

Герпетический кератит затяжного течения при хронических латентных синуситах и тонзиллитах: опыт практических решений

Г.М. Чернакова¹Е.А. Клещева^{1,2}З.Д. Турдалиева¹, В.И. Щеголева¹¹ ООО «Герпетический центр»

ул. Гримау, 10а, стр. 2, Москва, 117292, Российская Федерация

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ул. Баррикадная, 2/1, Москва, 123995, Российская Федерация

РЕЗЮМЕ

Офтальмология. 2022;19(4):875–884

Цель исследования: описать опыт практических решений при герпетическом кератите затяжного течения при латентных хронических синуситах и тонзиллитах. **Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находились 111 пациентов с разными формами герпетического кератита затяжного течения и сопутствующей воспалительной лор-патологией. Всем пациентам проводили исследование биологических секретов (слеза, слюна, кровь и моча) на наличие ДНК герпетических вирусов методом ПЦР, назначали системную противовирусную терапию. Всем пациентам выполняли: стандартный отоларингологический осмотр, компьютерную томографию околоносовых пазух (при необходимости), посев материала из носоглотки, с учетом результатов которого назначали комплекс этиотропной и патогенетической терапии. Местная терапия герпетического кератита включала корнеопротекторную противовоспалительную и антибактериальную составляющую. **Результаты и обсуждение.** Изолированное поражение пазух носа встречалось в 59 % случаев (65 пациентов), в 38 % случаев (42 пациента) наблюдались варианты сочетания воспаления пазух (гайморит, этмоидит, пансинусит). У 24 % включенных в исследование ($n = 27$) при осмотре был определен хронический тонзиллит (простая форма — 21 пациент, токсико-аллергическая — у 6 человек). В 30 % случаев (чаще, чем в прочих средах) герпетические вирусы определялись в слюне, в посевах из носоглотки доминировала кокковая флора. На фоне комплексного лечения герпетического кератита с участием отоларинголога наблюдалась выраженная редукция офтальмологической симптоматики уже в пределах 1 месяца. **Выводы.** Данное клинико-лабораторное исследование показало тесную патогенетическую взаимосвязь офтальмогерпеса переднего отдела и сопутствующей воспалительной патологии придаточных пазух носа и ротоглотки. Активная этиотропная терапия синуситов и тонзиллитов способствует краткосрочной редукции офтальмологических симптомов.

Ключевые слова: герпетический кератит, синусит, гайморит, тонзиллит, герпесвирусы, ПЦР, Мирамистин, Окомистин

Для цитирования: Чернакова Г.М., Клещева Е.А., Турдалиева З.Д., Щеголева В.И. Герпетический кератит затяжного течения при хронических латентных синуситах и тонзиллитах: опыт практических решений. *Офтальмология*. 2022;19(4):875–884. <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2022-4-875-884>

Прозрачность финансовой деятельности: Никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах

Конфликт интересов отсутствует

Prolonged Herpetic Keratitis in Chronic Sinusitis and Tonsillitis: Experience of Practical Solutions

G.M. Chernakova¹, E.A. Kleshcheva^{1,2}, Z.D. Turdalieva¹, V.I. Shchegoleva¹

¹ Herpesclinic

Grimau str., 10A, page 2, Moscow, 117292, Russian Federation

² Russian Medical Academy of Continuous Professional Education
Barricadnaya str., 2/1, Moscow, 123995, Russian Federation

ABSTRACT

Ophthalmology in Russia. 2022;19(4):875–884

Aim: to describe the experience of practical solutions for herpetic keratitis of a protracted course with latent chronic sinusitis and tonsillitis. **Material and methods.** We observed 111 patients with various forms of prolonged herpetic keratitis and inflammatory ENT pathology. All patients underwent a study of biological secretions (tear, saliva, blood and urine) for the presence of DNA of herpetic viruses by PCR, systemic antiviral therapy was prescribed. All patients underwent a standard otorhinolaryngological examination, CT scan of the paranasal sinuses (if necessary), microbiological study of nasopharynx swabs. Local therapy of herpetic keratitis included anti-inflammatory and antibacterial components. **Results and discussion.** Isolated sinus inflammation occurred in 59 % of cases (65 patients), in 38 % of cases (42 patients) there were variants of combinations of sinus inflammation (sinusitis, sphenoiditis, pansinusitis). In 24 % of those included in the study (n = 27), during examination, in addition to the presence or absence of sinusitis, chronic tonsillitis was determined. In 30 % of cases (more often than in other secrets), herpetic viruses were detected in saliva, coccal flora dominated in swabs from the nasopharynx. A marked reduction in ophthalmological symptoms correlated with start of ENT therapy. **Conclusions.** This clinical and laboratory study has showed a close pathogenetic relationship of anterior ophthalmic herpes and concomitant inflammatory pathology of the paranasal sinuses and oropharynx. Active ethiotropic therapy of sinusitis and tonsillitis promotes short-term reduction of ophthalmic symptoms.

Keywords: herpetic keratitis, sinusitis, sinusitis, tonsillitis, herpesviruses, PCR, Miramistin, Okomistin

For citation: Chernakova G.M., Kleshcheva E.A., Turdalieva Z.D., Shchegoleva V.I. Prolonged Herpetic Keratitis in Chronic Sinusitis and Tonsillitis: Experience of Practical Solutions. *Ophthalmology in Russia*. 2022;19(4):875–884. <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2022-4-875-884>

Financial Disclosure: No author has a financial or property interest in any material or method mentioned

There is no conflict of interests

Анатомо-физиологические взаимосвязи тканей глазного яблока и слизистых рото-носоглотки весьма тесны: лимфоотток от области орбиты и носа идет по лимфатическим сосудам к предушным и подчелюстным лимфатическим узлам; ткани лицевой области питаются кровью, поступающей по системам наружной и внутренней сонной артерии; и, наконец, лицевые структуры получают чувствительную иннервацию от ветвей тройничного нерва, а мимические мышцы иннервируются ветвями лицевого нерва. В связи с вышесказанным повреждение, возникшее в одной зоне лица, неизбежно затрагивает и соседние.

Хроническое воспаление в околоносовых пазухах (ОНП) и ротоглотке всегда в той или иной мере сопровождается лимфостазом, обусловленным хронической вирусно-бактериальной перегрузкой фациальной лимфатической сети. Основными патогенами, персистирующими в слизистых носа и глотки и выявляемыми методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), по данным разных авторов, являются герпетические вирусы и кокковая флора [1–4]. Офтальмогерпес (локальное проявление системной герпетической инфекции в тканях глаза) закономерно развивается в условиях хронических воспалительных заболеваний носо- и ротоглотки и обусловленного ими вторичного иммунодефицита. Немаловажным обстоятельством, определяющим диагностический и терапевтический результат

при лечении герпетических заболеваний глаз, является понимание офтальмологом высокой вероятности наличия у пациента **скрыто протекающих** видов воспаления в придаточных пазухах носа (т.н. «латентного» синусита) и ротоглотке (хронического тонзиллита) [5–7]. В настоящее время «золотым стандартом» диагностики воспалительной патологии челюстно-лицевой области является компьютерная томография, обладающая целым рядом преимуществ по сравнению с рентгенографическим исследованием и позволяющая выявить синусит [8]. Не менее серьезным коморбидным состоянием для офтальмогерпеса переднего отдела глаза является и хронический тонзиллит, также во многих случаях протекающий бессимптомно. Большое значение при этом заболевании приобретает повышенные или повышающиеся антитела к фактору агрессии стрептококка — стрептолизину-О — «антистрептолизин-О» (АСЛО).

Патологическая роль воспалительной патологии рта и ОНП в развитии и поддержании воспалительной офтальмопатологии отмечена лишь единичными авторами [9, 10]. Целью настоящей публикации является восполнение дефицита информации для офтальмологов о патогенетической связи герпетического кератита и воспалительной лор-патологии, в публикации обсуждаются также практические подходы к решению клинических проблем при герпетическом кератите.

Г.М. Чернакова, Е.А. Клещева, З.Д. Турдалиева, В.И. Щеголева

Контактная информация: Чернакова Галина Мэлсовна chernakova111@yandex.ru

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 111 пациентов с разными формами герпетического кератита затяжного течения (средний срок наличия жалоб составил $63,0 \pm 5,5$ дня) и сопутствующей воспалительной лор-патологией, из них 63 женщины и 48 мужчин, средний возраст $46,0 \pm 4,8$ года. Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование в динамике, а также в рамках приема — тщательный опрос в отношении наличия воспалительной патологии носоглотки. Всем пациентам было выполнено исследование биологических секретов (слеза, слюна, кровь и моча) на наличие ДНК герпетических вирусов: вируса простого герпеса 1-го и 2-го типа (ВПГ), вируса варицелла-зостер (ВВЗ), цитомегаловируса (ЦМВ), вируса Эпштейна — Барр (ВЭБ), вирусов герпеса человека 6-го и 7-го типа (ВГЧ-6, ВГЧ-7) методом ПЦР в качественной и количественной модификации. Все исследования проводились в лаборатории ООО «МедЮтас» (заведующая лабораторией, кандидат биологических наук Коваленко Елена Витальевна) по соглашению с ООО «Герпетический центр» г. Москвы (главный врач — доктор медицинских наук, профессор Семенова Татьяна Борисовна). При выявлении в биологических секретах герпетических вирусов пациенты были консультированы иммунологом с последующим назначением системной противовирусной терапии в повышенных суточных дозировках.

Всем пациентам выполняли стандартный отоларингологический осмотр, а также компьютерную томографию околоносовых пазух (дентальный томограф “Papaaya 3D”, Genoray, пр-во Южная Корея) при подозрении на синусит и отсутствии свежих данных какого-либо визуализирующего исследования (магнитно-резонансной томографии, рентгенографии, компьютерной томографии), в части случаев проводили повторную КТ ОНП для контроля эффективности терапии. Дополнительное лабораторное обследование у отоларинголога включало исследование посева из носоглотки на флору с определением ее чувствительности к антибиотикам и бактериофагам, при наличии хронического тонзиллита проводили определение титров АСЛО. После проведенного отоларингологом клинико-лабораторного обследования пациентам назначали комплекс этиотропной и патогенетической терапии, включающий пероральную антибиотикотерапию препаратами широкого спектра действия, промывание носовых ходов готовыми растворами серии «Аквалор» («Нижфарм», пр-во Россия), полоскание горла (или орошение из насадки распылителя) антисептическим препаратом широкого спектра действия (грамположительные и грамотрицательные бактерии, вирусы, грибы, простейшие) «Мирамистин» (ООО «Инфамед», пр-во Россия), перемещение жидкости по Проетцу (не менее трех процедур), промывания лакун миндалин (при необходимости). Для орошения слизистых носа и горла рекомендовали использование «Мирамистина»

во флаконах с насадкой-распылителем (50 и 150 мл) для обработки слизистых на максимальной площади три-четыре раза в сутки в течение 1 месяца.

Местная терапия герпетического кератита включала корнеопротекторную противовоспалительную и антибактериальную составляющую. Корнеопротекторные средства включали инстилляцию слезозаместителя на основе гепарина — «Хилопарин-комод» («УрсаФармАрцнайmittel», пр-во Германия) 6–8 раз в день и репаранта «Корнерегель» («Бауш Хелс», пр-во Германия) 2–4 раза в день. Противовоспалительная терапия могла включать (в зависимости от степени воспаления роговицы) препарат «Накван» («Сенджу», пр-во Япония) и/или «Флоас-Т», («Сентисс», пр-во Индия). Антибактериальное сопровождение включало антибиотик «Сигницеф» («Сентисс», пр-во Индия) 4 раза в день 7 дней с дальнейшим переходом на антисептический препарат капли глазные, ушные, назальные «Окомистин» (ООО «Инфамед», пр-во Россия) 3 раза в день в течение 1 месяца. Пролонгированный период инстилляций антисептического препарата «Окомистин» был обусловлен необходимостью сопровождения процедур, проводимых отоларингологом, во избежание рецидива восходящей по носослезным путям инфекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди 111 пациентов, включенных в исследование, регистрировались следующие формы герпетического кератита в сочетании с воспалительной патологией рото-носоглотки: эпителиальный — 31 пациент, 25 — стромальный с изъязвлением, 43 — стромальный без изъязвления, 12 — кератоувеит.

Когорта пациентов с воспалительной патологией придаточных пазух носа и лимфоидного кольца глотки формировалась уже в процессе сбора анамнестических данных на приеме офтальмолога. При активном опросе в отношении сопутствующей коморбидной патологии у 35 (32 %) пациентов обнаружилось указание на перенесенные в прошлом эпизоды синуситов, а у 22 (20 %) пациентов была проведена септопластика или иные вмешательства (полипотомия, расширение соустьев, удаление пломбирочного материала из верхнечелюстной пазухи, тонзиллэктомия). При первичном опросе у 43-х пациентов (39 %) имелись на руках данные о проведенных визуализирующих исследованиях ОНП, подтверждающие синусит: рентгенография — у 14, магнитно-резонансное исследование — у 13, компьютерная томография — у 16-ти. Вне зависимости от вида визуализации состояния ОНП у всех 43 пациентов имелись в заключениях указания на локальное или распространенное утолщение слизистых синусов. У 64 пациентов после проведения компьютерной томографии ОНП в Герпетическом центре и осмотра отоларинголога был подтвержден катаральный синусит, у 4-х — напротив, исключен. Примечательно, что из 64 обследованных у 7, помимо характерного утолщения слизистых, был определен

горизонтальный уровень жидкости в какой-либо околоносовой пазухе при отсутствии выраженных жалоб со стороны носового дыхания. Изолированное поражение пазух носа (например, только верхне-челюстные пазухи, только решетчатый лабиринт, прочее) встречалось в 59 % случаев (65 пациентов), в 38 % случаев (42 пациента) наблюдались варианты сочетания воспаления пазух (гайморозтмоидит, сфенозтмоидит, пансинусит). У 24 % включенных в исследование ($n = 27$) при осмотре, помимо наличия или отсутствия синусита, был определен хронический тонзиллит (простая форма — 21 пациент, токсико-аллергическая форма (АСЛО свыше 150 МЕ/мл) — у 6 человек).

В 104 случаях из 111 были получены положительные результаты ПЦР на продукцию герпетических вирусов, причем в 30 % случаев (чаще, чем в прочих средах) герпетические вирусы выявлялись именно в слюне, что согласуется с данными о биологической тропности герпетических вирусов к клеткам эпителия рото- и носоглотки [11]. Выявление ДНК герпетических вирусов в слюне, вопреки распространенному стереотипу, не является вариантом лабораторной нормы при наличии затяжного воспалительного процесса в тканях глаза. При проведении ПЦР в качественной и количественной модификации необходимо учитывать порог чувствительности данного диагностического исследования — в технологическом цикле все пробы с количеством ДНК менее 500 копий/мл квалифицируются как «отрицательные результаты исследования», а данное количество копий ДНК (менее 500 копий/мл) и является среднестатистическим пределом значений для здоровых. В нашем исследовании диапазоны количественных значений ДНК герпесвирусов значительно (многократно) превышали данный предел и составили: для ВПГ — от 0 до 26 000 копий/мл, для ВЭБ — от 0 до 3 600 000 копий/мл, для ЦМВ от 0 до 15 000 коп/мл и для ВГЧ-6 от 0 до 64 000 копий/мл, отражая, таким образом, высокую вирусную нагрузку в полости рта при офтальмогерпесе и сочетанных

с ним синуситах и тонзиллитах. В 63 случаях (57 %) были выявлены 2 и более герпетических вирусов в биологических секретах, в 41 случае (37 %) — один герпетический вирус в одном или нескольких биологических секретах и в 7 случаях (6 %) продукция вирусов не была выявлена, что может быть связано с предшествующей противовирусной терапией аналогами нуклеозидов.

В посевах из носоглотки доминировала грамположительная флора — кокки (64 пациента, 58 %, в том числе *St. aureus*, *St. epidermidis*, *Str. agalactiae*, *Str. viridans*), далее по частоте следовали грамотрицательные представители рода *Enterobacter* (в том числе *E. coli*), и остальные случаи были представлены смешанной флорой (рис. 1). Как грамположительные, так и грамотрицательные бактерии определялись в носоглотке до лечения в высоком количестве 10^5 – 10^6 КОЕ, после лечения состав и количество флоры менялось — определялись лишь условно-патогенные микробы (*St. epidermidis*) в количестве не более 10^2 КОЕ. Результаты исследования посева флоры из носоглотки на чувствительность до лечения свидетельствуют о высокой степени полирезистентности ($n = 31$, 28 %) или умеренной чувствительности ($n = 72$, 65 %) к спектру широко используемых антибиотиков (кларитромицину, норфлоксацину, ципрофлоксацину, доксициклину, амоксициллину, гентамицину, азитромицину), что дает основание к широкому включению «Мирамистина» в комплексную терапию пациентов с синуситами и тонзиллитами. Кроме того, применение препарата «Мирамистин» обосновано тем фактом, что выявленные в ходе нашего исследования вирусно-бактериальные ассоциации, реплицируясь на слизистых придаточных пазух, провоцируют повышенное образование слизи. Данный процесс может иметь место в течение многих месяцев и даже лет, в значительной степени препятствуя нормальному мукоцилиарному пассажу, формируя латентные формы катаральных синуситов, которые, в свою очередь, создают патологический фон для реактивации герпесвирусов в тканях глаза. Терапия «Мирамистином» усиливает движение слизи по естественным путям оттока в полость носа, повышая мукоцилиарный клиренс и способствует, таким образом, освобождению придаточных пазух носа от излишнего количества слизистого детрита по принципу «сообщающихся сосудов». Важным преимуществом для самостоятельного использования препарата пациентами является тот факт, что препарат не требует разведения.

В процессе динамического наблюдения, выполнения пациентами назначенной местной и системной терапии, а также при активном лечении выявленного хронического синусита и тонзиллита мы наблюдали выраженную редукцию офтальмологической симптоматики уже в пределах 1 месяца, при том что в данной группе жалобы и симптомы до обращения в Герпетический центр имели длительные сроки существования (от месяца до одного года) (рис. 2).

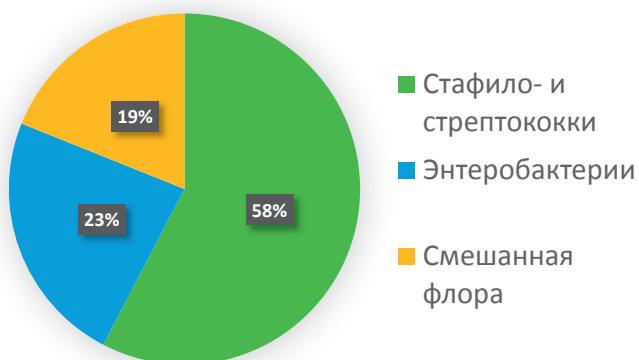


Рис. 1. Спектр микрофлоры при посеве материала из носоглотки у пациентов с герпетическими кератитами ($n = 111$)

Fig. 1. Microbiological spectrum from the nasopharynx in patients with herpetic keratitis ($n = 111$)

В качестве иллюстрации всего вышесказанного выступают нижеприведенные клинические примеры, каждый из которых представляет собой вариант течения герпетического кератита в сочетании с воспалительной патологией рото-носоглотки.

Клинический пример 1. Рецидивирующий герпетический кератит на фоне ипсилатерального (по отношению к пораженному глазу) синусита

Пациент С-ов, 35 лет, третий рецидив за 1,5 месяца, обратился с низким зрением, болями, покраснением левого глаза. Начало связывает с острой кишечной инфекцией. *Herpes labialis* никогда не рецидивировал. Получал аналоги нуклеозидов (ацикловир) в дозе 1200 мг в сутки, эффект положительный, нестабильный. 5 лет назад перенес резекцию кисты верхней челюсти слева и правосторонний гайморит (направлен на компьютерную томографию придаточных пазух носа). Биомикроскопически выявлено древовидное поражение эпителия с умеренным подлежащим отеком стромы OS (рис. 3).

Результаты компьютерной томографии: правосторонний (с ипсилатеральной стороны) верхнечелюстной



Рис. 2. Динамика основных клинических симптомов герпетического кератита до начала лечения и через 28 дней от начала терапии ($n = 111$)

Fig. 2. Dynamics of the main clinical symptoms of herpetic keratitis before the start of treatment and 28 days after the start of therapy ($n = 111$)

синусит (рис. 4), этмоидит (рис. 5) и сфеноидит (рис. 6). Консультирован лор-врачом, назначено комплексное лечение.

При ПЦР-исследовании выявлена продукция в слюне герпетического вируса человека 7-го типа, что потребовало усиления объема противовирусной терапии. Через 7 дней от начала противовирусной терапии получена значительная положительная динамика (рис. 7), в контрольных анализах через 14 дней ДНК ГВЧ-7 не обнаружена, в настоящее время наблюдается стабильная ремиссия в течении кератита.

Клинический пример 2. Стромальный герпетический кератит затяжного течения на фоне хронического полисинусита и хронического токсико-аллергического тонзиллита

Пациент Щ., 16 лет. Страдает кератоувеитом на правом глазу в течение 5 лет, постоянные инстилляции



Рис. 3. Биомикроскопическая картина OS. Древовидный эпителиальный инфильтрат с умеренным подлежащим отеком стромы OS, Vis OS = 0,3 н/к

Fig. 3. Biomicroscopic picture of OS. Tree-like epithelial infiltrate with moderate stromal edema OS, Vis OS = 0.3 n/c

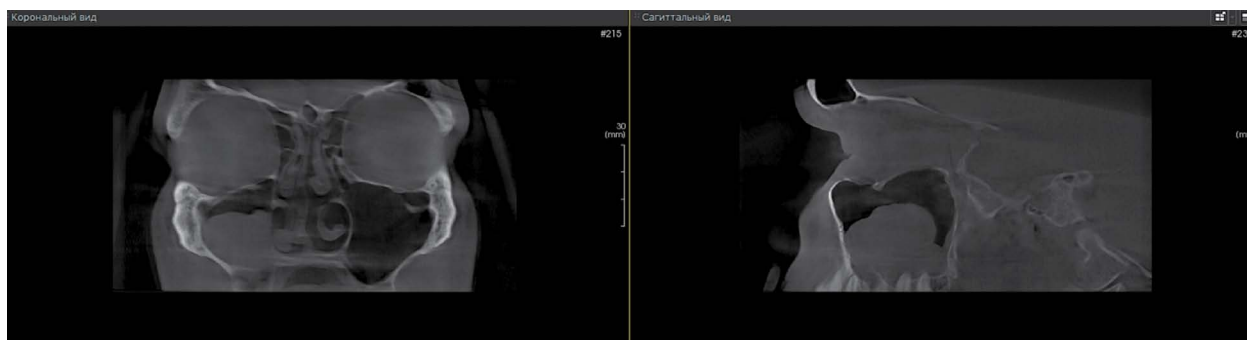


Рис. 4. КТ ОНП в корональной и сагиттальной плоскостях. Выраженное куполообразное утолщение слизистой нижней стенки правой верхнечелюстной пазухи

Fig. 4. CT scan in the coronal and sagittal planes. Pronounced dome-shaped thickening of the mucosa of the lower wall of the right maxillary sinus

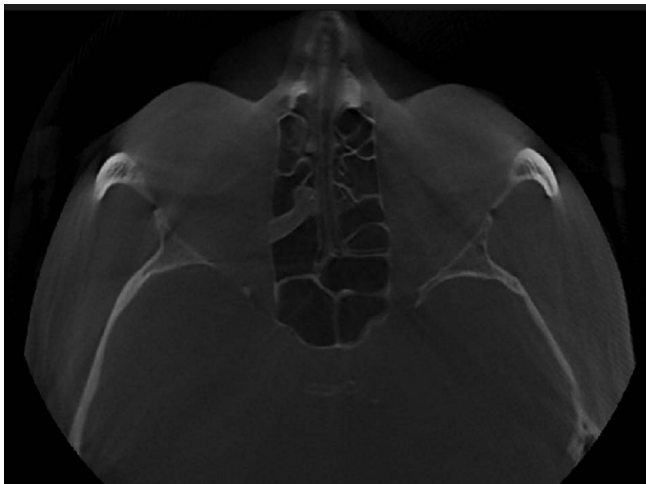


Рис. 5. КТ ОНП в аксиальной плоскости, тот же пациент. Утолщение слизистой оболочки на уровне средних ячеек решетчатого лабиринта справа (вид снизу)

Fig. 5. CT in the axial plane, the same patient. Thickening of the mucous membrane at the level of the middle cells of the ethmoid labyrinth on the right (bottom view)



Рис. 6. КТ ОНП. Скопление воспалительного детрита и слизи в правой основной пазухе

Fig. 6. CT. Accumulation of inflammatory detritus and mucus in the right main sinus

кортикостероидов. Офтальмолог по месту жительства, учитывая торпидное течение процесса, направил пациента фтизиоофтальмологом для поиска туберкулезной природы процесса, которая была подтверждена. Пациент получил полный курс системной противотуберкулезной терапии, после этого кератопатия на OD вошел в стадию нестабильной ремиссии, сохранялся неоднородный отек стромы, глубокая васкуляризация, эпителиопатия роговицы (рис. 8).

Пациент страдал частыми рецидивами *herpes labialis*, что дало основание фтизиоофтальмологом после проведенного курса специфической терапии направить пациента на дообследование в «Герпетический центр». При осмотре пациента отоларингологом был выявлен хронический токсико-аллергический тонзиллит (АСЛО 522 МЕ/мл), а на КТ ОНП — правосторонний гайморит (рис. 9, 10). Посев материала

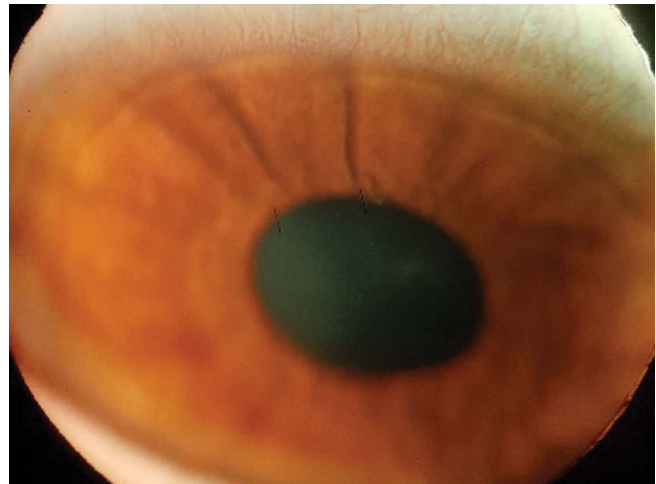


Рис. 7. Полный регресс древовидного инфильтрата, 7 дней от начала терапии, облаковидное помутнение, Vis OS = 0,8

Fig. 7. Complete regression of the dendritic infiltrate, 7 days from the start of therapy, cloudy opacity, Vis OS = 0.8



Рис. 8. Биомикроскопическая картина OD, Vis OD = 0,05

Fig. 8. Biomicroscopic picture of OD, Vis OD = 0.05

из носоглотки на флору выявил рост *St. aureus* в количестве 10^6 КОЕ. Было назначено комплексное лечение гайморита и токсико-аллергического тонзиллита.

При ПЦР обследовании выявлен ДНК ВЭБ в слюне и крови, в связи с этим иммунологом назначено противовирусное лечение с применением внутривенных инфузий ацикловира.

В результате активной системной противовирусной терапии и проводимых отоларингологом процедур (перемещение жидкости по Проетцу, санация лакун миндалин, внутримышечные инъекции бициллина, орошение слизистых оболочек «Мирамистином») констатирована

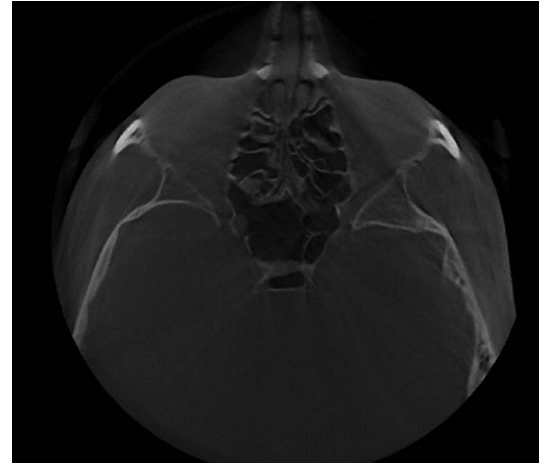
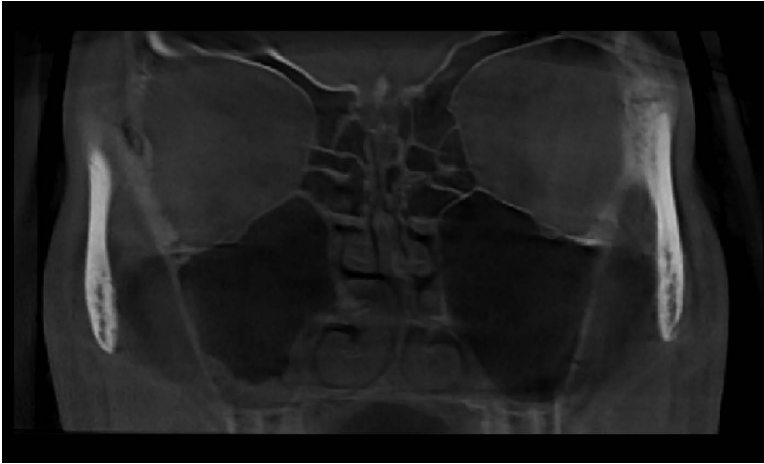


Рис. 9, 10. КТ ОНП в коронарной и аксиальной проекциях. Утолщение слизистой нижней и медиальной стенок правой гайморовой пазухи, утолщение слизистой оболочки средних ячеек решетчатого лабиринта справа

Fig. 9, 10. CT in coronal and axial projections. Thickening of the mucous membrane of the lower and medial walls of the right maxillary sinus, thickening of the mucous membrane of the middle cells of the ethmoid labyrinth on the right



Рис. 11А. Биомикроскопическая картина ОС через 3 месяца. Полный регресс васкуляризации, отека стромы, формирование очагового помутнения. Vis OD = 0.5

Fig. 11А. Biomicroscopic picture of OS after 3 months. Complete regression of vascularization, stromal edema, formation of focal opacities. Vis OD = 0.5

выраженная положительная динамика со стороны ОС (рис. 11 А, 11 Б) и слизистой носа.

Клинический пример 3. Рецидивирующий стромальный герпетический кератит на фоне хронического тонзиллита

Пациентка А., 27 лет, страдает рецидивирующим стромальным герпетическим кератитом без изъязвления на левом глазу в течение 5 лет, начало заболевания связывает с наращиванием ресниц. Со стороны лор-органов жалоб не предъявляет, но часто болеет простудными заболеваниями. Очередное обострение кератита

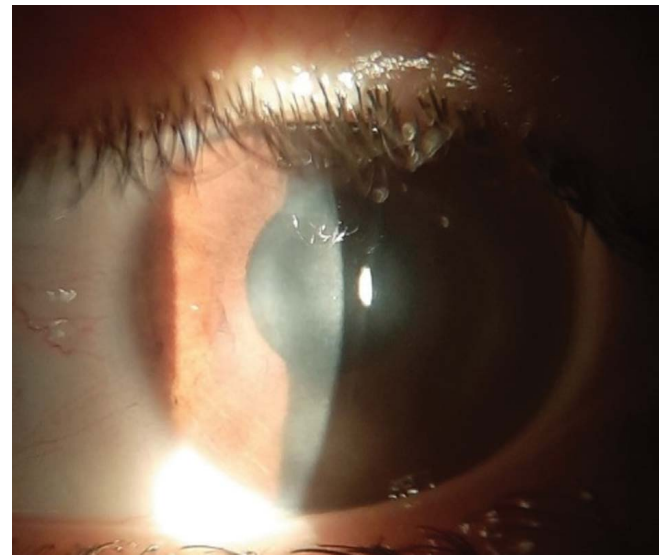


Рис. 11Б. Многофокусный отек эндотелия и задних отделов стромы на ОС, Vis OS = 0,2 н/н

Fig. 11Б. Multifocal edema of the endothelium and posterior stroma on OS, Vis OS = 0.2 n/c

проявилось чувством «рези» в левом глазу, снижением зрения. Направлена на консультацию отоларинголога с целью выявления воспалительной лор-патологии латентного течения — выявлен казеозный тонзиллит, простая форма (АСЛО 20 МЕ/мл). КТ ОНП — патологического утолщения слизистых не выявлено (рис. 12). При посеве материала на флору выявлен рост *Str. viridans* и *Str. agalactiae*, в количестве 10^6 КОЕ, отоларингологом назначено активное комплексное лечение.

При ПЦР исследовании в биологических секретах выявлена множественная продукция герпесвирусов — ВЭБ, ВГЧ-6 и ВГЧ-7 в слюне, и ВЭБ в слезе, иммунологом назначена системная противовирусная терапия.

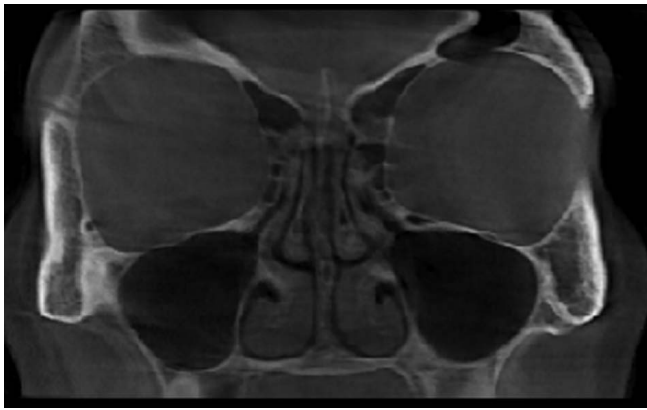


Рис. 12. КТ ОНП, полная воздушность гайморовых пазух — утолщение слизистой не визуализируется

Fig. 12. CT, full airiness of the maxillary sinuses — thickening of the mucosa is not visualized

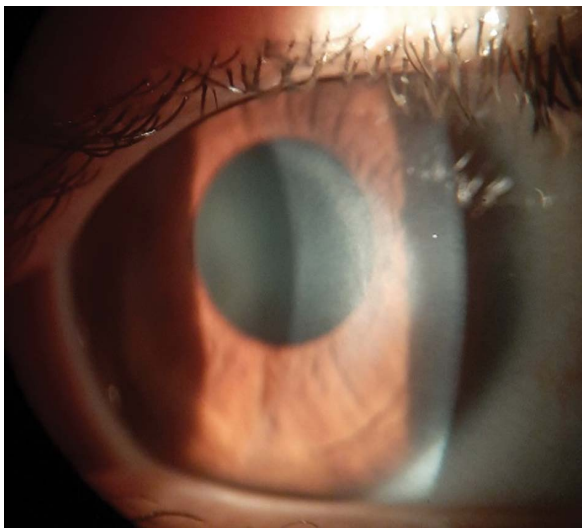


Рис. 13. Биомикроскопическая картина роговицы. Исход кератита. Облаковидное помутнение в виде «серпа», Vis OS = 0,9

Fig. 13. Biomicroscopic picture of the cornea. Outcome of keratitis. Cloud-like opacification in the form of a “sickle”, Vis OS = 0.9

В результате одновременной курации пациентки офтальмологом, отоларингологом и иммунологом через один месяц от начала терапии удалось добиться стабильной ремиссии в течении кератита. При биомикроскопии визуализировалось серповидное помутнение в височной половине роговицы (рис. 13).

Клинический пример 4. Стромальный герпетический кератит с изъязвлением затяжного течения на фоне латентного острого гайморита

Пациент Т., 19 лет, на приеме с обострением герпетического кератита OD в течение 1,5 месяцев, рецидив развился на фоне простудных явлений (насморк). Направлен в «Герпетический центр» офтальмологами по месту жительства в связи с безуспешной системной терапией кератита повышенными дозами аналогов

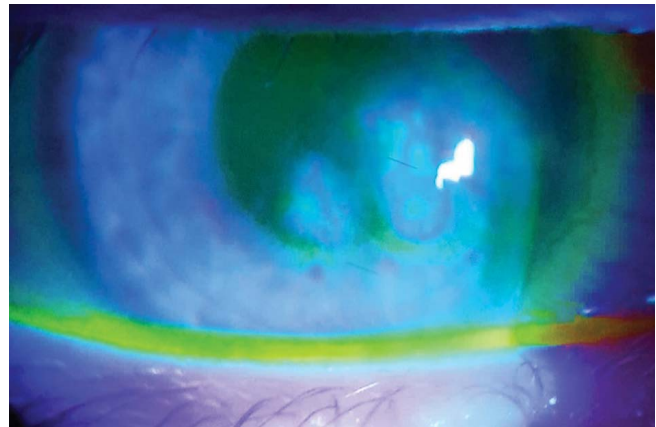


Рис. 14. Биомикроскопия OD. Овальные стромальные инфильтраты с изъязвлением поверхности, окраска флюоресцеином

Fig. 14. Biomicroscopy OD. Oval stromal infiltrates with surface ulceration stained with fluorescein

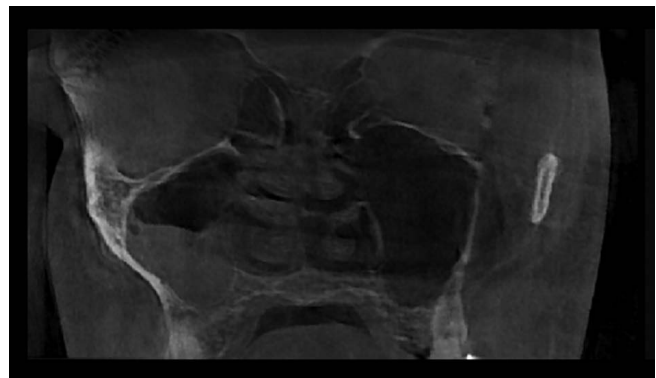


Рис. 15. КТ ОНП. В правой верхнечелюстной пазухе визуализируется затемнение с уровнем жидкости

Fig. 15. CT. In the right maxillary sinus, a blackout with a liquid level is visualized

нуклеозидов в течение 10 дней. С детства страдает рецидивирующим герпетическим кератитом и афтозным стоматитом. Предъявляет жалобы на выраженную светобоязнь в OD. Биомикроскопия OD выявила два овальных стромальных инфильтрата с изъязвлением поверхности (окраска флюоресцеином) (рис. 14). С учетом того, что очередной рецидив кератита развился на фоне явления катарального воспаления в носу, пациент направлен на консультацию отоларинголога, который при проведении КТ ОНП выявила картину правостороннего подострого гайморита с уровнем содержимого в правой верхнечелюстной пазухе (рис. 15).

При проведении ПЦР исследования продукция вирусов в биологических секретах не была выявлена, что позволило продолжить системную противовирусную терапию в пониженных суточных дозировках (валацикловир 2 г в сутки в течение 10 дней). Отоларингологом была назначена активная комплексная терапия пероральными антибиотиками с последующими процедурами, направленными на эвакуацию воспалительного детрита

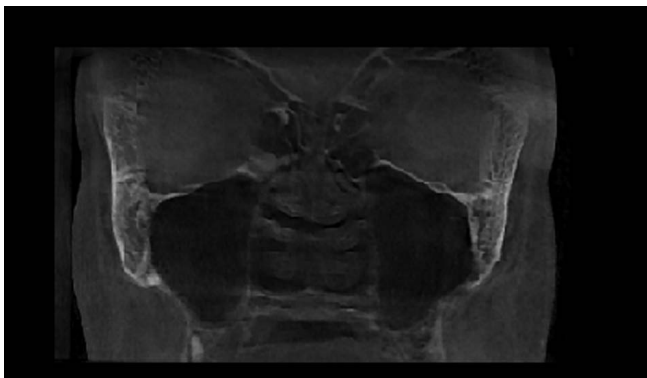


Рис. 16. КТ картина резорбции воспалительных изменений, выздоровление

Fig. 16. CT picture of resorption of inflammatory changes, recovery

из правой гайморовой пазухи, в результате через один месяц был достигнут хороший клинический результат (рис. 16). Биомикроскопическая картина ОД коррелировала с состоянием подлежащей пазухи носа и отражала регресс инфильтрации (рис. 17).

ВЫВОДЫ

Таким образом, обширный и разнообразный клинический опыт ведения пациентов с герпетическим кератитом позволяет говорить о тесной взаимосвязи воспалительной патологии придаточных пазух носа, лимфоидных образований глотки и тканей глаза. Результаты данного когортного исследования позволяют сделать ряд важных выводов:

1. Латентное (скрытое) течение синуситов и тонзиллитов, сопровождающееся скудным количеством жалоб, вводит офтальмологов и отоларингологов в заблуждение относительно их значимой роли как патологического фона для воспаления структур переднего отдела глаза. По нашим данным, затяжное течение герпетического кератита (эпителиального, стромального, кератуоуеита) в 97 % случаев обусловлено латентно протекающим синуситом.

2. В 94 % случаев воспалительная патология пазух носа и ротоглотки у пациентов ассоциирована

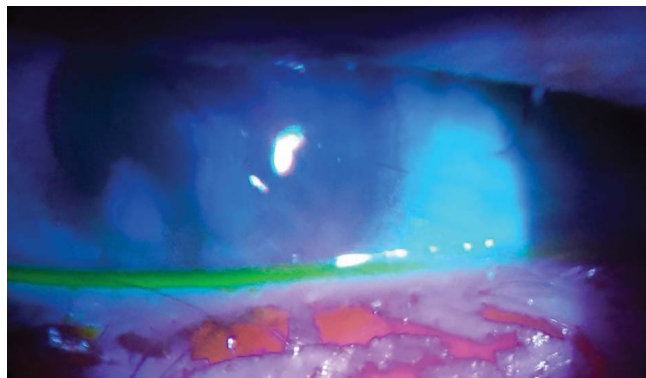


Рис. 17. Биомикроскопическая картина ОД. Регресс инфильтративного поражения роговицы, флюоресцеиновая проба отрицательная

Fig. 17. Biomicroscopic picture of OD. Regression of the cornea infiltrative lesions, fluorescein test is negative

с микст-инфекцией, обусловленной герпетическими вирусами и условно-патогенной флорой (доминирующие группы патогенов — кокки и энтеробактерии). Значимую роль в активной местной терапии синуситов и тонзиллитов, проводимой пациентами самостоятельно, играет, наряду с пероральными антибиотиками, готовый антисептический раствор «Мирамистин» — высокоэффективный препарат в отношении и герпесвирусов, и бактерий. Глазные капли «Окомистин» целесообразно применять как конъюнктивальный антисептик при сопровождении отоларингологических процедур (перемещения жидкости по Прюетцу и промывания лакун миндалин).

3. Активное взаимодействие отоларинголога, иммунолога и офтальмолога, определение единой лечебной стратегии способствует повышению комплаентности, что, в свою очередь, позволяет добиться стабильной (пожизненной) ремиссии в течении таких заболеваний, которые ранее считались «рецидивирующими».

УЧАСТИЕ АВТОРОВ:

Чернакова Г. М. — идея и написание, сбор и обработка данных.
Клещева Е. А. — сбор данных, корректура.
Щеголева В. И. — сбор данных.
Турдалиева З.Д. — идея и написание, сбор данных.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Лечебно-диагностический алгоритм при орбитальных риносинусогенных осложнениях лор-органов. ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ; 2021. [Therapeutic and diagnostic algorithm for orbital rhinosinusogenic complications of the ENT organs. GBUZ "NIKIO them. L.I. Sverzhevsky" DZM; 2021 (In Russ.)] [обновлено 2021; процитировано 21 апреля 2022]. Доступно: <http://www.example.ru> <https://nikio.ru/лечебно-диагностический-алгоритм/>
2. Чернакова Г.М., Майчук Д.Ю., Муртазалиева С.М., Слонимский Ю.Б., Клещева Е.А., Яцышина С.Б., Агеева М.Р. Эпидемиологические, этиологические и клинические аспекты острых инфекционных конъюнктивитов — на перекрестке офтальмологии и эпидемиологии (клинико-лабораторное исследование). *Офтальмология*. 2018;15(4):476–483. [Chernakova G.M., Maychuk D.Yu., Murtazalieva S.M., Slonimsky Yu.B., Kleshcheva E.A., Yatsyshina S.B., Ageeva M.R. Epidemiological, Etiological and Clinical Aspects of Acute Infectious Conjunctivitis — at the Crossroads of Ophthalmology and Epidemiology (Clinical and Laboratory Study). *Ophthalmology in Russia = Ophthalmologiya*. 2018;15(4):476–483 (In Russ.)]. DOI: 10.18008/1816-5095-2018-4-476-483
3. Красножен В.Н., Цыплаков Д.Э., Покровская Е.М., Халиуллина С.В., Маннанова Э.Ф. Иммуноморфологические особенности хронических аденоидитов. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2021;27(1):12–20. [Krasnozhen V.N., Cyplakov D.E., Pokrovskaja E.M., Khaliullina S.V., Mannanova E.F. Immunomorphological features of chronic adenoiditis. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2021;27(1):12–20 (In Russ.)]. —DOI: 10.33848/fole-rl23103825-2021-27-1-12-20
4. Крюков А.И., Туровский А.Б., Колбанова И.Г., Кудрявцева Ю.С., Попова И.А. Хронические воспалительные заболевания ротоглотки, осложненные вирусными инфекциями семейств Herpesviridae и Papillomaviridae. *Consilium Medicum*. 2018;20(3):53–57. [Kryukov A.I., Turovskiy A.B., Kolbanova I.G., Kudryavtseva Yu.S., Popova I.A. Chronic inflammatory diseases of the oropharynx complicated by Herpesviruses and Papillomaviruses infections. *Consilium Medicum*. 2018;20(3):53–57 (In Russ.)]. DOI: 10.26442/2075-1753_20.3.53-57
5. Артамонова А.В., Дергачев В.С., Вихлянов И.В., Лазарев А.Ф. Клиника латентной стадии одонтогенного верхнечелюстного синусита. *Российская ринология*. 2007;2:39. [Artamonova A.V., Dergachev V.C., Vikhlyanov I.V., Lazarev A.F. Clinic of the latent stage of odontogenic maxillary sinusitis. *Russian Rhinology = Rossijskaja rinologija*. 2007;2:39 (In Russ.)].
6. Пальчун В.Т., Гуров А.В., Аксенова А.В., Гусева О.А. Современные представления о токсико-аллергических проявлениях хронической тонзиллярной патологии, его этиологическая и патогенетическая роль в возникновении и течении общих заболеваний. *Вестник оториноларингологии*. 2012;77(2):5–12. [Palchun V.T., Gurov A.V., Aksenova A.V., Guseva O.A. The modern view of toxico-

- allergic manifestations of chronic tonsillar pathology, its etiological and pathological role in the evolution and development of general diseases. *Vestnik Oto-Rino-Laringologii*. 2012;77(2):5–12 (In Russ.).
7. Кривопапов А.А., Глазьев И.Е., Пискунов И.С., Шамкина П.А., Эргашев М.О. Спиральная компьютерная томография в диагностике одонтогенного верхнечелюстного синусита: предикторы неосложненных и осложненных форм. *Современные проблемы науки и образования*. 2019;6:181. [Krivopalov A.A., Glazhev I.E., Piskunov I.S., Shamkina P.A., Ergashev M.O. Spiral computed tomography in the diagnosis of odontogenic maxillary sinusitis: predictors of the uncomplicated and complicated forms. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2019;6:181 (In Russ.)] DOI: 10.17513/spno.29493
 8. Горджян Т.А., Ворушило Е.А., Пинчук Н.А., Король И.М., Козловская Л.Е. Увеит, обнаруживший гайморит. *Офтальмология. Восточная Европа*. 2017;7(3):360–363. [Gyurdzhyan T.A., Vorushilo E.A., Pinchuk N.A., Korol I.M., Kozlovskaya L.E. Uveitis, which detected sinusitis. *Oftalmologiya. Vostochnaya Evropa*. 2017;7(3):360–363 (In Russ.)].
 9. Каспарова Е.А., Каспаров А.А., Левицкий Ю.В., Ципурская О.И. Роль фокальных очагов инфекции в возникновении и поддержании воспалительных заболеваний глаз. *Вестник офтальмологии*. 2019;135(6):124–133. [Kasparova E.A., Kasparov A.A., Levitsky Yu.V., Tsipurskaya O.I. The role of infection foci in the onset and sustenance of inflammatory diseases of the eye. *Vestnik Oftalmologii*. 2019;135(6):124–133 (In Russ.)]. DOI: 10.17116/oftalma2019135061124
 10. Ptaszynska-Sarosiek I., Dunaj J., Zajkowska A., Niemcunowicz-Janica A., Krol M., Pancewicz S., Zajkowska J. Post-mortem detection of six human herpesviruses (HSV-1, HSV-2, VZV, EBV, CMV, HHV-6) in trigeminal and facial nerve ganglia by PCR. *PeerJ*. 2019;6:e6095. DOI: 10.7717/peerj.6095
 11. Chen T., Hudnall S.D. Anatomical mapping of human herpesvirus reservoirs of infection. *Modern pathology*. 2006;19(5):726–737. DOI: 10.1038/modpathol.3800584

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

ООО «Герпетический центр»

Чернакова Галина Мэлсовна

кандидат медицинских наук, доцент

ул. Гримау, 10а, стр. 2, Москва, 117292, Российская Федерация

<https://orcid.org/0000-0002-9630-6076>

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Клещева Елена Александровна

кандидат медицинских наук, доцент

ул. Баррикадная, 2/1, Москва, 123995, Российская Федерация

<https://orcid.org/0000-0002-1392-3432>

ООО «Герпетический центр»

Щеголева Виктория Ивановна

кандидат медицинских наук, дерматолог

ул. Гримау, 10а, стр. 2, Москва, 117292, Российская Федерация

<https://orcid.org/0000-0003-4691-437X>

ООО «Герпетический центр»,

Турдалиева Зухра Джаббаровна

оториноларинголог

ул. Гримау, 10а, стр. 2, Москва, 117292, Российская Федерация

<https://orcid.org/0000-0002-7285-3518>

ABOUT THE AUTHORS

Herpesclinic

Chernakova Galina M.

PhD, Associate Professor

Grimau str., 10A, bld. 2, Moscow, 117292, Russian Federation

<https://orcid.org/0000-0002-9630-6076>

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education

Kleshcheva Elena A.

PhD, Associate Professor

Barricadnaya str., 2/1, Moscow, 123995, Russian Federation

<https://orcid.org/0000-0002-1392-3432>

Herpesclinic

Shchegoleva Victoriya I.

PhD, dermatologist

Grimau str., 10A, bld. 2, Moscow, 117292, Russian Federation

<https://orcid.org/0000-0003-4691-437X>

Herpesclinic

Turdaliev Zuxra D.

otorhinolaryngologist

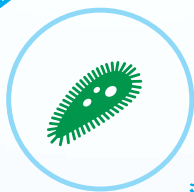
Grimau str., 10A, bld. 2, Moscow, 117292, Russian Federation

<https://orcid.org/0000-0002-7285-3518>

ОКОМИСТИН®

КАПЛИ ГЛАЗНЫЕ, УШНЫЕ, НАЗАЛЬНЫЕ

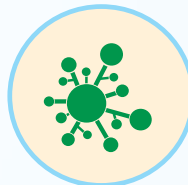
ШИРОКИЙ СПЕКТР ПРОТИВОМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ



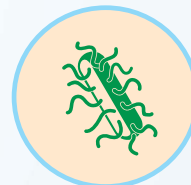
ПРОСТЕЙШИЕ



ГРИБЫ



ВИРУСЫ



БАКТЕРИИ

ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ
ПРЕПАРАТА*



у новорожденных



в период
беременности



в период
кормления грудью



ООО «Инфамед»
тел: 8-800-700-48-12

www.okomistin.ru



0+

НЕ СОДЕРЖИТ КОНСЕРВАНТОВ

*ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ОКОМИСТИН®.
РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР ЛСР-004896/09 ОТ 19.06.2009 г.
МАТЕРИАЛЫ НОСЯТ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ХАРАКТЕР И ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.