
Клінічний випадок двостороннього хоріоретиніту з серологічно позитивним бореліозом ускладненого кистозним набряком макули

Зборовська О. В., Колесніченко В.В., Дорохова О. Е., Горянова І. С.

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

Актуальність. Хвороба Лайма, що викликається спірохетою *Borrelia burgdorferi*, вражає всі системи органів та має широкий перелік симптомів. Прояви з боку органу зору можуть бути різноманітними: кон'юнктивіт, середній увеїт, васкуліт, нейроретиніт, задні увеїти, параліч очорухових нервів. На сьогоднішній день питання чи є інфікованість *Borrelia burgdorferi* безпосередньою причиною хоріоретинального запалення залишається суперечливим. Цей клінічний випадок ілюструє встановлення діагнозу після виключення ряду інших етіологічних факторів.

Презентація кейсу. Пацієнт К., 39 років, військовий. Звернувся до відділення запальних хвороб ока Інституту у червні 2022 року зі скаргами на почервоніння очей, зниження гостроти зору, викривлення ліній та складність при читанні. Із анамнезу: скарги з квітня 2022 року, коли під час служби помітив складнощі при спробі розглянути об'єкти вдалі. Отримував інстиляції антисептичних крапель із незначним покращенням. У травні 2022 відмітив погіршення стану. Направлений на обстеження та госпіталізацію до Інституту. Загальний стан середньої важкості. Скарги на слабкість, підвищення температури тіла до 37,5 та головний біль. Visus OD 0,8 OS 0,9 н/к, VOT OU 14/15. За даними об'єктивного обстеження обидва ока: незначна ін'єкція, середовища прозорі, на очному дні – дифузні хоріоретинальні вогнища, прояви васкуліту, набряк ДЗН, дифузний макулярний набряк більше справа. Попередній діагноз – дисеміноване хоріоретинальне запалення, макулярний набряк, набряк ДЗН обох очей. Проведені дообстеження. За даними оптичної когерентної томографії – порушення архітектоніки сітківки обох очей вторинного характеру, витончення хоріоїдеї, кистозний набряк макули справа. Проведена внутрішньовенна флуоресцентна ангіографія – множинні вогнища з початковою гіпо- та пізньою гіперфлуоресценцією. Для встановлення етіології

проведенні лабораторні обстеження: ANA – не виявлені, ANCA – не виявлені, сумарні антитіла до *Treponema Pallidum* – не виявлені, антитіла до ВІЛ 1/2 – не виявлені. Враховуючи діяльність пацієнта та його довготривале знаходження в лісовій зоні навесні у зв'язку з військовою діяльністю, проведено серологічне дослідження на наявність АТ до *Borrelia Burgdorferi*. Блот специфічних IgM – позитивний за більшістю показників. Розпочато специфічне лікування: в\в Цефтріаксон 1,0 2 рази на день – 3 тижні. На 10 день специфічної терапії загальний стан пацієнта покращився, нормалізувалась температура тіла, Vis OU 1,0, VOT OU 15/15. Офтальмоскопічно відмічалось рубцювання хоріоїдальних вогнищ з випадінням пігменту, регрес набряку ДЗН. Макулярний набряк зберігався. До лікування додано субкон'юнктивальні ін'єкції глюкокортикостероїдів. За 10 днів процес рубцювання продовжувався, але макулярний набряк зменшився лише на 20 мкм. Зір пацієнта зберігався високим, проте періодично були скарги на викривлення прямих ліній. Пацієнт виписаний зі стаціонару після закінчення курсу специфічної терапії. Рекомендовані інстиляції Бромфенаку з метою контролю кистозного макулярного набряку. Через місяць час повторного огляду, офтальмоскопічно - випадіння пігменту на місцях хоріоретинальних вогнищ, Visus OU 1,0, VOT OU 15/15. Макулярний набряк зберігався. До лікування додано метилпреднізолон 32 мг/добу за схемою зниження. Без позитивного ефекту. Консультований у відділенні вітрео-ретинальної хірургії. У зв'язку з високою гостротою зору та відсутністю тракційного компоненту, оперативне втручання не рекомендовано. Базуючись на декількох згадках в світовій літературі про регрес вторинного макулярного набряку на фоні інстиляцій інгібіторів карбоангідрази 2 рази на день, було прийняте рішення додати цей препарат до лікування. На повторному огляді через 6 тижнів Visus OU 1,0, VOT OU 16/14. Пацієнт скарг не має. На знімках ОКТ майже повний регрес макулярного набряку OU. Офтальмоскопічно ніжна ЕРМ, хоріоїдальні вогнища з відкладанням пігменту, що рубцюються, на периферії – без особливостей. Повторне серологічне обстеження виявило позитивні IgG до *Borrelia Burgdorferi*, та відсутність IgM. До сьогодні пацієнт продовжує інстилювати інгібітори карбоангідрази в обидва ока. Скринінгово повторює ОКТ,

що показує регрес макулярного набряку. Спостереження продовжується.

Висновок. Даний кейс є черговою ілюстрацією патології органу зору на фоні серологічно підтвердженого інфікування *Borrelia burgdorferi*. Сподіваємося він зможе наблизити дослідників до висновків щодо зв'язку хвороби Лайма на проявів хоріоретиніту. Показовим виявилось застосування інстиляцій інгібітора карбоангідрази для контролю вторинного макулярного набряку на фоні регресу запального процесу.

A clinical case of bilateral chorioretinitis with serologically positive borreliosis complicated by cystic macular edema

Zborovska O. V., Kolesnichenko V. V., Dorokhova O. E., Horyanova I. S.

(Odesa, Ukraine)

Topicality. The question of whether *Borrelia burgdorferi* infection is a direct cause of chorioretinal inflammation remains controversial. This clinical case illustrates the establishment of the diagnosis after exclusion of a number of other etiological factors. Case presentation. Patient K., 39 years old, military. In June 2022, complaints of eye redness, decreased visual acuity, distortion of lines. Complaints of weakness, an increase in body temperature up to 37.5 and headache. Visus OD 0.8 OS 0.9, intraocular pressure OU 14/15. On the fundus there are diffuse chorioretinal foci. ANA - not detected, ANCA - not detected, antibodies to *Treponema Pallidum* - not detected, antibodies to HIV 1/2 - not detected. ABP to *Borrelia burgdorferi*. IgM blot is positive in most indicators. Treatment was started. Macular edema persisted. Instillations of carbonic anhydrase inhibitors, added to the treatment. On follow-up after 6 weeks, Visus OU 1.0, IOP OU 16/14. He has no complaints. On OCT images, the macular edema of OU is almost completely regressed. Conclusion. This case is another illustration of the pathology of the organ of vision against the background of serologically confirmed *Borrelia burgdorferi* infection.

Випадок мезодермальної дистрофії райдужки

Коновалова Н. В.^{1,2}, Гузун О. В.², Ковтун О. В.¹

¹ Одеський Національний медичний університет,

² ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМНУ» (Одеса, Україна)

Актуальність. Іридоциліарні дистрофії — група захворювань райдужки і цилиарного тіла з неясною етіологією, в основі патогенезу за даними різних авторів лежить нейродистрофічний процес увеопатії. Існує також думка, що в основі увеопатій на ранніх