

УДК 617.713–07–085.216.84

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2018.2.91–93

Структура, диагностика и лечение воспалительных заболеваний роговицы на базе Владивостокского клиничко-диагностического офтальмологического центра в 2016–2017 гг.

А.А. Кабиева¹, Н.А. Шульгина², Л.В. Доронина¹, И.Д. Рыпалова¹, Ю.Н. Ганджа¹, Т.Г. Серeda¹, И.Л. Абизяева¹

¹ Владивостокский клиничко-диагностический центр (690001, г. Владивосток, ул. Светланская, 169/171),

² Тихоокеанский государственный медицинский университет (690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Проведен анализ структуры воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза по результатам работы врачей-офтальмологов Владивостокского клиничко-диагностического центра за 2011–2017 гг. На долю воспалительных заболеваний роговицы пришлось от 11,9 до 20,5% наблюдений. Отмечено снижение обращаемости пациентов с кератитами в амбулаторно-поликлинический офтальмологический центр в 2016–2017 гг., что связано с необходимостью наличия номерных направлений в рамках обязательного медицинского страхования. Такая реструктуризация привела к увеличению объема платных услуг для лиц, страдавших кератитами, до 12,7 и 40,3%. Большая доля заболеваемости за два последних года пришлась на вирусные кератиты, склонные к рецидивирующему течению, и составила 72 и 66,7%, соответственно. Больным кератитами различной этиологии офтальмологами ВКДЦ оказан полный объем диагностических и лечебных мероприятий, составивший от 18,1 до 100%. При поверхностных вирусных кератитах выздоровление в среднем достигалось за 14,5 дня, а при глубоких кератитах – за 25,2 дня.

Ключевые слова: кератит, амбулаторная помощь

Приказ Минздравсоцразвития России от 21.11.2004 г. № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» – приоритетный нормативный акт, определяющий порядок оказания амбулаторной офтальмологической помощи. Ряд организационных мероприятий, касающихся вопросов маршрутизации пациентов, отражен в приказах департамента здравоохранения Приморского края (ДЗ ПК) от 13.07.2015 г. № 580-о «Об оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях на территории Владивостокского городского округа» с изменениями, внесенными приказами ДЗ ПК от 25.04.2015 г. № 409-о, от 01.06.2016 г. № 527-о, от 16.01.2017 г. № 19-о, и приказом от 20.03.2017 г. № 190-о «Об утверждении порядка направления на консультации и отдельные диагностические исследования взрослого населения при оказании первичной медико-санитарной помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Приморского края» с изменениями, внесенными приказами от 28.04.2017 г. № 355-о, от 12.09.2017 г. № 795-о, от 02.02.2018 г. № 18/пр/63. Перечисленные изменения привели к необоснованному снижению обращаемости пациентов к офтальмологам Владивостокского клиничко-диагностического центра.

Воспалительные заболевания глаз – довольно частая причина обращения пациентов к врачам-офтальмологам. Среди этих заболеваний конъюнктивиты составляют 66,7%, блефариты – 23,3%, кератиты – 4,2%, увеиты и другие поражения – 5,8% [3]. В структуре офтальмологической заболеваемости по обращаемости воспалительные заболевания глаз

в 2013 г. в Приморском крае занимали второе место после катаракты и миопии и составили 1567,9, а в Российской Федерации – 1890,4 на 100 тыс. населения [1]. В структуре первичной инвалидности в Приморье в 2013 г. заболевания роговицы заняли шестое место (2,7%), продемонстрировав трехкратное увеличение частоты первичной инвалидности по сравнению с 2011–2012 гг. [1]. Повышение данного показателя объяснялось невозможностью выполнения пересадки роговой оболочки глаза. Такая тенденция в эти годы отмечена практически во всех регионах России [2].

Амбулаторно-поликлиническое отделение Владивостокского клиничко-диагностического центра (АПО ВКДЦ) в трехуровневой системе оказания офтальмологической помощи в Приморском крае занимает второй уровень, оказывая диагностическую и лечебную помощь пациентам первичного звена из офтальмологических кабинетов городских и краевых бюджетных учреждений здравоохранения.

По нашим данным, в 2014 и 2015 гг. по сравнению с 2013 г. на территории края отмечено увеличение количества случаев воспалительных заболеваний глаз: конъюнктивитов – на 19,7 и 17,2%, кератитов – на 34,2 и 31,4% и увеитов – на 2,9 и 2,2%, соответственно. Статистически значимое возрастание частоты кератитов и конъюнктивитов объясняется вспышкой аденовирусных кератоконъюнктивитов, продолжавшейся с июня 2014 по март 2015 г. В 2016 и 2017 г. в сравнении с 2013 г. количество пациентов с воспалительными заболеваниями глаз уменьшилось: с конъюнктивитами – на 2,5 и 7,3%, с увеитами – на 25 и 28,1%, с кератитами на 0 и 40,7%. Снижение числа обращений по поводу воспалительных заболеваний органа зрения в АПО ВКДЦ с июля 2016 г. объяснялось необходимостью получения номерных направлений на первом

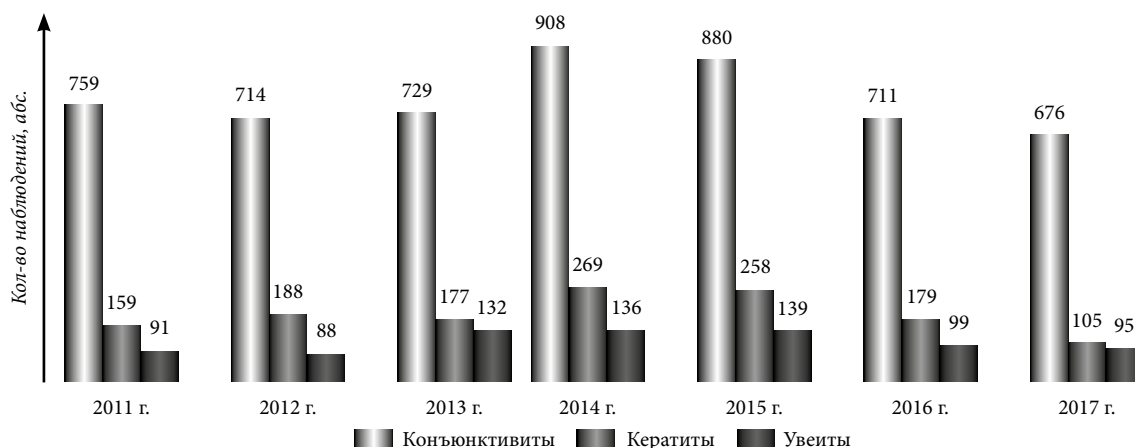


Рис. Число пациентов, обратившихся в АПО ВКДЦ по поводу воспалительных заболеваний глаз в 2011–2017 гг.

Распределение больных кератитами по полу и возрасту в 2016–2017 гг.

Пол	Кол-во наблюдений по возрастным группам									
	20–30 лет		31–40 лет		41–50 лет		51–60 лет		>60 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	14	4,9	26	9,2	46	16,2	23	8,1	10	3,5
Женщины	21	7,4	40	14,1	59	20,8	25	8,8	20	7,0
<i>Всего:</i>	<i>35</i>	<i>12,3</i>	<i>66</i>	<i>23,3</i>	<i>105</i>	<i>37,0</i>	<i>48</i>	<i>16,9</i>	<i>30</i>	<i>10,5</i>

уровне – в офтальмологических кабинетах городских и краевых бюджетных учреждений здравоохранения. Невозможность попасть на прием и получить номерное направление у офтальмологов первичного звена привела к тому, что в 2016 и 2017 гг. среди больных кератитами увеличилось число обращений на платный прием: в 2016 г. – на 12,7% и в 2017 г. – на 40,3% (рис.).

С 2011 по 2015 г. отмечена тенденция и к увеличению числа обращений по поводу кератитов. Так, их удельный вес среди других воспалительных заболеваний органа зрения в 2011 г. составил 15,8%, в 2012 г. – 18,9%, в 2013 г. – 17%, в 2014 г. – 20,5% и в 2015 г. – 20,2%. В то же время доля воспалительных заболеваний роговицы, по данным нашего центра, среди всех офтальмологических воспалительных заболеваний снизилась и составила в 2016 г. 18,1% (179 из 989) и в 2017 г. – 11,9% (105 из 876), что было связано с упомянутым ограничением числа направлений. В 2016–2017 гг. среди 284 больных кератитами преобладали женщины. Большинство больных находилось в возрастной категории 30–50 лет (табл. 1).

Основным методом инструментальной диагностики воспалительных заболеваний роговицы в АПО ВКДЦ была биомикроскопия с помощью щелевой лампы [5]. У некоторых пациентов для оценки эффективности лечения с контролем толщины роговицы при ее воспалительном отеке (стромальные кератиты) использовали ультразвуковой мануальный пахиметр Accutome Pach Pen [4, 6]. Уточнение этиологии кератитов проводили путем сбора анамнеза. Учитывались микротравмы глаза, перенесенные предшествующие респираторные заболевания и др. Лабораторная диагностика включала посевы на бактерии и грибы, иммунофлуоресцентный анализ соскобов с конъюнктивы и иммуноферментный

серологический анализ крови на вирус простого герпеса, цитомегаловирус, аденовирус и вирус Эпштейна–Барр.

Бактериальные и грибковые кератиты чаще имели экзогенную природу и составили 28% в 2016 г. и 33,3% – в 2017 г. среди всех кератитов (табл. 2). Причиной бактериальных кератитов были микротравмы роговицы инородными телами (59% случаев), при ношении контактных линз (33,7% случаев) и инфекциях век (7,3% случаев). Бактериологическое исследование с определением чувствительности к антибиотикам выполнили в 18,1% наблюдений, когда в течение 3–5 дней не получали положительного эффекта от эмпирической терапии. Антибиотики широкого спектра действия, антисептики и негормональные протовоспалительные средства в инстилляциях и местных инъекциях позволили достигнуть выздоровления в среднем за 11,1 дня. В одном случае при первичном обращении пациент был отправлен на стационарное лечение с гнойной язвой роговицы и угрозой ее перфорации.

Самой большой по количеству наблюдений в 2016–2017 гг. оказалась группа вирусных кератитов, где среди возбудителей лидировал вирус простого герпеса (табл. 2). Причиной эндогенных кератитов, вызванных этим вирусом в 34,3% оказался стресс, в 49,3% – предшествующая острая респираторная вирусная инфекция, а в 16,4% патологию роговицы связывали с общим перегревом или переохлаждением. Сроки обращения от начала заболевания составили в среднем в 2016 г. 3,7 дня, а в 2017 г. – 5,8 дня, что у части больных было

Таблица 2
Распределение кератитов по этиологии в 2016–2017 гг.

Вид кератита*	Кол-во наблюдений			
	2016 г.		2017 г.	
	абс.	%	абс.	%
Бактериальный	49	27,4	34	32,4
Вирусный	129	72,0	70	66,7
<i>в т.ч. ВПГ</i>	93	51,9	47	44,8
<i>в т.ч. ЦМГ</i>	3	1,7	2	1,9
<i>в т.ч. аденовирусный</i>	33	18,4	21	20,0
Грибковый	1	0,6	1	0,9

* ВПГ – вирус простого герпеса, ЦМГ – цитомегаловирус.

обусловлено задержкой получения номерного направления от офтальмологов первичного звена. В 77,1 % случаев кератиты клинически протекали в виде поверхностных, а в 22,9 % случаев – в виде глубоких (стромальных) форм. Соскобы с конъюнктивы, как доказательное подтверждение вирусной этиологии кератита, были положительными у 47,9 % пациентов. Положительные высокие титры иммуноглобулина G в иммуноферментном анализе крови на вирус простого герпеса у 63,6 % пациентов стали основанием для направления на консультацию и лечение к врачам иммунологам-вирусологам.

Все лица, страдавшие вирусными кератитами, получали этиотропную терапию – топические препараты группы интерферонов и интерферогенов (офтальмоферон, полудан) и группы химиотерапевтических препаратов (ацикловир, зирган). Профилактика вторичной инфекции местными антисептиками (витабакт, окомистин), аминогликозидами (тобрамицин) или фторхинолонами (офлоксацин, ципрофлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин) выполнена у 95,5 % больных вирусными кератитами.

Нестероидные (индоколлир, неванак) и гормональные (дексаметазон) противовоспалительные средства назначались, соответственно, 52,3 и 68,8 % пациентов с вирусными кератитами. Препараты репаративного действия (корнергель, солкосерил, актовегин, баларпан и др.) и увлажнители (хилопарин-комод, артелак баланс, стиллавит и др.) в стадиях подострого воспаления и выздоровления получали все пациенты. Физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, диадинамотерапия, лазерстимуляция и др.) проведено в 41,7 % наблюдений. Системные противовирусные препараты (ацикловир, панавир, валцикловир) и иммуномодуляторы (полиоксидоний, ликопад) были назначены после консультации с врачом-иммунологом 39,2 % пациентов с вирусными кератитами. Такое комплексное воздействие позволило достичь выздоровления в среднем за 14,5 дня у лиц с поверхностными кератитами и за 25,2 дня – при глубоких стромальных кератитах. Острота зрения повысилась в результате лечения в среднем на 20 %. У 7 человек (3,5 %) острота зрения осталась низкой (от 0,05 до 0,2) из-за помутнений роговицы, что потребовало продолжения рассасывающей терапии. Двое больных с глубокими формами вирусных кератитов направлены на стационарное лечение.

Таким образом, воспалительные заболевания роговицы относятся к тяжелым видам патологии глаз. Обратимость же лиц с данной патологией к врачам-офтальмологам АПО ВКДЦ за последние годы сократилась, что связано с перестройками в организации работы. При этом к известным фактам можно отнести и то, что первичное звено здравоохранения не полностью укомплектовано медицинскими кадрами, и не везде на местах имеется соответствующая материально-техническая база. Залогом эффективной диагностики у пациентов с кератитами служит внедрение современных лабораторных исследований (на аденовирусы и энтеровирусы) и диагностических приборов (эндотелиальный микроскоп, конфокал и др.). Своевременное на основе

адекватной диагностики назначение современных этиологических и симптоматических лекарственных средств для лечения воспалительных заболеваний роговицы способствует уменьшению воспаления и сохранению зрительных функций.

Литература / References

1. Догадова Л. П., Абдуллин Е. А. Динамика глазной заболеваемости и офтальмологическая помощь населению Приморского края за 2011–2013 гг. // Тихоокеанский мед. журнал. 2014. № 4. С. 5–7. Dogadova L.P., Abdullin E.A. Dynamics of ophthalmic morbidity and ophthalmologic help to the population of Primorsky Krai in 2011–2013 // Pacific Medical Journal. 2014. No. 4. P. 5–7.
2. Либман Е. С. Инвалидность, слепота и слабовидение вследствие патологии органа зрения в России // Офтальмология: национальное руководство / под ред. С. Э. Аветисова [и др.]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 19–31. Liebman E.S. Disability, blindness and weakness due to pathology of the organ of vision in Russia // Ophthalmology: National Leadership / S.E. Avetisova [et al.] (eds). Moscow: GEOTAR-Media, 2008. P. 19–31.
3. Майчук Ю. Ф. Оптимизация фармакотерапии воспалительных болезней глазной поверхности // Российский офтальмологический журнал. 2008. № 3. С. 18–25. Maychuk Yu.F. Optimization of pharmacotherapy of inflammatory diseases of the eye surface // Russian Ophthalmological Journal. 2008. No. 3. P. 18–25.
4. Нерпина М. Е., Пожарицкий М. Д. Сравнительная характеристика методов пахиметрии переднего отрезка глаза // Тихоокеанский медицинский журнал. 2014. № 4. С. 76–77. Nerpina M.E., Pozharitsky M.D. Comparative characteristics of the methods of the pachymetry of the anterior segment of the eye // Pacific Medical Journal. 2014. No. 4. P. 76–77.
5. Шулпина Н. Б. Биомикроскопия глаза. М.: Медицина, 1986. 296 с. Shulpina N.B. Biomicroscopy of the eye. Moscow: Medicine, 1986. 296 p.
6. Chen S., Huang J., Wen D. [et al.] Measurement of central corneal thickness by high-resolution Schemplung imaging, Fourier-domain optical coherence tomography and ultrasound pachymetry // Acta Ophthalmol. 2012. Vol. 90, No. 5. P. 449–455.

Поступила в редакцию 27.02.2018.

STRUCTURE, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE CORNEA ON THE BASIS OF THE VLADIVOSTOK CLINICAL DIAGNOSTIC OPHTHALMOLOGY CENTER IN 2016–2017

A.A. Kabieva¹, N.A. Shulgina², L.V. Doronina¹, I.D. Rypalova¹, Yu.N. Gandzha¹, T.G. Sereda¹, I.L. Abizyaeva¹

¹ Vladivostok Clinical Diagnostic Center (169/171 Svetlanskaya St. Vladivostok 690001 Russian Federation), ² Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690002 Russian Federation)

Summary. An analysis of the structure of inflammatory diseases of the anterior segment of the eye was made based on the results of the work of ophthalmologists at the Vladivostok Clinical Diagnostic Center (VCDC) for the period 2011–2017. Inflammatory diseases of the cornea accounted for 11.9 to 20.5 % in the observed period. A decrease in the rate of treatment of patients with keratitis in the outpatient and polyclinic ophthalmology center in 2016–2017, which is associated with the need for numbering directions within the framework of compulsory health insurance. Such restructuring led to an increase in paid applications to 12.7 and 40.3 % in patients with keratitis. A large proportion of the incidence in the last two years was attributable to viral keratitis, prone to recurrent course, and was 72 % and 66.7 %, respectively. Patients with keratitis of various etiologies with ophthalmologists of the VKDC were provided with a full volume of diagnostic and therapeutic measures, ranging from 18.1 to 100 %. Patients with superficial viral keratitis managed to achieve recovery on average for 14.5 days, with deep keratitis – for 25.2 days.

Keywords: keratitis, outpatient care