

ферации сосудистой и глиальной ткани и тракционной отслойке сетчатки.

Начало заболевания приходится на 4-ю неделю заболевания, а пик – на 8-ю. Заболевание поражает обычно оба глаза, но на одном может быть в большей степени.

Ретинопатию недоношенных классифицируют:

1. По активности: 1) активную и 2) регрессивную, или рубцовую. Активная фаза длится 3-6 месяцев и подразделяется по стадиям процесса, локализации и протяженности.

2. По протяженности поражения: определяется по количеству «пораженных часов»- окружность глаза делят по часам.

3. По стадиям: 1 стадия – появление демаркационной линии на границе бессосудистой и сосудистой сетчатки. 2 стадия – появление вала на месте демаркационной линии. 3 стадия – появление экстраретинальной фиброваскулярной пролиферации в области вала. Важно, что при 1 и 2 стадиях, частично при 3 стадии, в 70-80% возможен самопроизвольный регресс заболевания. 4 стадия - частичная отслойка сетчатки подразделяется на 4а – без вовлечения макулярной зоны и 4в - с отслойкой сетчатки в макуле. 5 стадия – полная или тотальная отслойка сетчатки. 4 и 5-ю стадии называют терминальными в связи с плохим прогнозом и значительным нарушением зрительных функций [1.3.4.]. В регрессивной стадии возникают различные сосудистые, ретинальные, витреальные, рубцовые изменения со стороны глаз. Аномалии ветвления и хода сосудов, гипоплазия и эктопия макулы, грубая деформация ДЗН, складки сетчатки, отслойки, микрофтальм.

РН часто сопровождается сопутствующими заболеваниями: миопией, астигматизмом, косоглазием, глаукомой, катарактой. Отслойка может возникнуть в любом, даже в подростковом возрасте, как результат растягивания рубцовой ткани, поэтому важно своевременно

выявлять ранние признаки ретинопатии и ее осложнений, проводить мониторинг, детальный осмотр периферии глазного дна [3.4.].

Для выявления РН необходимо проводить активный скрининг. Скрининг проводится всем недоношенным детям, рожденным ранее 32 недель гестации с массой тела менее 1500г. и более «зрелым» детям (33-35 нед.) с весом 1500-2000г. при наличии заболеваний, травм и других факторов риска РН. Начинают осмотр с 4-6 недель после рождения. Частота наблюдения от 2х раз в неделю до 1 раза в 2 недели до завершения васкуляризации сетчатки (16 недель после рождения или 42 недели гестационного возраста) [[3.].

В лечении РН применяются различные виды лазерных технологий: транссклеральная, транспупиллярная лазеркоагуляции аваскулярных зон - «золотой стандарт» предотвращения отслоек сетчатки - основной причины слепоты глаз.

Дети, перенесшие РН, должны постоянно наблюдаться офтальмологом до 18 лет даже с минимальными остаточными изменениями на глазном дне [3.]. Своевременное выявление и коррекция нарушений позволят снизить частоту ранней, предотвратимой слепоты, инвалидности вследствие ретинопатии недоношенных, улучшить качество жизни детей.

#### Литература:

1. Тейлор Д., Хойт К., Детская офтальмология. - 2007г.
2. Азнабаев М.Т., Ахмадиева Э.Н., Сайдашева Э.И., Ретинопатия недоношенных. Мет. рекомендации. Уфа.1997г.
3. Под редакцией проф. В.В. Нероева. Избранные лекции по офтальмологии. - М.-2009.
4. Д.Д. Кански, С.А. Милевски, Б.Э. Дамато, В. Тэннер. Заболевания глазного дна. - М.-2009.

#### Retinopathy of prematurity

L.P. Borovikova, L.L. Lotosh, V.R. Dadebaeva, S.E. Greza, R.K. Samigulova

The paper describes modern views related to history, etiologic factors and pathogenesis, principles of pathogenesis, treatment and prognosis of such important public health problem in ophthalmology as retinopathy of prematurity.

#### Ретинопатия недоношенных

Л.П. Боровикова, Л.Л. Лотош, В.Р. Дадебаева, С.Э. Грёза, Р.К. Самигулова

В статье приводятся современные представления об истории развития, этиологических факторах и патогенезе, принципах классификации, а также клинических проявлениях, лечении и прогнозе социально-значимой проблемы современной офтальмологии: ретинопатии недоношенных.

УДК 616.7-08

### СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЛЕЧЕНИИ ОФТАЛЬМОГЕРПЕСА

Л.Л. Лотош

Учреждение «Офтальмохирургия», г. Семей

**Введение.** Герпес-вирусная инфекция глаза продолжает оставаться актуальной проблемой современной офтальмологии. Это, в первую очередь, связано со значительной эпидемиологической ролью и большой социальной значимостью данной группы заболеваний в современном мире.

**Целью** данной статьи является изложение современных представлений о закономерностях распространения, видах и способах лечения герпетических заболеваний глаз.

**Материалы и методы.** Чаще термин «Герпетическая инфекция» применяют к заболеваниям, вызываемых

вирусом простого герпеса (ВПГ) 1-ого и 2 типов, которые клинически проявляются высыпаниями на коже и/или слизистых оболочках в виде сгруппированных пузырьков и протекают с поражением внутренних органов. ВПГ 1 типа проявляется в виде поражения кожи лица, слизистых оболочках рта, глаз, гениталий, может вызывать неонатальный герпес. ВПГ 2 типа вызывает генитальный герпес, генерализованный герпес новорожденных, менингоэнцефалит.

Воротами инфекции ВПГ – слизистые и кожа. После инфицирования ВПГ восходит по периферическим нервам до ганглиев, где и сохраняется пожизненно. При

латентной форме ВПГ 1 типа персистирует в ганглии тройничного нерва, а ВПГ 2 типа – в ганглиях крестцового сплетения. При активности вирус распространяется по нервам к первоначальному очагу поражения. По данным исследований (1) к 18 годам более 90% людей инфицируется герпесвирусами.

Инфицирование человека перечисленными герпесвирусами сопровождаются клиническими симптомами соответствующего острого инфекционного заболевания не более чем 50% людей, в основном у детей: детская эритема (ВПГ 6 типа), афтозный стоматит (ВПГ 1 и 2 типов), ветряная оспа (вирус варицелла зостер), инфекционный мононуклеоз (вирус Эпштейна - Барра), мононуклеозно-подобный синдром (цитомегаловирус).

Офтальмогерпес протекает тяжело и имеет склонность к генерализации, чаще у детей и взрослых, не имеющих специфических антител к возбудителю. В структуре офтальмогерпеса доминирует воспаление роговицы. Развиваются везикулёзный кератит, рецидивирующие эрозии роговицы, краевой кератит, древоподобный кератит, стромальный кератит и др. Могут также развиваться эписклерит, иридоциклит, блефароконъюнктивит, неврит зрительного нерва, оптикомиелит. При ирите процесс может осложниться вторичной глаукомой, но чаще гипотензией, обусловленной поражением цилиарных нервов. Из ветвей глазодвигательного нерва поражаются наружные и внутренние ветви, наблюдается птоз. Часто происходит некроз пузырьков, тяжёлые невралгии, сопровождающиеся слезотечением. У некоторых больных происходит выпадение бровей и ресниц на стороне поражения. Офтальмопатология становится всё более распространённой среди ВИЧ-инфицированных (2).

Лечение предполагает три основных направления противовирусной терапии (3):

1) химиотерапия – офтан ИДУ (антиметаболит вируса, вирусостатик) 0,1% в каплях или 0,5% мазь 3 – 5 раза в сутки;

- ацикловир (вирусоцидного действия) 3% мазь 5 раз в день, таблетки по 200 мг 3-5 раза в день с ночным перерывом в течение 5-10 дней и более. Используется и в виде раствора для в/в введения во флаконах по 250 мг. Растворяют в 10,0 дистиллированной воды или изотоническом растворе Na Cl и медленно вводят каждые 8 часов в течение 5 дней. Имеет недостатки – узкий спектр противовирусного действия, образование резистентных к препарату мутантов ВПГ, нет полной стерилизации роговицы от вируса.

- валтрекс (валацикловир), имеет более широкий диапазон действия на различные виды вируса. Сокращённая кратность приёма – до 1-2 раз в сутки. Назначается по 200мг 2 раза в день 5 дней при ВПГ, при опоясывающем лишае – по 1000мг 3 раза в день в течение 7 дней. При рецидивах идеально назначать в продромальном периоде или сразу после первых симптомах заболевания. Валтрекс активен и в отношении ЦМВ – назначается по 4 таблетки 2 раза в день 21-24 дня, женщинам по 2500мг, мужчинам - по 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней, проводится 3 курса с перерывом между курсами по 7 дней. В перерывах проводится неспецифическая противовоспалительная терапия.

- ганцикловир, эффективно подавляет репликацию герпес-вирусов, но чаще применяется при цитоме-

галовирусе (ЦМВ), в 25-100 раз эффективнее, чем валацикловир, но не применяется в практике из-за высокой гепато- и нефротоксичности. Его чаще применяют в клинике трансплантации и у больных СПИДом.

- теброфеновая мазь (антиметаболит) 0.25% -0.5% 3-4 раза в день.

- флореналевая мазь 0.25% (назначается аналогично теброфеновой).

- бонафтон 0.05% мазь (антиметаболит) 4 раза в день; таблетки по 0,1х 2-3 раза в день в течение 2-3 недель.

2) неспецифическая иммунотерапия:

- интерферон 0,3-0,5 мл под конъюнктиву + инстилляции 6-8 раз в день в острой стадии;

- вирусный интерфероген ИВС 0,3-0,5 мл под конъюнктиву;

- пирогенал 100, 250, 500, 1000 МПД в 1мл изотонического раствора Na Cl под конъюнктиву по 25-50 МПД (0,5), на курс 5-20 инъекций. В/м от 25 МПД до 300 МПД 2-4 недели + полудан под конъюнктиву.

- полудан по 200мкг (100 МЕ в 5 мл дист. воды); 0,5 мл под конъюнктиву 5-20 инъекций; парабульбарно 0,5 мл, курс 10-25; ретробульбарно по 0,5 мл, курс 10-20 инъекций. Инстилляции при поверхностных поражениях 6-8 раз в день;

- левамизол (декарис) 150 мг ежедневно 3 дня подряд в неделю в течение 1 месяца, курс 2-4 месяца;

- тималин по 10 мг во флаконах, в/м 1 раз в день N 10, парабульбарно 5-10мг.

- циклоферон в/в 12,5 % 2,0 (2,0 по 250мг) или в/м 1 аз в 2 сут., 7-12 дней, инстилляции 3-5 раз в день;

- реаферон (в 1 ампулле 1 млн. ЕД) – капли (50-100тыс ЕД в 1мл воды) 6-8 раз в день, парабульбарно (30-50 тыс ЕД) 0,5 мл, курс 5-25 инъекций;

3) специфическая иммунотерапия:

- гамма -глобулин периокулярно по 0,5 мл № 15-20 инъекций;

- противогерпетическая вакцина по 0,1-0,2 мл в/к с интервалом 1-2-3 дня, курс 5 инъекций;

- противорецидивная вакцина от 0,05 до 0,3 мл в/к №5 инъекций.

4) патогенетическая терапия – применяются кератопластические, противоотечные средства, витамины, особенно группы В, новокаин – инстилляции, перивазальные и периорбитальные блокады.

5) Симптоматическая терапия – купирование явлений раздражения сосудистой оболочки, предотвращение вторичной инфекции; анальгетики при резко выраженном болевом синдроме.

6) Хирургическое лечение – кератопластика.

**Выводы.** Не смотря на все проводимые мероприятия, избежать нежелательных грозных осложнений не всегда удаётся. Этим объясняется наше стремление к использованию не только новых лекарственных средств, но и поиску новых способов их применения.

#### Литература:

1. Каспаров А.А. Офтальмогерпес. – М., Медицина, 1994. – 224 с.
2. Майчук Ю.Ф. Вирусные заболевания глаз – М., Медицина, 1982.- 224 с.
3. Русский медицинский журнал, 2000.- Т.1 – № 2.

#### Modern approaches to the management of ophthalmic herpes

L.L. Lotosh

The paper describes modern approaches to management of patients with different types of herpetic ocular infection. The accent is made on medical treatment.