

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ОФТАЛЬМОИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Клиническое течение аденовирусной офтальмоинфекции достаточно вариабельно. Тяжесть клинических проявлений зависит от множества факторов: штамма возбудителя, дозы проникшего агента, состояния местного и системного иммунитета больного и др. В то же время число пациентов с тяжелыми формами аденовирусной офтальмоинфекции постоянно растет. Наличие системной аллергии в анамнезе выделяет данный контингент больных аденовирусной офтальмоинфекцией в группу риска развития гиперэргической реакции. Длительность и тяжесть острого воспалительного процесса, интенсивность проводимого лечения может привести к развитию тяжелых осложнений.

Ключевые слова: аденовирусный конъюнктивит, офтальмоинфекции, аллергия.

E.V. YANI, PhD in medicine, K.E. SELIVERSTOVA

Helmholtz Moscow Scientific and Research Institute of Eye Diseases

PECULIARITIES OF THE COURSE OF THE ADENOVIRAL OPHTHALMOINFECTION IN PATIENTS WITH SYSTEMIC ALLERGY

The clinical course of the adenoviral ophthalmic infection is sufficiently variable. The gravity of clinical manifestations depends on many factors: the strain of the causative agent, dosage of the penetrated agent, the state of the local and systemic immunity of the patient etc. At the same time the number of patients with grave forms of adenoviral ophthalmic infection is permanently growing. The presence of the systemic allergy in anamnesis classifies this group of adenoviral ophthalmic infection patients in a group of hyperergic reaction risk group. The duration and gravity of the acute inflammatory process, intensity of the conducted therapy might lead to the development of grave complications.

Keywords: adenoviral conjunctivitis; ophthalmic infections; allergy.

Актуальность. В последнее время обращает на себя внимание увеличение числа пациентов с гиперэргическими вариантами течения острого аденовирусного процесса [1]. Данное состояние выражается более бурным развитием, выраженным односторонним или двухсторонним отеком век, часто с мацерацией кожи вокруг, яркой гиперемией и хемозом конъюнктивы, разлитыми геморрагиями. Почти во всех случаях в процессе заболевания начинается формироваться такое осложнение, как появление пленчатых мембран. Данное осложнение впоследствии приводит к развитию рубцовых изменений конъюнктивы и завороту век. В процессе течения заболевания возможно также появление характерных точечных инфильтратов под эпителием роговицы, часто с пропитыванием флюоресцеином, причем при ярких признаках гиперэргии инфильтраты имеют краевую локализацию. Данные проявления увеличивают продолжительность заболевания более 28 дней. В исходе часто наблюдаются осложнения в виде рубцов конъюнктивы век, точечных помутнений роговицы различной степени выраженности, что приводит к снижению остроты зрения, порой даже значительному. Часто инфильтрация склонна к рецидивированию, особенно при возникновении стрессовых состояний организма (грипп, ОРВИ и др.), что доставляет массу проблем пациентам.

Частота и выраженность гиперэргических реакций (ГЭР) при эпидемическом кератоконъюнктивите широко варьирует в рамках возникающих вспышек и определяется не только штаммовыми особенностями возбудителя,

преобладающего в очередной вспышке [2]. В большинстве случаев ГЭР тяжесть и длительность течения заболевания напрямую связаны с наличием системной аллергии в анамнезе пациентов [3–5].

Следование алгоритму терапии ГЭР при аденовирусной офтальмоинфекции, разработанному в Отделе инфекционных и аллергических заболеваний глаз [1, 2–6, 7], включающему в себя поэтапное лечение с использованием генно-инженерного интерферона альфа-2, кортикостероидов, препаратов репаративного действия и искусственной слезы, позволяет снизить риск развития осложнений. В то же время пациенты с системной аллергией в анамнезе нуждаются в проведении более интенсивного и длительного системного и местного противоаллергического лечения.

Цель. Проанализировать частоту возникновения ГЭР у пациентов с системной аллергией в анамнезе и разработать тактику лечения.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 243 пациента с аденовирусной офтальмоинфекцией, развившейся в период вспышек 2014–2015 гг. Все пациенты при обращении проходили стандартное офтальмологическое обследование с оценкой выраженности основных клинических признаков воспалительного процесса по 3-балльной системе. Оценка клинических признаков проводилась на первом приеме, втором визите на 7–10-й день, далее третьем – на 14–16-й и на четвертом – на 21–23-й день. Для подтверждения вирусной этиологии проводилось исследование соскобов с конъюнктивы

методом флуоресцирующих антител (МФА). Бактериальную флору выявляли с помощью микроскопических исследований мазков и посевов с конъюнктивы.

Лечение острого периода у всех пациентов начиналось соответственно алгоритму терапии аденовирусной офтальмоинфекции, разработанному в Отделе инфекционных и аллергических заболеваний глаз, и включало в себя инстилляцию генно-инженерного интерферона альфа-2 8–10 раз в день, дексаметазона 0,1%-ного 1–2 раза в сутки. Внутрь назначались антигистаминные препараты. По мере изменения клинической картины и присоединения ГЭР на 7–10-й день пациентов разделяли на две группы: группа I составила 127 пациентов с аденовирусным конъюнктивитом. В группу II вошли 116 пациентов с развившейся в острый период ГЭР.

Следование алгоритму терапии ГЭР при аденовирусной офтальмоинфекции, разработанному в Отделе инфекционных и аллергических заболеваний глаз, включающему в себя поэтапное лечение с использованием генно-инженерного интерферона альфа-2, кортикостероидов, препаратов репаративного действия и искусственной слезы, позволяет снизить риск развития осложнений

Результаты. По данным наблюдения, степень выраженности признаков воспалительной реакции при обращении выглядела следующим образом: отек и гиперемия век – в среднем 2,7 балла; хемоз и гиперемия конъюнктивы – в среднем 2,4 балла; фолликулярная реакция и выраженность геморрагий – в среднем 2,2 балла. На 7–10-й день заболевания по характеру течения клинического процесса пациенты были разделены на следующие группы: группа I составила 127 пациентов с аденовирусным конъюнктивитом, во II группу вошли 116 пациентов с развившейся ГЭР. Степень выраженности признаков воспалительной реакции выглядела следующим образом. Группа I: отек и гиперемия век – в среднем 1,9 балла; хемоз и гиперемия конъюнктивы – в среднем 0,7 балла; фолликулярная реакция и выраженность геморрагий – в среднем 1,2 балла. Группа II: отек и гиперемия век – в среднем 2,6 балла; хемоз и гиперемия конъюнктивы – в среднем 2,7 балла; фолликулярная реакция и выраженность геморрагий – в среднем 2,2 балла.

Как выяснилось из данных анамнеза, в группе I зарегистрировано 3 пациента с системной аллергией, 2 из которых имели в анамнезе бронхиальную астму, 1 пациент – аллергический ринит. По данным анамнеза пациентов II группы, наличие системной аллергической реакции отмечено у 109 больных, из них 27 пациентов страдают бронхиальной астмой, 21 – атопическим дерматитом, 56 имеют в анамнезе поллиноз и весенний катар, 8 – аллергический ринит и 4 – от одного до нескольких эпизодов отека Квинке.

Дальнейшее лечение в группе I включало в себя снижение количества инстилляций интерферона альфа-2 с 6

до 4 раз в день с последующей отменой, дексаметазона до одного раза в день и присоединение с 10-го дня слезозаместительных препаратов. Группа II получала следующий алгоритм терапии: также снижение количества инстилляций интерферона альфа-2 с 6 до 4 раз в день с последующей отменой, увеличение количества инстилляций дексаметазона до 3 раз в день, присоединение препаратов репаративного и слезозаместительного ряда. При образовании пленчатых мембран производилось их механическое удаление.

На третий визит (14–16-й день от начала болезни) степень выраженности признаков клинической картины выглядела следующим образом. Группа I: отек и гиперемия век – 0 баллов; хемоз и гиперемия конъюнктивы – 0 баллов; фолликулярная реакция и выраженность геморрагий – в среднем 0,3 балла. Группа II: отек и гиперемия век – в среднем 1,5 балла; хемоз и гиперемия конъюнктивы – в среднем 1,3 балла; фолликулярная реакция и выраженность геморрагий – в среднем 2,0 балла. В группе II, включавшей в себя 116 пациентов (232 глаза), у 74 пациентов (62 глаза) зарегистрированы высыпания «монетовидных» инфильтратов, у 48 пациентов (41 глаз) – образование пленчатых мембран в конъюнктивальных сводах. По мере стихания острого процесса и после отмены интерферона альфа-2 в алгоритм терапии пациентам данной группы включали препараты олопатадина по 2 капли два раза в день в течение 3–4 нед. В трех случаях при развитии выраженной ГЭР с развитием отека, роговичного и болевого синдромов однократно проводились парабульбарные инъекции дексаметазона 0,5 мл.

На четвертом визите состояние клинической картины в группах выглядело следующим образом. Группа I: отек и гиперемия век – 0 баллов; хемоз и гиперемия конъюнктивы – 0 баллов; фолликулярная реакция и выраженность геморрагий – в среднем 0 баллов. Группа II: отек и гиперемия век – 0,7 балла; хемоз и гиперемия конъюнктивы – в среднем 0,5 балла; фолликулярная реакция и выраженность геморрагий – в среднем 0,7 балла. Пациенты второй группы находились на последующем долечивании сроком от 7 дней до полутора месяцев (при рецидивировании «монетовидной» инфильтрации).

Наличие системной аллергии в анамнезе выделяет больных аденовирусной офтальмоинфекцией в группу риска развития ГЭР, а длительность и тяжесть острого воспалительного процесса, интенсивность проводимого лечения может привести к развитию таких осложнений, как формирование рубцов конъюнктивы, помутнение роговицы и развитие вторичного «сухого глаза»

Выводы. Анализ клинического течения аденовирусной офтальмоинфекции у 243 пациентов в период эпидемических вспышек 2014–2015 гг. показал, что сценарий развития инфекционного процесса по типу аденовирусного конъюнктивита отмечен у 127 пациентов (52,2%), развитие ГЭР зарегистрировано у 116 (47,8 %). Из всех пациентов

наличие в анамнезе системной аллергии в группе I отмечалось у 3 (2,4%), в группе II – у 109 пациентов, что составляет 94%. Острый период вирусного процесса у пациентов с наличием системной аллергической реакции в анамнезе отличается бурным течением, развитием ГЭР, а также таких осложнений, как появление «монетовидных» инфильтратов на роговице и формирование пленчатых мембран. Следовательно, было усилено медикаментозное лечение и увеличена его продолжительность. На высоте острого периода заболевания необходимо перевести вектор терапии от противовирусной к противоаллергической и противовоспалительной. Противоаллергическая терапия также должна претерпевать изменения – от скорой помощи и назначения инстилляций кортикостероидов до поддерживающей терапии селективными блокаторами гистаминовых H_1 -рецепторов, ингибирующих высвобождение медиаторов воспаления из тучных клеток.

Наличие системной аллергии в анамнезе выделяет больных аденовирусной офтальмоинфекцией в группу риска развития ГЭР, а длительность и тяжесть острого воспалительного процесса, интенсивность проводимого лечения может привести к развитию таких осложнений, как формирование рубцов конъюнктивы, помутнение роговицы и развитие вторичного «сухого глаза».

Течение аденовирусной офтальмоинфекции по гиперэргическому типу можно проиллюстрировать следующим клиническим примером.

Больная Е., 24 года, обратилась на амбулаторный прием МНИИ ГБ в марте 2016 г. с жалобами на острое покраснение левого глаза, отек век, слезотечение, дискомфорт, легкое покраснение правого глаза. Из данных анамнеза следовало, что с 6 лет она страдает atopическим дерматитом. В настоящее время отмечала ремиссию по данному заболеванию. Острота зрения, как показал офтальмологический осмотр, составила: ОД 1,0; ОС 0,4 с – 0,5Д = 0,6.

Клиническая картина: отек и гиперемия век, отек и гиперемия конъюнктивы, крупные фолликулы в нижнем своде, разлитые и точечные субконъюнктивальные геморрагии (клинические признаки больше выражены слева) (рис. 1). Результат соскоба МФА (адено) ОС – положительный.

Рисунок 1. Клиническая картина острого аденовирусного конъюнктивита



Учитывая данные анамнеза, клинической картины и положительный результат лабораторного исследования, пациентке был поставлен диагноз «Аденовирусный конъюнктивит ОИ» и назначено следующее лечение: инстилля-

Рисунок 2. Формирование пленчатых мембран в нижнем и верхнем сводах конъюнктивы



ции генно-инженерного интерферона альфа-2 8 раз в день, дексаметазона 0,1%-ного 2 раза в сутки. Внутрь назначены антигистаминные препараты длительностью 14 дней. По сценарию течения острого вирусного процесса клиническая картина аденовирусной офтальмоинфекции нарастала, и к 10-му дню заболевания сформировались выраженные пленчатые мембраны в нижнем и верхнем своде конъюнктивы ОС (рис. 2), которые неоднократно (три раза с интервалом в 2 дня) пришлось механически удалять. К 18-му дню заболевания отмечилось улучшение состояния конъюнктивы, и к концу 3-й нед. лечения конъюнктивит век и глазного яблока спокоен, роговица прозрачна, поверхность флуоресцеином не окрашивается. После лечения острота зрения ОД 1,0; ОС 0,4 с – 0,5Д = 0,9. В течение следующих 6 мес. пациентку беспокоили симптомы вторичного «сухого глаза», что потребовало назначения препаратов искусственной слезы длительный промежуток времени.

ЛИТЕРАТУРА

- Jhanji V, Chan TC, Li EY, Agarwal K, Vajpayee RB. Adenoviral keratoconjunctivitis. *Surv Ophthalmol*, 2015 Sep-Oct, 60(5): 435-43.
- Dehghan S, Seto J, Liu EB, Walsh MP, Dyer DW, Chodosh J, Seto D. Computational analysis of four human adenovirus type 4 genomes reveals molecular evolution through two interspecies recombination events. *Virology*, 2013, 443: 197-207.
- Яни Е.В. Тактика терапии при гиперэргическом кератоконъюнктивите. Сборник трудов IX Съезда офтальмологов России. М., 2010. С. 379.
- Kramer A, Behrens-Baumann. Antiseptic prophylaxis and therapy in ocular infections. Karger. 2002. 376 P.
- Sambursky R, Tauber S, Schirra F, Kozih K, Davidson R, Cohen EJ. The RPS adeno detector for diagnosing adenoviral conjunctivitis. *Curr Eye Res.*, 2010, 35(7): 553.
- Майчук Ю.Ф., Шипанова А.И., Казаченко М.А., Яни Е.В., Гапонюк П.Я. Офтальмоферон как средство цитокиновой терапии вирусных заболеваний глаз. Материалы конференции «Офтальмоиммунология, итоги и перспективы». М., 2007.
- Майчук Ю.Ф., Вахова Е.С., Позднякова В.В., Яни Е.В., Якушина Л.Н. Комплексная терапия инфекционных конъюнктивитов, сопровождающихся аллергической реакцией. Медицинская технология. М., 2010. ФС №2009/195.