
і неконтрольоване тертя очей під час загострення хвороби, призводили до великих дефектів епітелію рогівок обох очей.

Призначена класична терапія офтальморозацеа, гігієна повік, механічне видалення частини конкрементів та заборона терти очі дозволили досягти стійкої тривалої ремісії.

Atypical erosions of the cornea, or analysis of one's own mistakes

Deryapa Iryna

«EvroZir+» (Kyiv, Ukraine)

Two cases with an obvious diagnosis at first glance are presented. But the course of the disease showed the error of the previous diagnosis and the need to correct the therapy

Грибкові кератити: особливості клініки, діагностики та лікування

Дрожжина Г.І., Осташевський В.Л., Іванова О.М., Івановська О.В., Коган Б.М., Тройченко Л.Ф., Серета К.В.

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

Актуальність. Грибковий кератит (Keratomycosis) - зазвичай важка форма інфекційного ураження рогівки, відрізняється тривалим перебігом, важкими ускладненнями, суттєвим зниженням зору, в деяких випадках – втратою ока.

Частота грибкових кератитів (ГрК) складає від 4,5 % до 50 % серед усіх кератитів (Behrens-Baumann W.1999, Said.G.2011). Найчастіші збудники: *Aspergillus spp.*, *Candida spp.*, *Fusarium spp.*, *Cladosporium spp.*, *Curvularia spp.*. Факторами ризику розвитку ГрК є : травма матеріалом рослинного походження, носіння контактних лінз, тривале застосування антибіотиків, кортикостероїдів (місцеве та системне), хірургія рогівки , хронічні захворювання поверхні ока.

Мета роботи: навести особливості клініки, діагностики, лікування грибкового кератиту та визначити частоту цих захворювань серед показань до лікувальної кератопластики за даними відділу патології рогівки.

Результати. Грибкові кератити на ранніх стадіях розвитку не мають специфічних ознак і мало відрізняються від інших інфекційних кератитів. Для ГрК характерними ознаками є інфільтрат жовто-білого (*Candida*) або сіро-білого (філаментозні грибки) кольору із сухою промінуючою поверхнею, ірегулярним пер'єподібним краєм, кільцеподібний білий інфільтрат - на пізніх стадіях розвитку ГрК; щільний пірамідальної форми гіпопйон, наявність сателітних інфільтратів. Для діагностики застосовують мазок з кон'юнктиви з фарбуванням на предметному склі по Граму, або з 10 -20% розчином гідроксиду калію, зішкріб з рогівки з дослідженням в культурі на середі Сабуро, біопсія з гістологічним дослідженням отриманого матеріалу, ПЛР, дослідження аспіратів з передньої камери ока або скловидного тіла. Додатково використовують конфокальну мікроскопію, оптичну когерентну томографію.

Лікування ГрК включає застосування місцевих та/або системних протигрибкових препаратів окремо або в поєднанні з хірургічним лікуванням. Арсенал ліків для лікування кератомікозів обмежений, більшість з них (з молекулярною масою більше 500 DA) має недостатню здатність проникати глибоко в строму рогівки і потребують деєпітелізації над ураженою зоною рогівки. Основними групами антимікотичних препаратів є: азоли (міконазол, кетоназол, флюконазол, вориконазол, позаконазол), полиєни (натаміцин, ністатин, амфотерицин Б), ехінокандіни (каспофунгін) та алліламін (тербінафін). Препаратом 1 вибору поки грибок невідомий вважають вориконазол, який інстилюють кожної години поки не буде визначено вид та чутливість гриба та /або досягнуто клінічне покращення. Вориконазол має широкий спектр антимікотичної активності на *Candida albicans*, *Aspergillus*, *Dermatophyte*, *Fusarium*. Місцево 1% розчин добре пенетрує в строму рогівки, Можливо введення препарату інтракорнеально, в передню камеру та інтравітреально. Додатково використовують антисептики (хлоргексидин, мірамістин, повідон йод), мідріатики, гіпотензивні (за показаннями), НПС - в/м, анальгетики та фотодинамічну терапію. При підозрі на пліснявий філаметозний ГрК препаратом 1 вибору є 5% натаміцин, який нажалі недоступний в Україні (Hoffman J. et al., 2022). При прогресуванні грибкового кератиту / виразки

рогівки незважаючи на етіотропну антимікотичну терапію, або при рецидиві ГрК показана наскрізна лікувальна кератопластика з обов'язковим мікробіологічним дослідженням матеріалу.

За даними відділу патології рогівки частота ГрК серед показань до лікувальної кератопластики на протязі 2016-2022рр. залишається на рівні 9,4 – 10%. Після кератопластики продовжують комбіновану місцеву та системну антимікотичну терапію (флюконазол 400 мг на добу, або ітракон 100 мг -1-3 місяця), мідріатики, сльозозамінники без консервантів з гіалуроновою кислотою та трегалозою, або декспантенолом.

Висновки. Грибковий кератит є однією з найважчих форм мікробного кератиту для діагностики та успішного лікування. У всіх випадках травми ока матеріалом рослинного походження підозра на грибкову інфекцію. Навіть із застосуванням антимікотиків його лікування складне та тривале. Алгоритми лікування ГрК рекомендують різні стратегії (місцева, системна або таргетна терапія) залежно від розміру та глибини виразки рогівки на початковому етапі та від того, як вона реагує на початкову терапію. При неефективності етіотропної терапії антимікотиками – своєчасне виконання кератопластики.

Fungal keratitis: clinical features, diagnosis and treatment

Drozhzhyna G. I., Ostashevskiy V. L., Ivanova O. M., Ivanovska O. V., Kogan B. M., Troichenko L. F., Sereda K. V.

State Institution «V.P. Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the National Academy of Sciences of Ukraine» (Odesa, Ukraine)

Fungal keratitis (FK) is a severe form of infectious damage to the cornea, characterized by a long course, severe complications, a significant decrease in vision, and in some cases, loss of an eye. The frequency of fungal keratitis (FK) ranges from 4.5% to 50% among all keratitis. Risk factors for the development of FK are: trauma with plant material, wearing contact lenses, long-term use of antibiotics, corticosteroids, corneal surgery, chronic diseases of the eye surface. The characteristic features of FK are: yellow-white (*Candida*) or gray-white (filamentous fungi) infiltrate with a dry, prominent surface, an irregular edge, dense pyramidal hypopyon, satellite infiltrates. A smear or corneal scraping is used for diagnosis with staining on a Gram, or with a 10-20% KOH, in Sabouraud's medium, a biopsy with a histological study, PCR, a study of aspirates of intraocular fluids. In addition, confocal microscopy and optical coherence tomography are used. Treatment of FK includes the use of local and/or systemic antifungal drugs alone or in combination with surgical treatment. The main groups of antimycotic are: azoles, polyenes, echinocandins, allylamine.

In all cases of injury to the eye with a plant material a fungal infection is suspected. Algorithms for the treatment of FK recommend different strategies (topical, systemic or targeted therapy) depending on the size and depth of the corneal ulcer at the initial stage. In case of ineffective etiotropic therapy with antimycotics - timely performance of keratoplasty.

Якість життя у пацієнтів з хворобою сухого ока та цукровим діабетом 2 типу

Жмудь Т. М., Дрожжина Г. І.

(Вінниця, Одеса, Україна)

Мета. Оцінити тяжкість хвороби сухого ока, її вплив на якість життя (OSDI) та ступінь пошкодження передньої поверхні ока у пацієнтів із ЦД2 у порівнянні з пацієнтами без діабету.

Метод та матеріали. Дизайн дослідження включав дві групи: дослідну групу (n=46) – пацієнти з ЦД 2-го типу та ХСО (середній вік=63,8±6,7 років) та контрольну групу (n=26) – по віку та статі відповідали майже здоровим учасникам (середній вік=67,9±8,9 років). Критеріями виключення для обох груп були оперативні втручання на очах в анамнезі, наявне системне захворювання, яке вважається незалежним фактором ризику розвитку ХСО (синдром Шегрена, анкілозуючий спондиліт тощо) та використання очних крапель протягом 7 днів до дослідження. Переважна більшість пацієнтів із ЦД2 мали хороший глікемічний контроль (середнє значення HbA1c=7±07%, діапазон 5,6 – 9,0%).

ХСО було діагностовано та оцінено за допомогою модифікаційної схеми оцінки тяжкості Міжнародної оперативної групи (схема оцінки тяжкості сухого ока), як рекомендовано DEWS (2007). Для оцінки тяжкості почервоніння кон'юнктиви використовували шкалу Ефрона та Оксфордську схему для фарбування рогівки/кон'юнктиви.

Якість життя оцінювали за індексом захворювань поверхні очей – OSDI (Аллерган, Ірвін, Каліфорнія, США) відповідно до консенсусної рекомендації TFOS DEWS II. Цей опитувальник, який повідомляють пацієнти, є надійним і дійсним як для оцінки ХСО, так і для оцінки якості життя завдяки достатнім психометричним властивостям.