

ГЕРПЕТИЧЕСКИЕ СТРОМАЛЬНЫЕ КЕРАТИТЫ, ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

А.Ю. Чекина

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. Несмотря на успехи в разработке новых химиотерапевтических препаратов, герпесвирусные заболевания роговицы остаются серьезной медико-социальной проблемой. Об этом свидетельствуют: высокая частота обращаемости - 80%, тяжелые инвалидизирующие исходы со снижением зрительных функций, утрата трудоспособности. Длительное, тяжелое течение герпетических кератитов, неэффективность противовирусной терапии у 35–40% пациентов являются основанием для разработки более интенсивных методов лечения этого заболевания с присоединением к основной терапии иммуномодулирующих препаратов, лазерного воздействия, кератопластики [1,3].

Цель исследования. Оценить клинические проявления герпетических стромальных кератитов (ГСК), результаты их медикаментозного и хирургического лечения.

Материал и методы. Клиническое течение ГСК изучены у 54 пациентов (54 глаза). Количество мужчин — 30, женщин — 24. Возрастные границы от 16 до 74 лет, средний возраст 43 года. Глубокие формы герпетического кератита включали: интерстициальный кератит — 23 пациента; дисциформный — 24; некротизирующий — 3; герпетический иридоциклит — 4 пациента. Осложнения герпесвирусных заболеваний глаз наблюдались в виде: нейротрофической кератопатии – 2 пациента; метагерпетической язвы роговицы — 1; буллезной кератопатии — 2; липидной кератопатии — 3; эпителиопатии роговицы — практически у всех леченных 54-х пациентов. Рецидивирующие формы заболевания наблюдались у 32 пациентов (59,3%). Методы исследования включали: клиническое обследование; определение ДНК вирусов в соскобе конъюнктивы и роговицы методом ПЦР; определение вирусспецифических антител к ВПГ в сыворотке крови при использовании прямых и непрямых методов ИФА.

Кератопластика выполнена 19 пациентам с ГСК (9 сквозных; 11 послойных кератопластик из них у 2-х — послойная покровная кератопластика): 7 пациентов — язва роговицы с перфорацией или признаками десцеметоцеле; 9 пациентов — сосудистые бельма роговицы; 2 пациента — буллезная кератопатия в исходе дисциформного кератита; 1 пациент — нейротрофическая язва с перфорацией.

У 4 пациентов послойная кератопластика выполнялась с применением автоматического ламеллярного микрокератома Moria. Для кератопластики использовалась неконсервированная или консервированная

во влажной камере кадаверная роговица. Донорскую роговицу фиксировали в ложе реципиента непрерывным обвивным швом, узловыми погружными швами или их комбинацией, используя нейлоновую мононить 10/0. Диаметр донорской роговицы обычно соответствовал ложу реципиента и колебался от 4 до 10 мм.

Результаты и их обсуждение. Герпетический интерстициальный кератит (23 пациента) имел вид одиночного или множественных интерстициальных беловатых помутнений стромы, без признаков эпителиального изъязвления.

Отек срединной стромы и нежная серая инфильтрация сочетались со старым помутнением роговицы у 12 пациентов с рецидивами заболевания. Роговичная васкуляризация наблюдалась у 10-ти пациентов.

Герпетический дисциформный кератит (24 пациента), сопровождался стромальным и эпителиальным отеком круглой или овальной формы, наличием преципитатов в зоне отека.

У 18 пациентов в первые дни заболевания, из-за выраженного отека, преципитаты не определялись и начинали проявляться в процессе лечения, при уменьшении стромального отека. ВПГ дисциформный кератит у 1/3 пациентов сопровождался лимбальной васкуляризацией. У одного пациента ГСК развился на фоне herpes zoster ophthalmicus.

Противовирусная терапия (ацикловир внутрь или в/венно); кортикостероиды местно в виде субконъюнктивальных инъекций и инстилляций; НПВС; ингибиторы протеаз внутривенно, местная и общая гипотензивная терапия при повышении ВГД, способствовали повышению остроты зрения: при интерстициальном кератите в среднем с 0,09 до 0,4; при дисциформном герпетическом кератите — с 0,06 до 0,6.

Герпетический некротизирующий кератит (3 пациента) имел вид гнойного роговичного воспаления, протекал тяжело, быстро прогрессировал. Эпителий над участком герпетического некротизирующего кератита был изъязвлен, окрашивался флюоресцеином. Дифференциальная диагностика проводилась с микробными кератитами, вызванными бактериями, грибами; акантамебой; инородным телом роговицы. Назначение ацикловира внутрь (от 200 до 400 мг в день 5 раз в день), местная противовирусная (ацикловир или нуклеавир, вирган гель 5 раз в день), местная глюкокортикоидная, симптоматическая терапия способствовали выздоровлению [4].

Герпетический негранулематозный иридоциклит был диагностирован у 4-х пациентов. У трех из них наблюдалось повышение ВГД (35–50 мм рт. ст), обусловленное трабекулитом; при трансллюминации обнаруживались пятнистые дефекты радужки. Быстрому выздоровлению способствовал прием ацикловира внутрь (400 мг 5 раз в день) в сочетании с местным назначением кортикостероидов (инстилляций, с/к инъекции) [2].

Осложнения герпесвирусных заболеваний глаз. Эпителиопатия роговицы наблюдалась практически у всех пациентов, была обусловлена длительным местным использованием противовирусных средств и проявлялась диффузными точечными эпителиальными эрозиями, окрашивающимися флюоресцеином, и конъюнктивальной инъекцией. При отмене противовирусных средств, назначении лубрикантов, микродоз кортикостероидов клинические проявления эпителиопатии роговицы исчезали.

Нейротрофическая кератопатия развилась у 2 пациентов, характеризовалась эпителиальными эрозиями, складками хронической эпителиальной регенерации, анестезией роговицы. У одного пациента на этом фоне в центре роговицы сформировалась упорствующая нейротрофическая язва овальной формы, окрашивающаяся флюоресцеином. Использование лубрикантов, в том числе и без консервантов (Celluvisc, Viscotears) в виде капель, геля, препаратов репаративной регенерации (корнерегель, солкосерил гель), obturация слезных канальцев, временная блефарорафия способствовали эпителизации, улучшению остроты зрения до 0,2. Второму пациенту с нейротрофической язвой и перфорацией была проведена послойная частичная кератопластика, с хорошим приживлением роговичного аллопланта. Однако через 5 мес. вновь появился участок расплавления в нескольких миллиметрах от пересаженной роговицы. В связи с угрозой перфорации была выполнена центральная кровавая тарзорафия; спустя месяц язва эпителизировалась. Через год роговица спокойна, определяется глубокая умеренная васкуляризация.

У 1-й пациентки ГСК сопровождался формированием метагерпетической язвы - неактивное вирусное заболевание, эпителиальное стерильное безболезненное изъязвление, поверхностно окрашивающееся флюоресцеином, возникающее на участке герпетического стромального поражения, в результате нейротрофических механизмов [3].

Медикаментозная противовирусная и противовоспалительная терапия способствовала рассасыванию стромального инфильтрата. Длительное использование заменителей слезы, препаратов репаративной регенерации, назначение лечебной контактной линзы, вызвало эпителизацию язвенного дефекта через 5 мес. У 2-х пациентов дисциформный кератит осложнился буллезной кератопатией. Тяжелое, болезненное течение потребовало хирургического лечения – послойной покровной кератопластики. Дальнейшее лечение: кортикостероиды; НПВС; слезозаменители; прием ацикловира, способствовали прекращению болей, повышению остроты зрения до 0,1 и 0,06. У 3-х пациентов роговичная васкуляризация на участке некротизирующего герпетического кератита, явилась причиной формирования вторичной липидной кератопатии.

Грубое рубцевание в исходе кератита, липидные отложения привели к формированию неправильного астигматизма, выраженному снижению зрения. Лазеркоагуляция, микроигльчатая диатермокоагуляция, местные кортикостероиды, системная противовирусная, анти-СЭФР терапия способствовали уменьшению неоваскуляризации роговицы и липидных отложений, повышению остроты зрения и предупредили рецидивы заболевания.

Сквозная кератопластика была выполнена у 4-х пациентов с герпетической язвой роговицы с прободением и у 5 пациентов с глубокими сосудистыми бельмами в исходе ГСК. Послойная кератопластика выполнена у 3-х пациентов с язвой роговицы и десцеметоцеле; у 4-х пациентов с сосудистыми бельмами, более интенсивных в верхних отделах стромы, с применением автоматического ламеллярного микрокератома Moriga.

Послойная покровная кератопластика была выполнена у 2-х пациентов с буллезной кератопатией в исходе дисциформного кератита. Послойная частичная кератопластика проведена у 1-го пациента с нейротрофической язвой с перфорацией.

Качество прижившегося трансплантата у пациентов, на глазах которых послойная кератопластика выполнялась с помощью автоматического ламеллярного микрокератома Moriga, было выше, по сравнению с пациентами, имеющим подобную патологию, но которым послойная кератопластика проводилась ручным способом и была сравнима по функциональным результатам со сквозной кератопластикой.

С целью уменьшения неоваскуляризации роговицы перед кератопластикой проводили лазеркоагуляцию или микроигльчатую диатермокоагуляцию по методике профессора Harminder Dua. Для предупреждения отторжения трансплантата роговицы, рецидивов герпетической инфекции проводили мониторинг внутриглазного давления, применяли таблетированные формы препарата Ацикловир в течение 12–18 мес., противовоспалительную (глюкокортикоиды, НПВП), метаболическую, иммуномодулирующую терапию [2,5,6].

Острота зрения при благоприятном течении послеоперационного периода была выше у пациентов, перенесших сквозную кератопластику, но в тоже время осложнения (формирование синехий, вторичная глаукома, кератоувеиты, помутнение трансплантата) наблюдались чаще по сравнению с послойной кератопластикой (43% и 18% соответственно). Прозрачное приживание трансплантата при последствиях глубоких стромальных герпетических кератитов наблюдалось в 50,3% случаев при сквозной кератопластике и 62,5% — при послойной.

Выводы.

1. Системная противовирусная и местная кортикостероидная терапия стромальных герпетических кератитов и иридоциклитов повышают эффективность лечения и предупреждают рецидивы заболевания.
2. Осложненные формы герпесвирусных заболеваний глаз требуют длительного использования лубрикантов, препаратов репаративной регенерации, микродоз кортикостероидов.
3. Кератопластика показана пациентам с выраженным снижением зрения, обусловленного стромальным рубцеванием и астигматизмом, не корректирующегося очками или контактными линзами.

HERPETIC STROMAL KERATITIS, ITS COMPLICATIONS AND MEDICAL REHABILITATION

A. Chekina

Resume. Presented clinical manifestations of herpes stromal keratitis, possible complications and their effective treatment, based on the literature and our own observations.

Литература.

1. Каспаров А.А. Офтальмогерпес. - М.: Медицина. - 1994.- 224 с.
2. A controlled trial of oral acyclovir for iridocyclitis caused by herpes simplex virus. Herpetic Eye Disease Study Group. Arch Ophthalmol. - 1996. - 114(9).- P.1065-1072.
3. Gregory L. Scuta, Louis B. Cantor, Jayne S. Weiss. External Disease and Cornea . Section 8 // Basic and Clinical Science Course. American Academy of Ophthalmology. - 2011-2012. - P.104-123.
4. Oral acyclovir for herpes simplex virus eye disease: effect on prevention of epithelial keratitis and stromal keratitis. Herpetic Eye Disease Study Group. Arch Ophthalmol.- 2000.-118(8). - P.1030-1036.
5. Streilein JW, Dana MR, Ksander BR. Immunity causing blindness: five different paths to herpes stromal keratitis // Immunol Today. – 1997. - 18(9). - 443-449.
6. Wu X., Chen X. Acyclovir for the treatment and prevention of recurrent infectious herpes simplex keratitis // Chin. Med. J. Engl. – 2002. - Oct; 115(10): P.1569-72.