

УДК 617.711-004.1-06: 617.711/713-002-085.37

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2016.3.72-74

Синдром «сухого глаза» как исход аденовирусного кератоконъюнктивита и его современное лечение

Н.А. Шульгина¹, А.С. Хохлова², Л.В. Доронина², Ю.Н. Ганджа², Е.В. Рогачева², И.Д. Рыпалова²¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),² Владивостокский клинико-диагностический центр (690001, г. Владивосток, ул. Светланская, 169/171)

Проведена клиническая оценка развития и течения, а также проанализированы эффективность использования увлажнителей (катионорм или хилопарин комод) и циклоспорина А (Restasis) в протоколе лечения 21 пациента (42 глаза) со вторичным синдромом «сухого глаза» после различных форм аденовирусного кератоконъюнктивита. Полученные результаты определили алгоритм лечения для исчезновения субъективных жалоб, повышения остроты зрения и нормализации слезопродукции: при легкой степени заболевания эффективно использование увлажнителей, как средства монотерапии, а при средней и тяжелой степенях – увлажнителей в сочетании с циклоспорином А.

Ключевые слова: проба Ширмера, увлажнители, циклоспорин А.

Аденовирусные конъюнктивиты и кератоконъюнктивиты (АВКК) – одни из самых контагиозных заболеваний глаз. Возникая обычно в летне-осенний период, они протекают в виде эпидемических вспышек и поражают пациентов глазных стационаров, поликлиник, организованных детских и взрослых коллективов или членов одной семьи [3, 5, 8]. Заболевание протекает в различных клинических формах (катаральной, фолликулярной, пленчатой и инфильтративной – с поражением роговицы) и предполагает назначение противовирусных, гормональных и нестероидных топических средств [1, 6, 7]. Воспаление приводит к поражению желез конъюнктивы, формирующих липидный, водный и муциновый слой слезной пленки, и помутнениям в роговице, вызывающим нестабильность слезы на глазной поверхности. Возникающий вторичный синдром «сухого глаза» (ВССГ) бывает разной этиологии и степени тяжести и требует коррекции слезозаместительными увлажняющими каплями (увлажнителями), топическим циклоспорином (стимулятором слезопродукции) или окклюдерами (обтураторами слезных канальцев) [2, 4, 6, 9].

Целью нашей работы стал анализ частоты и тяжести ВССГ у пациентов, переболевших различными формами аденовирусных конъюнктивитов и кератоконъюнктивитов, и обоснование для них слезозаместительной терапии.

Материал и методы

Вспышка АВКК в г. Владивостоке и других городах Приморского края продолжалась с июня 2014 по март 2015 г. Во Владивостокском клинико-диагностическом офтальмологическом центре был обследован и пролечен 21 больной (42 глаза) – основная группа лиц, получавших увлажнители или циклоспорин А.

Шульгина Наталья Анатольевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры офтальмологии и оториноларингологии ТГМУ; e-mail: fobos77757@mail.ru

Контрольную группу сформировали 10 человек (20 глаз) после АВКК, не получавших лечение по поводу ВССГ. Среди представителей обеих групп было 10 мужчин и 19 женщин 29–76 лет и 2 детей (9 и 11 лет). Срок наблюдения – от 3 до 6 месяцев. В исследование были включены пациенты, у которых закончилась острая стадия АВКК и при биомикроскопии не определялся активный воспалительный процесс в конъюнктиве и роговице (табл. 1).

Исходно степень тяжести ВССГ оценивалась в зависимости от перенесенных клинических форм АВКК по жалобам и показателям слезопродукции (пробе Ширмера). В пробе использовались Schirmer Tear Strips (Индия). Для коррекции ВССГ легкой и средней степени тяжести назначались увлажнители без консервантов: хилопарин комод (Ursapharm, Германия) или катионорм (Santen, Япония). Кратность приема – 2–3 раза в день. При ВССГ тяжелой степени в качестве базисной терапии использовался топический циклоспорин А (Restasis, Allergan, США) 2 раза в день в течение 3–6 месяцев и дополнительная терапия хилопарином комод или катионормом (до 4 раз в день постоянно).

Результаты анализа обрабатывали с использованием программы Statistica 6.0. Числовые данные приведены в виде средних значений со стандартным отклонением ($M \pm s$). Для оценки достоверности различий между группами применяли парный критерий Стьюдента.

Результаты исследования

Аденовирусные поражения глаз (конъюнктивиты и кератоконъюнктивиты) развились после пребывания в глазном стационаре у 10, в семье – у 12 и в рабочем коллективе – у 3 человек. Источник заболевания в 6 случаях установить не удалось. Конъюнктивит возник на 32, а кератоконъюнктивит – на 30 глазах. ВССГ тяжелой и средней степени развился у 76,2 %

Таблица 1

Степень выраженности ВССГ у пациентов группы наблюдения

Степень ВССГ	Количество глаз			
	основная группа		контроль	
	абс.	%	абс.	%
Легкая	10	23,8	4	20,0
Средняя	12	28,6	6	30,0
Тяжелая	20	47,6	10	50,0

Субъективные признаки различных форм ВССГ после АВКК

Симптом	Группа	Клинические формы АВКК							
		катаральная		фолликулярная		пленчатая		инфильтративная	
		абс.*	%	абс.*	%	абс.*	%	абс.*	%
Светобоязнь	Основная	2	4,8	6	14,3	8	19,0	24	57,2
	Контроль	2	10,0	2	10,0	6	30,0	10	50,0
Дискомфорт (сухость)	Основная	10	23,8	10	23,8	12	28,6	10	23,8
	Контроль	4	20,0	4	20,0	7	35,0	2	10,0
Чувство «песка»	Основная	10	23,8	10	23,8	10	23,8	10	23,8
	Контроль	4	20,0	4	20,0	8	40,0	4	20,0
Нечеткость зрения	Основная	–	–	2	4,8	12	28,6	20	47,6
	Контроль	–	–	1	5,0	8	40,0	10	50,0

* Количество глаз.

пациентов основной и 80 % пациентов контрольной группы (табл. 1). Тяжелая форма заболевания была связана с поражением роговицы и рубцеванием конъюнктивы и проявляла себя нечеткостью зрения и гало-эффектом у 47,6 % пациентов основной и 50 % пациентов контрольной группы (табл. 2).

При ВССГ легкой степени в основной группе отмечен статистически значимый прирост слезопродукции в пробе Ширмера после катаральной формы АВК на 36,7 %, инфильтративной формы – на 33,7 %, а при ВССГ средней тяжести – на 39,3 и 43,3 %, соответственно. В контрольной группе при ВССГ легкой степени слезопродукция возросла только на 4,5 %

при катаральной и на 1,8 % – при инфильтративной форме. Назначение при синдроме тяжелой степени только увлажнителей оказалось недостаточным и потребовало включения в схему лечения Restasis (США). Это привело к увеличению слезопродукции в основной группе после катаральной, фолликулярной, пленчатой и инфильтративной форм заболевания на 87,8, 80,9, 87,8 и 87,7 %, соответственно (табл. 3). При этом исчезли жалобы на нечеткость зрения, сухость и чувство инородного тела. Средняя скорректированная

Таблица 2

острота зрения повысилась с $0,65 \pm 0,05$ до $0,95 \pm 0,05$, значительно уменьшился индуцированный роговичный астигматизм. Побочных эффектов и аллергических реакций на увлажнители и циклоспорин отмечено не было.

Обсуждение полученных данных

Назначение увлажнителей (катионорм, хилопарин комод) оказалось доказанно эффективным при легкой и средней степени ВССГ только у пациентов с катаральной (36,7 и 39,3 %) и с инфильтративной (33,7 и 43,3 %) формами АВКК. Меньшая эффективность увлажнителей при ВССГ, возникшем на фоне фолликулярной и пленчатой форм заболевания, можно объяснить

более глубоким поражением желез конъюнктивы, секрет которых формирует полноценную слезную пленку на поверхности глаза. Назначение дополнительно к увлажнителям слезостимулирующего препарата Restasis при тяжелой степени ВССГ позволило увеличить слезопродукцию от 80,9 до 87,8 % при всех формах АВКК.

Таким образом, частое возникновение ВССГ после аденовирусных конъюнктивитов и кератоконъюнктивитов требует постоянного использования увлажнителей и длительного применения циклоспорина А для стабилизации и восстановления слезной пленки на поверхности роговицы и конъюнктивы.

Таблица 3

Показатели теста Ширмера при ВССГ до и после лечения ($M \pm s$)

Степень ВССГ	Группа	Тест Ширмера после АВКК, мм							
		катарального		фолликулярного		пленчатого		инфильтративного	
		до лечения	после	до лечения	после	до лечения	после	до лечения	после
Легкая	Основная	11,8±1,8	18,6±2,3*	10,7±0,8	15,4±3,2	10,1±0,2	13,6±2,8	11,2±0,4	16,9±0,9*
	Контроль	10,7±0,9	11,2±2,4	10,4±0,6	12,0±1,6	10,2±0,4	11,0±0,6	10,8±1,3	11,0±1,2
Средняя	Основная	6,5±1,2	10,7±1,5*	7,0±1,1	10,9±2,1	6,3±0,8	10,8±1,4	7,2±0,9	12,7±3,4*
	Контроль	6,6±1,8	7,1±0,5	6,8±1,2	7,0±1,3	6,2±1,3	7,0±0,8	6,8±0,7	6,6±0,9
Тяжелая	Основная	2,4±1,6	18,2±1,5*	2,9±1,8	15,2±0,8*	2,0±1,4	16,4±3,2*	2,2±1,1	17,9±2,8*
	Контроль	2,6±0,8	3,0±1,6	2,8±2,1	3,1±1,8	2,1±1,9	3,0±1,6	2,9±2,7	3,2±1,1

* Разница с показателем «до лечения» статистически значима.

Литература

1. Азнабаев М.Т., Гафурова Л.Г., Мальханов В.Б. Аденовирусные и хламидийные заболевания глаз. Уфа, 1995. 110 с.
2. Астахов Ю.С., Рикс И.А. Современные методы диагностики и лечения конъюнктивитов. С - Пб, 2007. – 68 с.
3. Берта А., Хигари М.Т., Петричек И. [и др.]. Инфекционный конъюнктивит // Синдром «красного глаза»: дифференциальная диагностика и лечение / под ред. А. Berta. М.: Алкон Фармацевтика, 2008. С. 46–56.
4. Козина Е.В., Синячко С.Ф., Гололобов В.Т. [и др.]. Донозологическая диагностика синдрома «сухого глаза» у студентов медицинского вуза // Тихоокеанский мед. журн. 2015. № 3. С. 42–45.
5. Майчук Ю.Ф. Вирусные заболевания глаз. М.: Медицина, 1981. 272 с.
6. Майчук Д.Ю. Вирусные конъюнктивиты и кератоконъюнктивиты // Синдром «красного глаза»: практическое руководство для врачей-офтальмологов. М., 2010. С. 31–38.
7. Майчук Д.Ю., Васильева О.А., Пронкин И.А. Результаты длительного применения местных кортикостероидов для лечения инфильтративной формы аденовирусного кератоконъюнктивита // Клиническая офтальмология. 2014. № 1. С. 23–25.
8. Рапуано К.Дж., Ви-Джин Хенг. Вирусный конъюнктивит (обычно аденовирусный) // Роговица / пер. с англ. под ред. А.А. Каспарова. М.: ГЭОТАР-Медиа», 2010. С. 17–19.
9. Reinhard T., Godehardt E., Pfahl H.G. [et al.]. Local cyclosporin A in nummuli after keratoconjunctivitis epidemica. A pilot study // Ophthalmologie. 2000. Vol. 97. P. 764–768.

Поступила в редакцию 23.09.2015.

THE SYNDROME OF "DRY EYE" AS AN OUTCOME ADENOVIRAL KERATOCONJUNCTIVIT AND ITS MODERN TREATMENT

N.A. Shulgina¹, A.S. Khokhlova², L.V. Doronina², Y.N. Gandzha², E.V. Rogacheva², I.D. Rypalova²

¹ Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russian Federation), ² Vladivostok Clinical Diagnostic Center (169/171 Svetlanskaya St. Vladivostok 690001 Russian Federation)

Objective. To determine the severity and treatment of the syndrome of "dry eye" patients after adenoviral keratoconjunctivitis.

Methods. In 21 patients with syndrome of "dry eye" after adenoviral keratoconjunctivitis were treated tear replacing (kationorm, hiloparin-dresser) and tear incentivating therapy (Restasis).

Results. Syndrome of "dry eye" severe and moderate after adenoviral keratoconjunctivitis occurs in 76.2% of patients of the main group. Appointment therapy syndrome of "dry eye" elevating tear production.

Conclusions. Tear replacing (kationorm, hiloparin-comod) are effective in mild to moderate syndrome of "dry eye", while severe syndrome of "dry eye" in addition to the necessary treatment tear replacing and tear incentivating (Restasis).

Keywords: Schirmer's test, lubricants, cyclosporine A.

Pacific Medicl Journal, 2016, No. 3, p. 72–74.

УДК 617.741-004.1-089.87-06:617.753-085.849.19

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2016.3.74–76

Клинические результаты коррекции вторичных аметропий у пациентов с артифакцией

В.Д. Посвалюк

Приморский центр микрохирургии глаза (690088, г. Владивосток, ул. Борисенко, 100е)

Оценена эффективность эксимерлазерной фоторефрактивной кератэктомии (ФРК) и лазерного интрастромального кератомилеза (Laser-Assisted in Situ Keratomileusis – LASIK) в коррекции аметропии у 38 пациентов с артифакцией после факэмульсификации по поводу катаракты с установкой интраокулярных линз. Через 3 месяца во всех наблюдениях отмечалась стабилизация показателей остроты зрения. Стабильный рефракционный эффект после LASIK наступал через один, а после ФРК – через два месяца.

Ключевые слова: эксимерный лазер, фоторефрактивная кератэктомия, интрастромальный кератомилез.

На современном этапе развития катарактальной хирургии получение высокого уровня зрения без очковой коррекции после экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ) должно являться эталоном [1, 5, 9, 13]. Аметропия после экстракции хрусталика с имплантацией ИОЛ встречается нечасто, но ее наличие осложняет социальную реабилитацию пациентов. По стандартам Британской национальной службы здравоохранения (2009), отклонение от запланированной рефракции после факэмульсификации катаракты на глазах с интактной роговицей должно в 55 % случаев составлять не более $\pm 0,5$ дптр и в 85 % случаев – не более ± 1 дптр [10].

Немаловажное значение имеет наличие врожденного роговичного астигматизма у пациентов с катарактой, который сильно влияет на удовлетворенность конечным функциональным результатом [12]. По дан-

ным зарубежных исследований, в 57,7 % глаз величина астигматизма превышает 0,75 дптр, а астигматизм выше 1,25 дптр наблюдается в 27 %, астигматизм выше 1,5 дптр – в 15–23 % и более 2,25 дптр – в 8 % случаев [5, 7, 8]. Учитывая, что в России экстракций хрусталиков по поводу катаракты с имплантацией ИОЛ проводится около 180 тысяч в год, потребность в коррекции вторичной аметропии достаточно велика [3, 4].

Цель настоящего исследования – оценка эффективности эксимерлазерной фоторефрактивной кератэктомии (ФРК) и лазерного интрастромального кератомилеза (Laser-Assisted in Situ Keratomileusis – LASIK) в коррекции аметропии у пациентов с артифакцией.

Материал и методы

Проведен анализ рефракционных операций у 38 пациентов 20–81 года (29 женщин и 9 мужчин) со вторичной аметропией на артифакционных глазах: в 22 случаях

Посвалюк Валерий Дмитриевич – заведующий отделением эксимерлазерной хирургии ПЦМГ; e-mail: pos2610w@mail.ru