

## Оценка эффективности протекфлазида в лечении больных аденовирусным кератоконъюнктивитом

**Валид За'ал Та'амрах, А.М.Петруня**

*Луганский государственный медицинский университет,  
Луганский областной центр глазных болезней*

---

Аденовирусный кератоконъюнктивит (АКК) в настоящее время является наиболее часто встречающимся заболеванием слизистой оболочки глаза, его частота имеет пик подъема преимущественно в осенне-весенний период года [1, 2, 9, 10]. Несмотря на современные методы лечения АКК [8], заболевание может принимать затяжной характер и переходить в хроническую форму на многие месяцы, а иногда и годы, с развитием помутнений роговицы и снижением зрительных функций [4,5,12].

В этой связи для профилактики осложнений и ускорения реконвалесценции пациентов с АКК в настоящее время предложено в комплекс лечения включать современные противовирусные и иммунокорректирующие препараты, такие как амизон [3,7,11], виаферон [12], лаферон [5,8], иммунофан [6] и др.

За последний год в клиническую практику был введен еще один новый отечественный препарат с противовирусной активностью – протекфлазид (регистрационное удостоверение Р.02.01/0277, инструкция для медицинского применения утверждена 14.02.2001 г.). Протекфлазид – это флавоноидные гликозиды, выделенные из отечественных злаковых растений – *Deschampsia caespitosa* L. и *Calamagrostis epigeios* L. Препарат способен блокировать фермент ДНК-полимеразу в клетках, инфицированных вирусами Herpes simplex 1 и 2-го типа, Herpes zoster и СПИД, а также увеличивает продукцию эндогенного интерферона, повышает неспецифичную резистентность организма к бактериальным и вирусным агентам, оказывает стимулирующее влияние на иммунную систему [8]. Нами впервые предложено использование протекфлазида для лечения и профилактики осложнений у больных АКК.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение эффективности использования протекфлазида в комплексной реабилитации пациентов с АКК.

### **Материалы и методы**

Под нашим наблюдением находилось 43 больных АКК в возрасте от 17 до 56 лет, мужчин было 25, женщин – 18. Диагноз АКК ставился на основании клинической картины заболевания, наличия субэпителиальных помутнений роговицы, а также проводилось лабораторное подтверждение аденовирусной инфекции иммуноферментным анализом (ИФА) сыворотки крови и методом парных сывороток.

Пациенты были разделены на две группы, рандомизированные между собой по возрасту, полу, характеру и тяжести патологии глаза. Основную группу составило 18 больных, которые дополнительно к традиционной терапии получали протекфлазид по схеме: первая неделя – по 6 капель 3 раза в день, вторая и третья недели – по 8 капель 3 раза в день. Группу сопоставления составили 25 больных, получавших лишь традиционное лечение (инстилляцией раствора интерферона, альбуцида 30%, дезоксирибонуклеазы, закладывание за веки теброфеновой или оксолиновой глазной мази и др.).

Обследование включало исследование остроты зрения, рефракции, поля зрения. Осуществлялись офтальмоскопия, осмотр в щелевую лампу, проводились также флюоресцеиновая проба, исследование чувствительности роговицы.

### **Результаты и обсуждение**

В клиническом плане при АКК у больных вначале поражался один глаз, через 1-4 дня – второй. Заболевание имело двухфазное течение – вначале наблюдалась клиническая картина вирусного конъюнктивита, а затем через 1-2 недели возникало поражение роговицы с развитием кератоконъюнктивита. Отмечено умеренное снижение остроты зрения на оба глаза, появление

субэпителиальных точечных инфильтратов в роговице и участков дезэпителизации над помутнениями. Одновременно у 27 (62,4%) больных выявлено поражение верхних дыхательных путей и регионарная лимфаденопатия.

Под влиянием предложенного лечения у больных постепенно снижалась выраженность роговичного синдрома, инфильтраты роговицы постепенно рассасывались. В основной группе с применением протезазида наблюдалось сокращение сроков лечения больных на  $4,1 \pm 0,8$  дней по сравнению с группой сопоставления. Инфильтраты роговицы в основной группе рассасывались на  $4,2 \pm 0,6$  дня раньше ( $P < 0,01$ ), восстановление остроты зрения отмечено на  $3,7 \pm 0,5$  дня раньше ( $P < 0,01$ ), сокращение числа фолликулов конъюнктивы на  $4,8 \pm 0,9$  дней раньше, чем в группе сопоставления ( $P < 0,01$ ).

Через 1 месяц после лечения в основной группе точечные помутнения роговицы наблюдались у 3 (16,6%) пациентов, в группе сопоставления – у 8 (32,0%) больных, то есть в 1,9 раз больше. При диспансерном осмотре через 3 месяца после лечения остаточные помутнения роговицы наблюдались у 1 (5,6%) и 4 (16,0%) пациентов соответственно. Восстановление остроты зрения выявлено у всех пациентов основной группы, в группе сопоставления у 3 (12,0%) лиц острота зрения после заболевания была слегка сниженной.

Таким образом, использование протезазида в комплексной терапии больных аденовирусными кератоконъюнктивитами способствует ускорению реконвалесценции, снижению частоты развития стойких помутнений роговицы, уменьшает выраженность воспалительных явлений со стороны переднего отрезка глаза. Этот препарат рекомендуется дополнительно к патогенетической терапии пациентов с АКК.

### **Л и т е р а т у р а**

1. Алиева З.А. Конъюнктивиты и современные методы лечения. - Баку: Азернешир, 1983. – 31 с.
2. Анджелов В.О., Казакбаев А.Г. Особенности гуморального иммунитета при эпидемическом кератоконъюнктивите // Актуальные вопросы офтальмоиммунологии. - М., 1988. - С. 36-40.
3. Валид За'ал Та'амрах. Эффективность амизона в комплексной терапии больных аденовирусными конъюнктивитами и его влияние на иммунологические показатели // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2002. - Вип. 2 (41). - С. 73 - 79.
4. Валькова И.В., Лагановская Г.А. К вопросу о лечении аденовирусного кератоконъюнктивита // Офтальмол. журн. - 1996. - № 4. - С. 202-203.
5. Горгиладзе Т.У., Гайдамака Т.Б., Дегтяренко Т.В. Результаты клинической апробации отечественного препарата рекомбинантного интерферона (лаферона) при вирусных заболеваниях переднего отдела глаза // Офтальмол. журн. - 1996. - № 4. - С. 199-201.
6. Кордуняну А.В., Кушинир В.Н. Экспериментальное исследование эффективности применения иммунофана при лечении вирус-индуцированной патологии глаз // Вестн. офтальмологии. - 2001.- Т. 117, №5. - С. 43-47.
7. Логай И.М., Лупырь С.А., Шаповалова В.С. Применение амизона при лечении больных аденовирусной инфекцией с поражением органа зрения // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 1999. - Вип. 4 (30). - С. 270 - 271.
8. Логай И.М., Фролов В.М., Петруня А.М. Сучасне лікування порушень з боку органа зору при вірусних інфекціях: Метод. рекомендації. - Київ, 2002. - 22 с.
9. Майчук Ю.Ф. Вирусные заболевания глаз. - М.: Медицина, 1981. - 272 с.
10. Майчук Ю.Ф. Терапия инфекционных заболеваний глаз // Офтальмол. журн. - 1996. - № 4. - С. 193-199.
11. Петруня А.М., Валид За'ал Та'амрах. Оценка эффективности амизона в комплексной терапии больных аденовирусным кератоконъюнктивитом // Офтальмол. журн. - 2002. - № 4. - С. 20-23.
12. Салдан Ю.И. Новый интерферон - виаферон в комплексной терапии аденовирусных кератоконъюнктивитов // Офтальмол. журн. - 2001. - №1. - С. 63-65.