

Чекина А.Ю.<sup>1</sup>, Бутеня Н.В.<sup>3</sup>, Чекин СВ.<sup>2</sup>, Бутеня О.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

<sup>2</sup> Медицинский центр «Новое зрение», Минск, Беларусь

<sup>3</sup> 3-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

Chekina A.Yu.<sup>1</sup>, Butenya N.V.<sup>3</sup>, Chekin S.V.<sup>2</sup>, Butenya J.V.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

<sup>2</sup> Medical Centre «New Vision», Minsk, Belarus

<sup>3</sup> 3d City Clinical Hospital, Minsk, Belarus

## **Особенности клинического течения аденовирусного кератоконъюнктивита и эффективность лечения**

Clinical features of adenovirus keratoconjunctivitis  
and efficiency of treatment

Резюме

Представлены клинические особенности и результаты лечения 62 пациентов аденовирусным кератоконъюнктивитом (АВКК). Лечение основной группы,

---

Где в качестве базисного лекарственного средства использовался ганцикловир 0,15% глазной гель (Вирган), ускоряло выздоровление на 5-6 дней, по сравнению с пациентами контрольной группы, получавших Офтальмоферон. Эффективно назначение кортикостероидов, особенно при пленчатой форме АВКК и двухсторонних субэпителиальных инфильтратах роговицы.

**Ключевые слова:** аденовирусный кератоконъюнктивит, ганцикловир, кортикостероиды.

---

Presents clinical features of 62 patients adenoviral keratoconjunctivitis (AVKK). Treatment of core group, which as a basic drug used ganciclovir ophthalmic gel 0.15% (Virgan), speeds recovery for 5-6 days, compared with control atients who received Oftaimoferon. Effectively corticosteroids, especially filmy form AVKK and bilateral corneal subepithelial infiltrates.

**Key words:** adenoviral keratoconjunctivit, ganciclovir, corticosteroids.

---

#### ■ ВВЕДЕНИЕ

Появление осложненных, хронических и рецидивирующих форм 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, влияющие 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, получавших в качестве базисной терапии ганцикловир 0,15% глазной гель (Вирган), и у 30 пациентов контрольной группы - в качестве базисной терапии использовался Офтальмоферон. Группы пациентов были идентичны по возрастному (составу (от 14 до 68 лет, средний возраст 37 лет), клиническим проявлениям заболевания. Фолликулярная форма конъюнктивита наблюдалась у 20 пациентов как основной, так и контрольной группы; геморрагическая - у 4 основной и у 3 пациентов контрольной групп; пленчатая - у 8 и 7 соответственно. Поражение

глаз было двустороннее и только у одной пациентки с геморрагической формой имело место одностороннее течение с выраженным увеличением околушного лимфатического узла. Рецидивирующие формы АВКК в основной группе наблюдались у 12 из 32 пациентов (37,5%), в контрольной группе - у 10 из 30 пациентов (33,3%).

Фолликулярная форма аденовирусного конъюнктивита в основном имела подострое течение и развивалась на фоне острой респираторной вирусной инфекции. Клинический диагноз выставляли на основании анамнеза: перенесенное накануне ОРВИ или контакт с больным конъюнктивитом, а также наличия мелких и средних фолликулов на тарзальной конъюнктиве нижнего века. При геморрагической форме определялись множественные геморрагии небольшого размера на тарзальной и бульбарной конъюнктиве. Пленчатая форма протекала остро, стадийно: стадия отека (3-5 суток); стадия формирования пленчатых мембран на конъюнктиве и инфильтратов на роговице (2-3 недели); стадия выздоровления и формирование вторичного сухого глаза (до 3 месяцев). Пациенты с пленчатой формой аденовирусного кератоконъюнктивита обращались на консультацию в основном во второй стадии заболевания. Было рекомендовано удаление пленок с конъюнктивы каждые 2-3 дня, назначали кортикостероиды, уменьшали частоту инстилляций антибиотиков, применяемых пациентами с первых дней заболевания, пролонгировали назначение противовирусных средств (Вирган, Офтальмоферон).

У 25 пациентов основной группы и у 22 - контрольной наблюдались эпителиопатия и характерные серые точечные субэпителиальные инфильтраты, обусловленные иммунопатологическим ответом кератоцитов поверхностных слоев стромы роговицы на вирусную инфекцию [5].

В 12 случаях, в основном с рецидивами АВКК и тяжелым течением заболевания, прибегали к лабораторной диагностике - ПЦР, МФА, подтвердившие клинический диагноз. У 2 пациентов основной группы диагностирован аденовирусный гиперэргический конъюнктивит (ГЭК), протекавший бурно, остро, с выраженным отеком конъюнктивы, век с пленками и геморрагиями на тарзальной и бульбарной конъюнктиве. У 10 пациентов выявлена сопутствующая патология: у 2 - передний блефарит; у 4 - синдром «сухого» глаза (ССГ); у 2 - атопический дерматит; у 1 - верхнечелюстной синусит; у 1 - Herpes zoster (межреберный).

Комплексная терапия, проводившаяся амбулаторно, состояла из базовой терапии - ганцикловир (Вирган) или Офтальмоферон; а также НПВС; кортикостероиды; антибиотики и антисептики; противоаллергические препараты; слезозаменители, препараты репаративной регенерации, которые применяли последовательно, в зависимости от динамики клинической картины. Вирган назначали 6-8 раз в день, так как он обладает активностью против аденовирусов, но в концентрациях более высоких, чем обычные, необходимые для подавления герпесвирусов; Офтальмоферон - 6-8 раз в день [4].

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Купирование клинических проявлений аденовирусного кератоконъюнктивита (исчезновение отделяемого из конъюнктивальной полости, нормализация слизистой, рассасывание роговичных инфильтратов, восстановление остроты зрения) в основной группе пациентов, леченных ганцикловиром (Вирган), наблюдалось на 5-6 дней раньше, по сравнению с контрольной группой пациентов, получавших Офтальмоферон. Продолжительность лечения составила 8-14 дней, в зависимости от клинической формы заболевания. Пациентам с рецидивирующим течением АВКК (22 человека) лечение проводилось с учетом выявленной сопутствующей патологии. При ГЭК базовая терапия (Вирган, Офтальмоферон) сочеталась с активным противовоспалительным лечением: дексаметазон в инстилляциях и парабульбарно. Пациентам с сопутствующим блефаритом назначалась длительная медикаментозная гигиена век. При ССГ, в случае 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 сопутствующим атопическим дерматитом назначали местные антигистаминные, мембраностабилизирующие средства или препараты двойного механизма действия (олопатадин), кортикостероиды в низких концентрациях (0,001%, 0,05%); средства репаративной регенерации (баларпан, корнергель); антигистаминные препараты внутрь; щадящую антибактериальную терапию: антисептики (окомистин) и только при выраженном сопутствующем бактериальном конъюнктивите - антибиотики местно. Совместное лечение с врачом-отоларингологом пациента с синуситом (антибиотики внутрь, дренирование верхнечелюстной пазухи), способствовало быстрому рассасыванию роговичных субэпителиальных инфильтратов, купированию бактериальной токсикоаллергической реакции. При сочетании рецидивирующего межреберного Herpes zoster и субэпителиальных инфильтратов на роговице Вирган назначали не менее 3-х недель; ацикловир внутрь не менее 1000 мг в день. Несмотря на известный факт влияния дексаметазона на активацию герпесвирусной инфекции, пролонгирования стадии распространения заболевания от аденовирусифицированных пациентов [5], контролируемое назначение дексаметазона 0,1% в инстилляциях, в составе комплексной терапии, способствовало рассасыванию роговичных инфильтратов, восстановлению остроты зрения, прекращению рецидивов АВКК.

## ■ ВЫВОДЫ

1. Комплексное лечение пациентов с аденовирусным кератоконъюнктивитом (АВКК), с использованием противовирусного лекарственного средства ганцикловир 0,15% глазной гели (Вирган), ускоряет выздоровление на 5-6 дней по сравнению группой пациентов, леченных Офтальмофероном.
2. При рецидивирующих АВКК необходимо лечение сопутствующей инфекции.
3. Эффективно назначение кортикостероидов, особенно при пленчатых формах АВКК и двусторонних субэпителиальных роговичных инфильтратах.

## ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Майчук, Ю.Ф. Инновационные медицинские технологии в диагностике и лечении глазной поверхности / Ю.Ф. Майчук // III Российский общенациональный офтальмологический форум: Сборник трудов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 110-летию юбилею МНИИГБ им. Гельмгольца. - М.: ФГУ «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца» Минздравсоцразвития. - 2010. - Т. 2. - С. 3-12.
2. Яни, Е.В. Комплексная терапия аденовирусных офтальмоинфекций и вторичного сухого глаза / Автореферат дис. на соискание ученой ст. к.м.н. // М., 2010.-23 с.
3. Полуниин, Г.С. Повышенная зрительная нагрузка и нарушенная экология - основные причины роста числа заболеваний поверхности глаз / Г.С. Полуниин, Е.Г. Полунина, М.К. Пимениди, А.О. Забегайло // III Российский общенациональный офтальмологический форум: Сборник трудов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 110-летию юбилею МНИИГБ им. Гельмгольца. - М.: ФГУ «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца» Минздравсоцразвития. - 2010. - Т. 2. - С. 58-63.
4. Transphyto. Etude clinique comparative randomisee en simple insu de l'effet de reinstallation de ganciclovir gel ophtalmique dans le traitement de l'herpes corneen superficial. Clermont-Ferrand. France: Rapport clinique № 47, GV 550/09.90;1993. Dossier d'AMM.
5. Gregory, L. Scuta, Louis, B. Cantor, Jayne, S. Weiss. External Disease and Cornea. Section 8 // Basic and Clinical Science Course. American Academy of Ophthalmology.-2011-2012.- P. 123-127.