

hypoxia or mechanical damage. Instead, biomicroscopy revealed keratic precipitates on the corneal endothelium, and positive ANA tests led to rheumatological assessment. Both patients were diagnosed with RA-associated uveitis and received systemic treatment, resulting in inflammation regression and restored visual acuity. Neither resumed OK lens use post-treatment. These cases highlight the importance of differential diagnosis and a multidisciplinary approach in managing anterior uveitis in young OK lens users

Тактика лікування кератитів грибкової етіології (представлення клінічного випадку)

Середа К. В., Дрожжина Г. І.

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

Актуальність. Інфекційний кератит є серйозним захворюванням, яке щорічно призводить до більш ніж 1,5-2 мільйонів нових випадків повної втрати зору або односторонньої сліпоти. Грибковий кератит є ургентною, небезпечною інфекцією ока, більш поширеною в тропіках та країнах, що розвиваються, і може становити до 67% усіх випадків інфекційного кератиту. Було виявлено, що в цих кліматичних умовах переважаючими збудниками є нитчасті гриби, а найпоширенішим фактором ризику є травма. Філаментний грибковий кератит часто призводить до виразки, перфорації рогівки та сліпоти.

Презентація випадку. Хвора Ц., 53 р., звернулась до відділення мікрохірургічного лікування патології рогівки зі скаргами на почервоніння, біль, сльозотечу, зниження гостроти зору на правому оці. Відомо, що хвора є носієм МКЛ з приводу міопії високого ступеня. 2 тижні тому, провела невчасно заміну МКЛ та відмітила почервоніння ока. На прийомі у за місцем проживання було встановлено діагноз: Герпетичний кератит? Акантамебний кератит? та призначені антибактеріальні, протипротозойні та нестероїдні протизапальні краплі. При надходженні в наш стаціонар - кон'юнктива гіперемована, субтотальний абсцес рогівки з дифузною інфільтрацією строми до лімба на 6 год. Vis OD = 0,08 cc sph-6,0Д = 0,85. Vis OS =pr l certae. Проведена конфокальна мікроскопія рогівки, що виявила багаточисельні лінійні грибкові філаменти на всю товщу строми. У хворой діагностовано: Грибковий абсцес рогівки

з потоншенням, загрозу перфорації після носіння МКЛ з вторинною гіпертензією та міопію обох очей високого ступеня. Призначене лікування включало інстиляції хлоргексидину, флуконазолу, воріконазолу, гіпотензивних препаратів; per os тербінафін, орнідазол; в/в інстиляції воріконазолу а також курс фотодинамічної терапії з субкон'юнктивальним введенням метиленового синього. У зв'язку з різким потоншенням рогівки на 7-му добу лікування хворій була проведена наскрізна терапевтична кератопластика d=7,5/8,0мм. Під час хірургічного втручання шари рогівки та вміст передньої камери було відправлено для мікробіологічного дослідження, яке виявило – *Aspergillus flavus*, резистентний до всього переліку наявних протигрибкових препаратів. На 7му добу після операції було відмічено появу інфільтративної плівки поза трансплантатом. Через два тижні після операції у зв'язку з резистентністю інфільтрації передньої камери до лікування було проведено промивання передньої камери з факоаспірацією кришталікових мас та введенням 0,1мл воріконазолу. Післяопераційний період проходив без ускладнень. При виписці зі стаціонару на 27му добу лікування – кон'юнктива рожева, наскрізний трансплантат адаптований вузловими швами, поверхня епітелізована, помірний набряк строми, передня камера середньої глибини, мідріаз, афакія. VOT пальпаторно у нормі. Vis OD = 0,08 cc sph-6,0Д = 0,85. Vis OS = 0,005 н/к

Висновки. Кератит, викликаний нитчастими грибами, такими як *Aspergillus*, при відсутності належного і своєчасного лікування, поступово переходить в ендодфальміт. У цих випадках гіфи поширюються по всій товщі рогівки і являють загрозу для ока. В описаному випадку ключову роль у лікуванні хворої відіграв комплексний підхід з своєчасним клінічним та мікробіологічним встановленням діагнозу, разом з проведенням ургентної кератопластики на фоні етіотропної терапії протигрибковими препаратами разом з курсом ФДТ. Слід зазначити, що рецидив грибової інфільтрації у трансплантаті зустрічається доволі часто та потребує особливої уваги. Своєчасне промивання передньої камери з введенням розчину воріконазолу допомогло зберегти трансплантат рогівки, попередити розповсюдження інфільтрації та зберегти око

Fungal keratitis treatment (clinical case report)

Sereda K., Drozhzhyna G.

Odesa, Ukraine

Summary. Fungal keratitis is an urgent, dangerous eye infection that is more common in the tropics and developing countries and may account for up to 67% of all cases of infectious keratitis. Filamentous fungal keratitis often leads to ulceration, corneal perforation, and blindness. A patient who is a user of soft contact lenses (CL) violated the rules of CL use and noticed eye inflammation. The patient was diagnosed with: Fungal corneal abscess with thinning, threat of perforation after wearing contact lenses with secondary hypertension and high-grade myopia in both eyes. Due to the sharp thinning of the cornea, the patient underwent penetrating therapeutic keratoplasty d=7.5/8.0mm. During the surgical intervention, the corneal layers and the contents of the anterior chamber were sent for microbiological examination, which revealed *Aspergillus flavus*, resistant to the entire list of available antifungal drugs. In the described case, a key role in the treatment of the patient was played by a comprehensive approach with timely clinical and microbiological diagnosis, along with urgent keratoplasty against the background of etiotropic therapy with antifungal drugs along with a course of photodynamic therapy.

Комплексне лікування нейротрофічної кератопатії з топічним застосуванням інсуліну

Тройченко Л. Ф., Дрожжина Г. І., Середя К. В., Балан І. В.

ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» (Одеса, Україна)

Нейротрофічна кератопатія (НТК) - захворювання, обумовлене змінами нервів рогівки, що веде до порушення сенсорної та трофічної функцій з подальшим порушенням здоров'я та інтегральності слізної плівки, пошкодженням епітелію та строми (G.Dua, 2018). Розповсюдженість – 5-11 випадків на 10.000 населення. Лікування НТК орієнтовано на стадію захворювання (слабого ступеня – зміни епітелію без дефекту епітелію, середнього - дефект епітелію без залучення строми, важкого ступеня – від залучення строми до її розплавлення та/або перфорації). Лікування НТК комплексне та довготривале. В комплексному лікуванні НТК застосовуються інстиляції топічного інсуліну. Інсулін є анаболічним пептидним гормоном, який опосередковує метаболічні процеси та регулює ріст і проліферацію клітин. Інсулін значно прискорює регенераційні процеси всередині рогівки.