

НЕ ЗАБУВАЄМО ПРО СТАРОДАВНІ ХВОРОБИ - ВИПАДОК ТРАХОМИ У ХХІ СТОЛІТТІ

Боброва Н. Ф., Сорочинська Т. А., Шилик А. В.

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

Актуальність. Трахома - інфекційне захворювання очей, що викликається *Chlamydia trachomatis*. Це є серйозною проблемою зі здоров'ям у бідних країнах. Африка, деякі регіони Близького Сходу, Індійського субконтиненту, Південно-Східної Азії та Південної Америки сьогодні демонструють найвищу поширеність захворювання в наші часи. [Polack S, 2005; Ahmad B, Patel BC, 2022].

У країнах СНД та Європі в даний час випадки трахоми практично не зустрічаються, що пояснюється загальним поліпшенням рівня життя та впровадженням превентивних заходів.

Тому клінічний випадок виявленої нами трахоми у дитини в Україні представляє діагностичний інтерес для офтальмологів через рідкісність цієї інфекційної патології в теперішній час.

Ціль роботи. Проаналізувати клінічний перебіг та результат лікування трахоми у дитини.

Матеріал та методи. Батьки дитини Ц., 2009 р.н. (12,8 р.) звернулись до відділу дитячої офтальмопатології ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» 11.11.2021 р. зі скаргами на сльозотечу, світлобоязнь, почервоніння обох очей. Із анамнезу відомо, що скарги вперше з'явилися влітку 2020р. після купання в морі. За місцем мешкання (м. Полтава), в офтальмологічному відділенні проведено курс консервативної терапії з приводу герпетичної інфекції обох очей. Дослідження на інфекції TORCH групи виявило незначне підвищення титрів IgG до вірусів герпетичної групи (антитіла IgG до вірусу герпесу до HSV 1/2 - 4,06 КП, антитіла IgG до CMV 1,22 КП). Позитивна динаміка після проведеної терапії не відзначалась. Дитину було направлено до Інституту для обстеження та визначення подальшої тактики лікування.

Результат. При надходженні на обох очах блефароспазм. Обидва ока — лагофтальм. Край повік нерівномірно потовщений. Кон'юктива верхньої повіки з рубцевими змінами та жовто-рожежевими зернами по типу трахоматозних, гіперемована, виражена ін'єкція кон'юктиви очного яблука. Неоваскуляризація лімбу по всьому колу з вrostанням в нижній половині до середини рогівки. Рогівка набрякла, точково поверхнево профарбовується у верхній половині. Всі ознаки більш виражені на лівому оці. Передня камера середньої глибини, волога прозора. Кришталік та скловидне тіло прозорі.

Очне дно без видимої вогнищевої патології. Гострота зору правого ока - 0,85 н/к . Гострота зору лівого ока - 0,5 н/к. VOT обох очей пальпаторно – норма.

За даними клінічного обстеження запідозрено трахоми обох очей, яка була підтверджена лабораторним дослідженням зішкрібу з кон'юнктиви обох очей — виявлені тільки Провачека внутрішньоклітинно.

За даними комплексного діагностичного обстеження встановлено діагноз: Обидва ока - Трахома III стадії. Блефарит. Кератокон'юнктивіт. Трахоматозний панус рогівки.

Проведена специфічна місцева та загальна терапія. Специфічна антибактеріальна терапія, яка включала в себе інстиляції крапель азитроміцина, тетрациклінову мазь, п/б ін'єкції амікацину, азитроміцин системно. Санація та масаж повік з видаленням трахоматозних зерен. Враховуючи зменшення ознак запалення, додано розсмоктуючу терапію (п/б ін'єкції гепарину та емоксипіну).

При виписці стан повік значно покращився, ознаки запалення відсутні. Деформація та скорочення хрящових пластинок верхніх повік. Кон'юнктива верхніх повік з рубцевими змінами, фолікулів немає. Очі спокійні. Незначна залишкова неоваскуляризація лімбу в нижньому відділі. Центральне помутніння рогівки з запустілими судинами, з ділянками ущільнення на лівому оці значно розсмокталось під впливом лікування.

При повторному зверненні через 2 місяці:

Гострота зору правого ока - 0,85 н/к. Гострота зору лівого ока - 0,7 н/к. VOT обох очей пальпаторно – норма.

Біомікро- та офтальмоскопія:

На обох очах лагофталм. Стан повік значно покращився, ознаки запалення відсутні. Деформація та скорочення хрящових пластинок верхніх повік, за рахунок чого зберігався невеликий лагофталм 1-2 мм. Кон'юнктива верхніх повік з рубцевими змінами, фолікулів немає. Очі спокійні. Незначна залишкова неоваскуляризація лімбу в нижньому відділі. Центральне помутніння рогівки з запустілими судинами, з ділянками ущільнення на лівому оці значно розсмокталось під впливом лікування. Передня камера середньої глибини, волога прозора. Внутрішньоочні середовища прозорі. Очне дно без видимої вогнищевої патології.

При контрольному лабораторному дослідженні зішкрібу з кон'юнктиви верхньої повіки тільки Провачека внутрішньоклітинно не виявлені, що свідчить про елімінацію збудника та купування активного інфекційного процесу.

З метою зменшення наслідків трахоми у вигляді рубцевих змін повік, проведена місцева розсмоктуюча, трофічна терапія.

Висновки. Не дивлячись на те, що трахома є нетиповим захворюванням для України, потрібно завжди мати настороженість у повсякденній лікарській практиці щодо рідкісних захворювань, які призводять до серйозних ускладнень.

ПОШКОДЖЕННЯ ОКА ЧАПЛЕЮ У ДИТИНИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Боброва Н. Ф., Братішко О. Ю.

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

Актуальність. Травма органу зору у дитячому віці є основною причиною монокулярної сліпоти, що становить від 30% до 60% усієї дитячої офтальмопатології. Пошкодження ока, спричинені пораненням дзьобом птиці, спостерігаються досить рідко – в літературі описано менше 40 подібних випадків. Частіше подібні випадки стаються в сільському господарстві – півнями та курьми. Травмування ока чаплею описано в одиничному випадку Alkharashi S. (2019), що призвело до втрати зору у дорослого чоловіка внаслідок розвитку травматичної катаракти відшаруванням сітківки після імплантації ІОЛ і її дислокації у вітреальну порожнину.

Ціль. Вивчити клінічні особливості пошкодження очного яблука чаплею у дитини та надати результати лікування.

Матеріал та методи. Хлопець К. 10 років отримав проникаюче поранення правого ока чаплею-випь, котра клюнула дитину в око при спробі підняти пораненого птаха з землі. Дитину наступного дня було госпіталізовано до Центру дитячої офтальмології «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України». Ургентно було виконано первинну хірургічну обробку рани шляхом накладання швів на всю товщину рогівки (Боброва Н.Ф., 2013) з вправленням райдужної оболонки. Розпочато місцеву та системну антибактеріальну терапію.

Результати. Діагноз: Проникаюче поранення рогівки з випадінням райдужної оболонки. Травматична колобома райдужної оболонки. Травматична катаракта із пошкодженням передньої капсули. Гострота зору правого ока знижена до 0,04 н/к. Ліве око – здорове, гострота зору = 1,0. УЗ-сканування ОД: передня камера мілка (1,6мм), КПК - 23°; у кришталику визначаються ущільнення низької ехогенності, товщина – 3,9 мм, передня капсула пошкоджена на 9 г. Циліарне тіло та сітківка прилягає.