

Имунофан в лечении больных с герпетическими кератитами

Каменских Т.Г., Сумарокова Е.С.

Актуальность. В мире ежегодно с офтальмогерпесом обращаются к офтальмологу 10 млн. больных, в США и РФ - 250000-500000 больных. Герпетические кератиты составляют 66% от всех заболеваний роговицы, 80% всех инфекционных кератитов и 55,4% всех язв роговицы [2,3].

Социальная значимость проблемы офтальмогерпеса объясняется превалированием заболевания лиц молодого возраста, затяжным и рецидивирующим течением, нередко приводит к инвалидности и слепоте. Среди всей патологии роговицы, приводящей к слепоте, офтальмогерпес составляет 60 % [2].

Лечение больных с данной офтальмопатологией представляет достаточно сложную проблему, в первую очередь, из-за ограниченного арсенала терапевтических средств. В связи с этим целесообразным является разработка и внедрение в клиническую практику новых лекарственных средств, в том числе воздействующих на иммунную систему организма.

В данной группе препаратов следует особо выделить отечественный лекарственный препарат - Имунофан. Регуляторный пептид Имунофан обладает иммунорегуляторным, детоксикационным и гепатопротекторным действием, что дает возможность широкого применения в составе комплексной терапии различных заболеваний. Имеются единичные работы, касающиеся применения имунофана в офтальмологии при лечении эндогенных увеитов у взрослых [5] и детей [1,4]. Однако работ по использованию Имунофана в лечении пациентов с герпетическими кератитами в доступной литературе нами не обнаружено.

Цель настоящего исследования заключается в изучении клинической эффективности препарата Имунофан при лечении пациентов с герпетическими кератитами.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 15 пациентов, из них 14 женщин и 1 мужчина. Возраст больных колебался от 20 до 50 лет. У 12 больных диагностирована древовидная форма герпетического кератита, у 3-х – дисковидная форма кератита. Сроки заболевания от начала появления острых симптомов до поступления в стационар составили от 10 до 30 дней. Следует отметить, что все пациенты до поступления в стационар безуспешно лечились в амбулаторно-поликлинических условиях традиционными препаратами (противовирусные средства, нестероидные противовоспалительные препараты, кератопротекторы, мидриатики).

У 4 больных процесс имел хроническое рецидивирующее течение с характерными для герпесвирусной инфекции обострениями в холодное время года, у 11 больных кератит диагностирован впервые.

Клинически у подавляющего числа больных присутствовал умеренно выраженный роговичный синдром, включающий светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Невралгические боли в области первой ветви тройничного нерва были весьма выраженными и преобладали над явлениями раздражения глаза. При биомикроскопии выявлялась яркая перикорнеальная или смешанная инъекция глазного яблока, характерная инфильтрация роговицы, напоминающая ветку дерева (12 пациентов). По ходу инфильтратов присутствовали множественные эрозии роговицы. У 3 пациентов в толще отечной роговицы определялись серовато-белые круглой формы инфильтраты, размерами от 3 до 6 мм. Признаки сопутствующего иридоциклита имели место у 1 пациента с дисковидным кератитом. У всех 15 пациентов отмечено снижение чувствительности

роговицы больного глаза. Острота зрения при поступлении больных стационар колебалась от 0,7 до 0,09.

Предложена схема комбинированной терапии у больных с герпетическими кератитами. Препарат Имунофан назначался на фоне базисной терапии 1 раз в сутки в виде суппозиторий в течение 10 дней. В качестве традиционного лечения применяли местно: зовиракс 3% глазная мазь 4 раза в сутки, инстилляций мидриатиков, нестероидных противовоспалительных средств – диклоф 2 раза в сутки, корнерегель 3 раза в сутки, полудан 100 мкг субконъюнктивально через день. В качестве десенсибилизирующей терапии проводился электрофорез с 3%-ным р-ром хлористого кальция через прокладку.

10 пациентов (8 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 29 до 60 лет составили группу контроля. У 8 из них диагностирована древовидная форма герпетического кератита, у 2 – дисковидный кератит. Острота зрения у данных больных варьировала от 0,6 до 0,1. Пациенты контрольной группы получали указанную выше терапию, но без включения в нее препарата Имунофан.

Результаты.

Эффективность лечения оценивали по срокам купирования воспалительного процесса, эпителизации роговицы и по динамике остроты зрения.

Частота субъективных и объективных симптомов у больных с герпетическими кератитами до и после лечения отражена в таблице.

Динамика основных симптомов у больных с герпетическими кератитами на фоне проводимой комбинированной терапии.

Симптомы	Сроки наблюдения		
	До лечения (N, %)	Через 7 дней после начала лечения	Через 3 недели после начала лечения
Основная группа			
Болевой синдром	15 (100%)	2 (13,3%)	-
Слезотечение	15 (100%)	7 (46,6%)	-
Гиперемия глазного яблока	15 (100%)	9 (60%)	2 (13,3%)
Эрозии роговицы	15 (100%)	7 (46,6%)	-
Острота зрения	0,3 ± 0,04	0,4 ± 0,09	0,7 ± 0,1
Контрольная группа			
Болевой синдром	10 (100%)	4 (40%)	1 (10%)
Слезотечение	10 (100%)	8 (80%)	2 (20%)
Гиперемия глазного яблока	10 (100%)	9 (60%)	3 (30%)
Эрозии роговицы	10 (100%)	9 (90%)	2 (20%)
Острота зрения	0,3 ± 0,1	0,3 ± 0,09	0,5 ± 0,1

Данные таблицы показывают, что у подавляющего числа больных использование комплексной терапии, включающей препарат Имунофан на фоне базисной терапии, к 7 дню после начала лечения привело к значительному уменьшению субъективных симптомов заболевания: у 13 пациентов (86,6%) полностью купировался болевой синдром, у 8 больных (53,3%) отмечено исчезновение светобоязни и слезотечения.

В значительной степени улучшилась объективная картина состояния переднего сегмента глаза. К 7 дню лечения у 40% пациентов исчезла гиперемия глазного яблока. В значительной степени уменьшился отек роговицы, в том числе и при дисковидной форме

кератита. Полная эпителизация роговицы при древовидной форме кератита наступила через 9 ± 2 суток с момента лечения, в группе контроля лишь через 13 ± 3 дня.

Сроки купирования воспалительного процесса в роговой оболочке в основной группе были достоверно меньше ($15,4 \pm 2$ суток), в среднем на 4 дня, по сравнению с группой контроля ($19,2 \pm 3$ суток).

Выводы. Результаты проведенного исследования показывают, что включение препарата Имунофан в алгоритм лечения герпетических кератитов способствует более быстрому купированию воспалительного процесса в роговой оболочке. У большинства больных уменьшаются светобоязнь, слезотечение, болевой синдром, ускоряется эпителизация, уменьшается инфильтрация роговицы, наступает резорбция корнеального отека. Препарат хорошо переносится больными. Аллергических реакций на препарат Имунофан, применяемый в виде суппозиторий, в данном исследовании не отмечено.

Литература.

1. Катаргина Л.А. Иммунотерапия воспалительных заболеваний глаз. В сб. «Проблемы патогенеза и терапии иммунных расстройств». М., 2002. – С.88-97.
2. Майчук Ю.Ф. Успехи и проблемы фармакотерапии инфекционных и аллергических заболеваний глаз. – Русский офтальмологический журнал. – 2000 - №1. – С.13-17.
3. Майчук Ю.Ф., Вахова Е.С. Комплексная терапия тяжелых герпесвирусных кератитов и кератоувеитов (медицинская технология). – М., 2010.
4. Сидорова Т.В. Патогенетическое значение нарушений антиоксидантной системы при эндогенных увеитах у детей. В сб. «Проблемы патогенеза и терапии иммунных расстройств». М., 2002. – С.98-104.
5. Слепова О.С., Кушнир В.Н., Лебедев В.В. и др. Применение нового пептидного препарата Имунофана при лечении глазных заболеваний. – Офтальмол. журн.. – 1997. - №1. – С.5-8