



## Особенности тактики ведения больных с аденовирусной патологией глаз

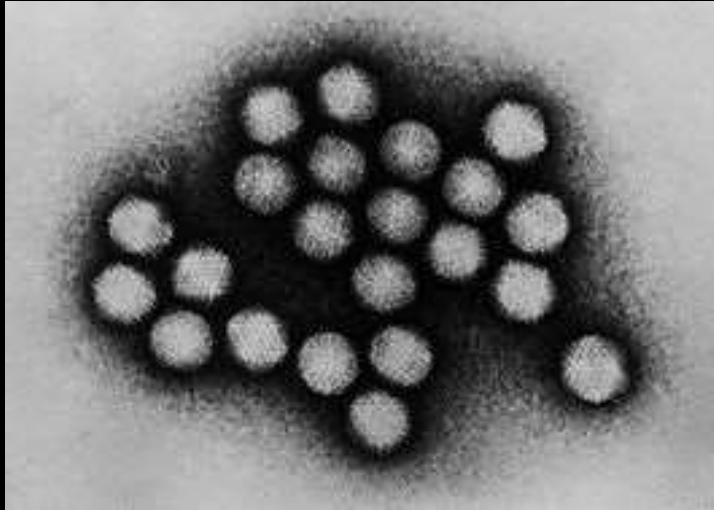


Доц. Голубов К.Э.



- Аденовирусы представляют высокий риск для здоровья населения из-за их способности вызывать эпидемии.
- Насчитывается около 50 серотипов АВ
- Они признаны наиболее частыми возбудителями поверхностных глазных инфекций в Европе и США.
- Ежегодно на 50 000 обострений герпетического кератита приходится миллионы случаев аденовирусной инфекции (M.Dalton,2011)
- 60-70% инфекционных конъюнктивитов вызываются вирусами, из них **75-90%**-аденовирусные (M.V.Mc Donald,2010)

Аденовирус состоит из  
двунитчатой ДНК.



У аденовирусов выделены три  
растворимых антигена:

- А-антиген(общий для всех серотипов),
- В- антиген(токсический, обуславливает цитопатическое действие- подавляет активность интерферона),
- С-антиген(типоспецифический антиген)

# Аденовирусные заболевания глаз

1. **Аденовирусный конъюнктивит**
  2. **Аденовирусный кератоконъюнктивит**
- 

## Диагностика ЭКК:

-уровень Ig G, M, A в крови и слезной жидкости

-ПЦР

-цитологическое изучение соскоба конъюнктивы  
(флуоресцирующие антитела)

-экспересс-диагностика-RPS- аденодетектор



### Процесс анализа слезной жидкости



1. Сбор слезной жидкости



2. Тестирование



3. Получение результатов



Отрицательный  
результат



Положительный  
результат





## **Аденовирусный КОНЪЮНКТИВИТ**

Вызывается вирусами серотипов  
3,4,6,7,10,11.





## Формы АВК:

- - катаральный
- - фолликулярный
- - геморрагический
- - пленчатый



Поражение глаз, как правило, двух-стороннее. Заболевание протекает в подострой форме, развивается, обычно, на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ).



Развитие процесса занимает 1-3 дня. Динамика предполагает скоротечное развитие и, при отсутствии присоединения вторичной инфекции, выздоровление наступает в течение 2-х недель.



Важным диагностическим критерием является анамнез: недавно перенесенное ОРВИ или контакт с больным ОРВИ или конъюнктивитом



## Фолликулярная форма конъюнктивита

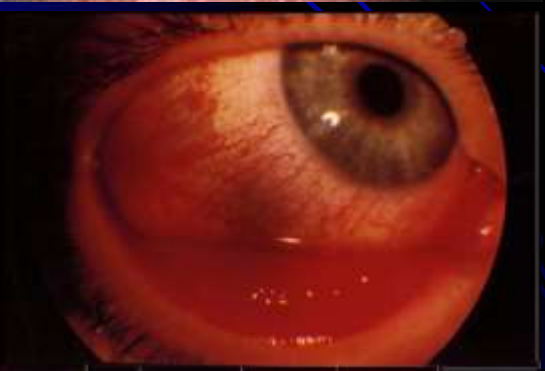


- Клиническая картина: специфических признаков, безошибочно указывающих на вирусную природу заболевания, нет.
- Неспецифические симптомы: гиперемия и отек конъюнктивы, мелкие и средние фолликулы на тарзальной конъюнктиве нижнего века.

Дополнительные исследования  
Экспресс-диагностика аденовирусной инфекции может проводиться RPS-аденодетектором в течение 10 минут во время первичного осмотра

## Геморрагическая форма конъюнктивита

- Специфическим признаком является образование множественных гемморрагий небольшого размера на тарзальной и бульбарной конъюнктиве





## ● Пленчатая форма конъюнктивита

Жалобы :боль, резь, зуд в начале заболевания, тяжесть при открывании глаз, отек век, выраженное покраснение глазного яблока, слизистое или водянистое отделяемое.

Течение заболевания и  
клиническая картина



Поражение глаз двухстороннее, протекает в острой форме.

Воспаление парного глаза развивается в течение 1 — 3-х дней и часто протекает в более слабой форме.



Наблюдается увеличение околоушных лимфатических узлов.

Течение заболевания четко разделяется на 3 периода







- • **стадия отека** (от 3 до 5-ти дней). Характеризуется значительной гиперемией и выраженным отеком конъюнктивы.



К концу данного периода отек спадает, и формируются крупные отечные складки конъюнктивы. Пациент высоко контагиозен





- **стадия формирования пленчатых мембран** и образования характерных точечных инфильтратов роговицы (от 7-ми до 10-ти дней).

- Пленчатые мембраны формируются на верхних краях отечных складок нижнего века, приводя к рубцеванию и образованию симблефарона.

- На верхнем веке мембрана выстилает всю тарзальную конъюнктиву. В некоторых случаях при присоединении вторичной инфекции под мембранами образуются изъязвления конъюнктивы.

- Точечные инфильтраты образуются в поверхностных слоях роговицы и иногда сопровождаются незначительной эпителиопатией.



● **стадия выздоровления и формирования вторичного сухого глаза.** Начинается с момента окончания формирования пленчатых мембран и длится до 3-х месяцев. Характеризуется восстановлением глазной поверхности, однако у пациентов возникают стойкие жалобы на нарушение зрения, чувство инородного тела.

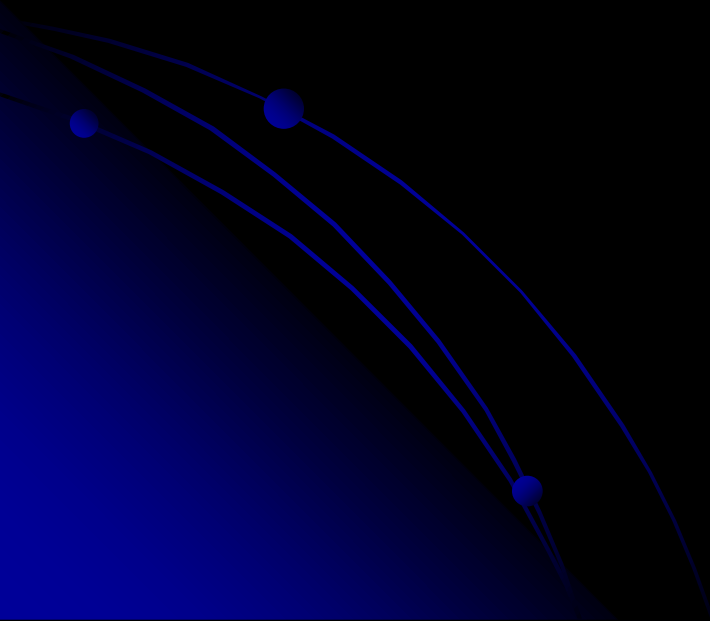
### **Исход**

- выздоровление
- формирование стойких инфильтратов роговицы
- развитие вторичной инфекции
- синдрома вторичного «ССГ», связанного с формированием симблефарона

# **Аденовирусный кератоконъюнктивит** *тип вирусов 8,11,19,29 и др.*

## **Стадии АВКК** (по Анджелову В.О.)

- стадия острых конъюнктивальных проявлений
- стадия поражения роговицы
- стадия выздоровления



# Наиболее частые клинические проявления:

- светобоязнь, слезотечение
- отделяемое из глаз
- отек век
- изменения слизистой(фолликулез в области переходных складок,геморрагии, гиперемия и др.)
- поражение роговицы
- лимфоаденопатия

Период улучшения состояния с повторным обострением и поражением **роговицы**

**Поражение вдп, повышение температуры тела, общее недомогание** наблюдается значительно реже, чем при АВК.





## КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АВКК

по КАСПАРОВОЙ Е.А., КАСПАРОВУ А.А.

- 1. АВКК с острым тяжелым течением, поражением конъюнктивы и близлежащих тканей
- 2. АВКК, осложненные развитием токсикоаллергических реакций тканей (гиперэргический тип)
- 3. Стероидоосложненная форма АВКК

# АВКК с острым тяжелым течением, поражением конъюнктивы и близлежащих тканей

- Для этой формы характерны:
  - **резко выраженное воспаление конъюнктивы** (гиперемия, множественные фолликулы, инфильтрация, отек, вплоть до хемоза, обильное слизистогнойное отделяемое, иногда с образованием пленок) и **роговицы** (сливные монетовидные эпителиальностромальные инфильтраты, вплоть до дисконидного),
  - часто сопутствующие дакриoadенит, серозный иридоциклит, значительная аденопатия, отек орбитальной клетчатки, сопровождающийся ограничением подвижности глазного яблока, воспаление верхних дыхательных путей, ринит, гайморит

# АВКК, осложненные развитием токсикоаллергических реакций



Возникает при длительном местном применении химиотерапевтических противовирусных средств (ИДУ, бонафтон, флореналь, препаратов ацикловира), а также антибиотиков .



Клинически проявляются в виде выраженного усиления гиперемии всех отделов конъюнктивы, инфильтрации и отека эпителия роговицы, развития признаков дерматоблефарита и дерматита кожи лица, сопровождающихся зудом



# Стероидосложненная форма АВКК



- Клинически характеризуется хроническим торпидным течением, относительно быстрым купированием явлений конъюнктивита и упорным рецидивирующим кератитом, заканчивающимся грубым рубцеванием роговицы.
- У больных часто установлено наличие герпесвирусной инфекции, протекавшей одновременно с аденовирусной. Реактивация вируса простого герпеса развилась вследствие длительного местного применения кортикостероидов.





- Поражение роговицы
  - оба глаза, асимметричное течение
  - инфильтраты роговицы, которые в течение 2-5 дней захватывают всю роговицу- эпителиальные(24,0 %), смешанные(22,0%), субэпителиальные(44,0%)
  - снижение чувствительности роговицы, отек роговицы, десцеметит
  - медленное обратное развитие инфильтратов, повтор высыпаний

# **Существуют три основных направления в лечении и профилактике вирусных заболеваний глаз:**

- 1) химиотерапия;
- 2) специфическая иммунотерапия (вакцины, иммуноглобулины);
- 3) неспецифическая иммунотерапия (интерферон, его индукторы - интерфероногены, иммуностимуляторы).

# Лечение

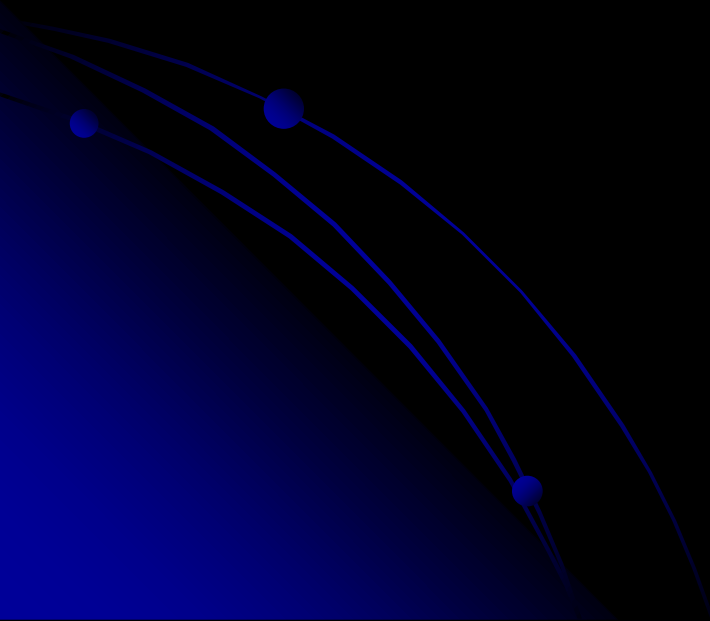
общее

местное

консер-  
вативное

физиотерапев-  
тическое

микрохирур-  
гическое



# Комплексное лечение

## Общее лечение:

- индукторы интерферона
- противоаллерг. средства
- иммуномодуляторы
- НПВС
- инфузионная терапия
- **антибиотики(по показаниям)**
- гормонал.препараты(**по показаниям**)
- диуретики и др.

## Местное лечение:

- противовирусн.препараты
- индукторы интерферона
- противоаллерг.средства
- мидриатики
- кортикостероиды(**по показан.**)
- антибиотики(**по показан.**)
- препараты трофического и репаративного действия
- препараты слезозаместительной терапии и др.



## Алгоритм лечения пациента с легкой формой АВКК

### 1. Общее лечение:

- нестероидные противовоспалительные средства(найз, ремесулид, немесулид и др)- 7 дней
- противоаллергические средства(цетрин,тавегил, агистам и др.)-7 дней

### 2. Местное лечение:

- противовирусные средства(вирган) до 2 недель
- противоаллергические(лекролин 4% и др.) до 7-10дней
- интерфероногены(офтальмоферон, полудан, окоферон)  
1 неделя
- антигипоксанты (офтагель и др.) с 5-7 дня лечения

# Алгоритм лечения пациента с тяжелой формой АВКК

## 1.Общее лечение:

- нестероидные противовоспалительные средства(найз, ремесулид, немесулид и др)- 7-14 дней
- противоаллергические средства(цетрин,тавегил, агистам и др.)-12-14 дней
- иммунокорректирующие средства(циклоферон,имунофан и др.)
- дезинтоксикационная терапия(реосорбилат, реамберин )
- симптоматическое лечение

## 2. Местное лечение:

- противовирусные средства(вирган) до 3 недель
- противоаллергические(лекролин 4% и др.) до 2 недель
- интерфероногены(офтальмоферон, полудан, окоферон)-1 неделя
- нестероидные противовоспалительные препараты(индоколизин и др.) 1-2 недели
- антибиотикотерапия(*по показаниям*)
- гормональные препараты(*по показаниям*)
- антигипоксанты(офтагель и др.) с 5-7 дня лечения
- рассасывающие средства(йодистый калий ) с 7-10 дня
- симптоматические препараты