

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕВІРАНУ В ЛІКУВАННІ ГЕРПЕТИЧНИХ КЕРАТИТІВ

П.А.Бездітко, Н.В.Бездітко\*, А.Ю.Савельєва, О.П.Мужичук,  
І.Д.Муха, О.В.Заволока, О.В.Власко

Харківський державний медичний університет  
Національний фармацевтичний університет\*

*Ключові слова: герпетичні кератити; препарат “Гевіран”; патологія рогівки*

*На сьогодні 60-65% патології рогівки пов'язано з вірусом простого герпесу. Лікування кератитів герпетичної природи, крім топічних препаратів, вимагає застосування спеціальних противірусних засобів. Одним з таких препаратів є “Гевіран”. Під спостереженням знаходилося 19 хворих у віці від 25 до 47 років (8 чоловіків і 11 жінок). У 6 хворих діагностований епітеліальний кератит, у 9 — везикулярний деревоподібний кератит і у 4 — дископодібний кератит. Застосування гевірану в комплексному лікуванні хворих з герпетичними кератитами сприяє швидкій епітелізації рогової оболонки ока, розсмоктуванню інфільтратів, зменшенню перикорнеальної ін'єкції і скороченню часу перебування хворих основної групи в стаціонарі. Застосування гевірану сприяє зменшенню кількості рецидивів.*

Про герпес було відомо ще два тисячоліття тому, коли його симптоми вивчав Гіппократ, а в XVII столітті герпес прозвали на честь хворого на лихоманку Луї XIV “хворобою французьких королів”, але дійсна поширеність герпесвірусної інфекції до теперішнього часу не відома [2, 3, 4]. За статистикою носіями вірусу в країнах Євросоюзу, США, Канаді є від 30 до 50% населення, а в країнах третього світу — 80-98%, причому у половини з них рецидиви захворювання відзначаються щонайменше 1 раз на рік, оскільки стійкого імунітету проти герпесвірусної інфекції не існує [5, 7-10]. Наводять дані, що до 15 років життя 70-90% людей інфіковані щонайменше вісьмома клінічно значущими герпес-вірусами [8, 9]. На сьогодні частота офтальмогерпесу в Україні складає 50-80%. Причин такої поширеності герпетичної інфекції декілька, сюди входить велика поширеність вірусів у природі, їх висока контагіозність (вірогідність того, що людина захворює після контакту), легкі шля-

хи передачі (повітряно-краплинний, контактний), здатність вірусу вражати різні органи і тканини, здатність до тривалої персистенції (персистенція — тривала або довічна присутність мікроорганізму в організмі людини), здатність викликати різні форми захворювання (один і той же тип вірусу може викликати захворювання з різною симптоматикою).

Існує думка, що тривала персистенція вірусу герпесу у нервових гангліях, слізних і слинних залозах, кон'юнктиві приводить до інфікування рогівки і прилеглих ділянок шкіри. Останніми роками офтальмогерпес реєструється значно частіше і відрізняється важким перебігом. На сьогодні 60-65% патології рогівки пов'язано з вірусом простого герпесу. З урахуванням особливостей патогенезу герпетичної інфекції лікування хворих з хронічною рецидивуючою формою генералізованої інфекції (у тому числі і уражень ока) представляє серйозні труднощі. Загальні принципи терапії і власний клінічний досвід зумовлюють комплексний підхід

до лікування герпетичної інфекції. Лікування кератитів герпетичної природи, крім топічних препаратів, вимагає застосування спеціальних противірусних засобів. Одним з таких препаратів є “Гевіран”, препарат фірми “Polpharma SA”, що випускається в пігулках, (200, 400, 800 мг) основним компонентом якого є ацикловір.

Метою дослідження є підвищення ефективності лікування хворих з кератитами герпетичної етіології шляхом застосування в комплексному лікуванні противірусного препарату “Гевіран”.

### Матеріали та методи

Під спостереженням знаходилося 19 хворих у віці від 25 до 47 років (8 чоловіків і 11 жінок). У 6 хворих діагностований епітеліальний кератит, у 9 — везикулярний деревоподібний кератит і у 4 — дископодібний кератит. Комплексна терапія включала противірусну, дезінтоксикаційну, імуномодулюючу, стимулюючу, розсмоктуючу, симптоматичну терапію. Крім того, хворим основної групи призначали місцево людський рекомбінантний інтерферон альфа-2в (Окоферон), який має противірусну та імуномодулюючу активність. Препарат “Гевіран” застосовувався згідно з інструкцією по 800 мг 5 разів на добу

**П.А.Бездітко** — доктор мед. наук, професор, завідувач кафедри офтальмології Харківського державного медичного університету

**Н.В.Бездітко** — доктор мед. наук, професор кафедри фармакоелектрофізіології Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

протягом 5-7 днів. Група контролю, в якій гевіран не застосовувався, склала 12 хворих з аналогічною по проявах офтальмологічною патологією. Для оцінки ефективності лікування в групах враховували терміни епітелізації рогової оболонки ока, розсмоктування інфільтратів, зникнення перикорнеальної ін'єкції, тривалість перебування хворого в стаціонарі, динаміку гостроти зору.

Діагностика герпетичної інфекції ґрунтувалася на полімеразній ланцюговій реакції (ПЛР) і визначенні рівнів Ig-антитіл у сироватці крові (показники гуморального імунітету) методом твердофазного імуноферментного аналізу (ІФА) з використанням діагностичних наборів. Динаміка рівня Ig-антитіл до герпес-вірусу в сироватці крові досліджувалася в ході лікування і після закінчення лікування.

### Результати та їх обговорення

Як показали проведені дослідження, застосування гевірану в комплексному лікуванні хворих з герпетичними кератитами сприяє швидкій епітелізації рогової оболонки ока (у основній групі на  $6,1 \pm 0,12$ , в контрольній — на  $9,3 \pm 0,2$  день). Розсмоктування інфільтратів відбувається на  $10,1 \pm 0,13$  день, а в контрольній групі — на  $12,4 \pm 0,1$  день;  $p < 0,001$ . Перикорнеальна ін'єкція в групі хворих, де ми застосовували гевіран, зни-

кала на  $9,3 \pm 0,2$  день, а при застосуванні стандартного курсу — на  $16,1 \pm 0,2$  день;  $p < 0,001$ . Внаслідок цього скоротився час перебування хворих основної групи у стаціонарі і склав  $14,4 \pm 0,2$  дні, тоді як у групі хворих, які лікувалися традиційними методами, він склав  $17,9 \pm 0,2$  дні;  $p < 0,01$ . Гострота зору при герпетичних кератитах, у першу чергу, залежить від розташування запальних інфільтратів на роговій оболонці ока (центральне, парацентральне), від їх розмірів, ступеня набряку рогівки. Регресія запальних явищ, розсмоктування інфільтратів, зменшення набряку рогівки супроводжувалися підвищенням гостроти зору. У процесі лікування у всіх хворих поступово підвищувалася гострота зору, проте в основній групі хворих високі зорові функції (0,5-1,0) після проведеної терапії спостерігалися в 68,5% випадків, у контрольній — тільки в 46,3%.

Титр Ig G герп-антитіл при контрольному дослідженні в досліджуваній групі знизився у 14 осіб з 19 хворих (73,7%). У терміни спостереження (2 роки) рецидив кератиту зареєстрований у 4 хворих (21,1%). У групі контролю титр Ig G герп-антитіл також знизився, але всього у 24,7% хворих, а рецидив захворювання протягом 2 років відмічений в 33,5% випадків.

Таким чином, правильний вибір препаратів обумовлює успіх

лікування і отримання високих функціональних результатів при офтальмогерпесі. Проведене дослідження дозволяє зробити висновки про доцільність включення гевірану в комплексну терапію офтальмогерпесу. Гевіран ефективно і достовірно знижує рівень Ig G герп-антитіл, прискорює епітелізацію ураженої рогівки, сприяє більш швидкому розсмоктуванню інфільтратів, скороченню тривалості лікування і кращій динаміці гостроти зору. Застосування гевірану сприяє зменшенню кількості рецидивів.

Препарат добре переноситься хворими і не викликає побічної дії. Все вищесказане дозволяє рекомендувати фармацевтичний препарат "Гевіран" фірми "Polpharma SA" для лікування герпетичних кератитів у широку клінічну практику.

### ВИСНОВКИ

1. Ефективність застосування препарату "Гевіран" у лікуванні герпетичних кератитів сприяє скороченню тривалості лікування, поліпшенню його результатів, скороченню кількості рецидивів захворювання.

2. Гевіран добре переноситься хворими, не викликає побічних ефектів, не чинить токсичного впливу на тканини ока.

3. Призначення гевірану в комплексному лікуванні офтальмогерпесу безпечно і може бути рекомендовано для ширшого впровадження в офтальмологічну практику.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Исаков В.А., Ермоленко Д.К., Черных М.Д. *Терапия герпетической инфекции*. — С.Пб., 1993. — 40 с.
2. Каспаров А.А. *Офтальмогерпес*. — М.: Медицина, 1994. — 224 с.
3. Мавров И.И. *Герпес-вирусная инфекция: клинические формы, патогенез, лечение: Руковод. для врачей*. — Х., 1998. — 80 с.
4. Майчук Ю.Ф. *Вирусные заболевания глаз*. — М.: Медицина, 1981. — 272 с.
5. Марков И.С. *Диагностика и лечение герпетических инфекций и токсоплазмоза*. — К., 2002. — 190 с.
6. Мельник В.В. // *Укр. мед. часопис*. — 1998. — №1 (3). — 1 / 11. — С. 50-54.
7. Панченко Л.А., Кириченко И.И., Ходак Л.А. // *Провизор*. — 1999. — №3. — С. 28-30.
8. Прозоровский С.В., Тартаковский И.С. // *Клиническая лабораторная диагностика*. — 1998. — №2. — С. 24-33.
9. Семенова Т.Б., Губанова Е.И. // *Леч. врач*. — 1999. — №2-3. — С. 10-16.
10. Klishe S., Kremner E., Hammer S. et al. // *J. Virology*. — 1998. — №10. — P. 8143-8146.

Адреса для листування: 61000, м. Харків, пр. Леніна, 4. Тел. (057) 705-67-42.  
Харківський державний медичний університет

Надійшла до редакції 29.01.2007 р.