
що показує регрес макулярного набряку. Спостереження продовжується.

Висновок. Даний кейс є черговою ілюстрацією патології органу зору на фоні серологічно підтвердженого інфікування *Borrelia burgdorferi*. Сподіваємося він зможе наблизити дослідників до висновків щодо зв'язку хвороби Лайма на проявів хоріоретиніту. Показовим виявилось застосування інстиляцій інгібітора карбоангідрази для контролю вторинного макулярного набряку на фоні регресу запального процесу.

A clinical case of bilateral chorioretinitis with serologically positive borreliosis complicated by cystic macular edema

Zborovska O. V., Kolesnichenko V. V., Dorokhova O. E., Horyanova I. S.

(Odesa, Ukraine)

Topicality. The question of whether *Borrelia burgdorferi* infection is a direct cause of chorioretinal inflammation remains controversial. This clinical case illustrates the establishment of the diagnosis after exclusion of a number of other etiological factors. Case presentation. Patient K., 39 years old, military. In June 2022, complaints of eye redness, decreased visual acuity, distortion of lines. Complaints of weakness, an increase in body temperature up to 37.5 and headache. Visus OD 0.8 OS 0.9, intraocular pressure OU 14/15. On the fundus there are diffuse chorioretinal foci. ANA - not detected, ANCA - not detected, antibodies to *Treponema Pallidum* - not detected, antibodies to HIV 1/2 - not detected. ABP to *Borrelia burgdorferi*. IgM blot is positive in most indicators. Treatment was started. Macular edema persisted. Instillations of carbonic anhydrase inhibitors, added to the treatment. On follow-up after 6 weeks, Visus OU 1.0, IOP OU 16/14. He has no complaints. On OCT images, the macular edema of OU is almost completely regressed. Conclusion. This case is another illustration of the pathology of the organ of vision against the background of serologically confirmed *Borrelia burgdorferi* infection.

Випадок мезодермальної дистрофії райдужки

Коновалова Н. В.^{1,2}, Гузун О. В.², Ковтун О. В.¹

¹ Одеський Національний медичний університет,

² ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМНУ» (Одеса, Україна)

Актуальність. Іридоциліарні дистрофії — група захворювань райдужки і цилиарного тіла з неясною етіологією, в основі патогенезу за даними різних авторів лежить нейродистрофічний процес увеопатії. Існує також думка, що в основі увеопатій на ранніх

стадіях лежить в'ялий хронічний запальний процес, до якого в пізній стадії приєднується дистрофічний компонент. Характерною рисою увеопатій при цьому автори вважають аутоімунізацію і аутосенсибілізацію до різноманітних структурних оболонок ока (увеоретинальним антигеном). Есенціальна прогресуюча мезодермальна дистрофія райдужки і рогівки. Як правило, це одnobічний процес. Характерні ознаки: атрофія мезодермального листка райдужки, зміна форми зіниці (грушоподібна), полікорія, до аніридії; деформація відростків циліарного тіла; дистрофія ендотелію рогівки; гоніосінехії — грубі, розповсюджуються на весь периметр зіниці; зіниця зміщується в бік гоніосінехій; перебіг повільний, в пізніх стадіях приєднується глаукома і катаракта. Звертає на себе увагу важкий перебіг глаукоми; медикаменти не завжди допомагають, ефект від операцій тимчасовий.

Матеріал та методи. Хворий Т., 57 років, надійшов з діагнозом есенціально-мезодермальної дистрофії райдужної оболонки, вторинної глаукоми лівого ока. Період спостереження становив 26 років. Основні скарги на час вступу: зниження і періодичне затемнювання зору, болю характеру, що ламає, в лівому оці. Сімейний анамнез не обтяжений. З поданих документальних даних хворий спостерігався офтальмологом за місцем проживання з приводу увеїту лівого ока неясного генезу протягом двадцяти п'яти років, до інституту було направлено у зв'язку з розвитком вторинної глаукоми для вирішення питання про подальше лікування.

Гострота зору правого ока = 1,0 н/к. VOT 21,0 мм рт.ст.

Гострота зору лівого ока = 0,02 н/к. VOT 36,0 мм рт.ст.

Поля зору: правого ока в нормі, лівого ока: звуження полів зору до 10-15 від точки фіксації. Біомікроскопія обох очей: очні яблука спокійні, набряк ендотелію рогівки на лівому оці, дрібнодисперсна преципітація переважно у нижніх і центральних відділах. Зміна кольору райдужної оболонки зі зміщенням палітри у бік білого, ділянки витончення мезодермального листка, зіниця лівого ока неправильної форми, виворот заднього пігментного листка лівого ока, полікарія. Локальний фіброз. Кришталік та склоподібне тіло прозорі. Очне дно правого ока: невелика декларація диску зорового нерва з носового боку, осередкової патології не виявлено. Очне дно ліве око: глаукоматозна екскавація до 0,8 ДД зорового

нерва, осередкової патології не виявлено. Гоніоскопія: кут передньої камери закритий: периферичні синехії та розростання фіброзної тканини у куті передньої камери на різному протязі.

Призначене лікування: антиглаукоматозні краплі дорзоламід (інгібітор карбонангідрази по 1 краплі 3 рази на добу постійно. З метою нейропротекції використовували Цитиколін, вітаміни групи В.

Результати. Під впливом проведеного лікування

Гострота зору правого ока = 1,0 н/к. VOT 21,0 мм рт.ст.

Гострота зору лівого ока = 0,02 н/к. VOT 23,0 мм рт.ст.

Поля зору та стан переднього відрізка ока та очного дна: без змін.

Висновки. Таким чином, описаний клінічний випадок демонструє типовий перебіг рідкісного різновиду іридокорнеального ендотеліального синдрому мезодермальної дистрофії райдужки. Зниження внутрішньоочного тиску та стабілізація зорових функцій може бути досягнута призначенням гіпотензивної терапії, спрямованої на пригнічення продукції камерної вологи, але, на жаль, має тимчасовий характер. Подальше лікування хворого стабілізація зорових функцій може бути досягнута поєднанням операції фістулізуючого типу та гіпотензивної терапії.

Косий диск зорового нерва і відшарування пігментного епітелію

Мойсеєнко Н. М.

Івано-Франківський національний медичний університет (Івано-Франківськ, Україна)

Представляємо випадок, пацієнта Т., 32 років, який звернувся на консультацію у зв'язку з погіршенням зору лівого ока, яке спостерігає впродовж 3 місяців.

При огляді у листопаді 2022 гострота зору правого ока з корекцією 1,0, лівого ока – 0,3.

Поле зору (neurological test, Medmont Studio, Version 6.2.7.1) – двосторонні множинні скотоми в центральній частині. Середній поріг чутливості правого ока був знижений до -3,09 dB, а лівого ока – до -5,96 dB, $p < 0.05$.