

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© ВАХОВА Е.С., 2018

УДК 617

Вахова Е.С.

ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ БЛЕФАРОКЕРАТОКОНЬЮНКТИВИТ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, 105062, Москва, РФ

Цель. Напомнить практическим врачам о клинической картине герпетического блефароконъюнктивита, особенностях клинического течения трех форм герпетического конъюнктивита и его отличие от аденовирусного конъюнктивита.

Материал и методы. В описании клинических случаев показано, что высыпания пузырьков герпеса на коже век при блефароконъюнктивите, позволяют выявить этиологию патологического процесса и выбрать правильную тактику лечения. Рассматриваются современные подходы к обработке кожных высыпаний герпеса и профилактические мероприятия для глаз. Подчеркивается высокий риск поражения роговицы и развития герпетического кератита при первичном офтальмогерпесе, а также необходимость системной и местной противогерпетической терапии.

Обсуждение. Важно отметить, что настороженность детского офтальмолога в плане выявления герпетического блефарокератоконъюнктивита, как дебюта герпетической инфекции глаз, снижена. Лабораторное подтверждение не всегда возможно, что вероятно и приводит к гиподиагностике этого заболевания.

Заключение. Неадекватно подобранная терапия способствует дальнейшему течению рецидивирующего герпетического кератита уже во взрослом возрасте пациента.

Ключевые слова: герпетический блефарит; герпетический конъюнктивит; первичный герпес у детей.

Для цитирования: Вахова Е.С. Герпетический блефарокератоконъюнктивит. Клинические случаи. *Российская педиатрическая офтальмология*. 2018; 13 (4): 185-188. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1993-1859-2018-13-4-185-188>

Для корреспонденции: Вахова Елена Сергеевна, канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отд. инфекционных и аллергических заболеваний глаз ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, 105062, Москва. E-mail: druzilka@mail.ru

Vakhova E.S.

HERPETIC BLEFAROCERATOCONJUNCTIVITIS. CLINICAL CASES

The Helmholtz Moscow Research Institute of Eye Diseases Russian Ministry of Health,
Moscow, 105062, Russian Federation

Purpose. Remind practitioners of the clinical picture of herpetic blepharoconjunctivitis, the clinical features of the three forms of herpetic conjunctivitis and its difference from adenoviral conjunctivitis.

Material and methods. In the description of clinical cases it is shown that the rash of vesicles of herpes on the skin of the eyelids with blepharoconjunctivitis, allows to identify the etiology of the pathological process and choose the correct treatment strategy. Examines modern approaches to the treatment of herpes skin rashes and prophylactic measures for the eyes. It emphasizes the high risk of corneal damage and the development of herpetic keratitis during primary ophthalmus herpes, as well as the need for systemic and local antiherpetic therapy.

Discussion. It is important to note that the alertness of the pediatric ophthalmologist in terms of detecting herpes blepharkeratoconjunctivitis, as the debut of a herpetic eye infection, is reduced. Laboratory confirmation is not always possible, which probably leads to the underdiagnosis of this disease.

Conclusion. Inadequately selected therapy contributes to the further course of recurrent herpetic keratitis already in the adult patient's age.

Keywords: herpetic blepharitis; herpetic conjunctivitis; primary herpes in children.

For citation: Vakhova E.S. Herpetic blepharkeratoconjunctivitis. Clinical cases. *Rossiyskaya pediatricheskaya oftal'mologiya (Russian pediatric ophthalmology)* 2018; 13(4): 185-188. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1993-1859-2018-13-4-185-188>

For correspondence: Elena S. Vakhova, The Helmholtz Moscow Research Institute of Eye Diseases Russian Ministry of Health. E-mail: druzilka@mail.ru

Acknowledgements. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received 18 December 2018

Accepted 21 December 2018

Герпес относится к наиболее распространенным вирусным заболеваниям человека. Особое место занимает поражение вирусом герпеса органа зрения, которое отличается полиморфизмом клинических форм и может охватывать веки, конъюнктиву, склеру, роговицу, передний и задний отделы сосудистого тракта, сетчатку и зрительный нерв. Наиболее часто поражается роговица. В России герпетическое поражение глаз чаще встречается в районах средней полосы, где наиболее распространены респираторные заболевания. Рецидивы заболевания, как правило, отмечаются в осенне-весенний период, холодное, сырое время года и провоцируются переохлаждением. Пусковым моментом для первых клинических проявлений или рецидива герпетического заболевания также могут служить снижение иммунитета, зрительные, физические, психо-эмоциональные перегрузки, и стресс, травмы и операции, не только на глазах. Вне зависимости от локализации, выделяют общие признаки герпесвирусных заболеваний глаз: сезонные обострения заболевания, склонность к рецидивирующему течению, односторонний характер поражения, снижение или отсутствие чувствительности роговицы, слабая васкуляризация роговицы, замедленная регенерация очагов изъязвления и безуспешность антибактериальной терапии.

Герпетическое поражение глаз у новорожденных, которые обычно заражаются при прохождении через пораженные родовые пути матери, может быть единственным проявлением герпеса или же одним из проявления генерализованной герпетической инфекции.

Первичная герпесвирусная инфекция наиболее часто встречается у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, когда ребенок теряет защитные антитела, полученные от матери. Заражение вирусом простого герпеса (ВПГ) происходит чаще контактным, реже воздушно-капельным путем. Первичное заражение может не сопровождаться клиническими симптомами. В возрасте 15 лет и старше примерно у 90% людей обнаруживаются антитела, свидетельствующие о перенесенной герпесвирусной инфекции, хотя большинство из этих людей не имели клинически выраженного заболевания [2].

Поражение глаз при первичной инфекции чаще встречается у детей. Рецидив герпетической инфекции с поражением глаз обычно развивается у взрослых, при этом поражается преимущественно роговица, фолликулярный конъюнктивит наблюдается крайне редко. Тяжесть герпетического кератита может варьировать от поверхностного древовидного кератита до воспаления глубоких слоев стромы роговицы и кератоувеита. На фоне местного применения кортикостероидов древовидный кератит может превратиться в глубокую язву ро-

говицы, вплоть до риска перфорации и развития гипопиона.

В своей классической форме герпесвирусная инфекция поражает не только глаза, но также и кожу, особенно часто встречается на лице. Герпетические поражения век и конъюнктивы клинически делятся на герпетический дерматит век, блефарит, блефароконъюнктивит. Несмотря на то, что герпетические кератиты признаны в мире самой распространенной патологией роговицы, диагноз герпетического конъюнктивита или блефароконъюнктивита встречается редко [2, 3].

Целью данного сообщения явилась необходимость напомнить практическим врачам клиническую картину герпетического блефароконъюнктивита, подчеркнуть особенности клинического течения трех форм герпетического конъюнктивита и его отличие от аденовирусного конъюнктивита, рассмотреть современный алгоритм терапии.

Высыпания герпеса на коже век обычно предшествуют общие проявления в виде недомогания, озноба, головной боли, повышения температуры тела. Этому сопутствуют и местные симптомы: жжение, иногда зуд кожи век. Вслед за этим, на коже появляются участки гиперемии и на этом фоне возникают единичные или множественные пузырьки сероватого цвета, являющиеся результатом отслоения покровного эпителия кожи за счет экссудативного выпота. Пузырьки могут группироваться и сливаться между собой. Через несколько дней содержимое пузырьков мутнеет, они начинают подсыхать, формируются корочки, после отшелушивания которых не остается рубчиков на коже. Если герпетический дерматит протекает одновременно с заболеванием глаза, это способствует этиологической диагностике глазного процесса.

Герпетический конъюнктивит чаще встречаются как первичная инфекция вирусом герпеса в раннем детстве, и не имеет постоянных, патогномичных для герпеса признаков, отличаясь полиморфизмом симптоматики. Лабораторное подтверждение не всегда возможно, что вероятно и приводит к гиподиагностике этого заболевания.

В зависимости от клинической картины, различают следующие клинические формы герпетического конъюнктивита: катаральная, везикулезно-язвенная и фолликулярная. Конъюнктивит характеризуется длительным вялым течением, часто сопровождается высыпаниями герпесвирусных пузырьков на коже век и глаз [3].

Катаральная форма герпетического конъюнктивита характеризуется бурным началом, обильным слизистым отделяемым и небольшой длительностью.

Везикулезно-язвенная форма герпетического конъюнктивита более выразительна, с повторным высыпанием герпетических пузырьков, их вскрытием и обратным развитием без рубцевания

(рис. 1, см. вклейку). Обычно конъюнктив веки и глазного яблока раздражена, отделяемое отсутствует. Конъюнктивит отличается склонностью к упорному длительному течению и рецидивам. При локализации пузырьков герпеса на краях век или по маргинальному краю (рис. 2, см. вклейку) значительно повышается риск вовлечения в процесс роговицы и развития герпетического кератита.

Фолликулярный герпетический конъюнктивит бывает трудно отличить от аденовирусного. Для герпетического конъюнктивита характерно поражение одного глаза, в патологический процесс чаще вовлекаются края век, кожа, роговица; отделяемое умеренное или незначительное, слизистого характера, склонность к длительному рецидивирующему течению.

В отличие от герпеса, течение аденовирусного конъюнктивита более короткое, поражаются оба глаза, наблюдается слизисто-гнойное обильное отделяемое, поражение роговицы не характерно, увеличены и болезненны при пальпации предушные лимфоузлы.

Клинический случай 1. Девочка Н. Возраст 6 лет (рис. 3, см. вклейку). На фоне недавно перенесенной ОРВИ и субфебрильной температуры появились высыпания на коже век левого глаза, отек век, сужение глазной щели. При осмотре: глаз раздражен, светобоязнь, слезотечение небольшое, слизистое отделяемое. При биомикроскопии: конъюнктив гиперемирован, инфильтрирован, умеренно отечен; на роговице поверхностный эпителиальный инфильтрат по типу «древовидного», окрашивающийся флюоресцеином.

Клинический случай 2. Мальчик К. Возраст 14 лет (рис. 4, см. вклейку). После купания в реке сильно переохладился и промерз. На фоне озноба и повышения температуры появились высыпания на коже век правого глаза, отек век, слизистое отделяемое. Через 2–3 дня появились резь в глазу; чувство инородного тела; снизилась острота зрения. При осмотре: на веках подсыхающие высыпания и корочки. Глаз раздражен, на роговице неправильной формы инфильтрат, распространяющийся с эпителия на поверхностные слои стромы роговицы. В центре инфильтрата чистая, поверхностная зона изъязвления, окрашивающаяся флюоресцеином.

Рекомендации по лечению. С момента появления высыпаний пузырьков герпеса на коже, ребенка беспокоят зуд, жжение. Ребенок трет и чешет глаз. Необходима обработка кожи, аналогичная таковой при ветряной оспе. Лучше использовать не мази и крема, а подсушивающие средства, быстрее переводящие пузырьки в корочки. В России традиционно применяют спиртовой раствор бриллиантового зеленого или его аналог – метиленовый синий, который также считается антисептиком и может заменять бриллиантовый зеленый.

Использование другого красителя Фукорцина (жидкость Кастеллани) не рекомендуется применять у детей раннего возраста, также как и применение спиртового раствора йода, который обладает раздражающим действием. Если смазать пузырьки раствором йода, кожный зуд лишь усилится.

Кроме того, при использовании спиртовых растворов для обработки высыпаний на веках следует быть очень внимательным и осторожным, т.к. высок риск их попадания в глаз и ожога. В связи с этим не стоит применять для обработки век салициловый спирт или перекись водорода.

В настоящее время существуют более современные средства, позволяющие облегчить состояние ребенка, уменьшить зуд и предотвратить расчесывание. Чаще всего используются препараты цинка (крем или лосьон Каламин, суспензия Циндол, цинковая мазь), которые хорошо снижают зуд, устраняют раздражение кожи, оказывают охлаждающее и подсушивающее действие, а также создают на поверхности кожи защитный барьер, препятствующий инфицированию сыпи.

Хорошо снимают кожный зуд, обладают охлаждающим и успокаивающим эффектом Фенистил гель для наружного применения.

Нами отмечен хороший эффект геля Аллергоферон для местного и наружного применения. За счет входящих в его состав интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного и Лоратадина, препарат обладает антигистаминным, противоаллергическим, противозудным, антиэкссудативным, противовоспалительным, иммуномодулирующим, противовирусным действием.

Ребенка беспокоят зудящие высыпания на коже, отечное веко, он постоянно трет руками раздраженный глаз. Поэтому с первых дней появления пузырьков герпеса на коже, для профилактики вторичной бактериальной инфекции, целесообразно назначать инстилляцию в глаз современных антисептиков 2–3 раза в день. В настоящее время глазные капли 0,01% пиклоксидин (Витабакт, Бактовит) и 0,01% Бензилдиметил-миристоиламинопропиламмоний (Окомистин) разрешены к применению у детей с раннего возраста. С профилактической целью, даже если нет признаков поражения глаза, лучше сочетать инстилляцию антисептика с интерферонами. Препаратом выбора является Офальмоферон (закапывать 3 раза в день, хранить в холодильнике). Входящий в состав офальмоферона димедрол оказывает противоотечное, сосудосуживающее, противовоспалительное и противоаллергическое действие, уменьшая зуд, отек и напряжение тканей, облегчая состояние ребенка.

Лечение герпетического блефароконъюнктивита (блефарокератоконъюнктивита) основывается нами на базисных противовирусных препаратах: Офальмоферон (или Локферон) 6–8 раз в

день в начале лечения, затем снижая до 3–4 раз в день [1]. При высоком риске поражения роговицы или развитии кератита добавляем селективные противогерпетические препараты: глазную мазь Ацикловир (Зовиракс, Виролекс) или глазной гель Ганцикловир (Зирган) 2–3 раза в день. По нашим наблюдениям совместное применение Офтальмоферона 3–4 раза в день и мази Ацикловир 2–3 раза в день значительно повышает эффект терапии [1]. При выраженных кожных высыпаниях и признаках поражения роговицы системно назначаем Ацикловир (Зовиракс, Виролекс таблетки по 200 мг) или Валацикловир (Валтрекс, Валвир таблетки по 500 мг) по 1 г в сутки – 5 дней [4].

В случае поражения роговицы и развития герпетического кератита необходимы препараты репаративного, трофического и антиоксидантного действия, стимулирующие репарацию и регенерацию роговицы (Баларпан, Корнерегель, Солкосерил гель).

По мере стихания воспалительного процесса и при сохраняющемся остаточном раздражении глаза добавляют мягкие противоаллергические препараты (Опатанол, Задитен, Лекролин) 2 раза в день и слезозаместительные препараты (предпочтительно не содержащие консервантов).

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахова Е.С., Майчук Ю.Ф., Щипанова А.И. Офтальмоферон в комплексной терапии герпетических кератитов и кератouveитов. В кн. *Материалы юбилейной научной конференции «Поражения органа зрения», Санкт-Петербург, 25-28 сентября 2008.* СПб.; 2008.; с.41- 2.
2. Майчук Ю.Ф. *Вирусные заболевания глаз.* М.: Медицина; 1981.
3. Майчук Ю.Ф., Вахова Е.С. Конъюнктивиты и кератиты у детей. Глава 118. *Педиатрия. Национальное руководство в 2-х томах.* М.; 2009(2); с. 830 – 42.
4. Майчук Ю.Ф., Вахова Е.С. *Комплексная терапия тяжелых герпесвирусных кератитов и кератouveитов.* Медицинская технология. М.; 2010.

REFERENCES

1. Vakhova E.S., Maychuk Yu.F., Shchipanova A.I. Ophthalmof-eron in the treatment of herpetic keratitis and keratouveitov. In *Materials of the jubilee scientific conference "Impairment of the organ of sight", St. Petersburg, September 25-28, 2008.* SPb; 2008: 41- 2. (in Russian)
2. Maychuk Yu.F. *Viral diseases of the eye.* Moscow, Medicine; 1981. (in Russian)
3. Maychuk Yu.F., Vakhova E.S. *Conjunctivitis and keratitis in children. Chapter 118. Pediatrics. National leadership in 2 volumes.* Moscow; 2009 (2) 830 - 42. (in Russian)
4. Maychuk Yu.F., Vakhova E.S. *Combined therapy of severe herpesvirus keratitis and keratouveitov.* Medical technology. Moscow; 2010. (in Russian)

Поступила 18.12.2018

Принята к печати 21.12.2018

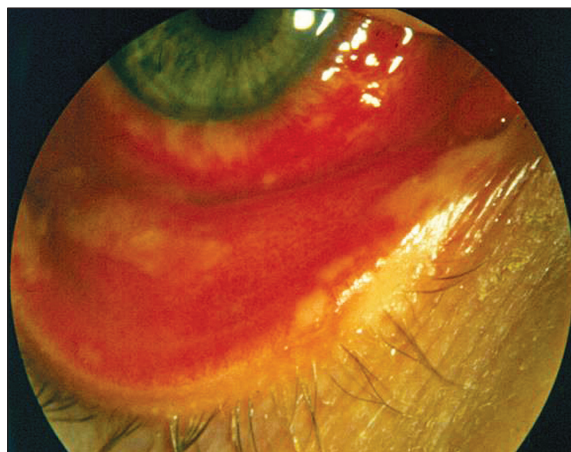


Рис. 1. Везикулезно-язвенная форма герпетического блефароконъюнктивита.

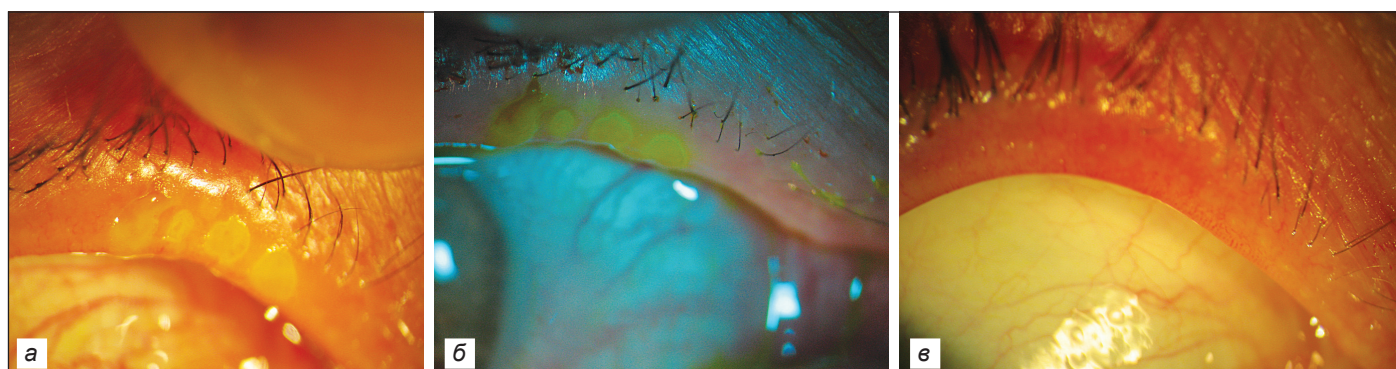


Рис. 2. Высыпания герпеса вдоль маргинального края века.
а – в обычном свете; *б* – с синим фильтром; *в* – исход.

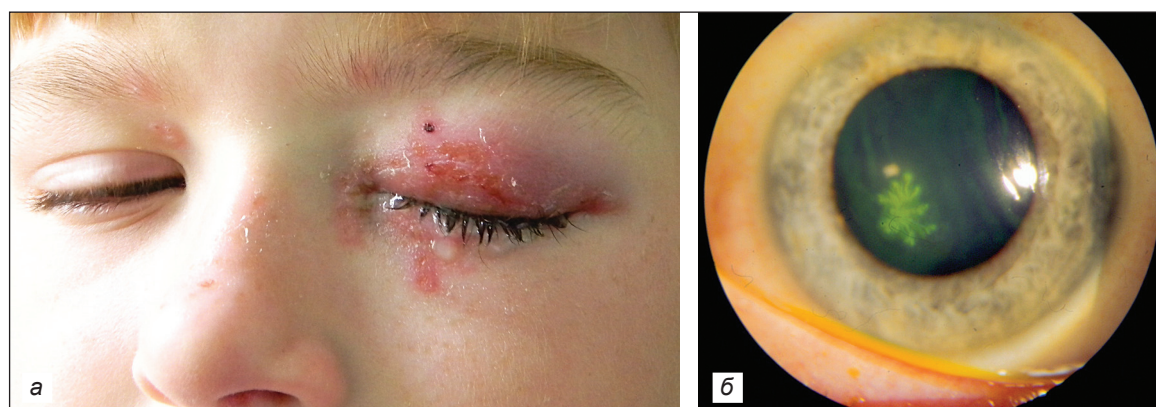


Рис. 3. Герпетический блефарокератоконъюнктивит
а – внешний вид ребенка; *б* – поражение роговицы, древовидный кератит.

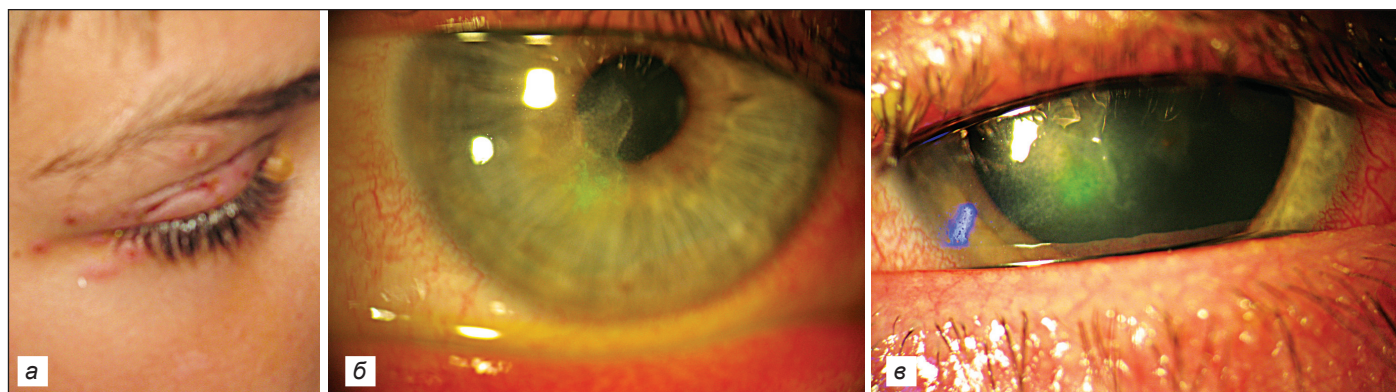


Рис. 4. Герпетический блефарокератоконъюнктивит.
а – высыпания на коже век; *б, в* – поражение роговицы, кератит с изъязвлением.