

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2021-2-99-100>

## Клинический случай пленчатой формы аденовирусного кератоконъюнктивита

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

ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ»

### РЕФЕРАТ

Образование пленок при аденовирусном поражении слизистой оболочки век требует внимания врачей-офтальмологов прежде всего в отношении дифференциальной диагностики с истинным дифтерийным конъюнктивитом. Представлен случай пленчатой формы эпидемического кератоконъюнктивита у больного Н., 34 лет, осложненного в исходе заболевания наружным симблефароном правого гла-

за. Причиной этого явилось гиперэргическое течение данной формы аденовирусного кератоконъюнктивита, протекавшего с образованием значительных пленок. Купирование процесса было достигнуто с применением противовирусной терапии в сочетании с комплексным симптоматическим лечением, включая местное использование стероидов.

**Ключевые слова:** аденовирусный эпидемический кератоконъюнктивит, образование пленок и рубцевание конъюнктивы. ■

Точка зрения. Восток – Запад. 2021;2:99–100.

### ABSTRACT

#### Complicated course of the membranous form of epidemic keratoconjunctivitis (clinical case)

A.E. Babushkin, A.M. Tulyakova, E.M. Rakhimova, E.N. Matyukhina

Ufa Eye Research Institute, Ufa

This article describes a clinical case of a filmy form of adenoviral epidemic keratoconjunctivitis (EKC) in an adult patient. The given case is interesting in that the onset of EKC did not foreshadow a complicated, hyperergic course of the filmy form in an adult patient. That ultimately led to cicatricial changes in the conjunctiva in the form of a partial external symblepharon. Alertness of ophthalmologists in relation to this form of EKC, which requires differential diagnosis, first of all, with

true toxic diphtheria lesion of the conjunctiva, is necessary. Adequate complex antiviral treatment of EKC with the use of corticosteroids, immunomodulatory and symptomatic therapy helps to stop the process.

**Key words:** adenovirus conjunctivitis, epidemic keratoconjunctivitis, membranous form, complicated course, partial symblepharon, dry eye syndrome. ■

Point of View. East – West. 2021;2:99–100.

Аденовирусные поражения органа зрения остаются важной проблемой офтальмологии, при этом чаще всего фиксируются поражения конъюнктивы. Наибольшее внимание привлекает эпидемический кератоконъюнктивит (ЭКК), который отличается от аденовирусного конъюнктивита (фарингоконъюнктивальной лихорадки) более тяжелым, агрессивным и осложненным течением, включая гиперэргическую форму с образованием пленок на слизистой век [1-3]. Как известно, одним из характерных

симптомов так называемого истинного дифтерийного конъюнктивита также является образование пленок (серовато-грязного цвета), плотно спаянных с подлежащей тканью [2].

Представляем клинический случай течения ЭКК с образованием значительных пленок при аденовирусном поражении слизистой оболочки век, что привело к ее рубцеванию.

В консультативно-поликлиническое отделение Уфимского НИИ глазных болезней обратился больной Н., 34 лет. Его в течение 10 дней беспокоили следующие жалобы: све-

тобоязнь, дискомфорт, покраснение глаз, слизистое отделяемое, слезотечение и отек век правого глаза. Заболел после контакта с заболевшим конъюнктивитом коллегой по работе. Левый глаз покраснел через 3-4 дня после правого, а еще через несколько дней обнаружили явления конъюнктивита у жены и ребенка. До обращения в институт закапывал лейкоцитарный интерферон и капли антибиотика по поводу вирусного конъюнктивита, назначенные районным окулистом. Со слов самого больного лечился нерегулярно.



**Рис.** Пленки на конъюнктиве верхнего века у больного эпидемическим кератоконъюнктивитом

Имеет место безболезненное увеличение предушных лимфатических узлов справа, гиперемии зева и пленчатых налетов на миндалинах не обнаружено. При осмотре: острота зрения правого глаза - 0,8, левого - 0,9, не корректируют. Имеется незначительный отек век, правый глаз раздражен весьма значительно, левый – умеренно. Слизистая оболочка век умеренно отечна, на конъюнктиве верхнего века визуализируются единичные точечные кровоизлияния. Отделяемое слизистое, в умеренном количестве (в назначенном мазке значительное количество лейкоцитов, единичные кокки и атипичные включения). На роговице фиксируются единичные монетовидные субэпителиальные инфильтраты. Среды прозрачные, глазное дно – без патологии.

Был выставлен диагноз – аденовирусный эпидемический кератоконъюнктивит обоих глаз, а к уже назначенной терапии были рекомендованы противовоспалительные (индоколлин) и антиаллергические (опатанол) капли, а также системно препарат ингавирин.

Спустя 14 дней больной был осмотрен повторно по его просьбе в связи с ухудшением состояния глаз (раздражение их усилилось, увеличился отек век, появились отчетливое чувство инородного тела и беловатые пленки в обоих глазах с тягу-

чим белым отделяемым, а также снизилось зрение обоих глаз) на фоне жалоб на небольшой озноб, сопровождающийся повышенной температурой в течение последних дней. Из анамнеза выяснилось, что ухудшение состояния началось после бани и сауны.

После обследования констатирована следующая острота зрения: правый глаз - 0,5, OS - 0,6, не корр. На фоне достаточно выраженного отека век и раздражения обоих глаз, на инфильтрированной слизистой век и переходных складок имеются серовато-белые пленки, наиболее выраженные в правом глазу (рис.). Также наблюдаются множественные субэпителиальные монетовидные инфильтраты роговицы (их больше в правом глазу), число которых с момента первого осмотра значительно возросло.

Пациенту была усилена терапия посредством назначения дексаметазона, нормального иммуноглобулина, офтальмоферона в каплях и смесью местного антибиотика с ципрофлоксацина на вигамокс, а также перорального использования циклоферона, и внутримышечных инъекций диклофенака и человеческого обычного иммуноглобулина.

При контрольном осмотре (через 2 недели) пациент предъявлял жалобы на периодический и незначительно выраженный дискомфорт в правом глазу, быструю усталость обоих глаз при работе вблизи. Между тем было зафиксировано, что острота зрения у пациента восстановилась до исходных значений (OD - 0,8 и OS - 0,9), оба глаза практически спокойные, при этом сохраняется небольшой остаточный отек и инфильтрация конъюнктивы нижнего века и переходной складки правого глаза. На фоне имеющихся множественных поверхностных помутнений роговицы и явлений конъюнктивально-роговичного синдрома средней степени правого и слабой – левого глаза, в нижне-наружном сегменте правого глаза отмече-

на небольшая рубцовая спайка между конъюнктивой нижнего века и глазным яблоком.

Пациенту были рекомендованы инстилляции в оба глаза антисептика – витабакта и дексаметазоновых, а также слезозамещающих капель и хирургическое лечение симблефарона правого глаза, которое было проведено через 2 недели в отделении стационарзамещающих технологий с хорошими косметическим и функциональным результатами.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Образование пленок при аденовирусном поражении слизистой оболочки век требует внимания врачей-офтальмологов, прежде всего в отношении дифференциальной диагностики с истинным дифтерийным конъюнктивитом. Представленный случай пленчатой формы эпидемического кератоконъюнктивита, осложненного в исходе заболевания наружным симблефароном правого глаза, интересен тем, что причиной этого явилось гиперэргическое течение данной формы аденовирусного поражения, протекавшего с образованием пленок. Купирование процесса было достигнуто с применением противовирусной терапии в сочетании с комплексным (топическим и системным) лечением, включая местное использование стероидов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Майчук Д.Ю. Вирусные конъюнктивиты и кератоконъюнктивиты. Синдром «красного» глаза. / Под ред. Д.Ю. Майчука. М., 2010: 31-38.
2. Бикбов М.М., Мальханов В.Б., Бабушкин А.Э. Конъюнктивиты: дифференциальная диагностика и лечение. М.: Апрель; 2015. 107 с.
3. Вахова Е.С., Яни Е.В. Основные принципы ведения тяжелых форм гиперэргического аденовирусного конъюнктивита. Клинический случай. Российский офтальмологический журнал. 2016; 2: 64-68.