

(по 10 пред'явлень кожного скла) до таких, що максимально переносяться; дитина при цьому повинна намагатися розглядати найдрібніші літери на таблиці для перевірки гостроти зору.

КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ ЛІКУВАННЯ АКАНТАМЕБНОГО КЕРАТИТУ

Середа К. В., Дрожжина Г. І.

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

Вступ. Акантамебний кератит (АК) відноситься до важкої патології ока, яка виникає в результаті інфікування рогівки людини амебами.

Мета. Представити випадки лікування акантамебного кератиту різного ступеня складності.

Матеріал та методи. Пацієнтка Д., 16 років, звернулася на 6-й день захворювання зі скаргами на почервоніння, слезотечу, світлобоязнь, біль обох очей. Відомо, що пацієнтка страждає на міопію середнього ступеня з приводу якої протягом останніх 3х років користується контактними лінзами «Парагон». 2 тижні тому пацієнтка купалася у басейні аквапарку та пірнала з відкритими очима. За місцем проживання було діагностовано герпетичний кератит. Хворий Ц., 62 років, звернувся зі скаргами на зниження зору, світлобоязнь, слезотечу, біль лівого ока. Відомо, що близько місяця тому після вмивання водою з криниці запалилося ліве око. Пацієнт проходив спочатку амбулаторне, потім стаціонарне лікування за місцем проживання, де йому було

виставлено діагноз – Акантамебний кератит на підставі ПЛР дослідження.

Результати. Хвора Д. при біомікроскопії – ерозія, округлі інфільтрати та набряк строми рогівки. Діагноз – Двохсторонній акантамебний кератит. Vis OD = 0,1 н/к Vis OS = 0,2 н/к. Призначено лікування: інстиляції специфічних антисептиків, противірусні, протигрибкові та протипротозойні препарати. Через два тижні стан ускладнився розвитком абсцесу рогівки з круговим потоншенням та сателітними вогнищами. У зв'язку з відсутністю позитивної динаміки в комплексі лікування було розпочато курс фотодинамічної терапії (ФДТ) з метиленовим синім та димексидом на обох очах. Через два місяці хвора була виписана у задовільному стані. Біомікроскопія – неінтенсивні помутніння рогівки, поверхня епітелізована. Vis OD = 0,3 cc sph – 3,75 Д=0,85. Vis OS = 0,3 cc sph – 3,75 Д=1,0. Хворий Ц. при біомікроскопії - абсцес рогівки, лізис рогівки 0,5мм до лімбу, передня камера відсутня, набухаюча катаракта. Діагноз - Абсцес рогівки з перфорацією акантамебної кератит. Набухаюча катаракта. Вторинна некомпенсована глаукома. Vis OC = pr certae. Хворому ургентно була проведена наскрізна кератоластика d = 9,0/9,5 мм з екстракапсулярною екстракцією катаракти з лікувально-тектонічною метою. У післяопераційному періоді хворий отримував протигрибкові та протипротозойні препарати. На момент виписки (20та доба) ОС - наскрізний трансплантат прозорий, адаптований вузловими швами, поверхня флюоресцеїном не фарбується. Передня камера глибока, афакія. ВОТ компенсовано краплями. Vis OC = 0,05 cc sph +10,0Д =0,1 с диафр 0,12. У зв'язку з карантинном пацієнт приїхав на повторний огляд через 6 місяців зі скаргами на почервоніння, біль, зниження зору на ОС. Vis OC = pr certae. При біомікроскопії - набряк

строми наскрізного трансплантата, часткова неспроможність вузлових швів з локальною ектазією пограничного кільця, виразка трансплантата. Передня камера глибока, мідріаз, афакія. ВГД підвищено. Виразка трансплантата прогресувала та через 2 тижні виникла перфорація рогівки, у зв'язку з чим була проведена лікувально-тектонічна кератоластика $d=12$ мм з одночасною субсклеральною синустрабекулектомією з базальною іридектомією та склеринклейзисом та частковою блефароррафією. Через місяць при біомікроскопії ОС – кон'юктива гіперемована, лізис лікувального трансплантату, перфорація, інфільтрація строми. Передня камера невелика, нерівномірна. Гіпотонія. $Vis\ OC = pr\ incertae$. За даними УЗ-дослідження – відшарування сітківки та ЦХВ. Хворому була проведена евісцерація очного яблука.

Висновки. Лікування акантамебного кератиту є складною проблемою офтальмологів по всьому світу. У першому випадку при ранньому зверненні та в результаті комплексного лікування із застосуванням антисептиків різного механізму дії, антимікотиків, амебоцидних препаратів, а також застосування ФДТ вдалося усунути запальний процес і відновити зір. Проте у другому випадку, у зв'язку з несвоєчасним початком амебоцидного лікування та незважаючи на комплексне етіопатогенетичне лікування і хірургічні втручання, зберегти око не вдалося.