

Юсупов А.А.,
Хамидова Ф.М.,
Василенко А.В.

НАШ ОПЫТ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ ВИРГАН И ПАРАБУЛЬБАРИННЫХ ИНЪЕКЦИЙ ЦИКЛОФЕРОНА ПРИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ФОРМАХ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА

-Кафедра офтальмологии СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Анализ глазной заболеваемости по Республике Узбекистан позволяет предположить, что более 40% амбулаторных и до 50% госпитализированных больных обращаются к врачу-офтальмологу с воспалительной патологией глаз. Значительная часть из них страдает герпетическими поражениями органа зрения [1].

Из герпесвирусов чаще всего поражает орган зрения вирус простого герпеса (ВПГ). ВПГ имеет 2 подтипа. ВПГ 1-типа и 2-типа по антигенной структуре похожи и могут поражать один нервный ганглий. ВПГ-1 чаще вызывает инфекции с локализацией выше талии (оро-фасциальная и окулярная) [5].

Вирус герпеса считается причиной 50-60% поражений роговицы и главной причиной роговичной слепоты (3). В последние годы значительно расширился спектр доказанных факторов риска рецидива герпетического кератита, связанных с внедрением новых микрохирургических технологий: рефракционная хирургия, ФРК, LASIK, катарактальная хирургия [2,4].

Часто наблюдается реинфекция латентным вирусом после кератопластики от 0,5% до 10% (2). Реактивация может возникнуть на фоне лечения препаратами антиглаукомной терапии - аналогами простагландинов: латанопростом и биматопростом. Латентный вирус может быть причиной нередко и гибели глаз [6].

Проблема лечения офтальмогерпеса, несмотря на применение всё более новых противовирусных препаратов, актуальна, имеет важное значение и далека от своего окончательного решения. Вопросы консервативной терапии хирургического лечения офтальмогерпеса занимают одно из важных мест в лечении глазных заболеваний человека [1]. За последние два десятилетия арсенал противовирусных средств в офтальмологии значительно расширился, в первую очередь, за счёт препаратов группы ацикловира и других антиметаболических нуклеотидов. Недостаточно изучены новые противовирусные препараты этой группы. Не освещён вопрос о целесообразности сочетанного применения антиметаболических нуклеотидов при лечении герпетических заболеваний глаз, что и явилось объектом нашего исследования.

Цель исследования: определить эффективность комбинированного применения препаратов циклоферона и вирган при лечении поверхностного герпетического кератита.

Материал и методы: объектом исследования были 42 больных, обратившихся в клинику глазных болезней СамМИ с рецидивирующим эпителиальным герпетическим кератитом. Из них было 27 мужчин и 25 женщин в возрасте от 14 до 62 лет. Для определения эффективности исследуемых нами препаратов больные были распределены на 2 группы: 1-ю (основную) группу составили 22 глаза 22 больных (14 мужчин и 8 женщин). Больным этой группы

применялось комбинированное лечение препаратами циклоферона и вирган. 2-ю (контрольную) группу составили 20 глаз 20 больных (13 мужчин и 7 женщин), которых лечили препаратом вирган.

Глазной гель вирган (ганцикловир 0,15%) - противовирусный препарат, из группы аналогов нуклеотидов. Антивирусная активность ганцикловира заключается в ингибировании синтеза вирусной ДНК. Вирган-глазной гель закапывается по 1 капле 3-5 раз в день в конъюнктивальный мешок.

Циклоферон (метил-2-пропионамин акридона ацетат) - низкомолекулярный индуктор интерферона. Оказывает противовирусное, иммуномодулирующее и противовоспалительное действие. Стимулирует продукцию альфа-, бета- и гамма интерферонов лейкоцитами, макрофагами, эпителиальными клетками, а также тканями селезёнки, печени, лёгких, мозга. Применяли в виде инъекций в парабульбарную область по 1,0 мл в течение 8-10 дней на курс лечения.

Всем больным проводилось дополнительное лечение в виде внутримышечных инъекций витаминов группы В. С. А, 10-15 инъекций на курс лечения. Применялись общеофтальмологические методы исследования: визиометрия, биомикроскопия с флюоресцентной пробой, офтальмоскопия, альгезиметрия. При биомикроскопии основное внимание уделялось форме и глубине залегания герпетического инфильтрата. Эта задача существенно облегчается при использовании послойной биомикроскопии роговицы с предварительной инстилляцией раствора флюоресцеина.

Результаты и обсуждение: основной задачей при лечении герпетических кератитов является укорочение сроков реэпителизации эрозии роговицы, препятствие распространению патологического процесса в более глубокие слои роговицы или в другие структуры глаза, удлинение сроков ремиссии герпетической инфекции.

Основными жалобами больных до начала лечения были: светобоязнь, слезотечение, покраснение глаза, чувство инородного тела и боли колющего характера. Значительное уменьшение этих субъективных признаков мы отмечали на 3-4 день в основной группе и на 5-6 день у больных контрольной группы. Острота зрения у больных основной группы повысилась на 0,8-0,5 у 16 больных из 22, на 0,4-0,2 у 5 больных, а у 1-больного мы наблюдали ухудшение остроты зрения. В среднем улучшение остроты зрения составило 0.54 ± 0.08 ($p = 0.01$).

В контрольной группе мы наблюдали повышение на 0,8-0,5 у 10 больных из 20; на 0,4-0,2 у 18 больных, ухудшение 2 больных, что объясняется переходом заболевания в стромальную форму. Среднее повышение остроты зрения составило 0.44 ± 0.03 ($p = 0.01$).

Таблица 1

Клинические признаки герпетического кератита

Клинический признак	Контрольная группа n=20			
	Основная группа n=22 До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Гиперемия				
Слабая	7	17	10	12
Умеренная	8	5	8	8
Резко выражен.	7	0	2	0
Площадь инфильтрата: 1,5-2,5мм²	6	16	12	15
2,5-4,0мм ²	• 10	5	4	4
>4,0мм ²	6	1	4	1
Глубина инфильтрата:				
Эпителиальный	5	8	10	15
Субэпителиальный	15	13	8	5
стромальный	2	1	0	0
Чувствительность роговицы (1-5)				
1 балл - резкое понижение чувствительности	1-26.-14	1-26 -6	1-26-12	1-26 -4
5 баллов - нормальная чувствительность	3-56 -8	3-56-16	3-56 -8	3-56-16

Основные изменения в динамике состояния больных регистрировались путём биомикроскопии переднего отдела глаза. Учитывались такие объективные признаки, как выраженность перикорнеальной гиперемии, площадь и глубина роговичного инфильтрата, чувствительность роговой оболочки. Данные по динамике указанных параметров представлены в таблице I. Биомикроскопия показала сокращение сроков эпителизации роговицы на 4 дня, резорбции роговичной инфильтрации на 5 дней в основной группе. Длительность лечения сократилась в среднем на 6 дней. Наши исследования показали эффективность комбинированного применения препаратов вирган и цик-лоферон по сравнению с этиотропным лечением только препаратом вирган. Среднее время эпителизации роговичного эпителия

составило 6-7 дней в основной группе по сравнению с 10 днями в контрольной группе. Выздоровление мы отмечали в 82% случаях в основной и 61% в контрольной группе. Рецидивы наблюдались 4,3% в основной и 23,6% контрольных группах.

Выводы

Комбинированное использование глазного геля вирган и парабульбарных инъекций цик-лоферона является высокоэффективным методом лечения поверхностных форм офтальмогерпеса.

Циклоферон потенцирует противовирусное действие ганцикловира, что выражается в более быстрой резорбции роговичного инфильтрата и укорочении сроков наступления ремиссии или выздоровления.

К недостаткам можно отнести относительно высокую розничную стоимость обоих препаратов

Литература

1. Егорова Е.А. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии. Москва. Литгерра. 2004. -с.737.
2. Камилов Х М., Норматова Л-Л.М. Противовирусный препарат в лечении герпетических кератитов. Medical express - 2009. -№5. -с 64.
3. Кански Д. Клиническая офтальмология: систематизированный подход. Москва.- Логосфера. - 2006. -с. 744.
4. Майчук Ю.Ф. Вирусные заболевания глаз. Москва. - Медицина 1981. -с. 12.
5. Шульпина Н.Б. Биомикроскопия глаза. - Москва.- Геотар-мед. 2002.-с.71
6. External eye diseases. American Academy of ophthalmology 2004. -с. 161