

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ИМЕНИ А. АЛИЕВА

Доктор медицинских наук

З. А. АЛИЕВА

ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ГЛАЗ

(УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ-ОФТАЛЬМОЛОГОВ)

АЗЕРНЕСР
БАКУ — 1979

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ИМЕНИ А. АЛИЕВА

ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ГЛАЗ

(УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ-ОФТАЛЬМОЛОГОВ)

2-495560

АЗЕРНЕСР
БАКУ—1979



Герпетическая инфекция относится к категории наиболее древних в истории человечества. Она была известна еще в античные времена. Пожалуй, это первая инфекция из большой группы вирусных заболеваний, с которой встретился человек. Естественно, что в тот период не могло быть и речи о каких-то научных понятиях, определяющих вирусное инфицирование. Само слово «герпес» имеет греческое происхождение. В переводе на русский язык «герпеин» означает «ползание». Не исключено, что название заболевания исходило из субъективных ощущений, испытываемых человеком при заболевании, а, возможно, связано с клиническими проявлениями болезни.

В настоящее время герпетическая инфекция принадлежит к наиболее распространенным вирусным инфекциям человека. Видимо, это связано с известным множественным тропизмом вируса простого герпеса к различным тканям человеческого организма.

Интересно, что вирус паразитирует и развивается на эпителиальной, нервной, мезодермальной ткани. В зависимости от локализации инфекционного процесса выделяют поражение вирусом простого герпеса кожи, слизистых оболочек, центральной нервной системы и периферических нервных стволов, внутренних органов, органа зрения. Некоторые из этих поражений сопровождаются развитием серьезных общих расстройств и даже генерализацией инфекции, что имеет место, в частности, у новорожденных при внутриутробном заражении. Неонатальный герпес у новорожденных может развиваться также при генитальной локализации герпетической инфекции у матери. Он протекает тяжело. Все это позволяет ряду авторов говорить не только о герпетической инфекции, но и о герпетической болезни, полиморфной по своим клиническим проявлениям и своеобразной по своему патогенезу.

Инфекция может принять генерализованную локализацию и привести к летальному исходу.

Особое место в герпетической болезни занимает поражение органа зрения, при котором могут страдать веки, конъюнктивы, склера, роговая оболочка, передний и задний отделы сосудистого тракта, сетчатка, зрительный нерв. Но наиболее часто страдает роговица, это происходит из-за ее низкого иммунитета.

Герпес глаза чаще встречается в странах, где наиболее часты респираторные заболевания. Не исключено, что в этих случаях имеет место смешанное инфицирование вирусом простого герпеса с вирусом гриппа или парагриппа.

Следует учесть также факт длительного (до двух лет) сохранения вирусной инфекции, в частности, в слюнных, слезных железах, конъюнктиве.

Наиболее полно в настоящее время изучена клиническая картина герпетических кератитов. На герпетические кератиты приходится 20 процентов от числа всех кератитов, а в детской офтальмологической практике даже 70 процентов. В 10 процентах случаев кератиты приводят к практической слепоте.

Герпетический кератит, в отличие от других вирусных поражений, развивается у животных (обезьяны, кролики, крысы), что позволяет проводить экспериментальные исследования по изучению данной патологии.

Герпетический кератит может быть первичным и послепервичным. Знание этих понятий совершенно необходимо практическому врачу.

Новорожденные, обычно, имеют антитела к вирусу простого герпеса. Они получают их во внутриутробном периоде через плаценту и после рождения через молоко матери. Таким образом, новорожденный ребенок, если он не инфицировался в антенатальном периоде или при рождении, в известной мере защищен от герпетической инфекции пассивным, данным ему матерью, иммунитетом. Этот иммунитет охраняет ребенка от инфекции в течение 6—7 месяцев. Но после этого периода времени все люди, как правило, инфицируются вирусом простого герпеса. Это происходит незаметно. Инфекция попадает к малышу от окружающих воздушно-капельным путем, через поцелуи взрослых, посуду. Инкубация составляет 2—12 дней. Эта первичная герпетическая инфекция в 80—90 процентах случаев протекает бессимптомно, но может привести к тяжелым заболеваниям кожи, слизистых оболочек, глаза, вплоть до вирусной септицемии с явлениями цианоза, желтухи, менинго-энцефалита.

Первичный герпетический кератит составляет 3—7 процентов от всех герпетических поражений глаз. Поскольку у заболевшего ребенка титр антител к вирусу простого герпеса еще весьма невелик, первичный герпетический кератит протекает очень тяжело. Процесс начинается чаще в центральных отделах роговицы, трофика которых является несколько пониженной по сравнению с периферическими отделами, прилегающими к краевой петливой сети и вследствие этого находящихся в лучших условиях питания.

Кератит протекает с изъязвлением ткани роговицы, ранней и обильной васкуляризацией. В исходе остается выраженное помутнение роговой оболочки. В возрасте 3—5 лет у детей в 90 процентах случаев уже появляется иммунитет к вирусу простого герпеса, и инфекция переходит в латентное состояние, сохраняясь в организме на всю жизнь и давая в дальнейшем обострение заболевания под действием самых разнообразных факторов.

К таким факторам относится любая инфекция, чаще вирусная (острое респираторное заболевание, грипп, парагрипп, переохлаждение, интоксикация, травма). Эти состояния вызывают снижение напряжения противовирусного иммунитета и заболевание рецидивирует. Оно может иметь самые различные клинические проявления, например, герпес губ, стоматит, энцефалит, вульвовагинит, цервицит, конъюнктивит, кератит.

Такой кератит, возникший на фоне латентно протекающей герпетической инфекции, носит название послепервичного. Заболевший при этом не обязательно уже имел в прошлом первичный герпетический кератит. Герпетическая инфекция могла иметь у него иную локализацию. Но возникший кератит, если он развился после первичного герпетического инфицирования, на фоне имеющегося, но нестойкого иммунитета, уже относится к категории послепервичных кератитов. Очень редко процесс ограничивается лишь одной (единственной) вспышкой. Чаще всего он рецидивирует, давая обострение 5—8—10 раз (в 60 процентах случаев). Рецидивы цикличны по времени, возникают в том же глазу, на том же месте или рядом со старым очагом. Иногда рецидиву предшествует травма глаза. Очень часто очередное обострение совпадает с появлением температурной реакции, кашля, насморка, гриппозными состояниями. Эта клиническая деталь должна быть использована офтальмологом при постановке диагноза.

Собирая анамнез, больному обязательно следует задать вопрос о том, не было ли у него перед заболеванием глаза катарального состояния. Следует спросить, не бывает ли у пациента частых герпетических высыпаний на коже лица, во рту, в полости носа. Этот факт тоже поможет в диагностике герпетического кератита, свидетельствуя о низком напряжении противовирусного иммунитета.

Перед тем как сосредоточить свое внимание на состоянии больного глаза, необходимо обследовать кожу и слизистые оболочки заболевшего, посмотреть нет ли где-либо на них проявления герпетического инфицирования, что нередко сочетается с герпесом глазного яблока и его придаточного аппарата.

В настоящее время выделены два штамма герпеса. Первый — оральный — дает высыпание герпетических элементов

на лице, в области губ, носа. Второй — генитальный — поражает область гениталий, зону анального отверстия. Поэтому, при осмотре заболевшего следует избегать ложной стыдливости и осмотреть все подозрительные участки кожи и слизистых оболочек, имея в виду, что герпетические высыпания располагаются главным образом вокруг естественных отверстий, в тех местах, где слизистая оболочка переходит в кожу.

Переходя к анализу состояния заболевшего глаза, следует помнить о том, что герпетические кератиты большую часть несут односторонний характер. Несмотря на то, что герпетическая инфекция распространена по всему организму и она, в частности, локализуется в тканях здорового глазного яблока, о чем свидетельствуют характерные цитологические изменения конъюнктивы здорового глаза и положительная реакция иммунофлюоресценции с герпетическим антигеном, — реализация патогенных свойств инфекции происходит лишь на одной стороне.

Однако в 5 процентах случаев кератит носит двусторонний характер. С чем это связано — неизвестно. Не исключена связь с более вирулентным штаммом вируса простого герпеса или недостаточным напряжением противовирусного иммунитета, что позволяет инфекции реализовать свои патогенные свойства в роговице обоих глаз.

Вирусному кератиту свойственно резкое снижение или полное отсутствие чувствительности роговой оболочки, что объясняется нейротропными особенностями вируса простого герпеса.

В практической работе для установления этого важного факта — снижения чувствительности роговой оболочки — не обязательно наличие альгезиметра или волосков Фрея. Можно пользоваться обычным ватным волоском, проверяя чувствительность роговицы сначала здорового, а потом больного глаза. При оценке чувствительности (в сравнении) следует придерживаться симметричных зон роговой оболочки, проверяя и сравнивая чувствительность обеих роговиц в центре, вверху, внизу, в темпоральных отделах, в медиальных отделах. Не следует смущаться тем обстоятельством, что на клинически здоровом глазу тоже может иметь место некоторое снижение чувствительности ткани роговицы. Это вполне объяснимо с учетом сказанного выше: роговица здорового глаза тоже находится в состоянии вирусного инфицирования, но здесь инфекционное начало не реализует свои патогенные возможности.

Факт снижения или полного отсутствия чувствительности при герпетическом кератите объясняют оригинальные находки при биомикроскопическом исследовании. Осмотр роговой оболочки в диффузном освещении или в варианте прямого

фокального освещения при расширенной осветительной цели, что дает возможность получения оптической призмы роговицы, выявляет утолщение нервных стволиков, покрытых миэлиновой оболочкой, их четкообразное утолщение. Это в совокупности с понижением или отсутствием чувствительности ткани позволяет констатировать наличие неврита или периневрита стволиков длинных и коротких цилиарных нервов, ведающих чувствительностью и трофикой роговицы. Объективная гипостезия роговицы сопровождается субъективной гиперестезией.

Послепервичный герпетический кератит отличается малым количеством новообразованных сосудов и даже полным их отсутствием. При первичном герпетическом кератите, характеризующимся распадом ткани роговицы, может быть обильная неоваскуляризация.

Заканчивая описание общих семиотических признаков послепервичного герпетического кератита, следует подчеркнуть вялое течение воспалительного процесса, весьма замедленную регенерацию пострадавшей ткани. Обычно острое начало не соответствует регидному фону течения заболевания.

Перечисленные общие и местные признаки, характеризующие герпес роговицы, позволяют поставить диагноз как таковой. Но герпес роговой оболочки, как известно, может протекать в различных клинических вариантах, от чего в значительной степени зависит исход процесса.

Тщательный осмотр заболевшей роговой оболочки позволяет отнести герпетический кератит к следующим, наиболее часто встречающимся клиническим формам:

1. Поверхностная форма кератита с локализацией процесса в эпителиальном слое роговой оболочки. Здесь, в основном, проявляется эпителиопатическое действие вируса простого герпеса. Инфильтраты точечной формы, чередующиеся с пузырьевидными точечными отслоениями отечного эпителия роговицы, обуславливают довольно пеструю картину поражения ткани роговой оболочки. Она бывает вся испещрена мелкими везикулезными или серыми точечными элементами инфильтрации, которые окрашиваются флюоресцеином и весьма медленно эпителизируются. Они обычно локализируются в местах окончания нервов роговицы.

Иногда отслоившийся эпителиальный пласт в процессе мигательных движений век скручивается в своеобразную нить, находясь на каком-то участке прикрепленным к эрозивной поверхности роговицы. Это дает клиническую форму довольно редко встречающегося нитчатого или нитевидного — филиформного кератита. Эрозии роговицы, которые остаются после вскрытия пузырьевидного эпителиального элемента, заживают крайне медленно и часто рецидивируют.

Практические врачи хорошо знают клиническую форму древовидного или кустовидного герпетического кератита. Свое название он получил из-за очень своеобразного вида эрозии эпителия роговицы, которая действительно напоминает своим видом ветвь куста или дерева.

Это связано с тем, что инфильтрация в пораженной роговой оболочке располагается по ходу воспаленных нервных стволиков. Именно здесь появляются буллезные элементы эпителия, очень скоро вскрывающиеся и приводящие к образованию эрозии ветвистого вида, поскольку нервные стволы роговицы тоже ветвятся сами.

Несмотря на то, что древовидная форма относится по своим клиническим проявлениям к формам герпеса роговицы поверхностной локализации, она несет в себе элементы и более глубокой локализации процесса. Это выражается отеком стромы роговицы, окружающей древовидную эрозию, появлением складчатости десцеметовой оболочки.

Классической формой глубокого герпетического кератита является дисковидный кератит. Он развивается при внедрении вируса простого герпеса в строму роговой оболочки извне или гематогенным путем. Инфильтрация занимает центральную оптическую зону роговицы, имеет форму диска, за что данная форма и получила название дисковидной. Диск, обычно, резко очерчен, четко ограничиваясь от здоровой ткани роговицы. Иногда диск окружен двумя-тремя кольцами инфильтрированной ткани. Кольца разделены светлыми промежутками. Эпителий роговицы над зоной локализации диска отечен, отслоен вплоть до образования довольно значительных пузырей. Те же изменения испытывает и эндотелий задней поверхности роговой оболочки. Толщина роговицы в зоне поражения увеличивается. Иногда утолщение бывает столь значительным, что оптический срез роговицы меняет свою форму. Из формы полумесяца он приобретает форму бочки, напоминая в известной мере оптический срез хрусталика. Переднее ребро такого среза проминирует впереди, а заднее ребро значительно выстоит в переднюю камеру. Процесс сопровождается выраженными складками десцеметовой оболочки. Со временем при дисковидном кератите может появиться на роговице скудная глубокая васкуляризация. Исход процесса редко благоприятен.

В тех случаях, когда герпетический инфильтрат роговицы изъязвляется, развивается ригидного течения язва роговицы, часто с фестончатыми краями, носящая название ландкартообразной. Регенерация такой язвы крайне замедлена.

Особо следует остановиться на клинической картине метагерпетического кератита. Метагерпетический кератит — это своеобразная форма (переходная форма) процесса, которая

на фоне ослабленной сопротивляемости организма и ослабленного иммунитета роговицы развивается из любого клинического проявления вирусного герпетического кератита. Чаще всего метагерпетический кератит возникает из древовидного или ландкартообразного кератита. По виду поражения метагерпетическая форма напоминает герпетическую ландкартообразную клиническую форму, то есть имеет вид стромальной язвы роговицы. Она составляет 30 процентов всех герпетических кератитов. Отличие от ландкартообразного процесса состоит в том, что метагерпетическая язва является более глубокой. Роговица вокруг язвы инфильтрирована, утолщена. Эпителий на этом фоне отечен и буллезно приподнят. Процессу большей частью сопутствует иридоциклит.

Диагностика герпетического и метагерпетического кератитов, при отсутствии типичных черт клинического проявления процесса, бывает весьма затруднительной. В этих случаях приходится обращаться к помощи лабораторных исследований. Наиболее распространен метод цитологического исследования конъюнктивы и метод флюоресцирующих антител, которые описаны применительно к диагностике вирусных конъюнктивитов. Для диагностических целей приемлем метод внутрикожной пробы с герпетическим полиантитеном. Антитен готовят из наиболее часто встречающихся штаммов вируса простого герпеса с высокими иммуногенными свойствами. Особыми методиками производят инактивацию антигена. Раствор вводят внутрикожно в область предплечья. Через 48 часов анализируют результат поставленной пробы. При появлении гиперемии кожи и папулы с $D=0,5$ см проба считается положительной. В 40 процентах случаев проба дает очаговую реакцию, поэтому в остром периоде ее постановка рискованна. Однако, не во всех случаях явно герпетической инфекции можно надеяться на чувствительность этой пробы. В частности, при первичном герпетическом кератите, когда титр антител к инфекции крайне низок, положительной реакции с герпетическим полиантитеном ожидать трудно.

Самым доказательным способом этиологической диагностики герпетического кератита является постановка эксперимента с прививкой на роговицу кролика или введением в мозг мыши материала, взятого в виде соскоба с пораженной роговицы человека. Развитие у кролика клинической картины герпетического кератита или возникновение у мыши вслед за введением материала энцефалита свидетельствуют о вирусном инфицировании.

Еще большие трудности представляет диагностика вирусных иридоциклитов, протекающих изолированно, без наличия клинической симптоматики со стороны роговой оболочки.

Следует сказать, что роль вирусной инфекции в патоло-

гии сосудистого тракта изучена недостаточно. Считают, что большие герпетическим иридоциклитом составляют 17—25 процентов от общего числа больных с иридоциклитами. Инфекционное начало может внедряться в глаз двумя путями (извне через эпителий роговицы, в строму и далее в увеальный тракт и гематогенным путем).

Известно, что вирус простого герпеса долгое время может находиться в тканях глаза в латентном состоянии, проявляя себя при высокой вирулентности или под влиянием провоцирующих агентов.

Заболевают чаще лица молодого возраста и дети. В 17 процентах случаев процесс носит двусторонний характер и в 50 процентах случаев рецидивирует (А. А. Каспаров, 1976 г.).

Развитию иридоциклита, как правило, предшествуют характерные для офтальмогерпеса факторы. К ним относятся лихорадка, переохлаждение, появление герпетических высыпаний на коже и слизистых оболочках в различных участках тела. Нередко иридоциклит возникает на глазу, перенесшем в прошлом герпетический кератит.

Среди клинических проявлений герпетического иридоциклита можно выделить, как при других видах иридоциклита, острую и вялотекущую форму.

Острая форма наблюдается реже. Она характеризуется резкими болевыми ощущениями, выраженной инъекцией смешанного характера, фибринозным выпотом в переднюю камеру.

Вялотекущая клиническая форма, наблюдаемая значительно чаще, отличается нерезкими болями, или даже полным их отсутствием, небольшой инъекцией глазного яблока (глаз почти спокоен). Но она характеризуется появлением крупных преципитатов сального вида, фибринозными наложениями на задней поверхности роговицы, появлением в радужной оболочке герпетических гранул с последующей атрофией ткани в местах их локализации. При этом радужка в участках поражения становится тонкой, обесцвеченной, приобретая пестрый вид.

При локализации грануломы в области зрачкового края возникают стромальные задние синехии. Зрачок резистентен к действию мидриатиков. Процесс сопровождается активным фибринозным выпотом в стекловидное тело, с развитием выраженных помутнений.

В течении иридоциклита может развиваться осложненная катаракта и, что довольно типично, вторичное повышение внутриглазного давления с уменьшением коэффициента легкости оттока и появлением гониоскопических изменений. Это чаще наблюдается при острой форме иридоциклита (в 20 процентах случаев по А. А. Каспарову).

В отдельных случаях иридоциклит протекает с гиперваскуляризацией радужки и рецидивирующей гипемией.

Нельзя сказать, чтобы перечисленная симптоматика носила для вирусного иридоциклита патогномоничный характер. Те же изменения, в той или иной степени выраженные, присущи серозно-фибринозному иридоциклиту туберкулезной этиологии, иридоциклиту, развившемуся на почве стрептококковой инфекции, иридоциклиту саркоидозной природы. Поэтому этиологическую диагностику герпетического иридоциклита осуществить нелегко.

Приходится прибегать к поискам другой симптоматики, в частности определению чувствительности роговицы, которая при герпетическом иридоциклите, обычно, оказывается сниженной. Помогает констатация характерной цитограммы конъюнктивы, определяемой при соскобе конъюнктивального эпителия. Принимается в расчет положительная реакция иммунофлюоресценции в эпителии конъюнктивы при использовании соответствующей противогерпетической сыворотки. Наконец, не следует забывать о возможностях внутривидовой пробы с герпетическим полиантитеном. Она оправдала себя именно в случаях изолированного иридоциклита, с вялым течением и рецидивами. При постановке этой аллергической реакции следует помнить о возможности, в случае герпетической инфекции, обострения процесса, что потребует назначения десенсибилизирующих средств и усиления противовирусного лечения.

При герпетическом иридоциклите, в случаях выраженного нейротропизма вируса простого герпеса, могут наблюдаться изменения со стороны центральной и периферической нервной системы, понижение темновой адаптации, изменения со стороны поля зрения как больного, так и здорового глаза.

Герпетическая инфекция из радужки и цилиарного тела может иметь непосредственное распространение по анатомическому продолжению как впереди, так и кзади с развитием заднего герпеса роговицы и буллезного герпетического кератита, развитием очагового хориоретинита, оптического неврита, перифлебита сетчатки, вторичной экссудативной отслойки сетчатой оболочки. Однако, следует заметить, что перечисленная патология при герпетической инфекции не несет в себе каких-либо специфических дифференциально-диагностических особенностей и может служить лишь подспорьем в постановке этиологического диагноза.

Среди лечебных факторов при герпетических заболеваниях конъюнктивы, роговицы и переднего отдела сосудистого тракта следует выделить специфические вирусостатические препараты. К ним относится дезоксирибонуклеаза, 5-йод-2-дезоксипурин (ИДУ), он же керевид в 0,1-процентном раство-

ре, применяемый в виде глазных капель. Препарат относится к метаболитам, обладает высокой противовирусной активностью. Механизм его действия заключается во влиянии на дезоксирибонуклеиновую кислоту вирусного инфекционного начала. Раствор 5-йод-2-дезоксиредина на поливиниловом спирте носит название герплекса. Оба препарата (керещид, герплекс) с успехом назначаются в виде капель при герпетических кератитах, но в основном в случаях поверхностной локализации процесса.

В начале в своей практике мы беспрепятственно и длительно назначали 5-йод-2-дезоксиредин, но потом пришли к убеждению, что более десяти дней его применять нецелесообразно. Препарат может оказывать токсическое влияние на эпителий роговицы и конъюнктивы, вызывая явления фолликулярного аллергического конъюнктивита, точечного кератита и даже развитие явлений микропаннуса. Под конъюнктиву ИДУ не вводят из-за его токсичности.

Хорошим вирусостатическим препаратом, особенно при глубоких кератитах типа дисциформного, является оксолин. В растворе оксолин оказался не стойким, поэтому применяется преимущественно в форме 1/4-процентной мази. Оксолин является производным нафталина. Это порошок белого цвета в сухом виде может храниться до двух лет. Он утвержден Фармакологическим комитетом МЗ СССР для лечения вирусных поражений глаз. Оксолин, в отличие от керацида, исключает не только герпетические, но также и аденовирусные кератоконъюнктивиты.

Токсичность оксолина невелика. Но, назначая его больным, следует предупредить о раздражающем действии препарата (он обладает диониноподобным раздражающим действием, вызывая чувство жжения, гиперемии конъюнктивы и даже явления хемоза).

Однако, это, казалось бы на первый взгляд нежелательное свойство препарата, заключает в себе положительный фактор. На фоне лечения оксолином, вследствие его раздражающего влияния, ускоряется рассасывание воспалительных инфильтратов в роговице.

Большую роль в лечении герпетических кератитов играют новые противовирусные препараты: теброфен, адимал, флореналь в виде 1/4-процентной мази.

Однако, эпоху в терапевтическом воздействии на герпетические процессы сделали интерферон и интерферогены.

Лейкоцитарный интерферон применяется в той же схеме как и при вирусных конъюнктивитах.

Эффективность лечения вирусного кератита возрастает при комбинации интерферона с керещидом.

Среди интерферогенов зарекомендовал себя с широ-

ким выходом в практику пирогенал. Он применяется в каплях, внутримышечно и под конъюнктиву глазного яблока. Последние способы введения предпочтительны при глубоких кератитах и иридоциклитах. Препарат обладает фибринолитическим действием, замедляет рубцовый процесс.

Пирогенал применяется внутримышечно через день по 25 МПД, далее доза увеличивается на 25—50 МПД (максимальная разовая доза для взрослого составляет 1000 МПД). Доза, вызвавшая повышение температуры до 37,5—38,0°, в последующие дни повторяется до прекращения повышения температуры, после чего дозу последовательно повышают на 25—50 МПД. Курс лечения составляет 10—30 внутримышечных инъекций пирогенала. Интервалы между курсами 2—3 месяца. Пирогенал под конъюнктиву назначают по 25—30—50 МПД 5 раз в неделю. Следует оценить положительно сочетание инъекций пирогенала под конъюнктиву с гаммаглобулином по 0,2 ежедневно или через день. На курс лечения назначают по 25 инъекций того и другого препарата.

К категории новых биосинтетических интерферогенов относят поли А:У, поли Г:Ц в дозе 50—100 мкг под конъюнктиву. Это составляет 0,3—0,5 мл препарата. На курс лечения назначают от 5 до 20 инъекций интерферогена (по А. А. Каспарову).

К категории новых, но уже зарекомендовавших себя методов лечения рецидивирующих герпетических кератитов и иридоциклитов, относится внутрикожная специфическая вакцинаотерапия герпетическим полиантигеном. Лечение длительное, рассчитано на месяцы и годы. При этом при кератитах исчезновения рецидивов удается добиться в 60 процентах случаев, иридоциклитах — в 50 процентах. Учитывая возможность обострения процесса, начинать лечение вакциной можно спустя месяц после последнего обострения офтальмогерпеса.

Противовирусное лечение дает лучшие результаты, если оно проводится на фоне десенсибилизирующих препаратов. К ним относятся димедрол, препараты кальция, в том числе и местно в виде капель.

Естественно, что самыми активными противоаллергическими средствами являются препараты кортизоновой группы. Однако, к их назначению при вирусном инфицировании роговицы следует относиться крайне осторожно. Уменьшая воспалительную реакцию, эти препараты тормозят образование антител и замедляют выработку эндогенного интерферона, тем самым замедляя эпителизацию и рубцевание пораженной вирусом простого герпеса роговой оболочки. Доказано, что при лечении герпетического кератита в эксперименте преднизолоном вирус в ткани держится дольше, чем без лечения.

В нашей практике на фоне интенсивной кортизонотерапии, при введении препарата под конъюнктиву имели место случаи десцеметоцеле роговой оболочки.

Поэтому препараты кортизона (офтан-дексаметазон) следует назначать лишь в каплях при кератитах, протекающих без интенсивного распада ткани роговицы, лучше на фоне гаммаглобулина в каплях или под конъюнктиву, поскольку он поднимает уровень противовирусного иммунитета.

У больных, длительно получающих стероиды, к вирусу герпеса может присоединиться пневмококк, о чем свидетельствует появление в инфильтрате роговицы желтого оттенка.

При иридоциклите, в случае надобности, можно назначать дексазон под конъюнктиву по 0,2 мл.

Более благоприятному течению герпетической инфекции несомненно способствует назначение витаминов группы А и В, экстракта алое, проведение новокаиновой блокады.

Доступной для всех офтальмологов является старая методика аутогемотерапии в виде закапывания аутокрови, или введения ее субконъюнктивально, с целью поднятия в больном глазу титра антител. Это лечение можно назначить спустя 2—3 недели после начала заболевания, когда повысится титр противовирусных антител.

Особо следует остановиться на возможностях хирургического лечения герпетического кератита. К ним относится весьма популярная среди офтальмологов криотерапия, проводимая не только в условиях стационара, но и амбулаторно.

Криотерапия проводится под инстилляционной анестезией 1-процентным раствором дикаина, через день. На курс лечения назначают до 10 процедур. Экспозиция примораживания ткани составляет 7 секунд, наконечник убирают в период размораживания.

Некоторых офтальмологов привлекает операция трепанонейротомии. После анестезии на зону герпетического поражения роговицы устанавливается трепан. Круговыми движениями инструмента производится несквозная трепанация роговицы (без снятия диска), после чего отмечается более ускоренное заживление очага и его эпителизация.

Метод предупреждает образование стойких и грубых помутнений роговицы.

При перфорации роговой оболочки приходится производить послойную кератопластику. К сожалению, эта мера не способствует профилактике рецидивов кератита.

За последние годы в ведущих клиниках страны при герпетической язве роговицы стала применяться лазерная аргонная коагуляция с созданием температуры в зоне лучевого воздействия до 70°. Лазерная коагуляция способствует бо-

лее нежному рубцеванию и обладает вирусостатическим действием. Экспериментальными исследованиями доказано, что терапевтическая эффективность лазерной коагуляции превосходит ИДУ и криотерапию.

Из физиотерапевтических мер при вирусном кератите можно рекомендовать электрофорез с серноокислой медью. Ее ионы проникают внутрь клетки, пораженной вирусом простого герпеса. Применяется 0,125-процентный раствор серноокислой меди на 2-процентном растворе новокаина через ванночку, с положительного полюса, при силе тока 1 МА. Сеанс продолжается 3—5 минут, сначала ежедневно (2—3 дня), а потом 1 раз в 2 дня. На курс лечения назначают 10—15 процедур.

Следует заметить, что после успешно проведенного лечения при тяжелых герпетических кератитах впоследствии многие годы отмечается снижение чувствительности роговицы (в частности и на интактном глазу), слабость эпителиального покрова переболевшей роговицы, иногда его отторжение.

Лечение таких последовательных состояний, называемых постгерпетическими эпителиопатиями, в настоящее время еще должным образом не разработано. Показаны витамины А и В, криобудуание, электрофорез с новокаином, лизоцим в каплях, лазерная коагуляция.

Иногда в практической работе возникает необходимость хирургического вмешательства на глазном яблоке, перенесшем в прошлом герпетическую инфекцию. В этом случае после вспышки воспаления следует выждать 3—4 месяца. Перед вмешательством целесообразно применение интерферона в комбинации с каким-либо интерфероногеном (курс инъекций пирогенала).

Для практических офтальмологов не менее важным представляется знание другой герпетической инфекции глаза и его придатков, носящей название опоясывающего лишая (герпес Зостер). Такое название, видимо, обусловлено тем фактом, что заболевание вовлекает в процесс определенную зону, чаще всего зону ветвления межреберных нервов, которые как бы опоясывают грудную клетку человека.

Заболевание относится к категории кожных, протекающих с выраженным невралгическим болевым синдромом, что объясняется тропизмом вируса к нервной ткани и коже. Исследования последних лет выявили, что нейродермотропный фильтрующий вирус, открытый в 1911 году, имеет два типа, что обуславливает клиническую картину опоясывающего лишая и клиническую картину детского заболевания — ветряной оспы. Стали понятными имевшие место случаи заражения детей ветряной оспой от больных опоясывающим лишаем. Од-

нако, обратного явления не наблюдается. Кроме того, дети опоясывающим лишаем практически никогда не болеют.

Инкубация опоясывающего лишая исчисляется двумя неделями, заболевание возникает чаще в демисезонное время года (весна или осень), оставляет после себя стойкий иммунитет, практически не рецидивирует. К факторам, провоцирующим опоясывающий лишай, следует отнести какое-либо инфекционное заболевание, травму, интоксикацию, воздействие химических, пищевых, медикаментозных агентов, особенно при аллергической настройке к ним.

Заболеванию предшествует продром в виде вялости, апатии, головной боли, повышается температура тела. Вслед за этим в определенной зоне (зона пояса, полупояса), в зависимости от того, какой межпозвоночный ганглий и отходящий от него нервный ствол поражены (чаще всего это бывает третий или седьмой нервы), появляется гиперемия кожи, ее припухлость с образованием папул и везикул. Везикулы, обычно, не скрываются. Они могут заполняться гноем, кровью. В дальнейшем на месте везикул появляются корочки, отпадающие к концу третьей недели. В местах папул и везикул остаются вмятины (оспины), наподобие тех, которые приходится наблюдать у детей, перенесших ветрянную оспу. Кожа в местах нахождения элементов лишая бывает избыточно пигментирована или, наоборот, депигментирована. Процесс сопровождается сильными невралгическими болями, сочетающимися с выраженной гипостезией или аналгезией кожи в участке поражения.

Для герпеса характерно расположение высыпаний лишь на одной стороне тела без перехода на другую.

Это относится и к поражению глазничного нерва, являющегося первой ветвью тройничного нерва, что случается в 10 процентах случаев опоясывающего лишая других локализаций. Процесс развивается в зоне ветвления глазничного нерва (кожа верхнего века, лба, виска и волосистой части головы до средней линии). Однако, в 50 процентах случаев, то есть практически у каждого второго пациента при офтальмической локализации опоясывающего лишая заболевает глаз. Может возникнуть герпетический конъюнктивит, кератит, иридоциклит. Это связано с тем, что определенные ветви носоресничного нерва, возникающего в результате ветвления глазничного нервного ствола, выполняют функцию чувствительной и трофической иннервации роговой, радужной оболочек и цилиарного тела. Возникает клиническая картина герпетического кератита, иногда иридоциклита, несущая черты, свойственные кератиту и иридоциклиту при инфицировании вирусом простого герпеса.

При глазничной локализации опоясывающего лишая назначение общего лечения офтальмолог должен согласовать с невропатологом и дерматологом. Для снятия болевого синдрома, обычно, назначают 50-процентный раствор анальгина в инъекциях по 1,0—2,0 мл, внутримышечно. Показано применение антибиотиков широкого спектра действия, назначение витамина В₁ в виде 6-процентного раствора по 1,0 мл, внутримышечно через день, чередуя его с витамином В₁₂ по 400 мкг. Участки кожи, пораженные герпесом, смазывают бриллиантовой зеленью, жидкостью Кастеллани, иногда 2-процентным раствором танина, 1-процентным раствором азотнокислого серебра. Полезно орошение зоны герпеса раствором интерферона.

Местное лечение кератита, иридоциклита соответствует лечению, назначаемому при поражении глаза вирусом простого герпеса.

В процессе курации больного опоясывающим лишаем следует помнить о необходимости изоляции от него детей.

2 - 495560



Подписано к печати 12/1 1979 г. ФГ 14018. Формат бумаги 60×90^{1/6}=
1,25 физ. п. л., 1,25 усл. п. л. Заказ 7808. Тираж 200. Бесплатно.

Баку, типография издательства «Коммунист».

2

495560