

Наявність туб. інфікування виключила можливість призначення будь якої імуносупресивної або біологічної терапії. Сумісно з ревматологом та фтизіатром було прийнято рішення, про відтермінування прийому імуносупресивної терапії на період прийому протитуберкульозної терапії. На цей період призначено постійний прийом селективних нестероїдних протизапальних препаратів. За майже півтора місяці лікування в умовах стаціонару нам вдалось отримати ремісію увеїту (нажаль системні скарги з боку суглобів зберігались). Прилягання нейроепітелію не відбулось, отже було вирішено провести мікропульс-лазерну коагуляцію, після якої відмічалась позитивна динаміка. Пацієнт виписаний з Visus OD – 0,6 зі sph -0,5 cyl -2,5 ax 17 = 0,8, OS – 0,8 з sph – 0,75 = 1,0.

Висновок. Даний клінічний випадок ілюструє, наскільки важливо проводити обстеження очного дна при передньому увеїті, оскільки можуть бути наявні одразу декілька непов'язаних хвороб. А також підкреслює необхідність комплексного обстеження на можливі інфекційні хвороби, а саме туберкульоз, перед призначенням імуносупресивної терапії.

ХВОРОБА БЕХЧЕТА – ЕТНІЧНО-ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ, КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

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. Запалення ока при хворобі Бехчета по сьогоднішній день лишається недостатньо вивченим. На території України зустрічається рідко, тому часто виникають труднощі з встановленням діагнозу. Враховуючи специфічну клінічну картину, та стереотипи щодо етнічної та гендерної статистики захворювання, цей клінічний випадок ілюструє важливість збору анамнезу та освідомленості щодо офтальмологічних проявів хвороби Бехчета.

Презентація клінічного випадку. Пацієнтка С. 48 років. Звернулася в Інститут в листопаді 2023 року. До звернення більше двох років лікувалася за місцем проживання з приводу двостороннього панувеїту з прогресуючим погіршенням. 1,5 роки тому перенесла вітректомію лівого ока з приводу рецидивуючого запалення та ВСО. Деталі спостереження до та після оперативного втручання не збереглися. Від запропонованого за місцем проживання хірургічного лікування правого ока пацієнтка відмовилась. Встановлений діагноз в Інституті: праве око – Передній, середній увеїт. Ретиноваскуліт. Міопія слабкого ступеня. Початкова ускладнена катаракта. Вторинна дегенерація макули. Ліве око – Стан після вітректомії. Артефакія. Часткова атрофія зорового нерва. Авітрія. В'ялоперебігаючий увеїт (стан ремісії). Visus OD – 0,2 н/к, OS – pr. lucis incertae, н/к.

Під час збору анамнезу було встановлено, що за останні 5 років пацієнтка періодично звертала увагу на невеликі виразки в ротовій порожнині. Самостійно пов'язувала їх появу з відвідуванням стоматолога, хоча звернула увагу, що за останні 2 роки виразки з'являлися частіше і не лише в період стоматологічного лікування. Встановлено діагноз – афтозний стоматит. Регрес виразок відбувався після кількаденного використання антисептичних розчинів для ротової порожнини. При подальшому спілкуванні виявилось, що у пацієнтки є вірменські корені по лінії батька. На шкірі гомілок при пальпації виявлено декілька ущільнень, що мали темнувате забарвлення. Пацієнтка не змогла відповісти з якого часу вони присутні на шкірі. Проведено дообстеження. Антитіла до ВІЛ 1/2 – негативні, антитіла до вірусних гепатитів – негативні. КТ легень – залишкові зміни після запального процесу неспецифічного характеру. Квантіфероновий тест – негативний. МРТ головного мозку – незначні судинні зміни неспецифічного характеру. Враховуючи вся зібрані дані та дані огляду, припущено хворобу Бехчета як етіологію усіх встановлених змін. Проведено пробу патергії – негативна. Призначено лікування – місцево параокулярні ін'єкції глюкокортикостероїдів, системно – метилпреднізолон з 64 мг/добу за схемою зниження та неспецифічна протизапальна терапія. У грудні 2023 пацієнтка виписана з покращенням, Visus OD – 0,4 н/к, OS – pr. lucis incertae, н/к. Через місяць на плановому огляді відмічалась ремісія увеїту, Visus OD – 0,5 н/к, OS – pr. lucis incertae, н/к., суб'єктивно зі слів хворої якість зору значно покращилась, за узгодженням із ревматологом та неврологом після дообстежень до лікування додано метотрексат 15 мг/тиждень. Спостереження продовжується.

Висновок. Даний клінічний випадок ілюструє, наскільки важливо детально збирати анамнез та враховувати етнічну приналежність пацієнта. У випадках рецидивуючого запалення очей необхідно встановити етіологію захворювання та взяти під контроль процес запалення шляхом призначення терапії, перш ніж звертатися до будь-якого хірургічного лікування.

НЕЙРОПРОТЕКТОРНА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ПЕРЕДНЬОГО УВЕЇТУ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Зборовська О.В., Молчанюк Н.І., Дорохова О.Е., Горянова І.С.

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

Актуальність. Передній та середній неінфекційні увеїти (аутоімунні) – це значна група увеїтів (біля 40%), що проявляються при системних захворюваннях. При тяжкому та хронічному перебігу увеїту можуть розвиватись такі ускладнення як набряк зорового нерва (ЗН) та макулярний набряк, що може призводити до значної втрати зору та інвалідності.