

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А.Дмитриева

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

«Герпетические кератиты».

Выполнила: клинический ординатор

Селихова О.Ф.

Проверила: заведующая кафедрой,
д.м.н, проф. Козина Е.В

Красноярск, 2017 год

Содержание:

Герпетические кератиты.....	3
Клинические признаки и симптомы кератитов.....	4
Диагностика.....	7
Дифференциальная диагностика.....	8
Лечение.....	8
Список литературы.....	12

Заболевания роговой оболочки

Классификация заболеваний фиброзной оболочки:

- аномалии развития;
- воспалительные (кератиты, склериты);
- дистрофические;
- опухоли.

К аномалиям развития относятся аномалии размеров (мегалокорнея и микрокорнея) и формы (кератоконус и кератоглобус).

Дистрофии роговиц бывают врожденные (первичные) и приобретенные (вторичные).

Среди врожденных дистрофий роговицы чаще всего встречаются пятнистая, узелковая и решетчатая; среди приобретенных – старческая дуга (*arcus senilis*) и эндотелиально-эпителиальная дистрофия.

Первичные опухоли роговицы встречаются чрезвычайно редко. Чаще наблюдаются новообразования, переходящие на роговицу с лимба или с конъюнктивы глазного яблока, иногда – со склеры или с ресничного тела (папилломы, эпителиомы, факоматоз, карцинома, меланосаркома). Наиболее часто отмечаются дермоиды или липодермоиды. Большую часть патологии роговицы составляют воспалительные заболевания, или кератиты.

Инфекция при кератитах проникает в роговицу вследствие перехода с соседних тканей, экзогенным или эндогенным путем. Характер и течение процесса обусловлены видом микроорганизма, его вирулентностью, сопротивляемостью роговицы.

Кератиты делятся на экзогенные и эндогенные; по течению – на острые и рецидивирующие; по глубине поражения – на поверхностные и глубокие; по характеру воспаления – на гнойные и не гнойные; по локализации – на центральные, парацентральные, периферические; по распространенности – на

ограниченные и диффузные; по форме – на точечные, лангкартообразные, монетовидные, в виде веточек и штрихов; по исходу – с васкуляризацией и без васкуляризации.

Экзогенные кератиты:

- эрозия роговицы;
- травматические кератиты, обусловленные механической, физической или химической травмой (посттравматические кератиты);
- инфекционные кератиты бактериального происхождения;
- кератиты, вызванные заболеваниями конъюнктивы, век, мейбомиевых желез;
- грибковые кератиты, или кератомикозы.

Эндогенные кератиты:

- инфекционные кератиты:
- туберкулезные: гематогенные и аллергические;
- сифилитические;
- герпетические;
- нейропаралитические;
- авитаминозные

Герпетические кератиты

Герпетические кератиты занимают особое место в патологии роговицы. Это наиболее часто встречающаяся патология роговицы, по тяжести такие кератиты занимают одно из первых мест. Офтальмогерпес привлекает к себе внимание во всем мире ввиду особой тяжести и рецидивирующего течения. Существует несколько классификаций офтальмогерпеса, включающих поражения не только роговой оболочки, но и задних отделов глазного яблока. В этом разделе мы остановимся на классификации А.Б. Кацнельсона, которая, на наш взгляд, более понятна и отражает основные особенности герпетических кератитов.

Герпетические кератиты делятся на:

- первичные, возникающие при первичном заражении вирусом, чаще в детском

возрасте. Воспалительный процесс развивается или сразу после проникновения вируса в организм, или через некоторый период;

- послепервичные, возникающие на фоне латентной вирусной инфекции при наличии гуморального и местного иммунитета и свойственны взрослому человеку.

Первичные герпетические кератиты включают:

- герпетический блефароконъюнктивит (фолликулярный, пленчатый);
- эпителиальный кератит;
- кератоконъюнктивит с изъязвлением и васкуляризацией роговицы.

Послепервичные герпетические кератиты включают поверхностные формы:

- эпителиальный кератит;
- субэпителиальный точечный кератит;
- древовидный кератит.

Глубокие (стромальные) герпетические кератиты включают:

- метагерпетический (амебовидный) кератит;
- дисковидный кератит;
- глубокий диффузный кератит;
- кератоиридоциклит.

Клинические признаки и симптомы кератитов

Большинство заболеваний роговицы приводят к раздражению чувствительных нервов с триадой симптомов: светобоязнью, слезотечением, блефароспазмом (исключая нейротрофические кератиты, когда перечисленные симптомы отсутствуют). Раздражение нервных окончаний при кератитах вызывает реакцию сосудов краевой петливой сети, заложенной в лимбе, и проявляется перикорнеальной инъекцией глазного яблока, которая напоминает красный венчик с фиолетовым оттенком вокруг роговицы. Комплекс перечисленных симптомов обозначают как роговичный синдром.

Этот синдром обусловлен нарушением прозрачности роговицы и образованием воспалительного помутнения (инфильтрата), в основе которого лежит скопление в

ткани роговицы лейкоцитов, лимфоцитов, гистиоцитов, плазматических и других клеток, поступивших сюда из краевой петливой сети. Цвет инфильтрата зависит от состава образующих его клеток. При небольшом скоплении лейкоцитов инфильтрат имеет сероватый цвет, при гнойном расплавлении – желтый, при выраженной васкуляризации – ржавый оттенок. Границы всегда нечеткие, расплывчатые из-за выраженного отека окружающих участков ткани, имеющих вид молочного помутнения вокруг инфильтрата. Оптический срез роговицы в зоне инфильтрата утолщен. Роговица в области инфильтрата теряет блеск, становится тусклой, матовой, в месте воспаления она шероховата. В зоне инфильтрата чувствительность роговицы снижена в различной мере при различных кератитах. При нейрогенных кератитах (в том числе вирусных) чувствительность снижается во всех отделах роговицы, даже там, где нет инфильтратов. Со временем наступает распад инфильтрата с отторжением эпителия, некрозом ткани и образованием язвы роговицы.

Язва роговицы имеет вид дефекта ткани с мутно-серым дном. Она бывает различной формы и величины, края ее гладкие и неровные, дно чистое или покрыто гнойным экссудатом. При воспалительных изменениях стромы роговицы задняя пограничная пластинка образует более или менее заметные складки (десцеметит). Строма роговицы становится менее прозрачной и при боковом освещении имеет молочно-беловатый цвет. В дальнейшем возможны два варианта течения заболевания.

Первый вариант – регресс, сопровождающийся отторжением некротизированных тканей, очищением язвы, уменьшением инфильтрации, выстиланием дна язвы регенерирующим передним эпителием (стадия фасетки), под которым продолжается регенерация стромы с образованием в дальнейшем соединительнотканного рубца, приводящего к помутнению роговицы различной интенсивности (облачко, пятно, бельмо). Процесс очищения может сопровождаться васкуляризацией – прорастанием сосудов в роговицу. Сосуды могут быть древо-видной формы, если прорастают в поверхностных слоях, или

иметь вид частокола, щетки или метелочки, если прорастают в глубоких слоях роговицы. В этих случаях образуются васкуляризованные бельма. Следует отметить, что чем глубже была язва, тем более интенсивным будет помутнение.

Второй вариант – распространение дефекта как в глубину, так и в ширину. По площади поражения он может занять всю поверхность роговицы, а по глубине – проникнуть до передней камеры. Когда язва достигает десцеметовой мембраны, возникает грыжа десцеметовой оболочки (десцетоцеле), имеющая вид темного пузырька с тонкой стенкой на фоне мутной инфильтрированной роговицы. Пока стенка десцетоцеле цела, инфекция снаружи не проникает внутрь глаза, несмотря на гипопион, который при гнойных кератитах и язвах роговицы очень часто появляется в передней камере и имеет вид полоски гноя различной величины. Гипопион стерилен, это скопление лейкоцитов и других клеточных элементов. Очень часто десцетоцеле прорывается, язва становится прободной, в дефект роговицы выпадает радужка и образуется ее сращение с краями роговицы в зоне язвы. Возникает передняя синехия, которая при большой протяженности может привести к повышению внутриглазного давления – вторичной глаукоме. В дальнейшем процесс протекает как описано выше. В исходе формируется сращенный рубец, – помутнение различной степени роговицы (чаще бельмо).

Практически при всех глубоких кератитах, а также при язвах роговицы возможно присоединение поражения сосудистого тракта, протекающего в виде переднего увеита. Это обусловлено общим кровообращением и иннервацией роговицы, радужки и цилиарного тела.

Воспалительные заболевания роговицы (кератиты) имеют благоприятный или неблагоприятный исход. Благоприятный исход — формирование помутнения (облачко, пятно, бельмо). Появление новообразованных сосудов (васкуляризация) при формировании помутнения также относится к положительному исходу, так как стимулирует доставку питательных веществ в зону поражения, что способствует быстрейшему заживлению язвы. Неблагоприятный исход — десцетоцеле, перфорация роговицы, проникновение инфекции внутрь глаза с развитием эндофтальмита и паноптальмита, вторичной глаукомы.

Диагностика кератитов

Диагноз устанавливают на основании следующих параметров.

- Анамнез:
 - профессия;
 - ношение КЛ;
 - перенесенные заболевания;
 - травмы роговицы.
- Методы обследования органа зрения:
 - определение остроты зрения;
 - биомикроскопия;
 - флюоресцеиновый тест;
 - определение чувствительности роговицы;
 - мазок на выявление возбудителя и его чувствительность к антибиотикам;
 - промывание слезных путей;
 - измерение внутриглазного давления.
- Общее состояние организма:
 - флюорография (при необходимости рентгенография легких);
 - рентгенография придаточных пазух носа;
 - общий анализ крови и мочи;
 - серологические реакции крови;
 - консультации стоматолога;
 - консультация оториноларинголога;
 - по показаниям пробы на туберкулез;
 - по показаниям иммуноферментный анализ (ИФА);
 - метод флуоресцирующих антител (МФА);
 - полимеразная цепная реакция (ПЦР);
 - реакция специфической бласттрансформации лимфоцитов.

Дифференциальная диагностика

Необходимо проводить дифференциальную диагностику между старым (законченным) и свежим (острым) процессом, а также между различными видами кератитов. При «старых» процессах:

- нет роговичного синдрома;
- роговица блестящая, зеркальная;
- очаг белый;
- границы четкие;
- в клеточном составе преобладают фибробласты.

Для дифференциальной диагностики кератитов различной этиологии необходимо обращать внимание на:

- анамнез (связь с какими-либо внешними факторами, соматическими заболеваниями);
- быстроту развития симптомов (достаточно бурное начало при инфицировании гонококками, синегнойной палочкой);
- выраженность роговичного синдрома (снижена при нейрогенной этиологии);
- локализацию (зона, глубина, распространенность);
- цвет, характер, форму инфильтрата;
- чувствительность;
- васкуляризацию и ее тип;
- результаты лабораторных исследований (флюорография, анализ крови, состояние придаточных пазух носа и полости рта, данные микробиологических исследований).

Лечение

Общие принципы фармакотерапии кератитов:

- лечение кератитов должно проводиться в стационаре;
- проводят местную и системную этиологическую терапию (применяют антибактериальные, противовирусные, противогрибковые и другие препараты);

- в конъюнктивальную полость инстиллируют 3—4 раза в день 0,1% раствор диклофенака натрия [МНН] (глазные капли наклоф, дикло-Ф). Одновременно проводят системную нестероидную противовоспалительную терапию;
- для предотвращения увеличения объема изъязвления при—меняют механическое туширование язвы – 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого или 5—10% спиртовым раствором йода или проводят крио— или диатермокоагуляцию краев и дна язвы;
- на стадии очищения язвы применяют препараты, улучшаю—щие регенерацию роговицы (2—3 раза в день): 5% декспантенол [МНН] (глазной гель корнерегель), депротеинизированный гемодиализат из крови телят [МНН] (20% глазной гель солкосерил, актовегин);
- при наличии явлений иридоциклита дополнительно назначают мидриатики, которые инстиллируют в конъюнктивальный мешок 2—3 раза в день и/или вводят субконъюнктивально по 0,3 мл: атропин [МНН] (1% глазные капли), фенилэфрин [МНН] (2,5 и 10% глазные капли ирифрин) или 1% раствор для инъекций мезатон);
- при формировании помутнения роговицы для более нежного рубцевания применяют ГКС препараты, которые закапывают в конъюнктивальный мешок 3—4 раза в день или вводят в виде электрофореза. Наиболее часто используют 0,1% рас—твор дексаметазона [МНН] (глазные капли и мазь максидекс). Протеолитические ферменты (лидаза и коллалазин [МНН]) вводятся с помощью электрофореза;
- при лечении кератитов необходимо проводить пассивное промывание слезоотводящих путей;
- в тяжелых случаях проводят хирургическое лечение: промывание передней камеры противомикробными препаратами, лечебная кератопластика. В случае угрозы прободения роговицы и невозможности проведения кератопластики используют покрытие роговицы конъюнктивой или аллосклерой.

Дезинтоксикационная терапия: гемодеза раствор по 200—400 мл; 200—400 мл 5% раствор глюкозы с 2,0 г аскорбиновой кислоты.

Для улучшения проницаемости гематофтальмического барьера внутривенно вводят 10% раствор хлорида кальция по 10,0 мл раз в сутки; 40% раствор гексаметилентетрамина по 10 мл.

Для блокирования действия медиаторов воспаления внутримышечно вводят НПВП – диклофенак натрия (ортофен, вольтарен) – по 3,0—5,0 мл 1 раз в сутки через сутки. НПВП можно назначать в свечах по 1 свече 1—2 раза в сутки или внутрь по 1 таблетке 2—3 раза в день после еды.

Ослабленным больным вводят внутримышечно витамины группы «В» – по 1,0 мл 1 раз в сутки через сутки; аскорбиновая кислота – по 2,0 мл 1 раз в сутки ежедневно курсом 10 инъекций.

При вялом заживлении целесообразно внутримышечное назначение препаратов, стимулирующих репаративные процессы (солкосерил, актовегин по 5,0 мл, на курс 10 инъекций). Для стимуляции иммунитета применяют 5% раствор метронидазола для инъекций по 100 мл внутривенно капельно ежедневно или через день.

Для предотвращения увеличения объема изъязвления применяют туширование язвы 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого или 5—10% спиртовым раствором йода или проводят крио-, термо- или диатермокоагуляцию краев и дна язвы.

При формировании помутнения роговицы для более нежного рубцевания глюкокортикостероидные препараты закапывают в конъюнктивальный мешок 3—4 раза в день или вводят в виде электрофореза. Наиболее часто используют 0,1% раствор дексаметазона. С этой же целью применяют 3% раствор калия иодита, который изготавливается *ex tempore*. Применяют лазерстимуляцию и магнитотерапию с мазью актовегином или солкосерилом. Протеолитические ферменты (лидаза и коллалазин) вводят с помощью электрофореза.

В тяжелых случаях проводят хирургическое лечение: введение аутокрови в переднюю камеру, лечебную кератопластику. В случае угрозы прободения

роговицы и невозможности проведения кератопластики роговицу покрывают лечебной контактной линзой, конъюнктивой, кадаверной роговицей или склерой.

Кератопластика делится на:

- лечебную – для прекращения процесса (послойная и сквозная, в ранние и поздние сроки);
- тектоническую – для прикрытия дефектов роговицы, ее истончения, профилактики перфораций;
- оптическую – для восстановления прозрачности роговицы;
- мелиоративную – для улучшения трофики роговицы, оптической;
- косметическую;
- рефракционную.

Кератопластика проводится при снижении остроты зрения до 0,1, при более высокой остроте зрения пересадка роговицы с оптической целью не рекомендуется из-за возможности помутнения трансплантата.

Список литературы:

1. «Глазные болезни» под ред. Копаевой В.Г. – Медицина, 2002. – стр. 222-226;
2. «Глазные болезни. Полный справочник» Передерий В.А. – М.: Эксмо, 2008. – стр. 274-278;
3. Офтальмология: учебник под ред. Е.И. Ковалевского. – М.: Медицина, 1995. – стр.184-192.

Рецензия на работу
Селиховой Ольги Фёдоровны
«Герпетические кератиты».

Воспалительная патология глаз является одной из актуальных тем для обсуждения. Вирусные кератиты доминируют среди различных проявлений патологии роговицы. Наиболее часто это заболевание роговицы вызывает вирус простого герпеса. Герпес-вирусный кератит занимает первое место среди причин корнеальной слепоты. Он привлекает к себе внимание во всем мире ввиду особой тяжести и рецидивирующего течения. Врачам-офтальмологам приходится очень часто сталкиваться с лечением данной патологии.

В данной работе представлены клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, а также изложено подробное лечение герпетических кератитов. Подобранные материалы структурированы, логичны и ёмкие, позволяют применить их в практике. Данная информация позволяет ознакомиться с этой актуальной темой врачам, непосредственно занимающимся решением данной проблемы.

Рецензент: д.м.н., профессор, заведующая кафедрой офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева, Козина Е.В.

