

# ХІРУРГІЯ

© Бора К.В., Фальбуш О.О., Стойка А.В., 2019

УДК 617.735-002.4:616.98:578.825]-036-08

## Гострий некротизуючий герпетичний ретинит (клінічний випадок)

Бора К.В.<sup>1</sup>, Фальбуш О.О.<sup>2</sup>, Стойка А.В.<sup>1</sup>

[borakati@gmail.com](mailto:borakati@gmail.com), [aljonastojka@gmail.com](mailto:aljonastojka@gmail.com)

<sup>1</sup>Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб з курсом офтальмології, Ужгород;

<sup>2</sup>Факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, Ужгород

### Реферат

**Мета дослідження:** вивчити на основі клінічного випадку особливості клінічного протікання та ефективність лікування рідкісного ураження сітківки – гострого некрозу.

**Об'єкт та методи дослідження:** Описане клінічне спостереження пацієнта Б., 1975 року народження. Проведено стандартне загальноклінічне та офтальмологічне дослідження.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Діагноз встановлений на основі характерної офтальмоскопічної картини, етіологія підтверджена при дослідженні крові на torch – інфекції та ефективністю протівірусної терапії, на фоні якої діагностовано в подальшому відшарування сітківки з великим розривом. Протівірусне лікування доповнене хірургічним втручанням (закрита вітректомія, видалення задньої гіалоїдної мембрани, релаксуюча ретинотомія, розправлення сітківки ПДФ, лазеркоагуляція сітківки, тампонада вітреальної порожнини силіконовою олією 570 сСт). Операція без ускладнень, сітківка прилягла, гострота зору підвищилась до 0,2, а через 6 місяців до 0,5.

**Висновки:** Рідкісна патологія - гострий некротизуючий герпетичний ретинит – своєчасно діагностована, а адекватне оперативне втручання на фоні протівірусної терапії забезпечило прилягання сітківки та збереження зорової функції.

**Ключові слова:** сітківка, ретинит, герпес, некроз, вітректомія.

### Acute Retinal Necrosis (clinical case)

Bora K.V.<sup>1</sup>, Falbysh O.O.<sup>2</sup>, Stojka A.V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uzhhorod National University, Faculty of Medicine, Department of Surgical Diseases with a course in ophthalmology;

<sup>2</sup>Faculty of Postgraduate Education and University training, Department of Surgical Disciplines of Uzhhorod

### Abstract

**The aim of the study:** to investigate on the basis of clinical case the features of clinical course and treatment efficacy of rare retinal lesions – acute necrosis.

**Object and methods of research:** the described clinical observation over the patient B., born in 1975. A general clinical as well as an ophthalmological research has been conducted.

**Results:** The diagnosis was established based on a distinctive ophthalmoscopic picture; the etiology was confirmed by blood testing for torch infection and the efficiency of an antiviral therapy, in the course of which the further retinal detachment with a large rupture was diagnosed. Antiviral treatment was supplemented by surgical interference (closed vitrectomy, removal of the posterior hyaloids membrane, relaxing retinotomy, retinal restoration, retinal laser coagulation, tamponade of the vitreous cavity with silicone oil 570 cSt). The surgery went without any complications, the retina has adhered, the visual acuity increased to 0.2, and 6 month later – to 0.5.

**Conclusion:** Rare pathology – acute necrotizing herpetic retinitis – was diagnosed in a timely manner, and adequate surgery during the antiviral therapy ensured retinal adherence and retention of visual function.

**Key words:** retina, retinitis, herpes, necrosis, vitrectomy.

**Вступ.** Гострий некротизуючий герпетичний ретинит – важке і рідкісне ураження сітківки вірусної етіології. Захворювання вперше було описано А. Ігуата з співавторами в 1971 році (12).

Діагностичними критеріями гострого некрозу сітківки рахуються наявність одного або декількох вогнищ некрозу сітківки на периферії, швидке

прогресування у випадку, коли не проводиться протівірусна терапія, циркулярне розповсюдження вогнищ, оклюзивний васкуліт із переважним ураженням артеріол, наявність вираженої запальної реакції в скловидному тілі і передній камері. Частіше процес розвивається тільки на одному оці. (1,3, 5, 7, 9,13).

Етіологічна роль вірусів групи герпесу (герпес зостер, вірус простого герпесу, цитомегаловірус, рідше – Епштейн-Барра) в розвитку гострого некрозу сітківки доведена багаточисленними дослідженнями, в яких виявлена ДНК цих збудників в скловидному тілі і волозі передньої камери, виявлені вірусні частинки в хоріоїдальних біоптатах, виділені герпес віруси в культурі тканин (4,9,10).

Синдром гострого некрозу сітківки як правило, виникає у людей молодого віку, у дітей описаний тільки в поодиноких випадках (1,2,8,11).

Пізня діагностика і відсутність адекватного лікування приводить до розвитку відшарування сітківки і незворотнього зниження зорових функцій (6,9,10).

Враховуючи частоту і важкість захворювання, оцінка клінічного протікання хвороби і аналіз проведеного лікування, його результатів представляє практичну значимість для офтальмологів.

**Мета роботи.** Вивчити на основі клінічного випадку особливості діагностики, клінічного протікання та ефективності лікування і виробити алгоритм ведення пацієнтів з гострим некротизуючим ретинитом сітківки.

**Матеріали та методи.** Ми спостерігали пацієнта Б. 1975 року народження, в зв'язку із погіршенням стану після протизапальної терапії за місцем проживання з приводу гострого увеїту на правому оці. Було проведено загальноприйняте клінічне (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, аналіз крові на torch-інфекцію, рентгенографія органів грудної клітки) та офтальмологічне (візометрія, периметрія, тонометрія, біомікроскопія, біомікроофтальмоскопія) обстеження.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Хворий скаржився на почервоніння правого ока і зниження зору. Із анамнезу відомо, що перше звернення до лікаря було 02.09.2019, через 4 дні після почервоніння та болі в оці. Хворобу пов'язував із можливим попаданням стороннього тіла. Із амбулаторної карти відомо, що гострота зору правого ока 0.5 не корегує, лівого ока 1.0, внутрішньочний тиск (ВОТ) на правому оці 16 мм. рт. ст., на лівому 18 мм.рт.ст.. За місцем проживання проводилось стандартне лікування з приводу гострого іридоцикліту на правому оці - місцева протизапальна терапія – під кон'юнктиву дексаметозон, мезатон, гентаміцин, інстиляції в праве око: дексаметазон 0.1% по схемі, вігамокс по 1к 6 разів, мідріатик. Через 10 днів лікування запальні явища не зменшувались, зір знижувався. При огляді з широкою зіницею було виявлено грубі плаваючі помутніння в скловидному тілі, на очному дні з'явилися за судинними аркадами біло-жовтуваті вогнища. Для уточнення діагнозу пацієнт був направлений в офтальмологічне відділення обласної лікарні, де він обстежувався і проходив лікування з 30.09. 19 по 07.10.19.

В очному відділенні гострота зору правого ока: 0.1 сф -1.0Д= 0.2, лівого ока – 1.0; ВОТ на правому оці 18 мм. рт. ст., на лівому оці 19 мм. рт. ст..

При біомікроскопії праве око подразнене, помірна, змішана ін'єкція, рогівка прозора, на задній поверхні сальні преципітати середніх розмірів, зіниця кругла, розширилась мідріатиком, кришталик прозорий, в скловидному тілі грубі плаваючі помутніння (ексудат). Бінокулярна офтальмоскопія: очне дно видно в густому тумані, ДЗН рожевий, сітківка прилежить, по ходу артерій білі ексудати, на крайній і середній периферії великі біло-жовті вогнища ішемічної сітківки, розташовані концентрично, в центральній області вогнищ не виявлено.

Ліве око – клінічно здорове.

Загальні лабораторні дослідження: ЗАК, ЗАС, кров на цукор - відхилен від норми не виявлено. HLA 27 – антиген не виявлений.

При оглядовій рентгенографії органів грудної клітки – патологічних вогнищевих змін не виявлено.

При дослідженні крові на torch – інфекцію виявлено позитивний результат: антитіла Ig G до вірусу герпесу ½ типу (HSV ½) - 73.95 (позитивний при показниках більше 10) та антитіла Ig G до цитомегаловірусу (CMV) – 5/07 (позитивний більше 1.1.).

На основі всіх обстежень виставлений діагноз: **Гострий некротизуючий герпетичний ретинит, увеїт на правому оці.**

Проводилось противовірусне лікування: вальтрекс (валацикловір) по 500 мг двічі на день, парабульбарно дексаметазон 0.3 мл, гентаміцин 0.3 мл, мезатон 0.3 мл, інстиляції калій йодид 2% по 1к 4 рази, дексаметазон 0.1% по 1к 6 разів, вігамокс по 1к 6 разів та неванак по 1к 3 рази.

На 4-й день лікування об'єктивно було відмічено позитивну динаміку: око заспокоїлось, ін'єкція очного яблука зменшилась, кількість преципітатів зменшилась, частково розсмоктався ексудат в скловидному тілі, стало значно краще проглядатися очне дно. Але на очному дні картина залишалась не змінною.

Через 2 дні при зменшенні ознак запального процесу хворий поскаржився, що зір різко погіршився. Гострота зору на правому оці – 0.04 не корегує. При тонометрії гіпотонія 14.0 мм рт мт. Ліве око здорове.

При біомікроскопії око слабо подразнене, рогівка прозора, невелика кількість преципітатів, в склистому тілі грубі плаваючі помутніння. На очному дні при бінокулярній офтальмоскопії виявлено: диск зорового нерва ( ДЗН) рожевий, межі чіткі, із скроневого боку в зовнішньому секторі відшарування сітківки і великий розрив (на межі з некротизованою сітківкою), у внутрішній половині сітківка прилежить, проглядаються біло-жовті ексудати по ходу ретинальних судин, великі біло-жовті вогнища некрозу сітківки.

Дані обстеження виявили часткове відшарування сітківки з гігантським розривом на правому оці.

Ультразвукова діагностика (УЗД) заднього від-різку правого ока – підтвердила грубі плаваючі помутніння в склистому тілі та підтвердила відшарування сітківки.

На фоні противірусної і протизапальної терапії 16.10.19 проведено оперативне лікування - закрита вітректомія, видалення задньої гіалоїдної мембрани (ЗГМ), релаксуюча ретинотомія, розправлення сітківки ПДФ, лазеркоагуляція сітківки, тампонада вітреальної порожнини силіконовою олією 570 сСт. Після операції призначено місцево азаргу, бруксінак, офтагель.

Операція виконана без ускладнень. Вже в перший день після операції гострота зору на правому оці 0,1 не корегує. При біомікроскопії праве око – заспокоюється, рогівка прозора, передня камера середньої глибини, вміст прозорий, кришталік прозорий, в вітреальній порожнині силіконова олія, кругова ретинотомія, сітківка прилежить, лазеркоагуляти, ДЗН рожевий, межі чіткі.

Через 2 тижня після оперативного лікування гострота зору у хворого на правому оці 0,2 не корегує, внутрішньоочний тиск 23 мм.рт. ст. При біомікроскопії – око спокійне, рогівка прозора, передня камера середньої глибини, вміст прозорий, кришталік прозорий, в вітреальній порожнині

ні силіконова олія, кругова ретинотомія, сітківка прилежить, лазеркоагуляти, ДЗН рожевий, межі чіткі.

Через 6 тижнів після оперативного лікування гострота зору на правому оці 0,5 не корегує. При біомікроскопії праве око спокійне, рогівка прозора, передня камера середньої глибини, вміст прозорий, кришталік прозорий, авітрія, силіконова олія, кругова ретинотомія, сітківка прилежить, лазеркоагуляти, ДЗН рожевий, межі чіткі.

**Висновки.** Рідкісна патологія сітківки виникла на фоні увеїта, етіологія якого своєчасно не була встановлена і етіотропне лікування не проводилось.

Важкий перебіг захворювання привів до некрозу та відшарування сітківки. В результаті вітректомії з ендолазеркоагуляцією, ретинотомією та тампонадою силіконовою олією було досягнуто повного прилягання сітківки, що забезпечило збереження зорової функції.

Ефект оперативного лікування забезпечився комбінацією протизапальної та противірусної терапії.

Вчасна діагностика, сучасні медикаментозні та хірургічні засоби дали змогу досягти повної ремісії захворювання та зберегти і покращити зорові функції.

#### Список використаної літератури

1. Dakera S.Dzhej, Vehid N.K., Goldman D.R. Opticheskaja kogerentnaja tomografija setchatki., Moskva, 2019.;P.190. [In Russian]
2. Denisova E.V., Katargina L.A., Krichevskaja G.I., Gvozdjuk N.A., Starikova A.V. Ostryj retinal'nyj nekroz u detej: klinicheskie projavlenijai rezul'taty lechenija.//Rossijskaja pediatricheskaja oftal'mologija. 2015.;2.P.53-54. [In Russian]
3. Holland G.N. and the Executive Committee of the American Uveitis Society: Standard diagnostic criteria for the acute retinal necrosis syndrome. Am. J. Ophthal. 1994; 117: 663-7.
4. Krichevskaja G.I., Andzhelov V.O., Katargina L.A. i dr. Reaktivacija persistentnyh herpesvirusnyh infekcij kak faktor patogeneza jendogennyh uveitov. Vestnik oftal'mologii. 2005; 2: 22-4. [In Russian]
5. Lucenko N.S., Rudicheva O.A., Isakova O.A., Kirilova T.S., Ungurjany N.V. Makula suchasna diagnostika. Optichna kogerentna tomografija ta optichna kogerentna tomografija angiografi. Navchal'nij posibnik.zaporizhzhja. 2019.; P.142.[In Ukrainian]
6. Neroev V.V., Iljuhin P.A., Tankovskij V.Je., Fedotov R.A. Hirurgicheskoe lechenie ostrogo nekroza setchatki.//Sovremennye tehnologii v oftal'mologii. 2018.;3. 3.125-127. [In Russian]
7. Sdobnikova S.V., Marchenko N.R., Troickaja N.A., Surnina Z.V., Patejuk L.S.// Osobnosti kliniki, diagnostiki i lechenija pacientov s otslojkoj setchatki pri ostrom retinal'nom nekroze.-. Oftal'mologija. 2017;14(3):233-239. [In Russian]
8. Kychenthal A., Coombes A., Greenwood J. et al. Bilateral acute retinal necrosis and herpes simplex virus type 2 encephalitis in a neonate. Br. J. Ophthal. 2001; 85: 629-30.
9. Muthiah M.N., Michaelides M., Child C.S., Mitchell S.M. Acute retinal necrosis: a national population-based study to assess the incidence, methods of diagnosis, treatment strategies and outcomes in the UK. Br. J. Ophthal. 2007; 91: 1452-5.
10. Palay D.A., Sternberg P., Davis G. et al. Decrease in the risk of bilateral acute retinal necrosis by acyclovir therapy. Am. J. Ophthal. 1991; 112:250-5.
11. Tan J.C.H., Byles D., Stranford M.R. et al. Acute retinal necrosis in children caused by herpes simplex virus. Retina. 2001; 21: 344-7.
12. Urayama A., Yamada N., Sasaki T. et al. Unilateral acute uveitis with retinal periarteritis and detachment. Jpn. J. Clin. Ophthal. 1971; 21: 607-19.

Стаття надійшла до редакції: 21.10.2019 р.