



<https://doi.org/10.21516/2072-0076-2022-15-2-150-153>

Осложненное течение пленчатой формы эпидемического кератоконъюнктивита. Клинический случай

А.Э. Бабушкин, А.М. Тулякова, Э.М. Рахимова, Е.Н. Матюхина✉

ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ», ул. Пушкина, д. 90, Уфа, 450008, Россия

В статье описан клинический случай пленчатой формы аденовирусного эпидемического кератоконъюнктивита (ЭКК) у взрослого пациента. Случай интересен тем, что начало ЭКК не предвещало осложненного, гиперергического течения пленчатой формы у взрослого пациента, что в итоге привело к рубцовым изменениям конъюнктивы в виде частичного наружного симблефарона. Необходима настороженность врачей-офтальмологов в отношении указанной формы ЭКК, требующей дифференциальной диагностики, в первую очередь с истинным токсическим дифтерийным поражением конъюнктивы. Адекватное комплексное противовирусное лечение ЭКК с применением кортикостероидов, иммуномодулирующей и симптоматической терапии способствует купированию процесса.

Ключевые слова: аденовирусный конъюнктивит; эпидемический кератоконъюнктивит; пленчатая форма; осложненное течение; частичный симблефарон; синдром сухого глаза

Конфликт интересов: отсутствует.

Прозрачность финансовой деятельности: никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Для цитирования: Бабушкин А.Э., Тулякова А.М., Рахимова Э.М., Матюхина Е.Н. Осложненное течение пленчатой формы эпидемического кератоконъюнктивита. Клинический случай. Российский офтальмологический журнал. 2022; 15 (2): 150-3. <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2022-15-2-150-153>

A complicated course of the membranous form of epidemic keratoconjunctivitis. A case report

Alexander E. Babushkin, Azalia M. Tulyakova, Ellina M. Rakhimova, Ekaterina N. Matyukhina✉

Ufa Eye Research Institute, 90, Pushkin St., Ufa, 450008, Russia
ok5882@yandex.ru

A case report is presented of a filmy form of adenoviral epidemic keratoconjunctivitis (EKC) in an adult patient. The case is interesting in that the onset of EKC did not predict a complicated, hyperergic course of the condition, which ultimately led to cicatricial changes in the conjunctiva in the form of a partial external symblepharon. The ophthalmologists need to be on the alert for this form of EKC, which requires differential diagnosis, first of all, with true toxic diphtheria lesion of the conjunctiva. Adequate combined antiviral treatment of EKC using corticosteroids, immunomodulatory and symptomatic therapy helps to stop the process.

Keywords: adenovirus conjunctivitis; epidemic keratoconjunctivitis; membranous form; complicated course; partial symblepharon; dry eye syndrome

Conflict of interests: there is no conflict of interests.

Financial disclosure: no author has a financial or property interest in any material or method mentioned.

For citation: Babushkin A.E., Tulyakova A.M., Rakhimova E.M., Matyukhina E.N. A complicated course of the membranous form of epidemic keratoconjunctivitis. A case report. Russian ophthalmological journal. 2022; 15 (2): 150-3 (In Russian). <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2022-15-2-150-153>

Одной из серьезных проблем современной офтальмологии остаются воспалительные заболевания глаз. На пациентов с данной патологией приходится более 40 % амбулаторного приема врача-офтальмолога [1], при этом основной контингент составляют больные с конъюнктивитом. Вирусные конъюнктивиты занимают второе место после бактериальных. Воспалительные заболевания глаз, вызванные аденовирусами, имеют довольно большой удельный вес в структуре инфекционных поражений органа зрения [1–3]. По данным Ю.Ф. Майчука и соавт. [4], из 268 обследованных больных на аденовирусный конъюнктивит (фарингоконъюнктивальную лихорадку) пришлось 38,8 %, эпидемический кератоконъюнктивит (ЭКК) — 36,6 %, а гиперергическая форма аденовирусного конъюнктивита имела место у 24,6 % пациентов.

ЭКК остается одной из наиболее серьезных проблем практической офтальмологии в связи с достаточно тяжелым течением, большой контагиозностью и экономическим ущербом обществу. В Республике Башкортостан основными возбудителями ЭКК являются аденовирусы типа 8 и 19, которые подавляют интерферон-опосредованный иммунитет на вирусную инфекцию [2, 5, 6]. При этом происходит активация гуморального звена иммунитета с повышением уровней иммуноглобулинов А и М в сыворотке крови, что связано со значительным увеличением продукции интерлейкина-6 и последующей индукцией дифференцировки В-лимфоцитов крови [7].

Клиника ЭКК хорошо известна и подробно описана. В течении ЭКК в настоящее время принято выделять последовательные стадии: I — острые конъюнктивальные проявления; II — поражения роговицы; III — выздоровление; IV — вторичный синдром сухого глаза (ССГ). В ряде случаев может наблюдаться и V стадия — рецидив роговичных инфильтратов (через 2,5–3,0 мес) [8]. Наиболее тяжелой формой офтальмоаденовирусной инфекции является так называемый гиперергический аденовирусный конъюнктивит (АВК), который на фоне лихорадки характеризуется бурным развитием и тяжелым клиническим течением с формированием роговичных инфильтратов и пленок по всей поверхности тарзальной конъюнктивы, преимущественно верхнего века. Возможно вовлечение в процесс увеального тракта. В его исходе, вероятно после формирования пленок, остаются рубцы конъюнктивы, вплоть до развития симблефарона и ССГ [4, 6].

В плане дифференциальной диагностики особое внимание следует уделить истинному, так называемому токсическому дифтерийному поражению конъюнктивы. Собственно дифтерийный конъюнктивит сопровождается значительным отеком и уплотнением век, довольно обильным и тягучим слизисто-гнойным отделяемым с увеличением, болезненностью регионарных лимфоузлов и, самое главное, наличием налетов, плотно спаенных с подлежащей тканью. При удалении налета ватным тампоном под ним остается ярко-красная и слегка кровоточащая слизистая оболочка, а в исходе заболевания нередко отмечается грубое рубцевание в виде частичного симблефарона. Как и при ЭКК, поражаются, как правило, оба глаза, но, в отличие от аденовирусного поражения, дифтерия протекает с выраженными явлениями общей интоксикации и поражением верхних дыхательных путей (ротоглотки), сердечно-сосудистой и нервной систем. При этом следует отметить, что при дифтерии чаще всего (примерно в 94 % случаев) наблюдаются более благоприятные формы конъюнктивита — катаральная (без образования пленок — в 14 % случаев) и крупозная (в 80 % случаев), при которых воспалительные явления

менее выражены, а сформировавшиеся пленки при последней форме ограничиваются только слизистой оболочкой век (но не переходных складок!) и в последующем не оставляют рубцов на слизистой. Лечение, как известно, заключается в назначении противодифтерийной сыворотки, антибактериальных средств, антисептиков, кератопротекторов и т. д. [2].

Ниже приведен клинический случай осложненного течения ЭКК с пленчатой формой.

На консультацию в поликлинику УфНИИ ГБ обратился пациент Н. 34 лет, с жалобами на покраснение глаз, светобоязнь, чувство инородного тела, слизистое отделяемое, слезотечение, отек век правого глаза и дискомфорт — левого. Из анамнеза: считает себя больным в течение 10 дней после общения с коллегой по работе, у которого были признаки конъюнктивита. Каких-либо выраженных признаков ОРЗ (перенесенных или имеющих место в настоящее время) не отмечает. Дискомфорт и незначительное воспаление левого глаза развилось в течение 3–4 дней после поражения правого. После воспаления правого глаза отмечает явления конъюнктивита у членов семьи — жены и ребенка. Обращался к офтальмологу по месту жительства, который выставил диагноз АВК и назначил лечение: ципрофлоксацин и интерферон лейкоцитарный 6 раз в день.

Данные обследования: имеет место безболезненное увеличение предушных лимфатических узлов справа. При осмотре зева пленчатых налетов на миндалинах не обнаружено. Visus: OD — 0,8 н/к, OS — 0,9 н/к. Биомикроскопически: незначительный отек век, правый глаз значительно раздражен (рис. 1), левый — в меньшей степени. Конъюнктивита век и глазного яблока отечна, инфильтрирована, имеются петехиальные кровоизлияния на конъюнктиве верхнего века. В конъюнктивальной полости небольшое количество слизистого отделяемого. На роговице единичные субэпителиальные инфильтраты в оптической зоне, глубже лежащие среды прозрачные. В мазке с конъюнктивы значительное количество лейкоцитов, единичные кокки и атипичные включения.

На основе анамнеза и характерной клинической картины был выставлен диагноз: «ОУ — аденовирусный ЭКК». К лечению, помимо ципрофлоксацина и интерферона, местно назначены опатанол 2 р/д, индоколлин 3 р/д, внутрь — супрастин 1–2 р/д и ингавирин по схеме.

Через 2 нед пациент, который, с его слов, лечился нерегулярно, обратился вновь с жалобами на сильное покраснение, светобоязнь, чувство инородного тела и снижение зрения обоих глаз, сопровождающееся ухудшением его общего состояния (катаральные явления, субфебрильная температура в течение последних 2 дней). Обострение началось после того, как пациент неделю назад сходил с друзьями в баню. А 3 дня назад больной отметил появле-



Рис. 1. Правый глаз раздражен, незначительное слизистое отделяемое у внутреннего угла глаза

Fig. 1. Right eye irritated, slight mucous discharge at the inner corner of the eye

ние беловатых пленок, которые появились в обоих глазах, также его стало беспокоить тягучее беловатое отделяемое и увеличивающийся отек век.

Острота зрения ухудшилась: OD — 0,5 н/к, OS — 0,6 н/к. Объективно: достаточно выраженный отек век обоих глаз, которые значительно раздражены, конъюнктивита век и переходных складок отечная, инфильтрированная, на ней определяются пленки серовато-белого цвета, более выраженные в правом глазу (рис. 2). При насильственной попытке отделить их от слизистой с помощью ватного стерильного тампона появлялась кровоточивость эрозивной поверхности конъюнктивы (рис. 3). Наблюдались множественные субэпителиальные инфильтраты роговицы, число их больше в правом глазу.

Лечение было скорректировано: местно назначены витамокс, офальмоферон и нормальный иммуноглобулин 10 р/д. Были рекомендованы также инстилляци дексаметазона 0,1 % 3 р/д, а внутримышечно — инъекции диклофенака № 3 через день и человеческого обычного иммуноглобулина № 3, внутрь — циклоферон по схеме.

При контрольном осмотре еще через 2 нед отмечено, что острота зрения у пациента восстановилась до исходных значений (OD — 0,8 н/к, OS — 0,9 н/к), оба глаза практически спокойные.

Пациент жаловался на периодический и незначительно выраженный дискомфорт в правом глазу, быструю усталость обоих глаз при работе вблизи. Отделяемого и пленок на конъюнктиве нет, однако сохраняется небольшой остаточный отек и инфильтрация конъюнктивы нижнего века и переходной складки правого глаза. На фоне явлений ССГ (правого — средней, левого — слабой степени) в нижненаружном сегменте правого глаза отмечена небольшая спайка между конъюнктивой века, переходной складкой и глазным яблоком; на роговице обоих глаз — поверхностные множественные помутнения округлой формы.

Пациенту рекомендованы в оба глаза инстилляци антисептика (витабакта) и 0,1 % дексазона 2–3 р/д, а также

слезозамещающих капель без консерванта (теалоз или хилопарин 3–4 р/д) и хирургическое лечение симблефарона правого глаза, которое было проведено через 2 нед в отделении стационарзамещающих технологий с хорошими косметическим и функциональным результатами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенный случай интересен тем, что начало ЭКК не предвещало осложненного, гиперергического течения пленчатой формы у взрослого пациента, которое в итоге привело к рубцовым изменениям правого глаза в виде частичного наружного симблефарона. Возможно, причиной этому послужило нарушение пациентом предписанных рекомендаций лечения и посещение в разгар заболевания бани. Необходима настороженность врачей-офтальмологов в отношении указанной формы ЭКК, требующей дифференциальной диагностики, в первую очередь с дифтерийным поражением конъюнктивы. Адекватное комплексное противовирусное лечение ЭКК с применением кортикостероидов, иммуномодулирующей и симптоматической терапии способствует купированию процесса.

Литература/References

1. Майчук Ю.Ф. Новое в эпидемиологии и фармакотерапии глазных инфекций. РМЖ. Клиническая офтальмология. 2000; 2: 48–51. [Maychuk Yu.F. New in epidemiology and pharmacotherapy of eye infections. RMJ Clinical ophthalmology. 2000; 2: 48–51 (in Russian)].
2. Бикбов М.М., Мальханов В.Б., Бабушкин А.Э. Конъюнктивиты: дифференциальная диагностика и лечение. Москва: Апрель; 2015. [Bikbov M.M., Malkhanov V.B., Babushkin A.E. Conjunctivitis: differential diagnosis and treatment. Moscow: April; 2015 (in Russian)].
3. Бикбов М.М., Бабушкин А.Э., Зайнутдинова Г.Х., Матюхина Е.Н. Анализ динамики некоторых воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза в Республике Башкортостан. РМЖ. Клиническая офтальмология. 2016; 1: 34–9. [Bikbov M.M., Babushkin A.E., Zaynutdinova G.H., Matyukhina E.N. Analysis of the dynamics of some inflammatory diseases of the anterior segment of the eye in the Republic of Bashkortostan. RMJ Clinical ophthalmology. 2016; 1: 34–9 (in Russian)].
4. Майчук Ю.Ф., Селиверстова К.Е., Токарев Д.Е., Яни Е.В. Комплексная терапия гиперергического эпидемического кератоконъюнктивита.



Рис. 2. Образовавшиеся пленки серовато-белого цвета на конъюнктиве верхнего (А) и нижнего (Б) век правого глаза у больного ЭКК

Fig. 2. Formed grayish — white films on the conjunctiva of the right eye upper (A) and lower (B) eyelids in a patient with EKC



Рис. 3. При отделении пленки стерильным тампоном от слизистой отмечалась кровоточивость эрозивной поверхности конъюнктивы верхнего века левого глаза

Fig. 3. When the film was separated from the mucous membrane with a sterile swab, conjunctival erosive surface bleeding of the left eye upper eyelid was noted

- В кн.: VII Рос. общенациональный офтальмологический форум. Москва; 2011: 431–5. [Maichuk Yu.F., Seliverstova K.E., Tokarev D.E., Yani E.V. Complex therapy of hyperergic epidemic keratoconjunctivitis. In: VII All-Russia Ophthalmological Forum. Moscow; 2011: 431–5 (in Russian)].
5. Майчук Д.Ю., Васильева О.А. Особенности применения 0,05 % циклоспорина при лечении рецидивирующей инфильтративной формы аденовирусного кератоконъюнктивита. Офтальмохирургия. 2014; 2: 66–72. [Maychuk D.Yu., Vasilyeva O.A. Features of the use of 0.05% cyclosporine in the treatment of recurrent infiltrative form of adenovirus keratoconjunctivitis. Ophthalmic surgery. 2014; 2: 66–72 (in Russian)].
 6. Вахова Е.С., Яни Е.В. Основные принципы ведения тяжелых форм гиперергического аденовирусного конъюнктивита. Клинический случай. Российский офтальмологический журнал. 2016; 9 (2): 64–8. [Vakhova E.S., Yani E.V. Basic principles of management of severe forms of hyperergic adenoviral conjunctivitis. Clinical case. Russian ophthalmological journal. 2016; 9 (2): 64–8 (in Russian)].
 7. Бикбов М.М., Шевчук Н.Е., Мальханов В.Б. Цитокины в клинической офтальмологии. Уфа; 2008. [Bikbov M.M., Shevchuk N.E., Malkhanov V.B. Cytokines in clinical ophthalmology. Ufa; 2008 (in Russian)].
 8. Майчук Д.Ю. Инфекционные заболевания глазной поверхности (конъюнктивиты и кератоконъюнктивиты). В кн.: Майчук Д.Ю., ред. Синдром красного глаза. Москва, 2010: 31–8. [Maychuk D.Yu. Infectious diseases of the ocular surface (conjunctivitis and keratoconjunctivitis). In: Maychuk D.Yu., ed. Red eye syndrome. Moscow, 2010: 31–8 (in Russian)].

Вклад авторов в работу: А.Э. Бабушкин — концепция и дизайн, написание и редактирование текста; Е.Н. Матюхина — концепция и дизайн, редактирование текста; А.М. Тулякова, Э.М. Рахимова — сбор и обработка данных.

Authors' contribution: A.E. Babushkin — concept and design of the study, article writing and editing; E.N. Matyukhina — concept and design of the study, article editing; A.M. Tulyakova, E.M. Rakhimova — data collection and processing.

Поступила: 09.02.2021. Переработана: 10.03.2021. Принята к печати: 13.03.2021
Originally received: 09.02.2021. Final revision: 10.03.2021. Accepted: 13.03.2021

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ», ул. Пушкина, д. 90, Уфа, 450008, Россия

Александр Эдуардович Бабушкин — д-р мед. наук, заведующий отделом научных исследований

Азалия Мирхатовна Тулякова — младший научный сотрудник отделения офтальмологической и медицинской эпидемиологии

Эллина Маратовна Рахимова — научный сотрудник отделения хирургии роговицы и хрусталика

Екатерина Николаевна Матюхина — врач-офтальмолог взрослой поликлиники № 1 консультативно-поликлинического отделения

Для контактов: Екатерина Николаевна Матюхина, ok5882@yandex.ru

Ufa Eye Research Institute, 90, Pushkin St., Ufa, 450008, Russia

Alexander E. Babushkin — Dr. of Med. Sci., head of the research department

Azalia M. Tulyakova — junior researcher, department of ophthalmologic and medical epidemiology

Ellina M. Rakhimova — researcher, department of cornea and lens surgery

Ekaterina N. Matyukhina — ophthalmologist of out-patient department of clinic for adults #1

Contact information: Ekaterina N. Matyukhina, ok5882@yandex.ru