

DOI: 10.30546/2709-4634.2022.1(40).31

UOT: 617.723-578.8-002

Feysiyeva K.V., Rüstəmbəyova G.R., Rüstəмова N.M.

VİRUS MƏNŞƏLİ KƏSKİN RETİNAL NEKROZ (KLİNİKİ HAL)

Akad. Z. Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., AZ1114, Cavadxan küç. 32/15

XÜLASƏ

Məqalədə akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinə sol gözünün qızarması, ağrması və görmənin kəskin zəifləməsi şikayətləri ilə müraciət etmiş 54 yaşlı pasiyentin klinik halı təqdim olunur. Müayinədən sonra pasiyentə “virus mənşəli kəskin retinal nekroz” diaqnozu qoyulmuşdur. Aparılmış virus əleyhinə müalicə sayəsində pasiyentin görmə itiliyi barmaq sayından, 0,3-ə qalxmışdır, şüşəvari cisimdəki bulanmalar sorulmuş, ödem çəkilmiş, buynuz qişada presipitatlar, retinada vaskulit əlamətləri və iltihab ocağı azalmışdır.

Herpes virusu səbəbindən kəskin retinal nekroz baş vermiş gözdə korluq yaranmaqla yanaşı, digər gözün zədələnməsi ehtimalı var. Bunu nəzərə alaraq vaxtında başlanmış antiviral müalicənin effekti yüksək qiymətləndirilir və eyni zamanda ikinci gözün qorunması ilə nəticələnir.

Belə ki, herpes viruslarının yüksək yayılması və yaşlılarda reaktivasiya riskini nəzərə alaraq, profilaktik tədbirlərə üstünlük verilməlidir. Çünki, baş vermiş korluq tibbi problemlə yanaşı, əlillik törədib xəstənin həyat keyfiyyətini azaldıb, sosial problem də yaratmış olur.

Açar sözlər: *viral uveit, panuveit, retinal nekroz, göz iltihabı, viral infeksiya*

Фейзијева К.В., Рустамбекова Г.Р., Рустамова Н.М.

ОСТРЫЙ НЕКРОЗ СЕТЧАТКИ ВИРУСНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

РЕЗЮМЕ

В статье представлен клинический случай 54-летнего пациента, обратившегося в Национальный Центр Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой с жалобами на покраснение, боль и резкое ухудшение зрения в левом глазу. После обследования был поставлен диагноз «острый некроз сетчатки вирусного происхождения». В результате проведенного противовирусного лечения у пациента повысилась острота зрения со счета пальцев до 0,3, рассосались воспалительные помутнения стекловидного тела, исчез отек, уменьшились преципитаты на эндотелии роговицы, симптомы васкулита и воспаления в сетчатке.

В результате острого некроза сетчатки может ослепнуть не только больной глаз, но и возможно, повреждение парного глаза. Эффект своевременно начатого противовирусного лечения высоко ценится и в то же время приводит к защите второго глаза.

Таким образом, учитывая высокую распространенность вирусов герпеса и риск реактивации у пожилых людей, следует отдавать предпочтение профилактическим мерам. Это связано с тем, что слепота является не только медицинской, но социальной проблемой, т.к. приводит к инвалидности и снижает качество жизни пациента.

Ключевые слова: *вирусный увеит, панувеит, ретинальный некроз, воспаление глаз, вирусная инфекция*

Feyziyeva K.V. Rustambekova G.R. Rustamova N.M.

ACUTE RETINAL NECROSIS OF VIRAL ORIGIN (CLINICAL CASE)

SUMMARY

The article presents a clinical case of a 54-year-old patient who applied to the National Centre of Ophthalmology named after acad. Zarifa Aliyeva with complaints of redness, pain and a sharp deterioration in vision in her left eye. After the examination a diagnosis of acute retinal necrosis of viral origin was made. As a result of the antiviral treatment the patient's visual acuity increased from the count of fingers to 0.3, inflammatory opacities of the vitreous body resolved, edema disappeared, precipitates on the corneal endothelium, symptoms of vasculitis and inflammation in the retina decreased.

As a result of acute retinal necrosis not only the diseased eye can go blind, but also possibly damage to the fellow eye. The effect of timely antiviral treatment is highly appreciated and at the same time leads to the protection of the second eye.

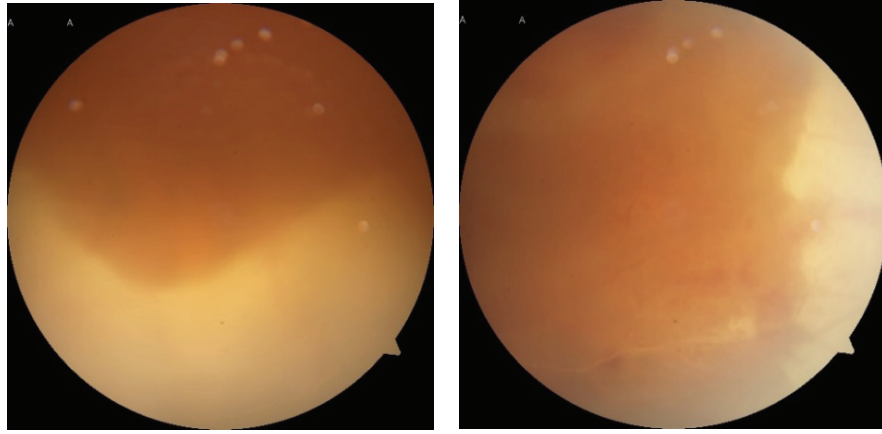
Thus, given the high prevalence of herpes viruses and the risk of reactivation in the elderly, preventive measures should be preferred. This is due to the fact that blindness is not only a medical, but a social problem, because leads to disability and reduces the quality of life of the patient.

Keywords: *viral uveitis, panuveitis, retinal necrosis, eye inflammation, viral infection*

İnsanlar bir sıra viruslar üçün təbii rezervuardır. Bu infeksiya agentlər üveit də daxil olmaqla bir sıra xəstəlikdə əsas rol oynayır. Buraya xüsusilə herpes simplex virusu (HSV), varisella-zoster virusu (VZV), sitomeqalovirus (CMV) və məxmərək virusu (RV) daxildir. Bir çox virus genomları yoluxdurduğu toxumalarda ömür boyu qalır və yenidən aktivləşmə riski daşıyır [1]. Herpes virusları immun sistem hüceyrələrində mövcud olmaqla yanaşı, orada artma qabiliyyətinə də malikdirlər. Bununla da immunositlərin məhvinə və ya funksional aktivliklərinin azalmasına səbəb olub, ikincili immunodefisit vəziyyətləri yaradırlar və uzun müddət virusun persistent (daimi) şəkildə mövcudluğunu təmin edirlər. Bundan başqa viruslar immun nəzarətdən çoxsaylı yayınma yollarını "tapmışlar" və beləliklə də qüsurlu dövrən yaranmış olur. Viruslar subepitelial limfoid toxumanın sekretor antitel (sigA) hüceyrələrinin sintezi, interferonun yerli sintezi, sensibilizə olunmuş limfositlərin aid olduğu yerli qoruma mexanizmlərini aşaraq göz toxumalarını zədələyir. Herpesviruslar neyrogen və hematogen yolla göz toxumalarına düşərək buynuz qişa epitelində və gözün damar endotelində aktiv çoxalır və sitopatik və distrofik proseslər səbəbindən bu toxumaları nekrozlaşdırır [2].

Adətən ön herpetik üveit diaqnozu, xüsusən, xarakterik dəri səpgilərinə və dentritik keratit əlamətləri zamanı asanlıqla qoyulur, lakin bu əlamətlər olmadıqda diaqnoz qoymaq çətinləşə bilər [3]. Tugal-Tutkun və həmmüəllifləri VZV mənşəli üveiti tədqiq etmiş və ilkin infeksiya zamanı ön üveitin, 25% hallarda dermatitin başlanmasından 3-5 gün sonra yarandığını müşahidə etmişlər [4]. Ön üveitlə yanaşı bu viruslar kəskin retinal nekroz (KRN) törədə bilərlər. İlk dəfə 1971-ci ildə Urayama və həmmüəllifləri tərəfindən bildirilən kəskin retinal nekroz sindromu, tor qişanın nekrozu, retina vaskuliti və göz içi iltihab ilə xarakterizə olunan gözün ciddi progressivləşən ağır vəziyyətidir. Xəstəliyin törəmələri VZV, HSV-1, HSV-2 virusları və nadir halda CMV və Epstein-Barr virusudur [5]. Britaniya reesterinin məlumatına əsasən kəskin retina nekrozunun rastgəlmə tezliyi ildə 0.5-0.63 xəstə təşkil edir. Bu göstərici son onillikdə stabil qalmış və Almaniyada aparılmış sorğuda təsdiqini tapmışdır [6, 7].

Klinik hal: Xəstə A.A., 54 yaşlı kişi akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinə 2-3 həftə davam edən, sol gözünün qızarması, ağrması və görməsinin kəskin zəifləməsi şikayətləri ilə müraciət etmişdir. Müayinə zamanı: OD – ön və arxa şəbələr patologiyasız, OS-konyunktivada qarışıq ineksiya, subkonyunktival qansızma olmuşdur. Buynuz qısa ödemli, endoteldə presipitatlar, ön kamera orta dərinlikdə, mayesində 3+ hüceyrələr izlənirdi. Bəbək mərkəzdə, orta genlikdə, işığa reaksiyası yox idi, şüşəvari cisimdə uveal bulanma izlənirdi. Oftalmobiomikroskopiya – göz dibinin mərkəzi hissəsi vizualizə olunmurdu, periferik hissədə ağımtıl geniş ocaq – retinal nekroz izlənirdi (şək.1).



Şək.1. Fundus kamera görüntüsü - periferik ağımtıl geniş retinal nekroz ocağı

Vis OD= 0.5 k/i sph+1.0 cyl+0.5 ax120= 1.0; Tn OD= 11 mm.c.süt.

Vis OS= barmaq sayı; Tn OS=21 mm.c.süt.

A/B scan USM-də: OU – Qişaların dislokasiya əlaməti yoxdur. Şüşəvari cisimdə OD-tək-tək destruktiv bulanmalar, OS – çoxsaylı müxtəlif intensivli bulanmalar (uveal), arxa hialoid membranın qopması vizualizə olunur. OU – retrobulbar sahə asimmetriyasızdır. ÖAO: OD – 23.00 mm, OS – 23.50mm (şək.2).



Şək.2. USM müayinədə çoxsaylı uveal bulanmalar

Qanın müayinəsində: Herpes 1 və 2 İgG və total İgE titri artmışdır, leykositlərin sayı yüksəlmiş, Tuberculosis Rapid Test Anti-TB antibodies (IgG+IgM+IgA) – neqativ olmuşdur, qanda digər viruslar aşkar olunmamışdır (şək.3).



Akad. Z. Əliyeva adına Milli
Oftalmologiya Mərkəzi

A

Doğum tarixi 1967

Analizin götürülmə vaxtı 09:30:00

Analizin götürülmə tarixi

Müayinə	Nəticə	Norma	Vahid
REVMOTESTLƏR			
CRZ	<6	0 - 6	mq/l
RF	<12	0 - 12	BV/ml
ASO	<200	0 - 200	BV/ml
İNFeksiYALAR			
Herpes 1+2 IgG	23,8	< 9,0 aşkar olunmayıb, 9,0-11,0 şübhəli nəticə > 11,0 aşkar olunub	NV
CMV IgG	2,7	< 9,0 aşkar olunmayıb, 9,0-11,0 şübhəli nəticə > 11,0 aşkar olunub	BV/ml
Toksoplazma qondiyi IgG	1,8	< 9,0 aşkar olunmayıb, 9,0-11,0 şübhəli nəticə > 11,0 aşkar olunub	BV/ml



Akad. Z. Əliyeva adına Milli
Oftalmologiya Mərkəzi

A

A

Doğum tarixi 1967

Ş.Ş.

Analizin götürülmə vaxtı 10:55:00

Analizin götürülmə tarixi

Müayinə	Nəticə	Norma	Vahid
METABOLITLƏR			
Uricozə zərfdəbdə	5,7	4,2 - 9,4	mmol/l
Kreatinin zərfdəbdə	80 µ	80,0 - 115,0	mmol/l
FERMENTLƏR			
Alqininamino transferazası (ALT)	30,0	< 42,0	VN
Asgarə aminotransferazası (AST)	20,0	< 37,0	VN
QANIN ÜMUMİ ANALİZİ			
Leykositlər	13,6	4,0-8,8	10 ⁹ /l
Eritrositlər	5,2	4,5-5,5	10 ¹² /l
Hemoglobin	160	131-172	g/l
Trombositlər	263	160-400	10 ⁹ /l
ESR	3	2-20	mm/s

İmmunoloji müayinə

Analizin adı	Vahid	Norma	Nəticə
Total IgE	İU/ml	<100	194,3
Tuberculosis Rapid Test Anti-TB antibodies (IgG+IgM+IgA)		Neqativ	Neqativ

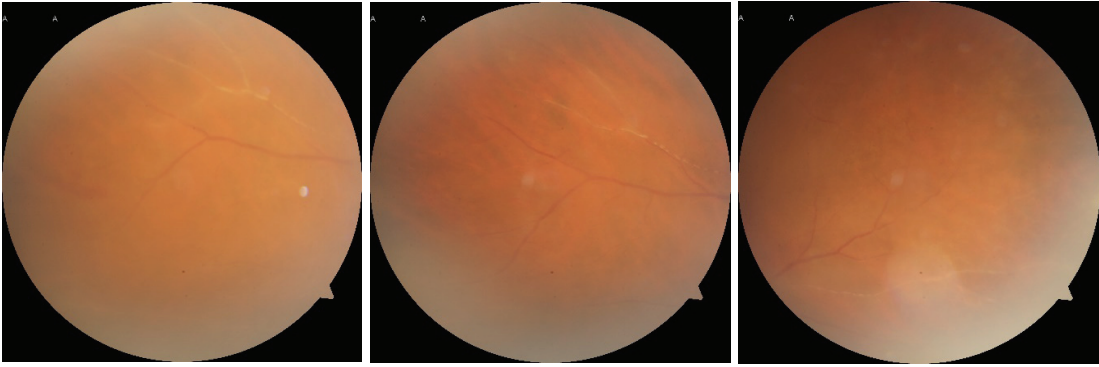
Şəx.3. Qanın immunoloji analizi

Beləliklə, diaqnoz: OS - kəskin panuveit, kəskin retinal nekroz (viral mənşəli), subkonyunktival qansızma, OD-mürəkkəb hipermetropik astigmatizm olmuşdur. Xəstəyə təyinat: S.Zoviraks 1000mq/gün vena daxili; daxilə (per-os): Tab.Prolovir 1500 mq/gün, Tab.Metibred 32mq; S.Ampisillin+S.Dexasoni p/b №8, S.Diprosan r/b №2; yerli olaraq: S.Predak-8 dəfə, S.Cycloplegicedol verilmişdir. Diaqnoz

qoyulan kimi gündə 2 dəfə olmaqla venadaxili antiviral müalicəyə başlanmışdır. Müsbət dinamikanın alınması sayəsində 5 gün davam edən venadaxili antiviral müalicə, per-os tablet şəklində antiviral müalicə ilə davam etdirilmişdir.

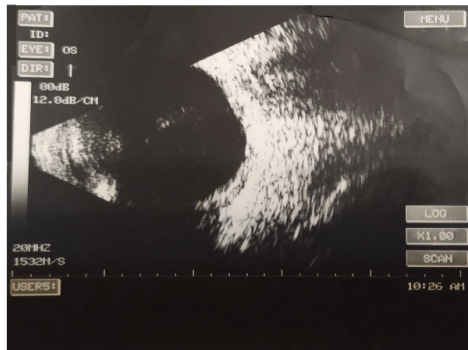
Artıq müalicənin 2-ci günündə OS – buynuz qişanın ödemi və presipitatlar azalmışdır. Bəbək medikamentoz gendir, şüşəvari cisimdə bulanma hissəvi rezorbsiya olunmuşdur. Göz dibində torlu qişanın periferiyasında 360* boyu ağımtıl retinal nekroz əlaməti qeyd olunurdu.

Müalicənin 3-cü günü OS – buynuz qişada ödem azalıb, presipitatlar tək-tək olmuş, ön kamera mayesində 2+ hüceyrələr izləndirdi. Şüşəvari cisimdə bulanma var idi. Göz dibində periferiyada ağımtıl retinal nekroz ocaqları müşahidə olunurdu. Yuxarı damar sahəsində vaskulit və obliterasiya əlamətləri izləndirdi. Vis OS=0.01 k/e (şək. 4).



Şək.4. Fundus kamera görüntüsü – yuxarı damar sahəsində obliterasiya və vaskulit əlamətləri

Müalicənin 7-ci günü OS – buynuz qişa endotelində tək-tək bozuntul və piqmentli presipitatlar, ön kamera mayesində tək-tək hüceyrələr izləndirdi, şüşəvari cisimdə bulanmalar bir qədər azalmışdır. Göz dibində periferik retinal nekroz ocaqları kiçilmişdir, G.S.M. solğun çəhrayıdır, obliterasiya olunmuş damarlar qeyd olunurdu. Vis OS=0.02 k/e Tn OS=15 mm c.süt. olmuşdur. Təkrar A/B scan USM-də: OS – qişalar yerindədir, torlu qişa bir qədər qalınlaşmışdır. Şüşəvari cisimdə orta intensivli bulanmalar qalsa da, müalicə fonunda onların da azaldığı görünür (şək.5).



Şək. 5. Təkrar USM müayinədə - azalmış uveal bulanmalar

Müalicənin 10-cu günü OS – ön şöbə dəyişiksiz, şüşəvari cisimdə bulanma nisbi azalmışdır. Göz dibi periferiyasında ocaqlar daha solğun görünürdü. Vis OS=0.04 k/e, TnOS=20 mm.c.süt olmuşdur.

Müalicənin 12-ci günü OS – ön kəsik dəyişiksizdir. Vis OS=0.05 k/e qalxmışdır.

Müalicənin 14-cü günü OS – ön şöbə stabildir, şüşəvari cisimdə 2+ bulanma izləndirdi. Göz dibi: G.S.D. solğun çəhrayı, hüdudları aydın, obliterasiya olunmuş damarlar və periferik sarımtıl ocaqlar qeyd olunurdu. Vis OS=0.1 k/e. Əhəmiyyətli vitriit və göz dibindəki vaskulit və ocaqların zəif dərəcədə azalmasını nəzərə alaraq xəstəyə antiviral müalicənin fonunda oral kortikosteroidlər də təyin etmək gərəyinə gəlinmişdir, bu müalicədən sonra xəstədə gözdaxili iltihab əlamətləri sürətlə azalmağa başlamışdır.

Müalicənin 17-ci günü OS – subkonyunktival qansızma azalmışdır, buynuz qısa şəffafdır. Ön kamerada 1+ hüceyrələr izləndirdi, bəbək medikamentoz gen idi. Şüşəvari cisimdə bulanma azalmışdır. Göz dibində periferik ocaqlar solmuşdur. Vis OS=0.15 k/e.

Müalicənin 21-ci günü OS – ön hissə normal, şüşəvari cisimdə bulanma azalmışdır. Göz dibi periferiyasında retinal ocaqlar kiçilmişdir.

3 həftə stasionar müalicədən sonra xəstə evə yazılarkən OS - buynuz qısa şəffafdır, ön kamera orta dərinlikdə, mayesi şəffaf, bəbək mərkəzdə, hərəkətlidir. Şüşəvari cisimdə 1+ bulanma izləndirdi. Göz dibi: G.S.M. solğun çəhrayı, hüdudları aydın, obliterasiya olunmuş damarlar qeyd olunurdu. Makulyar refleks zəif, periferik retinada ağımtıl xorioretinal atrofik ocaqlar var idi. Vis OS=0.15 k/e. Xəstə ambulator şəraitdə müalicələr altında evə yazılmışdır.

Beləliklə, xəstədə “OS – kəskin retinal nekroz” diaqnozu ilə 2 ay müalicədən sonra təkrar baxışda: Şüşəvari cisimdə bulanma sorulmuş, göz dibində periferiyada retinal nekroz ocaqları nəzərə çarpacaq dərəcədə kiçilmiş və retinanın normal şəkli görünürdü. Həmçinin, bir neçə obliterasiya olunmuş damarlar izləndirdi. Vis OS=0.3 k/e qədər artmışdır. Göründüyü kimi müalicənin effekti vaxtında və düzgün qoyulmuş diaqnozdan və gecikdirilmədən aparılmış müalicədən asılıdır.

Müzakirə

Bu yaxınlarda Yaponiyanın KRN Tədqiqat Qrupu tərəfindən daha dolğun modifikasiya təklif olunmuşdur. Bu modifikasiya yalnız göz daxili əlamətlərin qradasiyasını deyil, həmçinin dəqiq virus etiologiyasını vurğulayır [8, 9]. İndiyə qədər çox istifadə olunan diaqnostik meyarlar və kriteriyalar tamamilə klinik məlumatlara əsaslanıb [10], lakin müxtəlif tədqiqatlarda digər yardımçı müayinələrin effektivliyi də araşdırılıb [11, 12]. Xəstəmizdə klinik əlamətlər herpes mənşəli viral uveitə uyğun olmuşdur, laborator müayinə ilə herpesin yüksək titri və digər virusların, infeksiyaların aşkarlanmaması diaqnozun – herpes mənşəli uveit olduğunu təsdiq etmişdir.

KRN tipik klinik əlamətlərinə – periferik retinada vaskulit, retinit, vitriit ilə gedən sürətli panuveit daxildir. Həm periferiyada həm də mərkəzi hissədə yayılma çox sürətlə – bir neçə gün, hətta saatlar ərzində baş verir. Xəstəliyin dağıdıcı xüsusiyyəti, həm retinal, həm də xoroidal damarların oklyuziv periarteriti ilə olan sürətli vaskuliti ilə əlaqədardır. Ən əhəmiyyətlisi odur ki, xəstələrin təxminən üçdə birində, optik sinirlə yayılma nəticəsində digər gözü də yüngül zədələnməsi baş verir. Bu hal əsasən tipik olaraq 6 həftə ərzində baş verir, lakin ilkin infeksiyadan on illər sonra da ola bilər [13]. İnfeksiyanın bilateral olaraq hər iki gözü yayılma riskini vaxtında başlanmış antiviral terapiya ilə azaltmaq olar. İnfeksiyanın birbaşa anteroqrad yayılması yeni mutasiyalara səbəb oldu, bu da neyroinvazivlik üçün vacib ola bilər. Ehtimal olunur ki, gözdaxili persistent viruslar əlavə mutasiyalar qazanmışlar ki, bu da onlara digər optik sinirə və gözü keçməyə imkan verir. Retinitin progressivləşməsini təxirəsalınmaz müalicə ilə 2-4 həftə ərzində nəzarətdə saxlamaq olar. Kəskin proses sakitləşdikdən sonra, retinanın cırılmasına meyilli olan və kəskin demarkasiya ilə əhatə olunan retinanın incəlməsi və atrofiyası qalmış olur. İltihablaşmış şüşəvari cisim proliferativ vitreoretinopatiyaya səbəb olur. Birincili olaraq zədələnmiş gözlərin 70%-də reqrmatogen retina qopması yaranır. KRN-nin uzaq ağırlaşmalarına xroniki vitriit, makula ödemi, optik atrofiya, epiretinal membranın yaranması və antiviral dərmanın dayandırılmasından sonrakı viral residiv aiddir [5]. Bunları nəzərə alaraq xəstəmiz vaxtaşırı müayinələrimizdən keçib, həkim nəzarəti altında qalmaqda davam edir.

Bu virusların yaş kateqoriyası ilə əlaqəsi vardır. VZV-nin orta və daha yaşlı xəstələrdə rast gəlinməsi yüksək olduğu halda, HSV-1 və HSV-2 gənclərdə və uşaqlarda üstünlük təşkil edir. Bunun birbaşa terapeutik və proqnostik nəticələri ola bilər. VZV ilə əlaqəli infeksiyaların daha xoşagəlməz proqnozu olduğu üçün, daha yüksək antiviral müalicəyə ehtiyac duya bilər. VZV ilə bağlı kəskin retinal nekrozun daha xoşagəlməz nəticəsinin səbəbi, ehtimal ki, virusun spesifik xüsusiyyətləri və / və ya yaşa bağlı dəyişikliklərlə əlaqədardır. KRN-in detallı patofiziologiyası hələ də qaranlıq qalsa da, bu latent virusların lokal olaraq yenidən aktivləşməsi səbəbindən olduğu hesab olunur. Aydın ki, müvəqqəti olaraq yatırılmış VZV əsaslı T limfositlərinin tapılması ilə təsdiq olunan immun cavab KRN-də mühüm rol oynayır. HIV-neqativ şəxslərdə CMV mənşəli KRN nadir hallarda olsa da rast gəlinməsi problemə diqqət tələb edir. Hətta ağıl yaş, diabet və qeyri-sitotoksik immun terapiya ilə əlaqəli kifayət qədər məhdud immun disfunksiya belə, bunun əsas səbəbi olaraq göstərilir [14].

Kəskin ön üveitin 80%-i və xroniki ön üveit hadisələrinin 86%-i müvəffəqiyyətlə müalicə edildikdən sonrakı 3 ay müddətində yenidən residivə meyillidirlər. Ona görə də bəzi xəstələr terapiyanı saxlaya bilmir və peroral antiviral terapiya, topikal antiqlaukomatöz və QSİÖP preparatların davamlı dozası tələb oluna bilər. Ümumiyyətlə, düzgün diaqnoz qoyulub spesifik antiviral terapiya və yerli steroid və ya QSİÖP ilə müalicə olunarsa, viral ön üveitin proqnozu yaxşıdır [15]. Xəstəmizdə panuveit fonunda ön uveit də olduğu üçün aparılmış spesifik müalicə ön şöbədəki iltihabı, aktiv hüceyrələri, presipitatları da azaltmış və görmənin artmasına zəmin yaratmışdır.

Kəskin retinal nekrozun (KRN) tipik klinik əlamətləri ortaya çıxan kimi antiviral müalicəyə başlamaq lazımdır. VZV, HSV-1, HSV-2 və ya CMV-nin xəstəliyə səbəb olma rolunu ayırd etmək mümkün olduğundan, terapiya üçün aydın bir hədəf müəyyən edilir. Gözləndiyi kimi, heç bir randomizə olunmuş idarə oluna bilən tədqiqatlar mövcud deyil. Bununla belə, bu ölümcül ola bilən xəstəliyin öhdəsindən gəlmək üçün dəqiq bir müalicə strategiyası tələb edir. Asiklovirin mədə-bağırsaq traktından sorulma dərəcəsi əhəmiyyətli dərəcədə dəyişkən olduğu üçün, kəskin retinal nekrozda müalicə standartı olaraq Asiklovirin venadaxili yeridilməsi qalır [16]. Bizim xəstəmizdə də müraciət olunan kimi venadaxili antiviral müalicə başlamış və nəticədə uveal prosesin sönməsi, bulanmaların azalması və vaskulitin azalması müşahidə olunmuşdur.

VZV-yə yoluxma ehtimalı olan xəstələrdə daha yüksək Asiklovir konsentrasiyası seçilməlidir. Müalicənin oral formasına keçmədən əvvəl, venadaxili müalicə ən azı 7 gün davam etdirilməlidir. Asiklovir əsasən böyrəklər vasitəsilə xaric olunduğundan, böyrək funksiyası pozulmuş xəstələrdə qan dövranında yarımparçalanma dövrü uzanır və qan zərdabında konsentrasiyası daha da yüksəlir. Bu da böyrək üçün toksik ola bilər. Yaşlı xəstələrdə həm herpes zosterin (VZV) baş qaldırma ehtimalı daha yüksək olduğundan, həm də böyrək problemi ehtimalı olduğu üçün, bunu nəzərə almaq lazımdır [17]. Bizim xəstəmizdə də ilk venadaxili başladığımız antiviral müalicəni, per-os müalicə ilə davam etdirmişik. Həmçinin, xəstənin yanaşı xəstəliklərinin olması, anamnezlə və laborator göstəricilərin tədqiqindən sonra dərman seçimində və davamlılığında nəzərə alınmışdır.

Kəskin retinal nekrozda (KRN) steroidlərin rolu mübahisəli olaraq qalır. Kortikosteroidlərin KRN ilə əlaqəli şiddətli iltihab reaksiyasını azaltmaq üçün həm yerli, həm də sistemik olaraq istifadə edilə bilər. Bəzi müəlliflər antiviral müalicəyə başladıqdan 24-48 saat sonra oral kortikosteroidlərin əlavə edilməsinin tərəfdarıdır [18]. Xəstəmizdə vitriit və göz dibindəki vaskulit və ocaqların zəif azalmasını nəzərə alaraq xəstəyə antiviral müalicənin 14-cü günündən oral kortikosteroidlər də təyin edilmişdir ki, bu müalicədən sonra xəstədə gözdaxili iltihab əlamətləri sürətlə azalmışdır. Sistemli və ya intravitreal vurulmuş steroidlərin KRN yaranmasına təhrik etdiyi sənədləşdirilmiş bir çox hal var. Xəstəliyin ildırımsürətli təbiəti və proiltihab sitokinlərinin artmış tənzimlənməsi, gözdaxili iltihabın yatırılması əhəmiyyətli məna kəsb edir. Sistemik kortikosteroidlər (0.5-1 mq/kg/gün) xəstəliyin progressivləşməsini dəyişmək üçün təklif olunub. Xüsusən, intravitreal steroid inyeksiyası alan pasientlərdə daha yüksək retinal qopma tendensiyası müşahidə olunmuşdur. Müəlliflər bu korrelyasiyanın həmin ağırlaşmanın

daha çox ehtimalı və daha ağır zədələnməsi olan gözlərdə olduğunu ehtimal edirlər [19]. Bunları nəzərə alaraq xəstəməzə yalnız parabolbar, damcı və sistem steroidlər təyin olunmuş, intravitreal inyeksiyalar tətbiq olunmamışdır.

KRN – təcili diqqət və müalicə tələb edən çox ciddi xəstəlik olaraq qalır. KRN-da görmə proqnozunu təyin edən risk faktorları arasında düzgün diaqnozun gecikməsi, əsas infeksiya kimi VZV və okulyar mayedəki yüksək virus titri sayılır. Tərəddüdü proqnoza baxmayaraq, operativ sistemli və intravitreal antiviral müalicə görmə nəticələrinin yaxşılaşdırılması və ikinci gözün qorunması ilə nəticələne bilər [5]. Xəstəməzə apardığımız düzgün müalicə taktikası sayəsində zədələnmiş gözdə görmə itiliyi artmış və digər göz intakt olaraq qalmışdır.

Yekun

Viruslar kəskin və xroniki göz iltihabının etiologiyasında vacib rol oynayır. Fərqli virusların biologiyasını, yayılmasını və göz toxumalarında davamlılığını nəzərə alaraq müalicənin operativ, spesifik və uzun müddət davam etməsi lazımdır. Herpes viruslarının yüksək yayılması və yaşlılarda reaktivasiya riskini nəzərə alınaraq, profilaktik tədbirlərə üstünlük verilməlidir [5]. Çünki baş vermiş korluq tibbi problemlə yanaşı, əlillik törədib xəstənin həyat keyfiyyətini azaldıb, sosial problem də yaratmış olur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Kinchington, P.R. Herpes simplex virus and varicella zoster virus, the house guests who never leave / P.R.Kinchington, A.J.Leger, J.M.Guedon, R.L.Hendricks // *Herpesviridae*, – 2012, 3(1), – p.5.
2. Кацнельсон, Л.А. Увеиты (клиника, лечение). Изд. 2-е, переработанное и дополненное / Л.А.Кацнельсон, В.Э.Танковский // М., 4-й филиал Воениздата, – 2003, – с.290.
3. Feyziyeva, K.V. Herpes virusu və koronavirus-2nin (COVID-19) oftalmoloji xəstəliklərdə ümumi cəhətləri (ədəbiyyat icmalı) // *Azərbaycan Oftalmologiya Jurnalı*, – 2021, №1(36), – s.86-94.
4. Tugal-Tutkun, I. Review for disease of the year. Varicella zoster virus-induced anterior uveitis / I.Tugal-Tutkun, L.Cimino, Y.A.Akova // *Ocul. Immunol. Inflamm.*, – 2018, 26, – p.171–177.
5. Pleyer, U. Current aspects on the management of viral uveitis in immunocompetent individuals / U.Pleyer, S.P.Chee // *Clin. Ophthalmol.*, – 2015, 9, – p.17–28.
6. Cochrane, T.F. Acute retinal necrosis in the United Kingdom: results of a prospective surveillance study / T.F.Cochrane, G.Silvestri, C.McDowell, B.Foot, C.E.McAvoy // *Eye*, – 2012, 26(3), – p.370–377.
7. Winterhalter, S. Acute retinal necrosis – a national survey in Germany / S.Winterhalter, A.Joussen, U.Pleyer [et al.] // *In press*, – 2015.
8. Takase, H. Development and validation of new diagnostic criteria for acute retinal necrosis / H.Takase, A.A.Okada, H.Goto [et al.] // *Jpn. J. Ophthalmol.*, – 2015, 59(1), – p.14–20.
9. Anthony, C.L. Advances in the Diagnosis and Management of Acute Retinal Necrosis / C.L.Anthony, J.C.Bavinger, S.Yeh // *Ann Eye Sci.*, – 2020 Sep. 5, – p.28.
10. Holland, G.N. Standard diagnostic criteria for the acute retinal necrosis syndrome. Executive committee of the American Uveitis Society // *Am. J. Ophthalmol.* – 1994, 117(5), –p.663–667.
11. Касимов, Э.М. Исследование электрофизиологических особенностей герпесвирусных увеитов и их осложнений / Э.М.Касимов, М.Г.Гулиева, С.Н.Оруджева // *Azərbaycan Oftalmologiya Jurnalı*, – 2021, 2(37), – s.41-51.

12. Feyziyeva, K.V. Viral uveitlərin laborator diaqnostika metodları (ədəbiyyat icmalı) / K.V.Feyziyeva, N.M.Rüstəmovə // Azərbaycan Oftalmologiya Jurnalı, – Bakı, – 2021, №(38), – s.
13. Okunuki, Y. Four cases of bilateral acute retinal necrosis with a long interval after the initial onset / Y.Okunuki, Y.Usui, T.Kezuka [et al.] // Br. J. Ophthalmol., – 2011, 95, – p.1251–1254.
14. Schneider, E.W. Chronic retinal necrosis: cytomegalovirus necrotizing retinitis associated with panretinal vasculopathy in non-HIV patients / E.W.Schneider, S.G.Elner, F.J.Van Kuijk [et al.] // Retina, – 2013, 33, – p.1791–1799.
15. Sobolewska, B. Long-term oral therapy with valganciclovir in patients with Posner-Schlossman syndrome / B.Sobolewska, C.Deuter, D.Doycheva, Zierhut M.Graefes // Arch Clin. Exp. Ophthalmol., – 2014, 252(1), – p.117–124.
16. Tomohito, S. Viral Loads in Ocular Fluids of Acute Retinal Necrosis Eyes Infected by Varicella-Zoster Virus Treated with Intravenous Acyclovir Treatment / S.Tomohito, W.Yamamoto, A.Tanaka [et al.] // J. Clin. Med., – 2020 Apr. 22, 9(4), – p.1204.
17. Harada, Y. Requirement of longer term antiviral therapy in patients with cytomegalovirus anterior uveitis with corneal endothelial cell damage / Y.Harada, K.Fukuda, A.Nakahira, K.Tada, T.Sumii, A.Fukushima // Clin. Ophthalmol., – 2018, 12, – p.1311–6.
18. Shantha, J.G. Advances in the management of acute retinal necrosis / J.G.Shantha, H.M.Weissman, M.R.Debiec, Tays Albini, S.Yeh // Int. Ophthalmol. Clin., – 2015, 55(3), – p.1–13.
19. Wong, R.W. Emerging concepts in the management of acute retinal necrosis / R.W.Wong, J.M.Jumper, H.R.McDonald [et al.] // BJ. Ophthalmology., – 2013, 97(5), – p.545–552.

Müəlliflərin iştirakı:

Tədqiqatın anlayışı və dizaynı: Feyziyeva KV., Rüstəmbəyova G.R.

Materialın toplanması və işlənməsi: Feyziyeva K.V., Rüstəmbəyova G.R.

Mətnin yazılması: Feyziyeva K.V.

Redaktə: Rüstəmovə N.M., Feyziyeva K.V.

Müəllif münafiqələrin (maliyyə, şəxsi, peşəkar və digər maraqları) olmamasını təsdiqləyir**Korrespondensiya üçün:**

Feyziyeva Könül Vaqif qızı, akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin “Müalicə-reabilitasiya və gözün yoluxucu xəstəlikləri” şöbəsinin həkim-oftalmoloqu

Email: kenulv@yahoo.com