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

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент Козина Е.В.

**Реферат**

На тему: «Вирусные кератиты»

Выполнила: ординатор 1 года

Бауэр К.С.

Проверила: Балашова П.М.

Красноярск  
 2024 год

**Кератит** – воспаление роговой оболочки глазного яблока в результате воздействия экзогенных (предшествующая травматизация, местное инфицирование) либо эндогенных факторов (общие инфекционные, системные заболевания). Сопровождается роговичным синдромом.

Клиническая классификация кератитов:  
**I. По этиологии:**  
А. Экзогенные кератиты   
1. Эрозии роговицы.   
2. Травматические кератиты, обусловленные механической, физической или химической травмой.   
3. Инфекционные кератиты бактериального происхождения.   
4. Кератиты, вызванные заболеванием конъюнктивы, век, мейбомиевых желёз.   
5. Грибковые кератиты или кератомикозы.   
  
В. Эндогенные кератиты   
1. Инфекционные кератиты:   
– туберкулёзные;   
– сифилитические;   
– герпетические;   
– гематогенные (глубокий диффузный кератит, глубокий ограниченный кератит, склерозирующий кератит);   
– аллергические (фликтенулезный кератит, пучочковый или странствующий кератит, паннозный фликтенулезный кератит).   
2. Нейропаралитические кератиты.   
3. Авитаминозные кератиты.   
4. Акантамебные поражения   
  
С. Кератиты невыясненной этиологии.

Важно отметить, что клинические проявления кератитов зависят от глубины поражения, расположения процесса, этиологии, вида микроорганизма, его вирулентности, сопротивляемости тканей роговицы, течению процесса.   
■ По глубине поражения кератиты подразделяют на поверхностные и глубокие. Для поверхностных кератитов характерен дефект эпителия. При глубоких кератитах – поражение идёт со стороны эндотелия и локализуется в стромальных слоях роговицы.   
■ По расположению кератиты бывают центральные, парацентральные, периферические.   
■ По течению процесса – острые и рецидивирующие.

Вирусные кератиты по этиологии подразделяются на:   
а) аденовирусные кератиты   
б) герпетические кератиты   
в) коревые, оспенные и др. кератиты

Поражения роговицы, как правило, вызывают вирусы герпеса и аденовирусы.

Герпетический кератит

Герпетический кератит - заболевание, вызываемое вирусом простого герпеса (ДНК-содержащий вирус), патогенным только для человека.

*Классификация*

Различают первичные герпетические кератиты, возникающие в детском возрасте при первом проникновении вируса герпеса в организм ребёнка (наблюдают преимущественно у детей младше пяти лет), и послепервичные, развивающиеся у взрослых на фоне латентной вирусной инфекции. В группу послепервичных кератитов входят древовидная, везикулёзная, метагерпетическая и дисковидная подгруппы. Диагностируют поверхностные и глубокие формы кератитов.

*Клиническая картина*

Заболевание начинается остро. Преобладает глубокий мета-герпетический кератит с признаками иридоциклита. Несмотря на снижение чувствительности роговицы, отмечают сильную светобоязнь и блефароспазм. На задней поверхности роговицы формируется множество преципитатов. В радужке нередко визуализируют новообразованные сосуды. Происходит отделение серозной или (иногда) слизисто-гнойной жидкости. Нередко герпетические высыпания возникают на коже век и носа, а также на слизистой оболочке губ.

Пациенты жалуются на светобоязнь и слезотечение. Отмечаются снижение чувствительности роговицы и перикорнеальную инъекцию. В роговице визуализируют мелкие пузырьки и поверхностные инфильтраты серого цвета, которые, сливаясь, образуют специфическую картину в виде веточки дерева. Такая картина обусловлена распространением вируса по ходу нервных волокон роговицы. Нередко наблюдают вовлечение в патологический процесс переднего отдела сосудистого тракта.

При развитии дисковидного кератита (как правило, сразу возникает в глубоких слоях роговицы) в толще роговицы формируется помутнение, имеющее форму диска. Возможно утолщение роговицы в зоне диска. Вокруг диска происходит образование концентрических складок десцеметовой оболочки.

Для герпетических кератитов характерно длительное рецидивирующее течение.

Диагностируют резкое снижение зрения. При исследовании инфильтрата почти всегда определяют его изъязвление. Нередко отмечают присоединение вторичной бактериальной инфекции. При вовлечении в патологический процесс сосудистой оболочки возникает выраженный болевой синдром.

Лечение

При возникновении герпетических кератитов проводят комплексное лечение. В первую очередь необходимо использовать противовирусные препараты, например ацикловир (назначают как внутрь, так и местно - 3% глазная мазь). В случае тяжёлой инфекции возможно внутривенное введение противовирусных препаратов.

При применении мазевой формы ацикловира активное вещество проникает через неповреждённый эпителий роговицы и строму; при этом во влаге передней камеры определяют терапевтическую концентрацию препарата. Данный факт объясняет предпочтительное использование ацикловира для лечения глубокого дисковидного кератита. Наиболее хороший эффект отмечают также при применении глазного геля зирган(ганцикловира 0,15% мазь). Зирганрекомендуют использовать 5 раз в сутки в течение 2-х недель, а затем 3 раза в сутки 1 нед. Важно отметить, что ганцикловир воздействует только на повреждённые вирусом клетки и не влияет на здоровье.

Нередко при древовидном кератите терапевтическое лечение неэффективно; в этом случае выполняют механическое очищение поверхности роговицы, используя стерильную целлюлозную губку. Затем роговицу обрабатывают противовирусными ЛС.

Инстилляции (до 6 раз в сутки) интерферонов оказывают благоприятное действие на эпителий роговицы. Иногда для стимуляции в организме эндогенного интерферона назначают интерфероногены. Наиболее часто используют такие препараты, как полудан, пирогенал, левамизол, тималин и γ-глобулины.

При глубоких кератитах без нарушения целостности эпителия с осторожностью можно назначать глюкокортикоиды (гидрокортизон, дексаметазон). Применение данной группы препаратов помимо выраженного противовоспалительного действия препятствует грубому рубцеванию роговицы.

Для профилактики вторичной бактериальной инфекции местно используют антибактериальные ЛС.

Для профилактики вовлечения в воспалительный процесс сосудистой оболочки (ирит, иридоциклит или увеит) назначают мидриатические препараты.

Для лечения различных форм герпетических кератитов используют криотерапию, лазерокоагуляцию, облучение лазером (используют аргоновый и иттербий-эрбиевый лазеры), физиотерапевтическое лечение (лекарственный электрофорез, ионофорез, фонофорез).

В некоторых случаях для предупреждения развития рецидивов вводят внутрикожную противогерпетическую поливакцину.

При прогрессирующих язвенных и глубоких кератитах и отсутствии эффекта лекарственной терапии выполняют лечебную кератопластику.

Аденовирусный кератит эпидемический

Аденовирусный кератит эпидемический - заболевание, вызванное аденовирусом 8, 11, 19 и 29-го типов. Возбудитель обладает высокой контагиозностью.

*Клиническая картина*

Заболевание возникает остро; отмечают выраженный отёк век, резкую гиперемию и рыхлость конъюнктивы, слезотечение. Пациентов беспокоит светобоязнь и ощущение инородного тела в глазу. Отделяемое скудное. Часто диагностируют регионарную аденопатию. Обычно через 7-10 дней после стихания воспалительного процесса на роговице обнаруживают округлые субэпителиальные монетовидные помутнения. Их регрессия происходит очень медленно.

*Лечение*

Местная терапия с использованием противовирусных препаратов, а также выполнение инстилляций интерферона производят хороший терапевтический эффект. Инстилляции препаратов искусственной слезы (особенно охлажденных) также способствуют более быстрому выздоровлению. Применение капельных лекарственных форм дексаметазона или бетаметазона в сочетании с антибиотиком обеспечивает более быстрое рассасывание монетовидных помутнений.

Список литературы:   
1. Офтальмология. Национальное руководство / под ред. Аветисова С. Э. , Егорова Е. А. , Мошетовой Л. К. , Нероева В. В. , Тахчиди Х. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 752 с.

2. Клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей офтальмологов». Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»

3. Т.А. Бирич, Л.Н. Марченко, А.Ю.Чекина «Офтальмология».