

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ГЛУБОКИХ КЕРАТИТОВ

*Самаркандский Государственный медицинский университет*

**Бобоев С.А.** - к.м.н., доцент, заведующий кафедрой офтальмологии

**Кадилова А.М.** - к.м.н., доцент кафедры офтальмологии

**Полвонов Х.А.** - свободный соискатель

**Аннотация.** Герпетический глубокий кератит — заболевание, угрожающее пациенту потерей зрения в короткие сроки вследствие разнообразных осложнений, что требует от офтальмологов необходимых знаний о сущности герпетической инфекции глаз, умений правильно интерпретировать результаты современных лабораторных исследований, а также навыков определения рациональной и эффективной противовирусной терапии с учетом формы и стадии заболевания.

**Ключевые слова:** герпетический кератит, хирургическое лечение, консервативное лечение,

## COMPLEX TREATMENT OF HERPETIC DEEP KERATITIS

Samarkand State Medical University

Boboev S.A. Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the  
Department of Ophthalmology

Kadirova A.M. Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the  
Department of Ophthalmology

Polvonov H.A. free applicant

**Annotation.** Herpetic deep keratitis is a disease threatening the patient with vision loss in a short period of time due to various complications, which requires from ophthalmologists the necessary knowledge about the essence of herpetic eye infection, the ability to correctly interpret the results of modern laboratory tests, as well as the skills to determine rational and effective antiviral therapy taking into account the form and stage of the disease.

**Актуальность.** Герпетические кератиты занимают важное место в инфекционной патологии глаз и остаются одной из актуальных проблем офтальмологии, поражая несколько млн человек в год. За последние 10 лет случаи герпетического кератита составляют около 67% от общего числа поражений роговицы, в 36% пациентам требуется ее пластика [5]. Герпетический кератит – это инфицирование роговицы вирусом простого герпеса. Он может затрагивать и радужку. Характерные симптомы и признаки включают: чувство

инородного тела, слезотечение, светобоязнь и гиперемия конъюнктивы. Рецидивы являются распространенными и могут привести к гипостезии роговицы, изъязвлению, образованию постоянных рубцов, помутнению, истончению стромы роговицы и ухудшению зрения. Диагноз ставится на основании клинического подозрения, результатов осмотра с помощью щелевой лампы и иногда вирусологического исследования. Лечение проводится местными и системными противовирусными средствами.

Вирус простого герпеса стоит на первом месте среди причин, вызывающих образования бельма и слепоту [4, 7]. Отсутствие надежных способов борьбы с офтальмогерпесом диктует необходимость поиска оптимальных способов лечения больных, что побудило нас к проведению настоящего исследования.

Длительное, тяжелое течение герпетических стромальных кератитов, неэффективность противовирусной монотерапии у 35-40% больных являются основанием для использования комбинированных методов лечения: противовирусных, иммуномодулирующих препаратов, глюкокортикостероидов, ингибиторов ангиогенеза, озонотерапии, конъюнктивальная аутопластика роговой оболочки [1-3,6].

**Цель:** изучить эффективность комплексного лечения стромальных герпетических кератитов.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 16 больных с герпетическим кератитом. Возраст больных варьировал в пределах 14-50 лет, (в среднем 25 лет). Рецидивирующие формы заболевания наблюдались у всех больных, которые находились под наблюдением. Диагноз герпетический кератит ставили на основании клинической симптоматики и лабораторных анализов (ПЦР и ИФА).

Всем больным были проведены стандартные офтальмологические и лабораторные исследования.

К стандартным офтальмологическим исследованиям относятся: биомикроскопия на щелевой лампе Карл-Цейс-Йенна (Германия), определение остроты зрения по таблице Головина-Сивцева, исследование чувствительности роговой оболочки методом альгизометрии, флюоресцентное исследование с целью исключения эрозии роговой оболочки, а также оптико-когерентная томография переднего отрезка с целью изучения толщины роговой оболочки.

Все пациенты получали медикаментозное специфическое лечение: противовирусную терапию (ацикловир внутрь, Вирган глазная гель 0,15%); предфорт; диклофенак виде глазных капель; мидриатики: атропин 1 раз в день, витаминотерапию, озонотерапию, ингибиторы ангиогенеза (рамизумаб) 0,1 мл (2,5 мг) перилимбально. С целью профилактики прободения (перфорации) роговой оболочки и быстрого заживления кератита, всем больным, которые

находились под наблюдением, была произведена аутоконъюнктивальная пластика роговой оболочки по-Кунту.

**Результаты.** При биомикроскопии отмечались инфильтраты в строме роговой оболочки, в виде одинарных и множественных очагов, эпителий роговой оболочки инфильтратом не нарушена. Отмечалась и васкуляризация роговой оболочки, при этом прозрачность роговой оболочки была нарушена, вследствие чего острота зрения и чувствительность роговой оболочки была снижена. При исследовании с помощью ОСТ переднего отдела глаза отмечался отек роговой оболочки и выраженное утолщение ткани роговой оболочки, в особенности в центральной части. Проведение анти-VEGF-терапии (румизумаб перилимбально) в сочетании с системным назначением ацикловира способствовало облитерации неоваскуляризации роговицы и в 2 раза сокращало частоту рецидивов герпетических интерстециальных кератитов. До лечения острота зрения у больных находилась в пределах 0,02-0,2 (в среднем она составляла 0,08). Толщина роговой оболочки в центре, составляла 0,5-0,6 мм, то есть имелся выраженный отек роговой оболочки. При биомикроскопии отмечалась незначительная васкуляризация роговой оболочки в области инфильтрата, что привело к резкому понижению остроты зрения. Величина ВГД находилась в пределах 20-26 мм.рт.ст., отмечались некоторые повышения в пределах среднеарифметических. Данное состояние связано с воспалительным процессом в ткани роговой оболочки, а также применяемой при данной патологии мидриатики, картина глазного дна в деталях полностью не просматривалась из-за отека роговой оболочки.

Всем больным проведена общеантивирусная терапия – ацикловир 400 мг по 1 таблетке 5 раз в день 5 дней, комплекс витамина группы В внутримышечно – 10 процедур, диазолин – на ночь по 1 таблетке 7 дней, местно: Вирган – гель 4 раза в день (20 дней), предфорте – 1 раз в день (20 дней), диклофенак в виде глазных капель 2 раза в день и на ночь, мидриатики (атропин). С целью профилактики синдрома «сухого глаза» закапали раствор офтагель – 3 раза в день, а также препарат корнеопротектор корнерегель. Для борьбы с васкуляризацией роговой оболочки перилимбально вводили 0,1 мл (2,5 мг) (рамизумаб). С целью улучшения питания роговой оболочки проводилось внутривенное капельное введение озонированного физраствора по 200 мл через день 5 процедур. С целью профилактики перфорации роговой оболочки, всем больным проведена аутопластика роговой оболочки по-Кунту, с помощью шовного материала Викрил 8,0. Сразу после операции субъективные жалобы пациентов уменьшались, это связано с покрытием роговой оболочки с конъюнктивы. Швы разошлись на 15 день после операции. Состояние роговой оболочки резко улучшилось, отек роговой оболочки уменьшился, появились

первые признаки чувствительности роговой оболочки. Острота зрения динамически улучшилась и находилась в пределах 0,2-0,6. ВГД нормализовалось и находилось в пределах 18-20 мм.рт.ст. Толщина роговой оболочки уменьшилась и находилась в пределах нормы 0,42-0,5 мм.

Больные находились под диспансерным наблюдением в течение 6 месяцев. За период наблюдения рецидив ни в одном случае не наблюдался. Больные чувствовали себя хорошо и комфортно, улучшилась работоспособность.

**Выводы.** 1. Системная противовирусная и местная антивирусная кортикостероидная терапия озонотерапия герпетических стромальных кератитов повышают эффективность лечения и предупреждают рецидивы заболевания.

2. Конъюнктивальная аутопластика роговицы показана пациентам с выраженным снижением зрения, васкуляризация роговой оболочки при интерстициальном герпетическом кератите с целью профилактики перфорации роговой оболочки.

3. Применение комплексного лечения в сочетании анти—VEGF и противовирусной терапии, а также аутопластики конъюнктивы роговицы является эффективным методом облитерации неоваскуляризации роговицы и профилактики рецидивов герпетических кератитов.

#### Список использованной литературы:

1. Жалалова Д.З., Кадилова А.М., Хамракулов С.Б. Исходы герпетических кератоувеитов на фоне лечения препаратом «офтальмоферон» в зависимости от иммунного статуса пациентов. Материалы международной научно-практической конференции «Междисциплинарный подход по заболеваниям органов головы и шеи» (Самарканд, 21 мая 2021 г.)

2. Кадилова А.М. Особенности лечения ретробульбарного неврита вирусного происхождения «Journal of ADVANCED OPHTHALMOLOGY» («Передовая офтальмология»). Том 8, Выпуск 2, май, 2024. <https://ao.scinnovations.uz>

3. Кадилова А. М., Сабирова Д. Б., Хамракулов С. Б. Янги тўғилган чақалоқларда дакриоцистит ривожланиш хавфи ва уни даволаш натижалари. // Ж. «Биология ва тиббиёт муаммолари. Проблемы биологии и медицины», 2022 (137), С. 82-86.

4. Косимов Р.Э., Бобоев С.А., Кадилова А.М. Хирургическое лечение вторичного расходящегося косоглазия у детей. //Journal of ADVANCED OPHTHALMOLOGY («Передовая офтальмология»). Volume: 1, Issue1. 2023. DOI: <https://doi.org/10.57231/j.a.o.2023.1.1.030>, С.128-131.

5. Чернакова Г.М., Майчук Д.Ю., Семенова Т.Б. Клиника, диагностика и терапия герпетического кератита на современном этапе: три грани одной проблемы. Российский офтальмологический журнал. 2017; 10(1): 90-97. <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2017-10-1-90-97>

6. Boboev S.A, Kadirova A.M., Ibodullaev B.Ch. Optimization of autoplasty in primary pterygiumectomy using bioglue. American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences Volume 2, Issue 10, 2024 ISSN(E): 2993-2149. P. 7-10.

7. Kadirova A.M. Sabirova D.B., Boboev S.A, Eye Changes in Coronavirus Infection «Spanish Journal of Innovation and Integrity». Volume: 10, September 2022. <http://sjii.indexedresearch.org>. ISSN-2792-8268.