

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ КЕРАТИТОВ

Никитчина Т.С., Сакович В.Н.

Днепропетровская государственная медицинская академия, г. Днепропетровск, Украина

Ключевые слова: герпетические кератиты, клиника, особенности течения, распространенность.

Актуальность. Наиболее частым проявлением вирусного поражения глаза является герпетический кератит (ГК), который составляет 20–50% среди воспалительных заболеваний роговицы [24]. В случае клинического течения первичной герпетической болезни глаз в месте внедрения вируса простого герпеса (ВПГ) наблюдается сочетание кератоконъюнктивита с распространенными поражениями кожи, век, а также слизистых оболочек полости рта [1, 21, 7, 22, 23].

Клиническая картина офтальмогерпеса и герпетического кератита в том числе, отличается большим разнообразием, нередко осложняется сопутствующей инфекцией, метаболическими нарушениями в тканях глаза, повышением внутриглазного давления и развитием вторичной глаукомы, нарушением прозрачности хрусталика и развитием осложненной катаракты [8]. Первичный офтальмогерпес развивается у людей, не имеющих противовирусного иммунитета. Заболевание чаще наблюдается у детей в возрасте от пяти месяцев до пяти лет и у взрослых в возрасте от 16 до 25 лет. Первичный офтальмогерпес, как правило, протекает тяжело и имеет склонность к генерализованному течению. Наиболее часто наблюдаются поверхностные эпителиальные формы герпетического кератита (70%), реже – глубокие формы: стромальный кератит (20%) и увеит (10%) [9, 12].

Известно, что штаммы ВПГ-1 чаще вызывают поверхностные изменения, а ВПГ-2 – тяжелые стромальные кератиты [2, 6, 8].

У 40% больных наблюдается сочетание кератоконъюнктивита с распространенными поражениями кожи, век, а также слизистых оболочек полости рта. Рецидивирующий офтальмогерпес протекает в виде блефароконъюнктивита, везикулезного и древовидного кератита, рецидивирующей эрозии роговицы, эписклерита или иридоциклита, а также, в ряде случаев, в виде хореоретинита или увеита. Редко отмечается неврит зрительного нерва [6, 13, 16].

Одной из наиболее частых форм ГК является древовидный ГК [14]. Эта форма поверхностного ГК поражает преимущественно иммунологически мало защищенный центр роговицы, сопровождается воспалительной реакцией в строме роговицы, что ведет к образованию помутнений роговицы и может существенно снижать зрение [5, 18]. В последние годы отмечено более торпидное течение ГК, что ведет к распространению инфекции вглубь стромы, развитию осложнений в виде герпетических язв и других

деструктивных изменений роговицы, заканчивается формированием грубых помутнений и существенным снижением зрения [3, 11]. Деструктивные изменения роговицы герпетической этиологии являются основной причиной лечебной кератопластики в 55,1 – 68,1% случаев [4].

Существующая международная классификация герпетической инфекции глаз выделяет первичный и рецидивирующий процесс, а также характер поражения глаз: кератит, кератоконъюнктивит, ирит, иридоциклит. В клинической практике используются в основном классификации офтальмогерпеса А. А. Каспарова, Holland E. и Liesegang TJ [8, 20, 14, 15, 19], в основе которых лежит клиническая картина заболевания, а также выделяется первичный и рецидивирующий процесс. Диагностика герпетической инфекции глаза является трудной задачей. Однако присущий ему полиморфизм затрудняет своевременную диагностику заболевания. Тем не менее, можно выявить группу общих признаков, характерных для различных клинических форм болезни:

частая связь офтальмогерпеса с общими инфекционными заболеваниями, сопровождающимися лихорадкой; наличие сопутствующих герпетических высыпаний на лице и губах; болезненность по ходу ветвей тройничного нерва; нейротрофический характер поражения – снижение чувствительности роговой оболочки глаза; замедленная регенерация поврежденных тканей;

безуспешность антибактериальной терапии; склонность к рецидивам.

При наличии древовидного изъязвления роговицы диагноз может быть достаточно твердо установлен с помощью метода биомикроскопии. Но во многих случаях без лабораторного подтверждения, только на основании клинических данных, диагноз герпетического поражения может быть поставлен лишь предположительно.

Цель работы. Изучить особенности клинического течения герпетического кератита, возрастную категорию, в которой чаще встречался герпетический кератит, определить факторы, провоцирующие возникновение кератита.

Материал и методы. Под нашим наблюдением с 2009 по 2011 гг. в Областной клинической офтальмологической больнице находилось 98 больных (98 глаз) в возрасте от 21 до 73 лет с диагнозом герпетический кератит. Из них мужчин было 45, женщин – 53. При поступлении и выписке всем больным определялась острота зрения, выполнялась рефрактометрия, тонометрия, биомикроскопия переднего и заднего отрезков глазного яблока, всем больным в

первые дни заболевания производился соскоб из конъюнктивы с определением вируса простого герпеса методом ПЦР, а так же анализ крови для определения иммуноглобулинов М и G, для уточнения этиологии кератита.

Результаты и их обсуждения. Возникновение заболевания можно было связать с вирусными инфекциями (45,5%), травматическим поражением роговицы (26,8%), влиянием стрессовых ситуаций (22,5%), контактной коррекцией (3,4%). В 1,8 % случаев установить связь с каким – нибудь фактором не удалось. Чаще всего перед развитием герпетического кератита у пациентов наблюдалась вирусная инфекция или микротравматизация роговицы. Проведенный анализ больных показал, что эта патология распространена среди всех слоёв населения, но чаще встречается у лиц работоспособного возраста. Пролеченные нами больные с герпетическими кератитами по клиническому течению, согласно классификации Каспарова А.А., были разделены на следующие группы: поверхностные формы – встречались в 73% случаев (72 больных) и глубокие – в 27 % случаев герпетических кератитов (19 больных), на 7,1 % приходились атипичные формы и кератиты вирусно – бактериальной этиологии (7 больных). Из поверхностных форм, везикулезный встречался в 18,4% (18 больных), древовидный – в 49 % (48 больных), географический – в 6,1% (6 больных). Из глубоких форм: метагерпетический в 9,1 % (9 больных), дисковидный в 6,12 % (6 больных), буллезный в 3,1 % (3 больных), диаграмма 1.

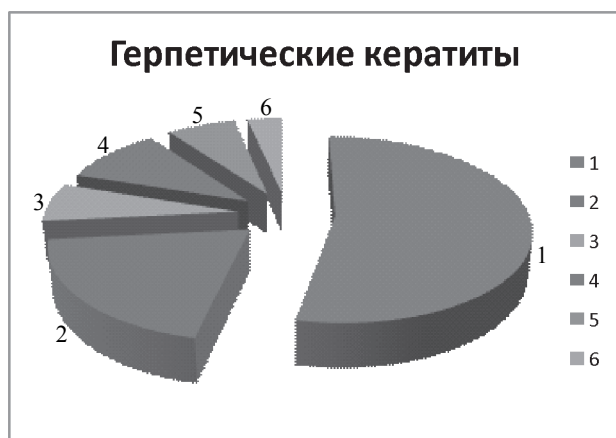


Диаграмма 1:

1. Древовидный кератит – 49,0 %
2. Везикулезный кератит – 18,4 %
3. Географический кератит – 6,1 %
4. Метагерпетический кератит – 9,1 %
5. Дисковидный кератит – 6,12 %
6. Буллезный кератит – 3,1 %

Для поверхностных поражений роговой оболочки были характерны светобоязнь, слезотечение, перикорнеальная инъекция. В центральных отделах роговицы появлялись эрозированные участки. По мере прогрессирования они сливались, образуя одну или несколько разветвленных фигур в виде веток дерева. Наиболее частая локализация древовидного кератита – оптическая зона роговицы.

Глубокие (стромальные) формы ГК мы наблюдали у 19 больных (19,3%). Метагерпетический кератит – тяже-

лая форма глубокого поражения стромы роговицы, которая сопровождалась разными по величине и форме язвенными дефектами её поверхности, сочеталась с иридоциклитом, имела торпидный характер.

При дисковидном кератите развивался очаг инфильтрации в толще роговицы в виде диска серовато-белого цвета. Появление инфильтрата сопровождалось выраженной воспалительной реакцией: определялись складки десцеметовой оболочки, преципитаты, и другие признаки иридоциклита.

Буллезный кератоиридоциклит является признаком развития глубокого герпеса роговой оболочки, характеризовался отеком эндотелия, инфильтрацией её задних слоев.

Интерстициальному диффузному кератоиридоциклиту была характерна выраженная диффузная инфильтрация и очаге некроза в строме роговой оболочки, развитие осложненной катаракты и вторичной глаукомы. Это заболевание является наиболее сложным среди герпетических кератоувеитов.

Больные с атипичными признаками ГК составили 3 % (3 больных). Они представляли трудности для диагностики. Часто эта форма является рецидивом дисковидного или буллезного кератоиридоциклита, инфильтраты развиваются на фоне старых помутнений роговицы.

У 4 % (4) больных наблюдался ГК с признаками гнойно-бактериального процесса в роговице и гипопионом в передней камере. Такие больные нами были отнесены в группу кератитов с вирусно-бактериальной этиологией воспалительного процесса в глазу. Течение этих форм поражения роговицы отличались особой тяжестью, склонностью к прогрессированию и язвообразованием с гнойным отделяемым.

Выводы. По данным проведенного нами клинического анализа, ГК составил 66,3% из общего числа больных патологией роговицы. Возникновение герпетического кератита чаще всего происходит после перенесенных вирусных инфекций (45,5%), травматического поражения роговицы (26,8%), стрессовых ситуаций (22,5%), использования контактной коррекции (3,4%). Чаще всего перед развитием герпетического кератита у пациентов наблюдалась вирусная инфекция или микротравматизация роговицы. Проведенный анализ больных показал, что эта патология распространена среди всех слоёв населения, но чаще встречается у лиц работоспособного возраста. Среди пролеченных нами больных с герпетическими кератитами, чаще встречались поверхностные формы, чем глубокие. Из поверхностных форм, самый большой процент встречаемости у древовидного кератита.

Изучение проблемы офтальмогерпеса, а так же разработка новых методов лечения, является актуальной проблемой, так как клиническое течение кератита отмечается длительностью, тяжестью и склонностью к рецидивам.

Рецензент: д.мед.н., профессор Скрипник Р.Л.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Голубов К. Э., Голубова А. А., Кравченко Н. В. Клиника и лечение кератитов вызываемых вирусом Herpes-Zoster //Материали наук.-прак. конф. з міжнарод. участю "Хірургічне лікування та реабілітація хворих з офтальмологічною патологією". – К., 2004. – С. 78–79.
2. Горгиладзе Т. У., Гайдамака Т. Б. Комплексное лечение и профилактика рецидивов у больных офтальмо-

герпесом //Офтальмол. журн. – 1987. -№ 3. – С. 157–161.

3. Garweg J., Halberstadt J. Zur Pathogenese der Herpetischen Keratitis //Klin. Msl. Augenheilk. – 2002. – № 219. – P. 477 – 486.

4. Гайдмака Т. Б., Дрожжина Г. И., Сотникова Е. П. Комплексная глазная мазь в лечении больных герпетическими кератитами //Офтальмол. журн. – 1999. – № 5. – С. 286 – 290.

5. Garweg J., Halberstadt J. Zur Pathogenese der Herpetischen Keratitis //Klin. Msl. Augenheilk. – 2002. – № 219. – P. 477 – 486.

6. Дрожжина Г. И. Вирусные заболевания роговицы и конъюнктивы //Здоровя України, № 5. – 2002. – С. 35 – 36.

7. Kaye S., Choudhary A. Herpes simplex keratitis //Progres in retinal and eye reserch. – 2006. – Vol. 25. – P. 355 – 380.

8. Каспаров А. А. Офтальмогерпес. – М.: Медицина, 1994. – 224 с.

9. Каспаров А. А. Лечение герпесвирусного кератита: 35-летний опыт //Мат-лы науч. практич. конф. “Новые технологии в лечении заболеваний роговицы”. – Москва, 2004. – С. 574 – 581.

10. Колесникова М. А., Табакова М. А., Чередова В. В. Эффективность применения лубрикантов при герпетическом кератите //Научно-практич. конференция “Современные методы диагностики и лечения заболеваний роговицы и склеры”, М. 2007. – С. 269 – 272.

11. Каспаров А. А. Современные тенденции в лечении герпесвирусных поражений роговицы. // Тезисы докладов юбилейного симпозиума “Актуальные проблемы офтальмологии”, Москва, 26 – 27 сентября 2003 года. – Москва, “Экономика”, 2003. – С. 167 – 168.

12. Liesegang T. J. Classification of herpes simplex virus keratitis and anterior uveitis //Cornea. – 1999. – Vol. 18. – P. 127 – 143.

13 Каспаров А. А., Оганесяц В. А., Горбовицкая Г. Е. Клинические особенности герпетического кератита и микродиатермокоагуляция в его лечении //Вести офтальмологии. – 1997. – № 4. – С. 39 – 44.

14. Liesegang T. J. Classification of herpes simplex virus keratitis and anterior uveitis / T. J. Liesegang // Cornea. – 1999. – V. 18. – № 2. – P. 127-143.

15. Liesegang T. J. Herpes simplex virus epidemiology and ocular importance / T. J. Liesegang // Cornea. – 2001 – V. 20. – № 1. – P. 1–13.

16. Майчук Ю. Ф. Герпесвирусные заболевания глаз // Неизвестная эпидемия: герпес. – Смоленск, 1997. – С. 62 – 74.

17. Майчук Ю. Ф. Фармакотерапия воспалительных заболеваний глаз: вчера, сегодня, завтра. //Материалы научно-практической конференции 20 – 21 ноября 2001 года “Актуальные вопросы воспалительных заболеваний глаз”. – Москва, 2002. – С. 7–17.

18. Майчук Ю. Ф. Фармакотерапия воспалительных заболеваний глаз: вчера, сегодня, завтра. //Материалы научно-практической конференции 20 – 21 ноября 2001 года “Актуальные вопросы воспалительных заболеваний глаз”. – Москва, 2002. – С. 7–17.

19. Марков И.С. Диагностика и лечение герпетических инфекций и токсоплазмоза / И. С. Марков. – Киев, АртЭк, 2002.- 192 с.

20. Holland E. J. Classification of herpes simplex virus keratitis / E.J. Holland , G.S. Schwartz //Cornea. – 1999. – Vol. 18. – N 2. – P.144-154.

21. Holbach L., Font R., Naumann G. Herpes simplex stromal and endothelial keratitis //Ophthalmology. – 1990. – Vol. 97. – P. 722 – 728.

22. Strauss S. Clinical and biological differences between recurrent herpes simplex virus and varicella-zoster virus infection //JAMA. – 1989. – Vol. 262. – P. 4355.

23. Verjans G., Remeijer L., van Binnendijk R. et. al. Identification and characterization of herpes simplex virus-specific CD4+ T cells in corneas ofherpetic stromal keratitis patients //J. Infect. Dis. – 1998. – Vol. 177. – P. 484 – 488.

24. Чекина А. Ю., Бирич Т. А., Труханов Т. В. Клиническая эффективность нового противовирусного препарата в лечении офтальмогерпеса //Научно-практич. конференция “Современные методы диагностики и лечения заболеваний роговицы и склеры”, М. 2007. – С. 358 –361.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГЕРПЕТИЧНИХ КЕРАТИТІВ

Никітчина Т.С., Сакович В.М.

Дніпропетровська державна медична академія,
Дніпропетровськ, Україна

Резюме. По даним проведеного нами клінічного аналізу, герпетичний кератит складав 66,3 % із загальної кількості хворих патологією рогівки. Виникнення герпетичного кератиту найчастіше трапляється після перенесених вірусних інфекцій, травматичних пошкоджень рогівки, стресових ситуацій, використання контактної корекції. Найчастіше перед розвитком герпетичного кератиту у пацієнтів спостерігалась вірусна інфекція або мікротравматизація рогівки.

Ключові слова: герпетичні кератити, клініка, особливості перебігу.

DESCRIPTION OF HERPETIC KERATITIS CLINICAL COURSE

Nickitchina T.S., Sakovich V. N.

Dnepropetrovsk state medical academy,
Dnepropetrovsk, Ukraine

Summary. Provided clinical analysis shown that the herpetic keratitis made 66,3 % of general amount of patients with the cornea pathology. The appearance of herpetic keratitis more often happens after viral infections, traumatic cornea damage, stress situations, contact lenses using. More often it was observed the development of viral infection or cornea microtrauma before the herpetic keratitis.

Keywords: herpetic keratitis, clinic, the flowing features.