
Периферичні інфекційні кератити

Середа К. В., Дрожжина Г.І.

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

Причинами розвитку периферичних кератитів можуть бути патологія повіки і захворювання шкіри, системні інфекційні захворювання, а також ряд неінфекційних імунних розладів і дифузних хвороб сполучної тканини. Клінічна картина периферичних інфекційних кератитів характеризується формуванням інфільтратів на периферії рогівки і утворенням серповидних виразок рогівки. Периферичні інфекційні кератити найбільш часто зустрічаються при запальних захворюваннях кон'юнктиви, країв повік (при себорейних блефаритах, стафілококових блефаритах, розацеа). У комплексній терапії периферичних інфекційних кератитів використовують антибіотики, інгібітори колагенази, репаративні, сльозозамісні препарати, мідріатики, а також комбіновані препарати, до складу яких входить бактерицидний антибіотик і кортикостероїд. Для лікування кератитів, які асоційовані з захворюванням країв повік і шкіри, необхідна комбінація антибактеріальних і глюкокортикоїдних препаратів з контролем основного захворювання.

Периферические инфекционные кератиты

Середа Е. В., Дрожжина Г. И.

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии имени В.П. Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)

Актуальность. Воспалительные заболевания роговицы являются одной из основных причин монокулярной слепоты. Периферические кератиты – это группа деструктивно воспалительных заболеваний стромы юксталимбальной роговицы, которые ассоциируются с дефектом эпителия, присутствием клеток воспаления в строме и прогрессирующим расплавлением стромы роговицы.

Цель: анализ наиболее распространенных форм периферических инфекционных кератитов, особенностей их клинической картины, дифференциальной диагностики и терапии.

Материал и методы. Периферические инфекционные кератиты классифицируют на первичные (бактериальные, грибковые, вирусные, паразитарные) и ассоциированные с системным инфекционным заболеванием (туберкулез, сифилис, вирусные инфекции, гонококковый артрит), розацеа. Среди этиологических факторов первичных ПИК часто наблюдают ношение мягких контактных линз (МКЛ), травму роговицы, особенно у работников сельского хозяйства. Диагностика ПИК включает соскоб с конъюнктивы и посев из конъюнктивальной полости для идентификации флоры, исследование ресниц на демодекс, рентген легких, квантифероновый тест для диагностики туберкулеза, кардиолипиновый тест для диагностики сифилиса, развернутый анализ крови IgM и G на вирус герпеса. Клиническая картина ПИК характеризуется

формированием инфильтратов на периферии роговицы и образованием серповидных изъязвлений роговицы. Периферические инфекционные кератиты наиболее часто встречаются при воспалительных заболеваниях конъюнктивы, краев век (при себорейных блефаритах, стафилококковых блефаритах, а также розацеа). Дифференциальную диагностику ПИК необходимо проводить с кератитами при системных заболеваниях соединительной ткани, краевым кератитом при лагофтальме, язвой Мурена, аутоиммунными заболеваниями организма с вовлечением в патологический процесс слизистых оболочек и поверхности глаза.

Результаты. Главными принципами лечения ПИК являются выяснение причины (этиопатогенетическое лечение), контроль над воспалительным процессом (угнетение каскада воспаления) и стимуляция заживления роговицы (предотвращение развития перфорации). В первую очередь необходимо установить/исключить местную инфекцию. Независимо от этиологии процесса, иммунный ответ в связи со спецификой морфологии периферической роговицы всегда ранний и очень сильный. Лечение следует начинать эмпирически как можно раньше и менять в зависимости от реакции роговицы на проводимую терапию. При наличии угрозы кератомалии необходимо назначать системные ингибиторы коллагеназы (доксциклин, контривен, ацетилцистеин, вит С). В комплексной терапии ПИК также используют репаративные, слезозаменительные препараты и мидриатики. Параллельно с проводимой терапией необходимо выяснять наличие системных поражений.

Выводы. Наиболее типичными клиническими формами периферического поражения роговицы являются инфекционно-индуцированные краевые кератиты. Для лечения периферических кератитов, ассоциированных с заболеваниями краев век и кожи, необходима комбинация антибактериальных и глюкокортикоидных препаратов с контролем основного заболевания.

Peripheral infectious keratitis

Sereda K. V., Drozhzhyna G. I.

State Institution «The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine» (Odesa, Ukraine)

Reasons of the development of peripheral keratitis can be: eyelid pathology and skin diseases, systemic infectious diseases, as well as non-infectious immune disorders and diffuse connective tissue diseases. Clinically peripheral infectious keratitis is characterized by the formation of infiltrates on the periphery of the cornea and the formation of sickle-shaped corneal ulceration. Peripheral infectious keratitis is most common in patients with inflammatory diseases of the conjunctiva, eyelids pathology (seborrheic blepharitis, staphylococcal blepharitis, rosacea). Complex therapy of peripheral infectious keratitis includes antibiotics, collagenase inhibitors, reparative, tear replacement drugs, mydriatics, as well as combined drugs, which include bactericidal antibiotic and corticosteroid. For the treatment of keratitis associated with eyelids pathology and skin, a combination of antibacterial and glucocorticoid drugs with control of the underlying disease is required.