
as well as polyhexamethylene biguanide, are effective against staphylococcal infections but insufficiently effective in cases of contact lens contamination with *E. coli*.

Інфекційна виразка рогівки у користувача контактних лінз на фоні системної ретиноїдної терапії: клінічний випадок

Грозова М.О., Дрожжина Г.І.

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

Актуальність. Інфекційні ураження рогівки залишаються однією з провідних причин зниження зору у світі, особливо серед пацієнтів працездатного віку. Кератит становить значну частку причин офтальмологічної інвалідизації, особливо в країнах із середнім рівнем доходу.

Носіння м'яких контактних лінз є одним із ключових модифікованих факторів ризику розвитку мікробного кератиту та виразки рогівки. За сучасними даними, щорічна захворюваність на контакт-лінз-асоційований кератит становить у середньому 2–5 випадків на 10 000 користувачів, при цьому для пролонгованого носіння ризик зростає до 20 випадків на 10 000.

Мета. Проаналізувати клінічний перебіг та результати лікування виразки рогівки, асоційованої з носінням МКЛ.

Матеріали і методи. Представлено клінічний випадок пацієнтки 26 років з виразкою рогівки правого ока на тлі носіння МКЛ. Проведено стандартне офтальмологічне обстеження та мікробіологічне дослідження виділень з кон'юнктивальної порожнини.

Результати. Пацієнтка 26 років відзначила появу дискомфорту, почервоніння, світлобоязні та сльозотечі в правому оці після того, як заснула в м'яких контактних лінзах. Протягом двох діб за медичною допомогою не зверталася.

У зв'язку з прогресуванням симптомів в нічний час викликала бригаду екстреної медичної допомоги, якою була госпіталізована до однієї з лікарень м. Києва. Через добу, з огляду на тяжкість стану, пацієнтку було направлено до ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» для подальшого спеціалізованого лікування.

При надходженні: Vis OD: 0,005 н/к; Vis OS: 0,8 н/к Праве око: світлобоязнь, сльозотечіння, слизово-гнійні виділення. Кон'юнктива гіперемована, центральна виразка рогівки, набряк та помутніння навколишньої строми. Передня камера середньої глибини, волога мутна, гіпопійон 2 мм. Зіниця вузька, малорухома. Глибші середовища під фльором. Ліве око: передній відрізок без патологічних змін, периферичні дистрофічні вогнища на сітківці. Внутрішньоочний тиск в обох очах пальпаторно в межах норми.

Мікробіологічне дослідження виділень з кон'юнктивальної порожнини: *Staphylococcus haemolyticus*. Також відомо, що пацієнтка тривалий час отримувала системну терапію ретиноїдами з приводу акне.

Встановлено діагноз: Праве око – виразка рогівки бактеріальної етіології (наслідок носіння МКЛ), гіпопійон. Міопія високого ступеню. Ліве око – міопія високого ступеню. Стан після лазерної корекції зору. ПДС.

Пацієнтці було призначено інтенсивну комплексну терапію. За узгодженням з дерматологом відмінено прийом системних ретиноїдів. Інтиляції: хлоргексидин 0,02%, флюконазол, моксифлоксацин, гентаміцин 1/2, протинабряковий засіб, декспантенол, цирекс, тімолол, гіалуронова кислота з трегалозою, стрептоцидова мазь 0,25%, дексаметазон 1/9. С/к ін'єкції: дексаметазон, гентаміцин, гепарин, тіатріазолін по 0,3 мл; в/м ін'єкції: мелоксікам 1,5; в/в ін'єкції: левофлоксацин 2,5 мг, орнідазол 5 мг, флюконазол 100,0 № 7

Стан очей при виписці: Vis OD: 0,05 cc sph – 13,0D = 0,35; Vis OS: 1,0. Праве око: спокійне. Рогівка епітелізована, центральне помутніння на місці інфільтрату. Передня камера середньої глибини. Кришталик прозорий. Рожевий рефлекс з очного дна. Сітківка прилежить.

Висновки. Виразка рогівки, асоційована з носінням МКЛ, характеризується агресивним перебігом із швидким ураженням центральних відділів рогівки та високим ризиком стійкого зниження зору. Досягнення клінічного ефекту можливе лише за умов раннього призначення повноцінної комплексної терапії, що включає етіотропний, протизапальний та репаративний компоненти. Застосування системних ретиноїдів може призводити

до порушення стабільності слізної плівки та зниження бар'єрної функції епітелію рогівки, що підвищує вразливість до інфекційних уражень. Використання комбінованого підходу дозволяє локалізувати інфекційний процес, прискорити епітелізацію та зменшити вираженість неоваскуляризації.

Infectious corneal ulcer in a contact lens wearer on systemic retinoid therapy: a clinical case

Hrozova M. Drozhzhyna G.I.

Odesa, Ukraine

Infectious corneal ulcers remain a leading cause of visual impairment worldwide, particularly among working-age patients. Contact lens wear is a major modifiable risk factor for microbial keratitis. This report presents a clinical case of a 26-year-old female with a bacterial corneal ulcer of the right eye associated with soft contact lens wear and systemic retinoid therapy. The patient developed symptoms after sleeping in contact lenses and delayed seeking medical care for two days, which led to disease progression. On admission, visual acuity was 0.005 in the right eye, with signs of severe keratitis and hypopyon. Microbiological examination revealed *Staphylococcus haemolyticus*. The patient received intensive combined therapy, including topical and systemic antimicrobial, anti-inflammatory, and reparative treatment; systemic retinoids were discontinued. As a result, inflammation resolved, corneal epithelialization was achieved, and visual acuity improved to 0.35 with correction, although central corneal opacity persisted. This case highlights the aggressive course of contact lens-associated corneal ulcers and emphasizes the importance of early diagnosis and prompt comprehensive treatment. Systemic retinoid therapy may contribute to ocular surface instability and increase susceptibility to infectious complications.

Очна розацеа. Важко діагностувати, непросто лікувати

Деряпа І. В., Чеверда О. І.

ЄвроЗір+ (Київ, Україна)

Актуальність. Очна розацеа є поширеним захворюванням поверхні ока. Розповсюдженість її, по даним різних авторів, сягає в середньому 5,5% серед світлошкірого населення. Але діагностика ocular rosacea доволі важка, оскільки не існує специфічних критеріїв і постановка діагнозу часто базується на особистому досвіді офтальмолога, особливо у пацієнтів без наявних шкірних проявів.

Лікування очної розацеа є тривалим, комплексним і часто потребує зміни звичного способу життя пацієнтів. Публікації в