

Чекина А.Ю., Бирич Т. А., Марченко Л.Н.

Медикаментозное и хирургическое лечение герпетических стромальных кератитов

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск (Беларусь)

Актуальность

Длительное, тяжелое течение герпетических стромальных кератитов, неэффективность противовирусной монотерапии у 35-40% больных являются основанием для использования комбинированных методов лечения: противовирусных, иммуномодулирующих препаратов, глюкокортикостероидов, анти-СЭФР-терапии, лазерного воздействия, кератопластики [1-6].

Цель - оценить клинические проявления герпетических стромальных кератитов (ГСК), результаты медикаментозного и хирургического лечения.

Материал и методы

Клиническое течение ГСК изучено у 73 пациентов. Возрастные границы - от 16 до 74 лет, средний возраст - 43 года. Рецидивирующие формы заболевания наблюдались у 32 пациентов (59,3%)

Диагноз герпетической инфекции подтверждался обнаружением вирусной ДНК методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и специфических антител к ВПГ с помощью ИФА-диагностики.

Медикаментозное лечение 54 пациентов (мужчин - 30, женщин - 24) включало: противовирусную терапию (ацикловир внутрь или в/в; ганцикловир (вирган гель) 0,15%); кортикостероиды; НПВС; ингибиторы протеаз (в/в трасилол 10 тыс. КИЕ/мл, контрикал 10 тыс. АТрЕ), иммунотерапию (полиоксидоний, ликопид), симптоматическое лечение. С целью уменьшения неоваскуляризации роговицы проводили анти-СЭФР-терапию: бевацизумаб (авастин) 0,1 мл (2,5 мг) перелимбально в зоне наибольшей васкуляризации.

Кератопластика выполнена 19 пациентам с ГСК (9 сквозных; 11 послойных, из них у 2-х - послойная покровная кератопластика).

У 4 пациентов послойная кератопластика выполнялась с применением автоматического ламеллярного микрокератома Moria.

Результаты

Герпетический интерстициальный кератит (23 пациента) имел вид одиночного или множественных интерстициальных беловатых помутнений стромы, без признаков эпителиального изъязвления. Из них у 12 пациентов с рецидивами заболевания наблюдалась роговичная васкуляризация. Проведение анти-СЭФР терапии (авастин перелимбально) в сочетании с системным назначением ацикловира способствовало облитерации неоваскуляризации роговицы и в 2 раза сокращало частоту рецидивов ГСК.

Герпетический дисциформный кератит (24 пациента) характеризовался стромальным и эпителиальным отеком круглой или овальной формы, наличием преципитатов в зоне отека (рис. 1 см. в Приложении с. 103).

Комплексная терапия (ацикловир в/в); кортикостероиды субконъюнктивально; НПВС; ингибиторы протеаз внутривенно, местная и общая гипотензивная терапия способствовали повышению остроты зрения: при интерстициальном кератите - в среднем с 0,09 до 0,4; при дисциформном герпетическом кератите - с 0,04-0,06 до 0,6-0,7.

Герпетический некротизирующий кератит (3 пациента) имел вид гнойного роговичного воспаления (рис. 2 см. в Приложении с. 103). Эпителий над участком герпетического некротизирующего кератита был изъязвлен, окрашивался флюоресцеином

Дифференциальная диагностика проводилась с микробными кератитами, акантамебой [4]. Назначение ацикловира внутрь (от 200 до 400 мг в день 5 раз в день), виргана геля 5 раз в день, местно кортикостероиды, симптоматическая терапия способствовали выздоровлению в течение 16-18 дней.

Герпетический негранулематозный иридоциклит был диагностирован у 4-х пациентов. У трех из них имело место повышение ВГД (35-50 мм рт.ст.), обусловленное трабекулитом; при трансиллюминации обнаруживались пятнистые дефекты радужки [2]. Выздоровление с нормализацией ВГД в течение 1-2 недель наблюдалось при приеме ацикловира внутрь (400 мг 5 раз в день) в сочетании с кортикостероидами (инстилляцией, с/к инъекции).

Осложнения герпесвирусных заболеваний глаз

Нейротрофическая кератопатия развилась у 2 пациентов. Назначались лубриканты, препараты репаративной регенерации, проводилась obturация слезных канальцев, временная блефарорафия.

Нейротрофическая язва с перфорацией наблюдалась у одного пациента; проведена послойная частичная кератопластика. Однако через месяц вновь появился участок расплавления роговицы в нескольких миллиметрах от трансплантата. В связи с угрозой перфорации выполнена центральная кровавая тарзорафия; язва эпителизовалась. Через год роговица спокойна, определяется глубокая умеренная васкуляризация. У 1-й пациентки ГСК сопровождался формированием метагерпетической язвы в виде эпителиального стерильного безболезненного изъязвления на участке герпетического стромального поражения [3]. 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. У 3-х пациентов роговичная васкуляризация на участке некротизирующего герпетического кератита явилась причиной формирования вторичной липидной кератопатии.

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 поверхностных слоях отделах стромы.

Качество прижившегося трансплантата у пациентов после послойной кератопластики с использованием автоматического ламеллярного микрокератома Moria было сравнимо со сквозной кератопластикой.

С целью уменьшения неоваскуляризации роговицы перед кератопластикой проводили лазеркоагуляцию или микроигльчатую диатермокоагуляцию, перилимбальное введение авастина. Для предупреждения отторжения трансплантата роговицы, рецидивов герпетической инфекции осуществляли мониторинг внутриглазного давления, назначали ацикловир в течение 12-18 мес., противовоспалительную (кортикостероиды, НПВС), метаболическую терапию [1, 2, 4].

Острота зрения при благоприятном течении послеоперационного периода была выше у пациентов, перенесших сквозную кератопластику, но в то же 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

тата 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 герпетических стромальных кератитов (ГСК) повышают эффективность лечения и предупреждают рецидивы заболевания.

2 Кератопластика показана пациентам с выраженным снижением зрения при стромальном рубцевании в исходе герпетического стромального кератита. В послеоперационном периоде необходимо длительное системное применение ацикловира.

3. Сочетание анти-СЭФР (бевацизумаб перелимбально) и противовирусной терапии (ацикловир внутрь) - эффективный метод облитерации неоваскуляризации роговицы и профилактики рецидивов ГСК.

Литература

1. *Каспаров А.Л.* Офтальмогерпес. - М.: Медицина, 1994. - 224 с.
2. *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.
3. 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.
4. *Streilein J.W., Dana M.R., Ksander B.R.* Immunity causing blindness: five different paths to herpes stromal keratitis // Immunol Today. - 1997. - 18 (9). - 443-449.
5. Wu X., Chen X. Acyclovir for the treatment and prevention of recurrent infectious herpes simplex keratitis // Chm Med. J. Engl. - 2002. - Oct. - 115 (10). - P. 1569-1572.
6. *Oh J.Y., Kim M.K., Wee W.R.* Subconjunctival and intracorneal bevacizumab injection for corneal neovascularisation in lipid keratopathy // Cornea. - 2009. - Oct.-28 (9).-P. 1070-1073.

Чекина А.Ю., Марченко Л.Н., Костюкович Е.К., Дулуб Л.В.

Экссудативно-воспалительная реакция и ее лечение при хирургии катаракты

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск (Беларусь)

Актуальность

Экссудативно-воспалительная реакция (ЭВР) глаза - одно из частых и серьезных осложнений хирургического лечения катаракты. Благодаря внедрению микроинвазивных малотравматичных технологий (ультразвуковая факоэмульсификация (ФЭК)) частота развития ЭВР глаза уменьшилась с 37 до 13% [1-3].

Цель - изучить частоту развития, клинические проявления ЭВР у пациентов после экстракции катаракты и результаты их лечения.

Материал и методы

Ретроспективно изучены клинические проявления и результаты лечения ЭВР у 27 пациентов (13

мужчин (48,1%) и 14 женщин (51,9%)), прооперированных по поводу катаракты. Возраст пациентов - от 54 до 83 лет; средний возраст: мужчины - 71,2 года, женщины - 73,4 года. Из них факоэмульсификация катаракты (ФЭК) выполнена у 22 пациентов (81%), экстракапсулярная экстракция катаракты (ЭЭК) - у 4 пациентов (15%), интракапсулярная криоэкстракция (ИЭК) - у 1 (4%). Проводились стандартные офтальмологические исследования (визометрия, биомикроскопия) и дополнительные (ОКТ переднего и заднего сегмента глаза, В-сканирование, электронометрия, периметрия). Для установления риска развития послеоперационного увеита у пациентов с катарактой учитывалось наличие тяжелой сопутствующей соматической и глазной патологии.