

Під час збору анамнезу було встановлено, що за останні 5 років пацієнтка періодично звертала увагу на невеликі виразки в ротовій порожнині. Самостійно пов'язувала їх появу з відвідуванням стоматолога, хоча звернула увагу, що за останні 2 роки виразки з'являлися частіше і не лише в період стоматологічного лікування. Встановлено діагноз – афтозний стоматит. Регрес виразок відбувався після кількадевного використання антисептичних розчинів для ротової порожнини. При подальшому спілкуванні виявилось, що у пацієнтки є вірменські корені по лінії батька. На шкірі гомілок при пальпації виявлено декілька ущільнень, що мали темнувате забарвлення. Пацієнтка не змогла відповісти з якого часу вони присутні на шкірі. Проведено дообстеження. Антитіла до ВІЛ 1/2 – негативні, антитіла до вірусних гепатитів – негативні. КТ легень – залишкові зміни після запального процесу неспецифічного характеру. Квантіфероновий тест – негативний. МРТ головного мозку – незначні судинні зміни неспецифічного характеру. Враховуючи вся зібрані дані та дані огляду, припущено хворобу Бехчета як етіологію усіх встановлених змін. Проведено пробу патергії – негативна. Призначено лікування – місцево параокулярні ін'єкції глюкокортикостероїдів, системно – метилпреднізолон з 64 мг/добу за схемою зниження та неспецифічна протизапальна терапія. У грудні 2023 пацієнтка виписана з покращенням, Visus OD – 0,4 н/к, OS – pr. lucis incertae, н/к. Через місяць на плановому огляді відмічалась ремісія увеїту, Visus OD – 0,5 н/к, OS – pr. lucis incertae, н/к., суб'єктивно зі слів хворої якість зору значно покращилась, за узгодженням із ревматологом та неврологом після дообстежень до лікування додано метотрексат 15 мг/тиждень. Спостереження продовжується.

Висновок. Даний клінічний випадок ілюструє, наскільки важливо детально збирати анамнез та враховувати етнічну приналежність пацієнта. У випадках рецидивуючого запалення очей необхідно встановити етіологію захворювання та взяти під контроль процес запалення шляхом призначення терапії, перш ніж звертатися до будь-якого хірургічного лікування.

НЕЙРОПРОТЕКТОРНА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ПЕРЕДНЬОГО УВЕЇТУ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Зборовська О.В., Молчанюк Н.І., Дорохова О.Е., Горянова І.С.

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

Актуальність. Передній та середній неінфекційні увеїти (аутоімунні) – це значна група увеїтів (біля 40%), що проявляються при системних захворюваннях. При тяжкому та хронічному перебігу увеїту можуть розвиватись такі ускладнення як набряк зорового нерва (ЗН) та макулярний набряк, що може призводити до значної втрати зору та інвалідності.

Мета. Дослідити ультраструктуру судинної і сітчастої оболонки ока кролів при неінфекційному передньому і середньому увеїтах без лікування та з використанням нейропротектора.

Матеріали та методи. 1 група (2 кролі) – моделювання аутоімунного увеїту за допомогою нормальної кінської сироватки із попередньою внутрішньовенною сенсibilізацією (1,0 мл протягом 5 днів) та введенням провокуючої дози інтравітреально (0,1 мл через 10 днів після сенсibilізації). 2 група (2 кролі) – на фоні модельованого увеїту тварини отримували цитіколін по 0,2 мл внутрішньом'язово щоденно, протягом всього періоду спостереження. Клінічний перебіг увеїту у тварин обох груп контролювався за допомогою офтальмоскопії та біомікроскопії. Експеримент проводили з виконанням етичних норм, передбачених «Європейською конвенцією про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментальних та інших наукових цілей» (Страсбург, 1986). Вивчалась ультраструктура хоріокапілярів (ХК) та сітківки кролів через 55 діб після введення провокуючої дози.

Результати. Через 55 днів після модельованого увеїту ультраструктура частини ЕК ХК з альтеративними змінами, частина з активацією метаболічних процесів. Сполучна тканина хоріоїдеї з осередковими ознаками набряк, що вказує на підвищену проникність ЕК судин. В сітківці шар ПЕС з елементами метаплазії клітин. ФК, інші нервові клітини та їх відростки зустрічаються поодинокі в сітківці і перебувають в патологічному стані. Вся сітківка, до шару ПЕС, вивпнена відростками МЮК.

Застосування нейропротектора (цитіколіну) на протязі 55 днів при неінфекційному увеїті активує внутрішньоклітинні компенсаційно-відновні процеси в ЕК ХК та в сітківці, що призводить до відновлення їх ультраструктури або до зменшення в клітинах проявів альтеративних змін. В сітківці, зокрема, шари збережені, але ще в частині клітин та у їх відростках проявляються явища гідропічної дистрофії. Найбільш значні її прояви відносяться до внутрішнього сітчастого шару та у зовнішніх шарах сітківки спостерігаються ознаки екстраклітинного набряку.

Висновки. 1. Через 55 днів після модельованого увеїту в ХК відбуваються активні метаболічні процеси в більшості ЕК та гідропічна дистрофія окремих ЕК з локальним набряком в сполучній тканині, що вказує на порушення проникності плазмолемі даних клітин. В сітківці визначаються явища гліозу до шару ПЕС, клітини якого знаходяться в патологічному стані. 2. Через 55 днів після прийому нейропротектора (цитіколіну) при неінфекційному увеїті збережена ультраструктура ХК та сітківки, зменшений набряк в структурах даних тканин та посилені метаболічні процеси в них, але осередково ще залишається набряк.