

Клінічні особливості при стромальному герпетичному кератиті та його ускладненнях

Максимова І. Р., Храменко Н. І.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П.Філатова НАМН України» (Україна, Одеса)

Герпетичний кератит — інфекційне ураження рогівки, спричинене вірусом простого герпесу, що є однією з провідних причин інфекційної сліпоти у розвинених країнах. Стромальна форма захворювання характеризується імунозапальним ураженням рогівки, яке призводить до помутніння рогівки, може супроводжуватися її неоваскуляризацією, виразкою та значним зниженням гостроти зору.

Мета: визначити діагностичну значущість клінічних ознак для стромального герпетичного кератиту (СГК), ускладненого виразкою рогівки.

Матеріал та методи: на базі КНТ «Дніпропетровська обласна клінічна офтальмологічна лікарня» обстежено 60 пацієнтів із рецидивуючим СГК (29 чоловіків та 31 жінка, вік - $39,4 \pm 9,5$ років.), у всіх випадках - монолатеральний СГК в період рецидиву. За даними класифікацій Liesegang TJ (1999) та Holland EJ, Schwartz GS (1999) СГК поділяли на дві основні форми: некротизуючу (з виразкою рогівки -18 очей, 18 осіб,) та ненекротизуючу, що склала 42 ока (42 хворих). IgG ВПГ 1-2 (u/ml - од. /mL) та IgG ЦМВ (u/mL) визначали за імуноферментним аналізом (ІФА, ELISA). Денситометрію рогівки виконували на Scheimpflug-камері Pentacam AXL (Oculus, Німеччина) з кількісною оцінкою оптичної щільності рогівки (GSU) з метою об'єктивного визначення ступеня помутніння. Розглядали неоваскуляризацію рогівки (НВР) за глибиною інвазії судин: поверхнева – судини проникають лише в поверхневі шари; глибока– у стромальні (глибокі) шари; змішана– присутні як поверхневі, так і глибокі судини. Також НВР оцінювали за площею ураження, поділяючи рогівку на квадранти. Використовували тест Норна для оцінки сльозопродукції та стабільності слізної плівки, тест Ширмера II - для кількісної оцінки сльозопродукції.

Результати. Серед усієї когорти хворих СГК НВР не спостерігалося лише у 20% випадків, НВР 1 квадранта була у 50% випад-

ків, НВР 2 квадрантів — у 23,3%, а НВР 3 квадрантів — у 6,7% випадків. Частота виразки при НВР становила: для 1-го квадранта — 30%, для 2-х квадрантів — 35,7%, для 3-х квадрантів — 100% випадків. Встановлено статистично значущий зростаючий тренд частоти розвитку виразки рогівки зі збільшенням кількості квадрантів НВР: за результатами Cochran–Armitage trend test підтверджено достовірне зростання частоти виразки при поширенні площі неоваскуляризації ($Z = 3,44$; $p = 0,0006$). Периферична виразка рогівки частіше була при НВР лише одного квадранта (за отриманими даними - в 100% випадків), тоді як центральна виразка — при ураженні двох і більше квадрантів (в 90% випадків), $\chi^2 = 4,3$; $p = 0,04$. Також частота випадків, коли зустрічаються виразки рогівки різняться між групами, виділеними за характеристикою глибини НВР ($\chi^2 = 11,9$ df= 2; $p = 0,003$), тобто глибина НВР - значуща ознака для наявності виразки рогівки: при поверхневій НВР виразка була в 25,9% випадків, при глибокій - в 16,7%, при змішаній - в 100%. В цілому, хворі зі змішаною НВР мають у 4,3 рази вищу ймовірність розвитку виразки, ніж пацієнти з поверхневою або глибокою НВР за відношенням ризиків $RR=4,3(2,25-7,09)$, $p < 0,001$. Рецидив СГК супроводжується набряком рогівки. Показник денситометрії рогівки при тотальному набряку рогівки становив $34,5 \pm 12,7$ GSU, тоді як при фокальному набряку значуще менше - $27,4 \pm 7,1$ GSU ($p = 0,009$). У пацієнтів без НВР показник Norn test становив $3,8 \pm 1,1$ с, тоді як при НВР у 1–3 квадрантах він знижувався до $2,9 \pm 1,0$ с, що на 23,6 % менше ($p = 0,004$), але діагностичної значимості для наявності виразки не було. Результати тесту Ширмера II не показали статистично значущих відмінностей залежно від площі та глибини НВР або наявності виразки. За отриманими нами даними рівні IgG до ВПГ та ЦМВ не визначили прогностичної цінності щодо глибини інвазії і площі неоваскуляризації рогівки та наявності виразки.

Висновки: найбільш значущим показником розвитку виразкових змін рогівки є наявність неоваскуляризації рогівки: частота виникнення виразки зростає зі збільшенням кількості уражених квадрантів та глибини НВР.

Clinical features of stromal herpetic keratitis and its complications

Maksymova I.R., Khramenko N.I.

SI "The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Odesa, Ukraine

The objective of this study was to determine the diagnostic significance of clinical signs for stromal herpetic keratitis (SGK) complicated by corneal ulcer in 60 patients (29 men and 31 women) with unilateral recurrent SGK treated at the Dnipropetrovsk Regional Clinical Ophthalmological Hospital (mean age 39.4 ± 9.5 years). The most significant predictor of corneal ulcer development is the presence of corneal neovascularization (CNV). Ulcer frequency increases with both the number of affected quadrants and the depth of CNV. The Cochran–Armitage trend test confirmed a significant rise in ulcer frequency as CNV area increased ($Z = 3.44$; $p = 0.0006$). Peripheral ulcers were more common when CNV involved a single quadrant (100% of cases), whereas central ulcers occurred with involvement of two or more quadrants (90% of cases; $\chi^2 = 4.3$; $p = 0.04$). Ulcer frequency also differed by CNV depth ($\chi^2 = 11.9$, $df = 2$; $p = 0.003$).

Ефективність крослінкінга з лазерним видаленням епітелію при лікуванні кератоконусу

Пархоменко Г.Я., Манойло Т.В., Головкин В.В., Князева С.О.

Офтальмологічний центр "Новий Зір" (Київ, Україна);

Офтальмологічний центр "Ексімер" (Київ, Україна)

Актуальність. Кератоконус є прогресуючим дегенеративним захворюванням рогівки, що призводить до її витончення, деформації та значного зниження зорових функцій. Крослінкінг рогівки за Дрезденським протоколом (CXL) вважається «золотим стандартом» у стабілізації процесу. Разом із тим, удосконалення методів епітеліального видалення може покращити ефективність процедури, зменшити ускладнення та скоротити термін реабілітації.

Мета. Вивчити ефективність крослінкінга з лазерним видаленням епітелію при лікуванні кератоконусу.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати оперативного втручання. Під спостереженням 50 пацієнтів (66 очей) із діагностованим кератоконусом 2-3 стадії, які було поділено на 2 групи. Яким було виконано класичний епі-off CXL та CXL з лазерним видаленням епітелію. Першу групу склали 26 пацієнтів (34 ока), яким було виконано класичний епі-off CXL. Серед них на 17 очей