

**НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА У ДЕТЕЙ.****Табибова М.М.***Городская клиническая детская больница №1 МЗ РУз,  
Узбекистан, Ташкент*

**Актуальность.** По данным ВОЗ, заболевания, вызванные вирусом простого герпеса, занимают второе место после гриппа [1,4,5]. Установлено, что с воспалительными заболеваниями глаз связано до 80% случаев временной нетрудоспособности, из них 50-60% получают стационарное лечение. По данным различных авторов, существенное место среди причин слепоты или слабовидения (10-30% случаев) принадлежит кератитам и кератоувеитам. Наиболее часто это заболевание роговицы вызывает вирус простого герпеса, которые отмечаются в 20–57% случаев среди взрослого населения и в 70–80% случаев - среди детей [3]. Но вместе с тем некоторые авторы сообщают, о том, что, герпетическая первичная инфекция обычно встречается у маленьких детей, но в простудной форме и не требует лечения. В связи с этим мы решили поделиться нашим опытом лечения герпетического кератита у детей.

**Ключевые слова:** Кератит, аденовирус, TORCH инфекция, вирус простого герпеса.

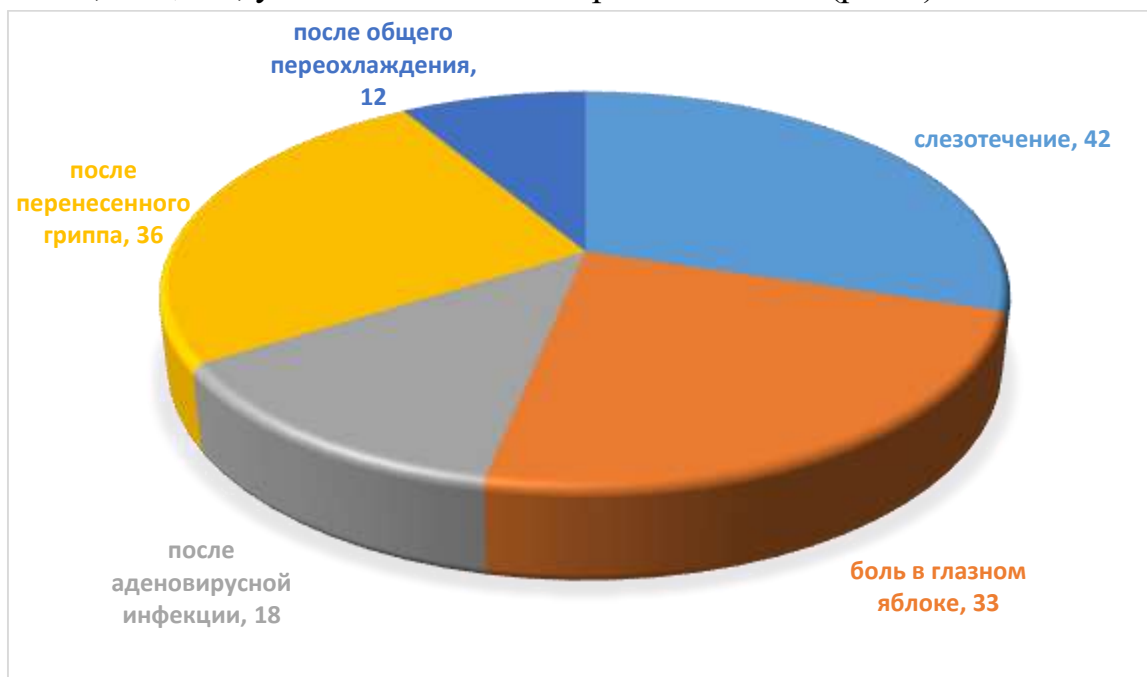
**Целью** нашей работы явился анализ случаев герпетического кератита у детей.

**Материал и методы.** Нами в глазном отделении 1 городской детской больницы г.Ташкента с 2020 года по 2024 год проведено лечения 66 детям с диагнозом герпетический кератит. Возраст детей был от 3 до 8 лет. Из них мальчиков было 24(36,3%), девочек 42(63,6%). Больные обследованы: проведены сбор анамнеза, визометрия, наружный осмотр, биомикроскопия, офтальмоскопия. Проведены лабораторные методы исследования: общий анализ крови и мочи, кровь на TORCH инфекции.

Больные местно получали антибиотики (Моксидин. Ципраксол. Левофлоксацин. Диклофенак офтальмик по 2 капли 3-4 раза в день, в течении 7-10 дней ) в виде капель, противовирусные средства такие как интерферон, офтальмоферон в виде капель(по 2 капли 6-8 раза в день, в течении 7-10дней), Таблетки Ацикловир 200 мг внутрь по 1 таблетки 3раза день, в течении 5-7 дней, Циклоферон 125 мг парабульварно по 0,5 мл и внутримышечно 1,5 мл через день 3-4 раза.

Статистическая обработка результатов исследования и построение диаграмм проводилась с использованием программы Microsoft Office Excel 2010, комплексом инструментов для прогностической аналитики и анализа данных IBM SPSS Statistics.

**Результаты исследования:** 42 больных жаловались на слезотечение, 33 боль в глазном яблоке, у 11 слизисто-гнойные отделяемое из конъюнктивы, Из анамнеза выяснено что, кератит начался у 18 больных после аденовирусного конъюнктивита, у 36 после перенесенного гриппа и с повышением температуры тела до 37,2-37,8<sup>0</sup>С, у 12 после общего переохлаждения (рис.1).



**Рис.1. Жалобы и этиологические факторы герпетической инфекции у обследованных больных**

Также выяснено, что 53 (80%) больных были первично заболевшими, 13 (20%) больных были с рецидивами. Среди больных с рецидивами у 1 больного был рецидив через 9 месяцев после выздоровления, еще у одного через 6 месяцев, у остальных 11 больных каждые 2-3 месяца были рецидивы (причина рецидива - переохлаждение и перенесение гриппа. У троих больных был 2 раза, а у остальных 1 раз). Проверка остроты зрения показала снижение её от 0,7 до 0,06. При объективном осмотре отмечалась конъюнктивальная инъекция, роговица отечная, инфильтрат в виде древовидного кератита различной формы. При биомикроскопии с ЩЛ инфильтрат занимал поверхностный эпителиальный слой роговицы. При закапывании флюоресцеина окрашивался в виде веточки. Глубокие слои роговицы без изменений. Передняя камера средней глубины влага прозрачная. Зрачок узкий, реакция на свет вялая. С глазного дна розовый рефлекс, но из-за отека роговицы глазное дно в деталях на офтальмоскопируется.

При проверке чувствительности роговицы ниткой дети не реагировали на касание, что свидетельствовало о нарушении её.

Лабораторные исследования показали изменения в общих анализах крови у 5 больных увеличение количества лейкоцитов от 9000 до 11000, лимфоциты от 38 до 78%. Другие показатели общего анализа крови были без изменений. Анализ крови на TORCH инфекции показали увеличение ЦМВ G - (0,250 норма) в пределах 1,101-3,311, ЦМВ М- (0,250 норма) в пределах 0,021-0,756, ВПГ М – (0,250 норма) в пределах 0,050-0,201, ВПГ G-(0,150 норма), 1,027-3,027.

После проведенного лечения инфильтрат рассасывался в течение 5-8 дней. Глаз успокаивался. Острота зрения поднималась до 0,7 -1,0.

### Литература

1. Исаков В.А., Сельков С.А., Мошетова Л.К., Чернакова Л.К. Современная терапия герпесвирусных инфекций. Руководство для врачей. -СПб, М. 2004. - 168 с.
2. Каспаров А. А. Лечение важнейших заболеваний роговицы // Программный доклад. М. - 2005. - С. 450-451.
3. Майчук Ю.Ф. Фармакотерапия воспалительных заболеваний глаз: вчера, сегодня, завтра,, 2-21 ноября. Актуальные вопросы воспалительных заболеваний глаз. -М. 2001. С. 7-17.
4. Kaufman H.E, Haw W.H. Ganciclovir ophthalmic gel 0.15%: safety and efficacy of a new treatment for herpes simplex keratitis // Curr. Eye Res. -2012-37(7). -P. 654-660.
5. Xu F., Sternberg M.R., Kottiri B.J., et al. Trends in herpes simplex virus type 1 and type 2 seroprevalence in the United States // JAMA. 2006. -296(8)-P. 964-973