявлена сопутствующая патология: у двух пациентов – передний блефарит; у четырех – сухой кератоконъюнктивит; у двух – атопический дерматит; у одного – верхнечелюстной синусит; у одного – Herpes Zoster (межреберный).

Результаты. Комплексная терапия, проводившаяся амбулаторно, состояла из базовой терапии: ганцикловир 0,15% глазной гель (Вирган), Офтальмоферон; а также НПВС; кортикостероиды; антибиотики и антисептики; противоаллергические препараты; слезозаменители, препараты репаративной регенерации. В контрольной группе в качестве базовой терапии использовался Офтальмоферон. В среднем купирование основных клинических проявлений аденовирусного кератоконъюнктивита (исчезновение отделяемого из конъюнктивальной полости, нормализация слизистой, рассасывание роговичных инфильтратов, восстановление остроты зрения) в основной группе, получавших ганцикловир (Вирган), наблюдалась на 5-6 дней

раньше, чем с контрольной группе. Продолжительность лечения составила 8 – 14 дней, в зависимости от клинической формы заболевания. Пациентам с рецидивирующим течением АВКК: у 12 из 32 (37,5%) в основной группе и у 10 из 30 (33,3%) в контрольной группе потребовалось проведение углубленного обследования и индивидуального комплексного лечения с учетом выявленной сопутствующей патологии. При ГЭК базовая терапия (ганцикловир гель, офтальмоферон) дополнялась более активным противовоспалительным лечением: дексаметазон в инстилляциях и парабульбарно; пациентам с сопутствующим блефаритом назначалась длительная терапевтическая гигиена век; в случае признаков «сухого» глаза – при повышенной испаряемости слезы и дисфункции мейбомиевых желез – использовали более вязкий препарат (систейн ультра), при повышенной вязкости слезной пленки – искусственную слезу, имеющую более высокую осмолярность. Пациентам с атопическим дерматитом получали опатанол местно, кортикостероиды в низких концентрациях (0,001%, 0,05%); средства репаративной регенерации (корнерегель, баларпан); щадящую антибактериальную терапию: антисептики (окомистин) и только при выраженном сопутствующем бактериальном конъюнктивите – антибиотики местно (флоксал 0,3%). Пациенту с синуситом назначали местную и общую антибактериальную терапию, проведено дренирование верхнечелюстной пазухи, при этом наблюдали исчезновение роговичных инфильтратов. При сочетании рецидивирующего АВКК и межреберного Herpes Zoster назначали местно ганцикловир 0,15% гель не менее трех недель, дексаметазон 0,1%, корнерегель; ацикловир внутрь 1000 мг в день, что способствовало восстановлению остроты зрения и прекращению рецидивов заболевания.

Выводы.

1. Комплексная терапия с применением противовирусного средства ганцикловир 0,15% гель (Вирган) способствует быстрому выздоровлению пациентов с аденовирусными кератоконъюнктивитами.
2. Лечение рецидивирующих форм АВКК эффективно при сочетании базовых лекарственных средств (Вирган, Офтальмоферон) и индивидуального комплексного лечения сопутствующей офтальмопатологии или инфекции.

Clinical forms and peculiarities of the treatment of adenoviral keratoconjunctivitis

Chekina A., Butenya N., Chekin S., Butenya O.

Minsk, Belarus

The clinical peculiarities and results of treatment of 32 patients with adenoviral keratoconjunctivitis (AVKK) are presented. The combined therapy (basic drug ganciclovir ophthalmic gel 0.15% - Virgan) accelerated the recovery by 5-6 days, compared to the control group. Treatment of recurrent AVKK was effective when used as a basic treatment and Virgan, Oftalmoferon and individual comprehensive treatment of concomitant ophthalmopathology or infection.