ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ««Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» «Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

ГБОУ ВПО КРАСГМУ ИМ. ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО МЗ и СР РФ

Кафедра офтальмологии имени профессора М.А.Дмитриева с курсом ПО

Реферат:

Герпетический кератит

Выполнила:

Потемкина К.С., ординатор первого года обучения

Проверила: ассистент кафедры Балашова П.М.

Красноярск 2023

Оглавление

Определение.………………………………………………………………………………………

Общие сведения…………………………………………………………………………………

## Причины и симптомы …………………………………………………….………………………

Диагностика…………………………………………………….………………………………..

Лечение…………………………………………………….………………………………………

Список литературы………………………………………………………………………………..

Кератиты – группа воспалительных поражений роговицы, имеющих различную этиологию, вызывающих помутнение роговицы и снижение зрения. Для кератита типичен, так называемый роговичный синдром, характеризующийся слезотечением, светобоязнью, блефароспазмом; ощущение инородного тела глаза, режущие боли, изменение чувствительности роговицы, снижение зрения.

Факторы риска развития офтальмогерпеса.

Вирус простого герпеса (ВПГ), чаще ВПГ-1, реже ВПГ-2, попадая на конъюнктиву или кожу век, проникает затем в тройничный узел и там уже переходит в латентное состояние.

Вирус может активироваться при любых неблагоприятных условиях: лазерное воздействие на глаз, глазные капли (латанопрост), переохлаждение или перегревание, стресс или инфекция, беременность, высокая доза алкоголя, а иногда и не поддающиеся вычислению сугубо индивидуальные для человека факторы. По последним данным геном ВПГ был обнаружен в 20 из 22 нормальных донорских роговицах без герпетического кератита в анамнезе, выявлен и в роговице, сохранявшейся в глазном банке.

Можно назвать следующие причины тяжелого рецидивирующего течения ГК:длительное необоснованное интенсивное предшествующее лекарственное лечение (кортикостероиды, антибиотики, противовирусные средства), вторичная инфекция (бактериальная, грибковая, паразитарная), вирусемия ВПГ,иммунодефицитные состояния.

Основные клинические формы герпетического кератита

Герпетический кератит эпителиальный. Наиболее частая и обычно начальная клиническая форма поверхностного офтальмогерпеса. Различают древовидный ГК (везикулезный, звездчатый, точечный), древовидный с поражением стромы и картообразный. Наиболее ранние признаки вирусного поражения эпителия роговицы – образование точечных эпителиальных помутнений или мелких везикул. Сливаясь, пузырьки и инфильтраты образуют своеобразную фигуру, напоминающую ветви дерева. В определенных условиях, особенно при повторных рецидивах, заболевание приобретает более тяжелое течение. Воспалительный процесс распространяется по поверхности и вглубь, в строму роговицы, принимая характер картообразного.

Герпетическая язва роговицы. Может быть исходом любой формы офтальмогерпеса при распространении некротического процесса вглубь стромы роговицы с образованием дефекта ткани. Легкие явления ирита. Умеренное раздражение глаза. Дефект эпителия, поверхностных и средних слоев стромы. Дно язвы инфильтрировано, гнойного отделяемого нет.

Герпетическая язва роговицы относится к очень тяжелым заболеваниям, характеризуется вялым течением, редко сопровождается болями. При неблагоприятных условиях, особенно при бактериальной и грибковой суперинфекции язва углубляется. Если некротизированная ткань роговицы отторгается, может наступить перфорация роговицы, далее образование бельма, сращенного с выпавшей радужной оболочкой, или проникновением инфекции внутрь с последующей гибелью глаза.

Герпетический стромальный дисковидный кератит. Инфильтрация диффузная в поверхностных или средних слоях роговицы, округлой или овальной формы, в центральной или парацентральной области. Иногда формируется несколько очагов в поверхностных отделах стромы. Развивается медленно. Раздражение глаза умеренное. Явление ирита выражены в той или иной степени. Мелкие преципитаты почти во всех случаях, иногда они становятся видны после уменьшения отека роговицы. Роговица флюоресцеином не окрашивается. В 50% случаев выявляется сенсибилизация к ткани роговицы. Картина дисковидного кератита наблюдается при офтальмогерпесе, встречается и при др. инфекционных заболеваниях (глазной зостер, осповакцина, аденовирусная инфекция, туберкулез, грибковая и акантамебная инфекция).

Герпетический кератоувеит. Клиническая форма заболевания, при которой имеются явления тяжелого кератита (с изъязвлением или без него) и выражены признаки поражения сосудистого тракта. Характерно наличие инфильтрации в различных слоях стромы роговицы. Если развивается изъязвление, оно захватывает поверхностные слои роговицы; отмечаются глубокие складки десцеметовой оболочки, преципитаты, экссудат в передней камере, новообразованные сосуды в радужной оболочке, задние синехии. Повышение внутриглазного давления уже в остром периоде заболевания выявляется во многих случаях.

Некротизирующий стромальный герпетический кератит. Участки некротизации белого цвета неровной поверхности, глубокая инфильтрация роговицы, десцеметит, явления ирита и иридоциклита, гипопион. Патогенез некротирующего кератита остается неясным. При неблагоприятных условиях, особенно при грибковой и бактериальной инфекции, течение заболевания приобретает бурный драматический характер, язва углубляется, некротизированная ткань роговицы отторгается, может наступить истончение и перфорация роговицы.

Постгерпетическая кератопатия. Можно выделить две клинические формы: эпителиопатия и буллезная кератопатия. Эпителиопатия характеризуется непрочностью эпителиального покрова роговицы, длительное время остаются точечные окрашивающиеся эрозии, обычно выявляются признаки синдрома сухого глаза. Буллезная постгерпетическая кератопатия возникает после тяжелого герпетического кератита при значительном повреждающем действии вируса. Поверхность роговицы шероховата с неровностями, утолщением, с образованием пузырей, которые могут взрываться, на их месте возникают обширные эрозии. Пузыри могут появляться повторно, исчезать. Заболевание склонно к длительному рецидивирующему течению и может сопровождаться значительным снижением зрения

Этиология и патогенез

Патогенез офтальмогерпеса определяется свойствами вируса герпеса и специфическими иммунными реакциями макроорганизма, возникающими в ответ на внедрение вируса простого герпеса. Вирус поражает ткани глаза при преодолении им местных защитных механизмов, к которым относят продукцию секреторных антител (S-IgA) клетками субэпителиальной лимфоидной ткани, местную продукцию интерферона, сенсибилизированные лимфоциты.

Cимптомы, течение

Клиническая картина герпетических заболеваний глаз осложняется сопутствующей инфекцией и метаболическим поражением ткани глаза, повышением ВГД и вторичной глаукомой, нарушением прозрачности хрусталика и развитием катаракты. Характерными признаками являются: (1) симптомы раздражения глаза (слезотечение, светобоязнь, блефароспазм), (2) наличие перикорнеальной гиперемии или смешанной, сочетающейся с покраснением конъюнктивы, (3) помутнение роговицы, сопровождающееся нарушением зеркальности, блеска роговицы. В пожилом возрасте герпетическая язва может протекать асимптомно, покраснение глаза невелико, или может отсутствовать, боль незначительная. В детском возрасте, напротив, герпетическое поражение роговицы сопровождается резкой болью, выраженным раздражением глаза, светобоязнью. Воспалительные инфильтраты могут иметь различную форму, величину и глубину поражения роговицы. Принципиально важное диагностическое значение имеет флюоресцеиновая проба (инстилляция одной капли 0,5% раствора флюоресцеина в конъюнктивальный мешок) с последующим осмотром роговицы с помощью щелевой лампы, выявляющей нарушения, дефекты эпителиального покрытия роговицы и участки повреждения стромы (язва роговицы).

Диагностика

Жалобы: светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, снижение зрения, покраснения.Анамнез заключается в выявлении факторов риска. Физикальное обследование: симптомы раздражения глаза (слезотечение, светобоязнь, блефароспазм);наличие перикорнеальной или смешанной инъекции, сочетающейся с гиперемией век; обычно нет отделяемого с конъюнктивы, помутнение роговицы, сопровождающееся нарушением зеркальности, блеска роговицы. Воспалительные инфильтраты роговицы, дефект эпителия или стромы могут иметь различную форму, величину и глубину.

Лабораторная диагностика офтальмогерпеса. Обнаружение антигенов вируса герпеса в соскобах конъюнктивы методом флюоресцирующих антител. Наиболее результативный метод экспресс-диагностики. Положительный результат при поверхностных формах офтальмогерпеса в 60 – 70%, при глубоких – в 40 – 50% случаев. При эффективной противогерпетической терапии реакция отрицательна уже через 2 – 3 дня.Методика выявления вируса герпеса с помощью моноклональной иммуноферментной тест-системы рекомендуется всем пациентам . Определение противогерпетических антител в слезной жидкости в реакции пассивной гемагглютинации рекомендуется всем пациентам. Определение сенсибилизации лимфоцитов к герпесу в реакции бласттрансформации и торможении миграции лейкоцитов рекомендуется всем пациентам.тОпределение иммуноглобулинов IgA, IgG, IgM в слезной жидкости и сыворотке рекомендуется всем пациентам. При офтальмогерпесе отмечается дефицит секреторного IgA, дисбаланс отдельных классов иммуноглобулинов. Низкий уровень IgA в слезе является неблагоприятным прогностическим признаком заболевания.

 (ПЦР) рекомендуется всем пациентам

Инструментальная диагностика.биомикроскопия: характерными признаками являются: (1) симптомы раздражения глаза (слезотечение, светобоязнь, блефароспазм), (2) наличие перикорнеальной гиперемии или смешанной, сочетающейся с покраснением конъюнктивы, (3) помутнение роговицы, сопровождающееся нарушением зеркальности, блеска роговицы. В пожилом возрасте герпетическая язва может протекать бессимптомно, покраснение глаза невелико, или может отсутствовать, боль незначительная. В детском возрасте, напротив, герпетическое поражение роговицы сопровождается резкой болью, выраженным раздражением глаза, светобоязнью. Флюоресцеиновая проба (инстилляция одной капли 0,5% раствора флюоресцеина в конъюнктивальный мешок) рекомендуется всем пациентам, воспалительные инфильтраты могут иметь различную форму, величину и глубину поражения роговицы. Принципиально важное диагностическое значение имеет флюоресцеиновая проба с последующим осмотром роговицы с помощью щелевой лампы, выявляющей нарушения, дефекты эпителиального покрытия роговицы и участки повреждения стромы (язва роговицы) Метод передней (ОКТ) позволяет визуализировать размеры и глубину изъязвления роговицы, интенсивность и размеры инфильтрации стромы, отек роговицы, развитие буллезных образований. Метод важен при мониторинге состояния роговицы в динамике лечения.

Лечение. При герпетическом кератите успех лечения во многом зависит от того, как быстро начато лечение. В некоторых случаях промедление на 1 - 2 дня может привести к значительной потере зрения или к гибели глаза. При среднетяжелых и тяжелых формах необходимо лечение в стационаре.

При герпетическом поверхностном кератите рекомендовано

противовирусная терапия (ацикловир3 – 4 раза в день, ганцикловир, интерферон человеческий рекомбинантный, альфа-2 дифенгидрамин 4 – 6 раз в день и др);

репаративные средства (таурин, гликозаминогликаны сульфатированные, солкосерил, декспантенол и др.);

антиоксиданты (метилэтилпиридинол );

антибактериальные препараты (бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний, пиклоксидин );

противоаллергическая терапия: кетотифен, дифенгидрамин+нафазолин , олопатадин ;

препараты общего противовоспалительного, десенсибилизирующего или иммунотропного действия (по показаниям).

При стромальных формах офтальмогерпеса с изъязвлением рекомендовано:

противовирусная терапия (ацикловир 3 – 4 раза в день, ганцикловир, интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2 дифенгидрамин 8 раз в день, постепенно снижая по мере улучшения состояния. Валацикловир, таблетки 500 мг 2 раза в день или Ацикловир, таблетки 200 мг 5 раз в сутки 5 дней).

антибактериальные препараты (бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний, пиклоксидин), при доказанной вторичной бактериальной инфекцией – антибиотки местно, при необходимости системно);

противовоспалительные средства 2 – 3 раза в день; противоотечная терапия; гипотензивные препараты; десенсибилизирующие препараты; мидриатики.

Рекомендовано применение кортикостероидов при герпетическом стромальном кератите с изъязвлением:

в острой фазе воспаления наличие изъязвления роговицы является противопоказанием их применения;

в подострой (при тщательном наблюдении за состоянием роговицы), для снятия увеальных явлений можно вводить 0,4% дексаметазон0,3 - 0,5мл парабульбарно 1 - 3 раза в неделю;

при полной эпителизации роговицы возможно подключение в лечебный комплекс кортикостероидов “тактикой наблюдения и осторожности”: первые 2 - 3 дня 0,001 - 0,05% р-р дексаметазона, в дальнейшем, при сохранении целостности эпителия, при необходимости, применяют 0,1% раствор, увеличивают число инстилляций в течение 2 - 3 дней от 1 до 3 раз в сутки.

 Рекомендована терапия стромального кератита без изъязвления:

Противовирусная терапия (ацикловир 3 – 4 раза в день, ганцикловир, интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2 дифенгидрамин 6 - 8 раз в день, постепенно снижая по мере улучшения состояния).

Противовоспалительная терапия: глюкокортикостероиды - в первые 2 -3 дня 0,1% р-р дексаметазона 1 раз в сутки, в дальнейшем, при сохранении целостности эпителия, увеличивают число инстилляций в течение 2-3 дней от 2 до 5 раз в сутки; 0,4%р-р дексаметазона парабульбарно.

Гипотензивная терапия: (дорзоламид, бринзоламид, тимолол и др.); внутрь – Ацетазоламид .

Противоаллергическая терапия: кетотифен , дифенгидрамин+нафазолин , олопатадин .

Рассасывающая терапия.

Хирургическое лечение. Рекомендовано хирургическое лечение при глубокой незаживающей язве с повреждением 2/3 глубины стромы роговицы и/или десцеметоцеле, перфорации язвы роговицы, набухающей катаракте; неэффективности других методов лечения; невозможности осуществления других методов лечения (в том числе несоблюдение врачебных рекомендаций, выраженные побочные эффекты) или недоступность соответствующей медикаментозной терапии.

Список литературы

1. Научно-практическое издание. Клинические рекомендации. Офтальмология под редакцией Л.К. Мошетовой, А.П. Нестерова, Е.А. Егорова.
2. Офтальмология руководство под ред. Джастиса П.Элерса Чирега П.Шаха
3. Клинические лекции по офтальмологии. Редакция: Е.А.Егоров, С.Н. Басинский
4. Nisha R Acharya MD, MS, Associate Professor Department of Ophthalmology F.l. Proctor Foundation University of California San Francisco, CA, USA Электронный ресурс. 2023.
5. Офтальмология. Редакция: Е.Е. Сомов.