

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2020-2-78-80>
УДК 617.711-002

Аденовирусные поражения конъюнктивы в практике врача-офтальмолога

А.Э. Бабушкин

ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ», Уфа

РЕФЕРАТ

В статье представлен обзор литературы по практическим аспектам аденовирусных конъюнктивитов и кератоконъюнктивитов. В частно-

Точка зрения. Восток – Запад. 2020;2:78-80.

ABSTRACT

Adenoviral conjunctivitis in an ophthalmologist's practice

A.E. Babushkin

Ufa Eye Research Institute

The article presents the literature review on practical aspects of adenovirus conjunctivitis and keratoconjunctivitis. In particular, it briefly describes the symptoms, diagnosis, treatment and prevention of this ophthalmopathology.

Point of View. East – West. 2020;2:78-80.

сти, в нем в краткой форме изложены вопросы клиники, диагностики, лечения и профилактики данной офтальмопатологии.

Ключевые слова: аденовирус, конъюнктивиты, кератоконъюнктивиты, клиника, диагностика, лечение. ■

Key words: adenovirus, conjunctivitis, keratoconjunctivitis, symptoms, diagnosis, treatment. ■

Аденовирусные поражения слизистой оболочки век в практике встречаются довольно часто. Однако под диагнозом аденовирусный конъюнктивит (АВК) на самом деле следует различать 2 вида поражения слизистой, которые вызываются разными типами аденовирусов. Во-первых, это аденовирусный конъюнктивит (АВК) или фарингоконъюнктивальная лихорадка (негнойный фолликулярный конъюнктивит, протекающий на фоне, как правило, невысокой температуры и фарингита или ларинготрахеита), основными возбудителями которого являются серотипы 3, 4, 6 и 7а; во-вторых – эпидемический кератоконъюнктивит (ЭКК) или аденовирусный кератоконъюнктивит (АВКК), вызываемый, как правило, серотипами 8, 19, 11. Если при АВК поражение роговицы наблюдается не всегда (примерно в половине слу-

чаев), то при АВКК или ЭКК (в практике это название применяется гораздо чаще) оно отмечается во всех случаях заболевания [1, 4, 7, 9].

Оба типа высококонтагиозны с передачей инфекции через контакт с больными ОРЗ или АВК, медицинские инструменты и приборы, дверные ручки и другие предметы, зараженные отделяемым из глаза больного, плавательные бассейны и т.д.; инкубационный период – неделя (4-12 дней); начало заболевания острое (сначала один глаз, затем через 2-3 дня – второй), эпидемии отмечаются в весеннее время, спорадические случаи регистрируются на протяжении всего года [6-8].

Клиническая картина заключается в довольно скудном отделяемом (носящим чаще всего серозно-слизистый характер, редко – слизисто-гнойный), гиперемии, отеке век и тарзальной конъюнктивы (ино-

гда вплоть до хемоза), появлении на слизистой, в основном, нижнего века и переходной складке мелких и прозрачных фолликулов (кроме фолликулярной, различают еще катаральную и пленчатую формы), нередко встречаются лимфоаденопатия и петехиальные кровоизлияния, обнаруживаемые, как правило, на слизистой верхнего века [1-3, 9-11].

Нужно сказать, что вспышки заболевания отличаются между собой тяжестью и его длительностью, выраженностью и частотой отдельных симптомов, характером поражения роговицы, что может быть связано с особенностью штамма аденовируса, состоянием иммунитета больного, способом заражения, и, наконец, правильностью и своевременностью назначенного противовирусного лечения. Так, длительное и нерациональное использование про-

тивовирусных средств (чаще всего мази ацикловира) и антибиотиков, которые не действуют на аденовирусы, может вызвать усиление гиперемии и инфильтрации конъюнктивы, а у ряда больных и токсико-аллергическую реакцию (дерматит, блефарит, эпителиопатию роговицы и т.п.). Кроме того, рано начатое (в течение первых 7-12 дней) и пролонгированное лечение (более 2 недель) кортикостероидами при аденовирусных поражениях глаз может привести к осложненному течению заболевания (например, возникновением или рецидивирующим характером поражения роговицы) и переходу его в хронический процесс [4, 7, 9, 11, 12]. Последний проявляется либо в вялотекущем конъюнктивите с маловыраженными и стертыми симптомами воспаления или имеет место его рецидивирующее течение с обострением и ремиссиями заболевания [4, 9]. Диагностике хронической формы течения аденовирусной инфекции глаз помогают сведения на перенесенный острый конъюнктивит (давностью от 3 месяцев до 2 лет) и положительный результат при использовании метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) на наличие в конъюнктивальном соскобе ДНК аденовируса. При этом важно, чтобы одновременно взятые результаты обследования на хламидии и герпес были отрицательными.

В плане дифференциальной диагностики двух форм аденовирусного поражения следует отметить, что для АВК (в отличие от ЭКК) более характерно поражение верхних дыхательных путей и безболезненность увеличенных лимфатических узлов, далеко не во всех случаях задействована роговица, причем если таковая все же случается при осложненной форме примерно в половине случаев, то чаще всего в виде точечных эпителиальных инфильтратов (хорошо окрашиваются флуоресцеином), которые полностью рассасываются по мере выздоровления пациента. Как правило, при АВК не наблюдается пленчатой формы заболевания, а точечные кровоизлияния в конъюнктиве верхнего века (важно обнаружение их в начале заболевания) более характерны для ЭКК. В целом, именно для ЭКК характер-

но более выраженное, агрессивное проявление (вплоть до изъязвления роговицы, развития дискоидного кератита, ирита или серозного иридоциклита – до 9%, рубцов конъюнктивы, небольшого симблефарона) и более длительное течение заболевания, чем при АВК [1-3, 9]. Необходимо также учитывать, что в клиническом течении ЭКК довольно четко просматривается стадийность процесса острого конъюнктивита (7-14 дней) с последующим мнимым улучшением состояния (2-4 дня), затем поражения роговицы (около 2 недель) с появлением субэпителиальных, реже точечных, не сливающихся между собой инфильтратов (обратное их развитие в отдельных случаях происходит через несколько месяцев) и, наконец, выздоровления – через 4-6 недель [1-3].

Хотя диагностика АВК и ЭКК во многом основывается на клинической картине заболевания, в ряде случаев необходимо дополнительное проведение лабораторных исследований для подтверждения этиологического диагноза. Дело в том, что при АВК и ЭКК могут иметь место сходные клинические проявления с другими инфекционными конъюнктивитами, например, бактериальными и, в частности, хламидийными (в отличие от аденовирусных, имеющих слизисто-гнойный или чисто гнойный характер обильное отделяемое, крупные и рыхлые фолликулы, часто располагающиеся рядами, нередко псевдптоз, экстраокулярные проявления в виде цервицита или вагинита у женщин, уретрита, простатита у мужчин, пневмонии, отита – у детей и др.) [9].

Что касается диагностики, то следует сразу сказать, что широко используемое при конъюнктивитах цитологическое изучение соскобов конъюнктивы у больных аденовирусными заболеваниями глаз имеет лишь вспомогательное значение, поскольку помогает только ориентировочно выявлять вирусную природу заболевания. На практике для диагностики аденовирусной инфекции глаз широко применяют экспресс-метод флуоресцирующих антител (МФА), позволяющий обнаружить свечение аденовирусного антигена в соскобах с конъюнктивы, и тест-систему «RPS Аденодетек-

тор»; эффективность первого метода значительно выше в первую неделю заболевания, а второго – этим сроком и ограничивается. И, наконец, настоящее время широко применяется иммунологический метод ПЦР, основанный на выявлении ДНК аденовируса [9, 13-16].

Лечение в остром периоде заболевания АВК и ЭКК заключается в частых инстилляциях до 10 раз в сутки (но не менее 4) интерферонов, например, офтальмоферона (с него лучше начинать терапию, т.к. его рекомендуется применять не более 10 дней, содержит димедрол) и альфа-интерферона (его можно использовать достаточно длительно, но приготовленный ампульный раствор – только в течение суток). Полезно применение интерферогенов (стимуляторов образования своего интерферона), например, капель полудана (до 8 раз в сутки). Наши наблюдения свидетельствуют об эффективности в качестве неспецифической иммунотерапии аденовирусных поражений глаз также инстилляций обычного донорского иммуноглобулина [9, 17, 18].

В комплексной терапии при несомненном диагнозе АВК или ЭКК целесообразно использовать также местно антисептики (окомистин или витабакт, антибиотики применяют обычно только в случае присоединения вторичной бактериальной инфекции или при осложненном течении, например, изъязвлении роговицы), НПВС (например, индоколлир, рН которого меньше раздражает воспаленную конъюнктиву, чем кислотная среда того же дикло-Ф), антигистаминные препараты (лучше в комплексе со стабилизаторами мембран тучных клеток, в частности, олопатадин) и слезозамещающие препараты (желательно, бесконсервантные). Последние желательно назначать не только потому, что терапия АВК и особенно ЭКК, как правило, длится не менее 2-3 недель, а нередко и значительно больше [9, 11, 19-21]. По мере улучшения состояния глаз частоту инстилляций постепенно снижают (до 3-4 раз в день). Продолжительность лечения зависит от состояния больного и устанавливается лечащим врачом.

В последние годы отмечено также изменение классической кар-

тины АВК и ЭЭК, например, появлением во второй стадии эпидемического кератоконъюнктивита фибриновых пленок (почти у 15% больных после их удаления фиксировалось кровотокащее изъязвление) и крупных инфильтратов на роговице, причем уже на 2-й неделе заболевания. В частности, фиксируют 4-ю стадию – период развития синдрома «сухого глаза», которая может продолжаться до 3-4 месяцев, и даже 5-ю стадию (более характерную для ЭЭК) – появление повторных роговичных инфильтратов через 2,5-3 мес. после начала заболевания [11]. При образовании пленок конъюнктивы или в период рассасывания инфильтратов роговицы показано назначение кортикостероидов (0,1%-й раствор дексаметазона) в виде коротких (желательно не более 7-10 дней) курсов по убывающей схеме, начиная с 3-4 раз в день.

При затяжных и осложненных случаях АКВ или ЭЭК, а также при системных проявлениях аденовирусной инфекции целесообразно назначение ингаляции (или аналогичных противирусных препаратов) внутрь по 1 капсуле 1 раз в день в течение 7-10 дней, а также иммуноглобулина внутримышечно 1 раз в 2 дня № 3-5, иммуномодулятора – циклоферона в табл. или в/м по схеме [9].

Профилактика аденовирусной офтальмоинфекции заключается в том, что осмотр всех пациентов осуществляется в перчатках, при появлении первых случаев АВК или ЭЭК в многопрофильных или глазных стационарах больные изолируются, при возможности – выписываются на амбулаторное лечение под наблюдение офтальмолога по месту жительства с разъяснением им тех мер профилактики, которые они должны соблюдать дома, в семье – соблюдение правил личной

гигиены; при вспышках объявляется карантин, персонал получает соответствующие инструкции о правилах работы с такими больными, используются индивидуальные флаконы глазных капель, исключаются физиотерапевтические процедуры, контактная тонометрия, массаж век и т.п., производится должная дезинфекция инструментов и приборов (особенно щелевых ламп, ультразвуковых аппаратов для сканирования и т.д.), ежедневная влажная уборка помещений с использованием дезинфектантов, ультрафиолетовым облучением палат и процедурных кабинетов. Соблюдение правил хлорирования воды предупреждает вспышки АВК и ЭЭК у лиц, посещающих плавательные бассейны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майчук Ю.Ф. Вирусные заболевания глаз. М.: Медицина, 1981. 269 с.
2. Казакбаев А.Г. Комплексная диагностика и лечение эпидемического кератоконъюнктивита: Автореф. дис. ... канд. Мед. наук. М., 1989.
3. Азнабаев М.Т., Мальханов В.Б. Аденовирусные и хламидийные заболевания глаз. Уфа: «Гилем», 1996. 112 с.
4. Кочергин С.А., Чернакова Г.М., Бондарева В.Г. и др. Острые и хронические формы аденовирусных инфекций глаз. Учебное пособие ГБОУ ДПО РМАПО. М., 2013. 50 с.
5. Бикбов М.М., Шевчук Н.Е., Мальханов В.Б. Цитокины в клинической офтальмологии. Уфа; 2008: 11- 48.
6. Мальханов В.Б., Грипась И.А., Кудоярова Э.Г. Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения вирусных заболеваний глаз. Уфа; 1987: 147.
7. Мальханов В.Б. Аденовирусные заболевания глаз: клиника, диагностика, лечение. Матер. республ. науч.-практ. конф. офтальмологов. Уфа; 1994:67-68.
8. Труфанов С.В., Маложен С.А., Крахмалева Д.А., Пивин Е.А. Аденовирусный кератоконъюнктивит. РМЖ. Клиническая офтальмология. 2016;3:144-150.
9. Бикбов М.М., Мальханов В.Б., Бабушкин А.Э. Конъюнктивиты: диффе-

ренциальная диагностика и лечение. М.: «Апрель». 2015.107 с.

10. Chodosh J, Viller D, Stoop WG, Pflugfelder SC. Adenovirus epithelial keratitis. *Cornea*. 1999; 14(2): 167-174.

11. Майчук Д.Ю. Инфекционные заболевания глазной поверхности (конъюнктивиты и кератоконъюнктивиты) / Под ред. Д.Ю. Майчука. М.: 2010:18-51.

12. Клещева Е.А. Острые и хронические формы аденовирусной инфекции глаз (клинико-иммунологическое исследование): Автореф. дис. ... канд. Мед. наук. М., 2012.

13. Jackson R, Morriss DJ, Cooper RJ, Bailey AS, Klapper PE, Cleator GM, Tullo AB. Multiplex polymerase chain reaction for adenovirus and herpes simplex virus in eye swabs. *J. Virol. Methods*. 1996; 56(1): 41-48.

14. Sumbursky R, Tauber S, Schirra F. The RPS Adeno Detector for diagnosis adenoviral conjunctivitis. *Ophthalmology*. 2006;10: 1764.

15. Кочергин С.А., Чернакова Г.М., Клещева Е.А. и др. Полимеразная цепная реакция в диагностике и оценке эффективности терапии вирусных микст-инфекций глаз. Журнал инфекционный патологий. 2010;17(3): 174.

16. Майчук Ю.Ф., Яни Е.В. Оценка инновационного метода экспресс-диагностики аденовирусных заболеваний глаз с применением RPS Аденодетектора. РОЖ. 2011; 4:42-45.

17. Майчук Ю.Ф. Офтальмоферон в лечении аллергических, инфекционно-аллергических, токсико-аллергических конъюнктивитов и болезни сухого глаза. РОЖ. 2011;3:78-84.

18. Майчук Д.Ю., Яни Е.В., Шипанова А.Н., Майчук Ю.Ф. Офтальмоферон в противовирусной и симптоматической терапии вторичного сухого глаза. Рефракционная хирургия и офтальмология. 2005; 5(1):61-65.

19. Шульгина Н.А., Хохлова А.С., Дорнина Л.В. Синдром «сухого глаза» как исход аденовирусного кератоконъюнктивита и его современное лечение. Тихоокеанский медицинский журнал. 2016; 61(3): 72-73.

20. Краснов М.М., Каспаров А.А., Каспарова Е.А. Клинические особенности и иммунотерапия осложненных форм аденовирусного конъюнктивита. Вестник офтальмологии. 1998;5: 23-28.

21. Каспарова Е.А. Локальная экспесс-аутоцитокинотерапия в лечении заболеваний переднего отрезка глаза: Автореф. ... канд. Мед. наук. М., 2001.