
pressing on the structure, there was no release from it. No specific research methods were used to diagnose molluscum contagiosum, as the presence of follicles on the conjunctiva of the eyelid made it possible to differentiate this disease from possible oncopathologies and to suspect a viral etiology. Surgical removal with additional antiviral therapy was performed to prevent a recurrence.

Неоваскулярна глаукома при синдромі Стерджа-Вебера. Клінічний випадок.

Гузун О.В., Насінник І.О., Кустрін Т.Б., Невська А.О., Король А.Р.

ДУ «Інститут ОХ і ТТ ім.В.П.Філатова НАМН України» (Одеса, Україна)

Актуальність. Синдром Стерджа-Вебера або енцефалотригемінальний ангиоматоз є неуспадкове вроджене захворювання, що характеризується неврологічними, шкірними та очними аномаліями. (Baselga E. 2004). Патогенез винної плями досі повністю не вивчений, але він пов'язаний з прогресуючою ектазією поверхневої шкірної судинної мережі (Epert E. M., 2000; Smoller B. R., 1986).

Винна пляма зазвичай вражає очні та верхньощелепні гілки трійчастого нерва, що пов'язано з різними очними ускладненнями (Enjolras O., 1985). Раніше повідомлялося про глаукому, хоріоїдальну гемангіому, відшарування сітківки, макулярний набряк і венозну обструкцію сітківки у пацієнтів Sturge-Weber (Mantelli F., 2016). Також повідомлялося про комбіновану оклюзію циліоретинальної артерії та геміретинальну оклюзію вени при даному синдромі (Hayreh S.S., 2008).

Глаукома, яка пов'язана з цим синдромом, є загальною ознакою і може спостерігатися в 50-70% випадків (Weinreb N.R., 2013). Глаукома виникає через дисгенезію кута та/або підвищеного епісклерального венозного тиску, тому глаукома може бути рефрактерною, а лікування в деяких випадках утруднене (Pillai M.R., 2017).

Клінічний випадок. У відділення лазерної мікрохірургії ока звернувся пацієнт Б. 32 роки с синдромом Стерджа-Вебера з погіршенням зору та періодичним болем на правому оці.

Шкіряні ознаки. Під час огляду було відзначено полум'яний невус (винну пляму) на правій стороні обличчя, шиї.

У пацієнтів з синдромом Стерджа-Вебера принципові відмінності включають збільшення розширених тонкостінних капілярів і

венул, розташованих переважно у верхньому сегменті ретикулярної дерми.

Очні прояви. У 50% випадків уражається око. Очний кровообіг може змінюватися. Підвищена васкуляризація бульбарної кон'юнктиви правого ока зі значно розширеними та звистими судини внутрішнього відділу до лімба.

Максимально коригованою гостротою зору (BCVA) (ETDRS) був рахунок пальців (count fingers) для правого ока та 20/20 для лівого ока. Внутрішньоочний тиск (ВІТ) становив 34,0 мм рт. ст. у правому оці та 18,0 мм рт. ст. у лівому оці. При гоніоскопії на обох очах кути передньої камери відкриті. Офтальмоскопія показала прозорі середовища, на очному дні диск зорового нерву блідий, з глаукоматозною екскавацією 2/3 ДЗН. При ультразвуковому дослідженні ознак хоріоїдальної гемангіоми не виявлено.

Лікування. В праве око: 1) дорзоламід/тимолол двічі на день, так як за даними літератури місцеві препарати зазвичай є терапією першої лінії для пацієнтів синдромом Стерджа-Вебера, у яких розвивається глаукома на пізніших етапах життя (Basler L., 2011); 2) діакарб 1 таб. – 2 рази на день 3 дні; 3) проведення ТСКК ЛЦК (2 сеанса) через день (ТСКК ЛЦК Nd-лазер з $\lambda=1,06$ мкм, з енергією 1,0 Дж, за стандартною методикою); 4) курс нестероїдних протизапальних засобів (інстиляції бромфенаку) по 1 краплі 3 рази/день на протязі 3 місяців, (який блокує синтез простагландинів із арахідонової кислоти шляхом інгібування циклооксигенази 1 і 2, що зменшує запалення та больову реакцію); 5) курс нейропротекторної терапії.

Результати через 3 місяці. Максимальна коригована гострота зору (BCVA) (ETDRS): OD - 20/320 (25 букв); OS - 20/20 (85 букв). ВІТ OD - 22,0 мм рт. ст. (знизився на 35%); OS - 18,0 мм рт. ст., режим гіпотензивних препаратів: дорзоламід/тимолол + бримонідин 2 р/день постійно в праве око.

Рівень абсолютного показника запального біомаркера CD54 у периферичній крові знизився на 44% (до 575 кл/мл) і відносний показник на 18% (до 23%) проте залишалися вищими за нормальні в 1,8 рази та в 1,2 рази відповідно.

Обговорення. Глаукома при синдромі Стерджа-Вебера може бути рефрактерною, а лікування в деяких випадках утруднене.

Медикаментозна терапія звичайно забезпечує довгостроковий контроль ВОР; При рефрактерній глаукомі потрібне хірургічне або лазерне втручання, щоб уникнути втрати зору.

Автори Almobarak F.A., (2023) показали повний успіх на п'яти очах (41,7%) та кваліфікований успіх на трьох очах (25,0%). При цьому в чотирьох очах (33,3%) лікування було безуспішним через неконтрольований ВОР, незважаючи на максимальну кількість антиглаукомних препаратів, тому була необхідність в додаткових втручаннях з приводу глаукоми для контролю ВОР.

Van Emelen і співавт. та інші ефективно та безпечно використовували циклодеструкцію як основний хірургічний варіант у поєднанні з місцевими препаратами у дітей.

Так і в нашому клінічному випадку пацієнт з синдромом Стерджа-Вебера та неоваскулярною глаукомою добре відреагував на циклодиструктивне втручання з гіпотензивною місцевою терапією та нейропротекцією покращенням клінічної картини, зменшення ВОР, запального процесу та покращення зорових функцій і якості життя.

Випадок двостороннього папіллофлебіту після COVID-19

Дурас І. Г., Сосніна А. А.

Харківський національний медичний університет, «Центр офтальмологічної діагностики «ЗІР» (Харків, Україна)

Актуальність. Повний спектр клінічних проявів, пов'язаних з вірусом COVID-19, до кінця не виявлений, оскільки часто описуються нові клінічні симптоми. В осіб із COVID-19 потрібно проявляти настороженість та оцінювати ризики мультисистемних тромбоемболічних подій.

Мета. Проаналізувати прояви, основні аспекти діагностики та лікування ураження органів зору у чоловіка 38 років, який раніше переніс інфекцію COVID-19.

Матеріал і методи. Пацієнту проведено стандартні офтальмологічні та специфічні методи дослідження, які включають візіометрію, тонометрію, периметрію, біомікроскопію, біомікрофтальмоскопію, оптичну когерентну томографію з ангиографією, комп'ютерну периметрію, тести на Covid 19.