

Основные принципы ведения тяжелых форм гиперергического аденовирусного конъюнктивита. Клинический случай

Е.С. Вахова, Е.В. Яни

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России

Описан клинический случай тяжелой пленчатой формы гиперергического аденовирусного конъюнктивита у пациента 63 лет. Подробно отслежена динамика клинических проявлений с повторным образованием пленок на конъюнктиве и симблефароном, монетовидных инфильтратов роговицы. Обоснована необходимость назначения дополнительной репаративной и трофической терапии при данной форме аденовирусного конъюнктивита. Предложена схема эффективного лечения.

Ключевые слова: гиперергический аденовирусный конъюнктивит, пленчатая форма, аденовирус, лечение.

Российский офтальмологический журнал, 2016; 2: 64—68

Аденовирусные заболевания глаз остаются серьезной проблемой практической офтальмологии в связи с широким распространением и высокой частотой вспышек аденовирусной инфекции (АВИ). Полиморфизм клинической картины острого периода АВИ потребовал разделения на три формы, в зависимости от тяжести и особенностей клинического течения [1, 2].

I. Катарально-фолликулярный аденовирусный конъюнктивит (АВК).

II. Эпидемический кератоконъюнктивит (ЭКК).

III. Гиперергический аденовирусный конъюнктивит (ГЕК).

Наиболее тяжелой формой аденовирусной офтальмоинфекции является ГЕК, для которого характерно острое начало, бурное развитие и тяжелое клиническое течение. Отмечается выраженный односторонний или двухсторонний отек век, яркая гиперемия и хемоз конъюнктивы, выраженные геморрагии. На 5–7-й день начинается формирование пленчатых мембран на верхних краях отежных складок конъюнктивы нижнего века и по всей поверхности тарзальной конъюнктивы верхнего века. При присоединении вторичной инфекции под мембранами образуются изъязвления конъюнктивы.

К 7–10-му дню возможно появление характерных точечных инфильтратов под эпителием роговицы, часто с пропитыванием флюоресцеином. При их локализации в оптической зоне снижается острота зрения. Возможно включение в воспалительный процесс увеального тракта — развитие ирита или иридоциклита. Отмечается также более выраженное ухудшение общего самочувствия пациента: регионарная аденопатия, катаральные явления, повышение температуры тела до 37–38 °С. Продолжительность заболевания — более 28 дней. В его исходе часто остаются рубцы конъюнктивы век, вплоть до формирования симблефарона, и точечные помутнения роговицы различной степени выраженности.

Среди обследованных нами 268 больных [2] клинические формы острой аденовирусной офтальмоинфекции распределялись следующим образом: АВК — 104 (38,8 %) пациента, ЭКК — 98 (36,6 %) больных, ГЕК — 66 (24,6 %) больных. Отмечено также, что у больных с ГЕК в исходе заболевания чаще, чем при других формах, развиваются именно тяжелые формы вторичного сухого глаза (ВСГ). Вероятно, это последствия рубцевания конъюнктивы после формирования пленок.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

На консультацию в поликлинику МНИИ ГБ им. Гельмгольца обратился пациент Н. 63 лет с жалобами на отек век, покраснение, обильное отделяемое обоих глаз и снижение зрения на левый глаз. Заболевание началось 8–9 дней назад с левого глаза, правый глаз воспалился 3–4 дня назад. Находился за городом, к врачу не обращался, промывал глаза чаем, ничем не лечился. Отмечает общее недомогание, насморк, кашель и першение в горле, головную боль и повышение температуры до 38 °С. Считает, что заразился от соседей по даче, переболевших ОРВИ с «красными глазами». Отрицает возможность закапывания по ошибке или попадания в глаза каких-либо химических веществ. Аллергию на лекарственные препараты также отрицает.

1-й осмотр (3 февраля) — 10-й день от начала заболевания (рис. 1). При пальпации увеличенные и болезненные (больше слева) предушные лимфоузлы. OS: веки отекают, глазная щель резко сужена, прикрыта. На ресницах и краях век засохшее слизисто-гнойное отделяемое с примесью крови. Конъюнктива век и глазного яблока гиперемирована, отечна. Вся поверхность роговицы и глазного яблока, а также конъюнктива нижнего века и свода покрыты массивной пленкой в виде конгломерата. Рассмотреть состояние роговицы и глубжележащих отделов глаза под пленкой не удастся. При вывороте верхнего века, на всей его поверхности, также массивная пленка, конъюнктива под ней рыхлая, легко кровоточит. Под местной анестезией ватной палочкой удалены пленчатые образования с поверхности век и глазного яблока. После снятия пленок конъюнктива век резко гиперемирована, рыхлая, отечная, легко кровоточит. Поверхность роговицы окрашивается флюоресцеином по типу диффузной эпителиопатии. Более 10–15 мелких точечных инфильтратов. OD: клиническая картина менее выраженная. Конъюнктива гипер-

мирована, инфильтрирована, отечна, рыхлая. Пленок на конъюнктиве верхнего и нижнего века нет. Роговица гладкая, не окрашивается флюоресцеином.

Взяты мазки и посевы с конъюнктивы, в которых не выявлено микробных возбудителей. Соскоб на хламидии отрицательный, выявлены эозинофилы в соскобе. Аденовирусная этиология заболевания доказана с помощью RPS-аденодетектора на OD (4–5-й день) и иммунофлюоресцентного метода на OS (10-й день от начала заболевания) [3, 4]. Применение RPS-аденодетектора для экспресс-диагностики аденовирусного конъюнктивита целесообразно проводить в первые дни заболевания.

Лечение: после удаления пленок закапан антисептик Витабакт, заложена глазная мазь Флоксал. Парабульбарно сделана инъекция дексаметазона 0,5 мл в OS. Назначены местно: противовирусная терапия — препарат Офальмоферон глазные капли 8 раз в день в OS, 6 раз в день в OD. Дополнительная терапия: в OS 0,1 % дексаметазон (максидекс) по 2 капли 3 раза в день. Через 5 минут — препараты репаративного действия: Баларпан по 2 капли 3 раза в день; через 5 минут — Корнерегель 3 раза в день. В оба глаза — препарат искусственной слезы Артелак Всплеск по 2 капли 4–6 раз в день длительно; супрастин 1 таблетка на ночь 10 дней.

2-й осмотр через 3 дня (6 февраля) — 13-й день от начала заболевания (рис. 2). Сохраняются болезненные при пальпации, увеличенные (больше слева) предушные лимфоузлы. OS — немного уменьшился отек век, стала шире глазная щель. Конъюнктива век остается рыхлой, гиперемированной. Повторно сформировались пленки на верхнем и нижнем веках (сняты под местной анестезией). Поверхность роговицы окрашивается, хотя эпителиопатия стала более нежной и сократилась по площади. Сохраняются мелкие инфильтраты в оптической и параоптической зонах роговицы. OD — динамика положительная.

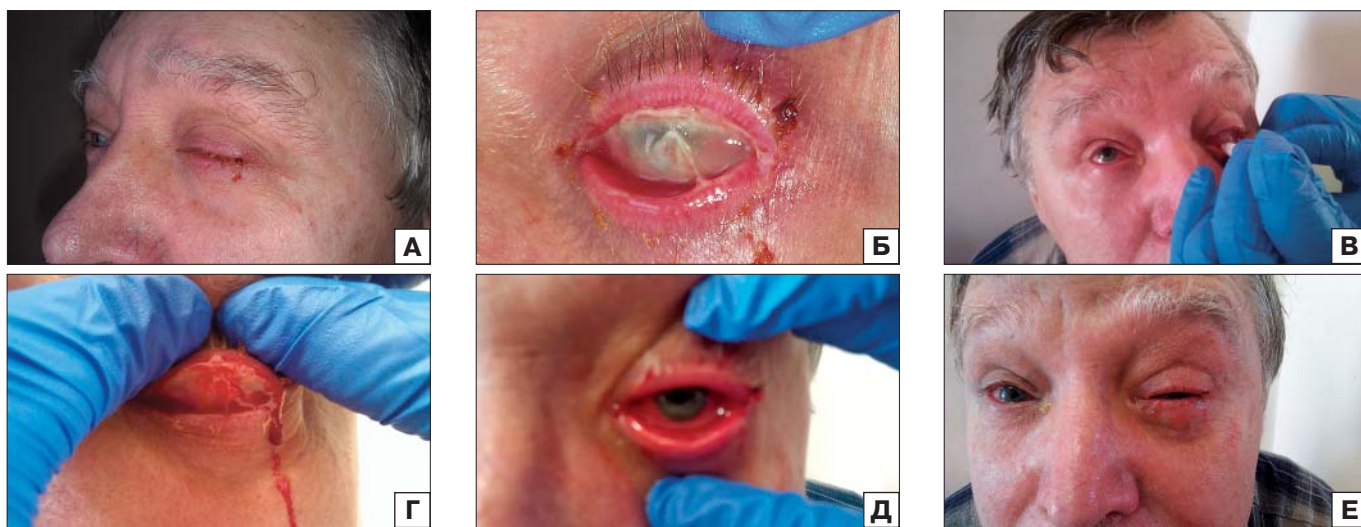


Рис. 1. 1-й осмотр — 10-й день от начала заболевания.

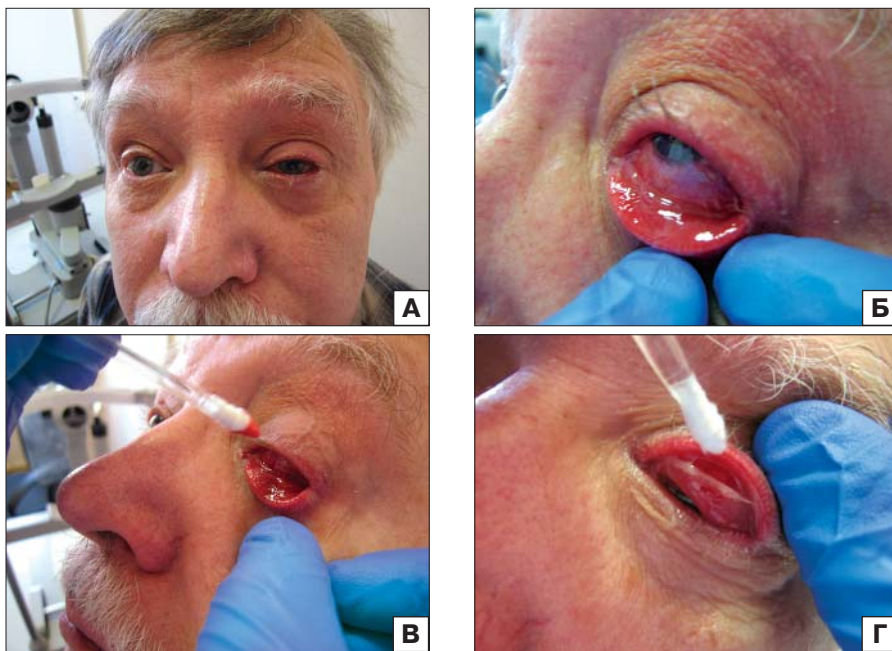


Рис. 2. 2-й осмотр – 13-й день от начала заболевания.

Конъюнктив веки и глазного яблока спокойнее, отек и гиперемия уменьшаются. Пленок нет. Роговица гладкая, не окрашивается.

Лечение: после удаления пленок закапан антисептик Витабакт, заложена глазная мазь Флоксал. Парабюльбарно сделана инъекция дексаметазона 0,5 мл в OS. Местно: продолжить противовирусную терапию — Офальмоферон глазные капли 6 раз в день в OS, 4 раза в день в OD. Дополнительная терапия: в OS 0,1 % дексаметазон (максидекс) по 2 капли 3 раза в день. Через 5 минут — препараты репаративного действия: Баларпан по 2 капли 3 раза в день; через 5 минут — Корнерегель 3 раза в день. В оба глаза — препарат искусственной слезы Артелак Всплеск по 2 капли 4–6 раз в день длительно.

3-й осмотр (8 февраля) — 15-й день от начала заболевания (рис. 3). Предушные лимфоузлы менее болезненные, немного уменьшились в размерах. OS — веки спокойнее, менее отечные, глазная щель шире. Конъюнктив веки и глазного яблока немного спокойнее, но гиперемия и отек сохраняются. На нижнем веке пленок нет, но формируются спайки в своде, подпаивающиеся к конъюнктиве глазного яблока. Под местной анестезией спайки разделены стеклянной палочкой. На поверхности верхнего века — нежная полупрозрачная пленка (удалена под местной анестезией). Поверхность роговицы стала более гладкой. На роговице нежная, локальная эпителиопатия, окрашивается в пределах глазной щели.

Мелкие субэпителиальные инфильтраты начали рассасываться, остается 5–6 в оптической и парависочной зонах роговицы. OD — намного спокойнее. Уменьшается гиперемия и отек конъюнктивы веки, сводов и глазного яблока. Пленок на конъюнктиве нет. Роговица гладкая, не окрашивается флюоресцеином.

Лечение: после удаления пленок и разделения спаек закапан антисептик Витабакт, заложена глазная мазь Флоксал. Парабюльбарно сделана инъекция дексаметазона 0,5 мл в OS. Местно: продолжить противовирусную терапию — Офальмоферон глазные капли 4–5 раз в день в OS, 3 раза в день в OD. Дополнительная терапия: в OS 0,1 % дексаметазон (максидекс) по 2 капли 3 раза в день. Через

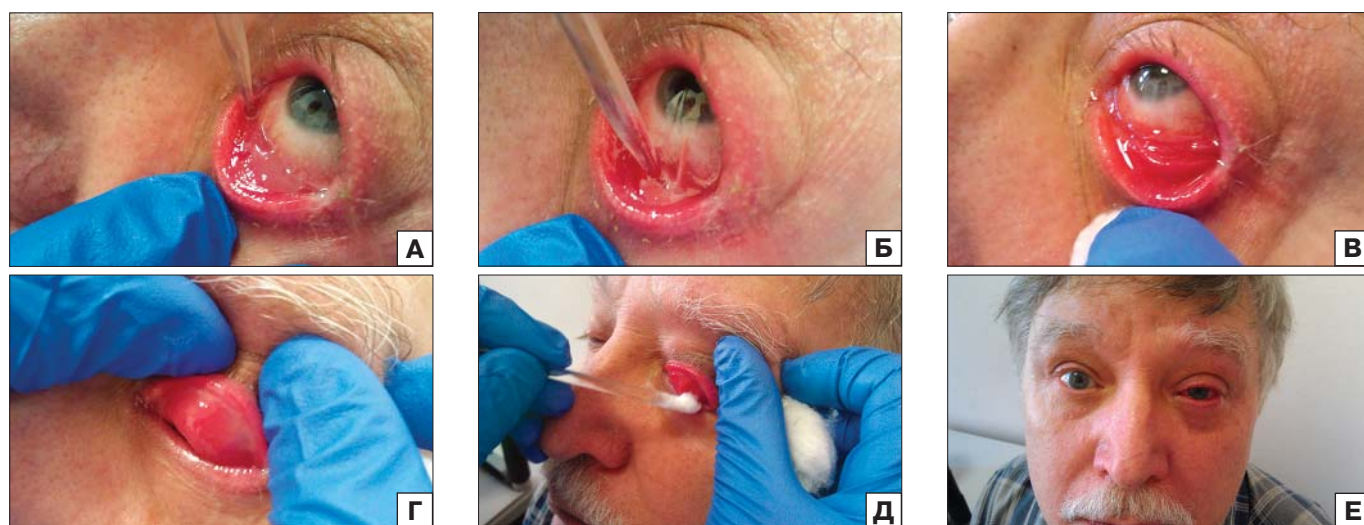


Рис. 3. 3-й осмотр – 15-й день от начала заболевания.

5 минут — препараты репаративного действия: Баларпан по 2 капли 3 раза в день; через 5 минут — Корнерегель 3 раза в день. В оба глаза — препарат искусственной слезы Артелак Всплеск по 2 капли 4–6 раз в день длительно.

4-й осмотр (10 февраля) — 17-й день от начала заболевания (рис. 4). Предушный лимфоузел справа не пальпируется, слева — небольшой, почти безболезненный. OS — остаточный отек век, глазная щель близка к норме. Конъюнктива спокойнее, менее отечная и рыхлая. На верхнем веке пленка в виде фрагмента в наружном отделе (удалена под местной анестезией). Пленок и спаек на конъюнктиве нижнего века нет. Роговица с отдельными участками эпителиопатии, большинство инфильтратов резорбировалось, остается 2–3 мелких, субэпителиальных. OD — практически спокоен. Остаточная гиперемия и легкий отек конъюнктивы. Поверхность роговицы гладкая, не окрашивается флюоресцеином.

Лечение: противовирусная терапия — Оф-тальмоферон глазные капли 3–4 раза в день в OS, 2 раза в день в OD. Дополнительная терапия: 0,1 % дексаметазон (максидекс) по 2 капли 2 раза в день. Через 5 минут — препараты репаративного действия: Баларпан по 2 капли 3 раза в день; через 5 минут — Корнерегель 3 раза в день. В оба глаза — препарат искусственной слезы Артелак Всплеск по 2 капли 4–6 раз в день длительно.

5-й осмотр (12 февраля) — 19-й день от начала заболевания (рис. 5). Предушный лимфоузел справа не пальпируется, слева — небольшой, почти безболезненный. OS — практически полностью ушел отек век, глазная щель нормальной ширины, остаточная легкая гиперемия и легкий отек конъюнктивы век

и глазного яблока. Пленок и спаек на конъюнктиве век нет. Роговица почти не окрашивается флюоресцеином, единичные точки эпителиопатии, инфильтраты полностью резорбировались. OD — спокоен. Конъюнктива век и глазного яблока практически спокойна. Поверхность роговицы гладкая, не окрашивается флюоресцеином.

Лечение: противовирусная терапия — Оф-тальмоферон глазные капли 2–3 раза в день в OS, 1–2 раза в день в OD. Дополнительная терапия: 0,1 % дексаметазон (максидекс) по 2 капли 2 раза в день. Через 5 минут — препараты репаративного действия: Баларпан по 2 капли 3 раза в день; через 5 минут — Корнерегель 3 раза в день. В оба глаза — препарат искусственной слезы Артелак Всплеск по 2 капли 4–6 раз в день длительно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данном клиническом случае бурно протекавшего гиперергического вирусного конъюнктивита офтальмоферон, помимо противовирусного, обеспечивал противоаллергическое, противовоспалительное, противоотечное и сосудосуживающее действие. Дексаметазон оказывал противовоспалительное, противоаллергическое, антипролиферативное действие и усиливал эффект офтальмоферона на левом глазу с повторно формирующимися пленками и спайками конъюнктивы и инфильтратами роговицы. В то же время эпителиопатия на поверхности и монетовидные инфильтраты роговицы и оголяющаяся после снятия пленок раневая поверхность конъюнктивы требовали дополнительной репаративной, трофической, эпителизирующей терапии. В нашем случае вместе с дексаметазоном мы назначали кератопротекторы — баларпан и корнерегель.



Рис. 4. 4-й осмотр — 17-й день от начала заболевания.



Рис. 5. 5-й осмотр — 19-й день от начала заболевания.

Корнерегель оказывает противовоспалительное действие и способствует регенерации конъюнктивы за счет содержания декспантенола в высокой концентрации (5 %), уменьшая риск ее рубцевания при пленчатых формах и, как следствие, развития ВСГ. Репаративная терапия в сочетании с дексаметазоном позволили добиться максимальной резорбции инфильтратов роговицы и восстановления зрения. В целом назначение кератопротекторов с увлажняющими свойствами (корнерегеля) может быть показано для восстановления структуры тканей, а также облегчения неприятных ощущений при инфекционных конъюнктивитах/кератоконъюнктивитах у пациентов с предшествующими изменениями тканей поверхности глаз (синдром сухого глаза II–IV степени, диабетическая офтальмопатия, эпителиопатии при глаукоме, ассоциированные с длительным применением бета-блокаторов; из-

менения глазной поверхности, ассоциированные с ношением контактных линз).

Литература

1. Майчук Ю.Ф., Вахова Е.С., Позднякова В.В., Яни Е.В., Якушина Л.Н. Комплексная терапия инфекционных конъюнктивитов, сопровождающихся аллергической реакцией. Медицинская технология. ФС № 2009/195. Москва; 2010.
2. Майчук Ю.Ф., Селиверстова К.Е., Токарев Д.Е., Яни Е.В. Комплексная терапия гиперергического эпидемического кератоконъюнктивита. В кн.: IV Российский общенациональный офтальмологический форум. Сб. трудов. Москва; 2011; 1: 431–5.
3. Кричевская Г.И., Яни Е.В., Вахова Е.С. Быстрые иммунохроматографические методы в диагностике аденовирусных заболеваний глаз. В кн.: III Российский общенациональный офтальмологический форум. Сб. трудов. Москва; 2010; 2: 38–42.
4. Майчук Ю.Ф., Яни Е.В. Оценка инновационного метода аденовирусных заболеваний глаз с применением аденодетектора RPS. Российский офтальмологический журнал. 2011; 4: 42–5.

The general principles of managing severe forms of hyperergic adenoviral conjunctivitis. A Clinical Case

E.S. Vakhova, E.V. Jani

Helmholtz Research Institute of Eye Diseases, Moscow, Russia
druzilka@mail.ru

A clinical case involving a severe membrane form of hyperergic adenoviral conjunctivitis in a 63-years-old patient is presented. The dynamics of clinical manifestations was closely followed: it included a repeated formation of conjunctival membranes and symblepharon, and nummular corneal infiltrates. The need for additional reparative and trophic therapy for this form of adenoviral conjunctivitis was justified, and an effective treatment plan was proposed.

Keywords: hyperergic adenoviral conjunctivitis, membrane form, adenovirus, therapy.

doi: 10.21516/2072-0076-2016-9-2-64-68

Russian Ophthalmological Journal, 2016; 2: 64–8

References

1. Maichuk Yu.F., Vakhova E.S., Pozdnyakova V.V., Yani E.V., Yakushina L.N. Combined therapy of infectious conjunctivitis accompanied by allergic reaction. Medical technology. Moscow; 2010 (In Russian).
2. Maichuk Yu.F., Seliverstova K.E., Tokarev D.E., Yani E.V. Combined therapy of hyperergic epidemic keratoconjunctivitis. In: Proc. of IV All-Russian Ophthalmological Forum. Moscow; 2011; 1: 431–5 (In Russian).
3. Krichevskaya G.I., Yani E.V., Vakhova E.S. Rapid immune chromatographic methods for adenoviral eye diseases diagnostics. In: Proc. of III All-Russian Ophthalmological Forum. Moscow; 2010; 2: 38–42 (In Russian).
4. Maichuk Yu.F., Yani E.V. Evaluation of an innovative method of rapid diagnosis of adenoviral eye diseases using the RPS Adeno Detector. Russian Ophthalmological Journal. 2011; 4: 42–5 (In Russian).

Адрес для корреспонденции: 105062 Москва, ул. Садовая-Черногрозская, д. 14/19; ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России
druzilka@mail.ru