

З метою усунення больового синдрому пацієнтам призначався габапентин 300 мг 2 рази на добу до моменту одужання та комплекс вітамінів групи В на 1 місяць. В групі пацієнтів з підтвердженою герпетичною етіологією в 100 % випадків спостерігалась невралгія трійчастого нерву. Для герпетичної етіології процесу були характерні такі симптоми, як зниження чутливості рогівки, симптом «монетних стовпчиків» на епітелії рогівки, у 3 хворих було діагностовано деревоподібний кератит. До асоційованих симптомів, враховуючи, що віруси нейротропні, належать вазомоторний риніт, гіперемія кон'юнктиви, шкірна гіперестезія, порушення корнеальних та кон'юнктивальних рефлексів, кератит та іридоцикліт. Для ураження вірусом Herpes Zoster була характерна зміна симптоматики: при першому візиті спостерігався кон'юнктивіт, але надалі він трансформувався в кератоувеїт середньої тяжкості. Пацієнти отримували місцеві противірусні препарати та валацикловір або ацикловір в дозуванні та тривалості за узгодженням лікаря-інфекціоніста. Серед пацієнтів з аномаліями рефракції, які користувались контактною корекцією, скарги на почервоніння ока, біль, світлобоязнь, з'явилися після перенесеного ГРВІ. Цим пацієнтам були надані рекомендації не користуватись лінзами і відновити їх використання лише після закінчення курсу лікування.

Хворим, у яких була виявлена мікробна інфекція проводили лікування згідно даним обстеження мікрофлори.

Акантамебний кератит був діагностований у пацієнтів, що користувались контактною корекцією під час відвідування басейну, при біомікроскопії візуально на рогівці спостерігався кільцеподібний інфільтрат.

Висновки. Обстеження пацієнтів з синдромом червоного ока повинно включати в себе дослідження наявності невралгії трійчастого нерву, серологічне обстеження на імунну реакцію організму на вірусне (герпетичне) навантаження та наявність проявів сухого ока. На фоні призначеного етіопатогенетичного лікування та безконсервантних сльозозамінників суб'єктивний стан пацієнтів значно покращився, у 43 (87,8 %) пацієнтів досягнуто клінічне одужання. Диференційований етіопатогенетичний підхід до лікування сприяє задовільному комплаєнсу – пацієнти дотримуються рекомендацій та добре переносять лікування.

ДИЛЕМИ В ЛІКУВАННІ HLA-B27 АСОЦІЙОВАНОГО УВЕЇТУ, КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

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

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

Актуальність. Асоціація з антигеном гістосумісності HLA-B27 це найпоширеніший етіологічний чинник розвитку переднього увеїту. Наразі лікування HLA-B27 асоційованого увеїту при своєчасній діагностиці не є складним, оскільки існують чіткі схеми та протоколи лікування.

Презентація клінічного випадку. Пацієнт А. 38 років. Звернувся в Інститут в грудні 2023 року. До того лікувався в іншому офтальмологічному стаціонарі протягом місяця без позитивної динаміки.

Встановлений діагноз: праве око – передній увеїт, набряк зорового нерва. Ліве око – міопія слабого ступеня, міопічний астигматизм. Visus OD – 0,07 н/к, OS– 0,8 з sph – 0,75 = 1,0. Передній увеїт мав клінічні ознаки характерні для HLA-B27 асоційованого увеїту. Також при детальному зборі анамнезу, було з'ясовано, що у пацієнта є скарги на біль у колінному суглобі та у попереку, в іншому вважав себе здоровим, вів активний спортивний спосіб життя. При проведенні додаткових загальних обстежень було виявлено позитивний антиген HLA-B27, а також ознаки сакроілеїту за даними МРТ ілео-сакрального зчленування. Направлений до ревматолога, встановлено діагноз: спондилоартрит HLA-B27 асоційований, двобічний сакроілеїт з ураженням колінних та гомілковостопних суглобів. На перший погляд, ніяких складнощів у лікуванні увеїту не повинно було б бути. Було призначено стандартну протизапальну терапію із застосуванням періокулярних ін'єкцій кортикостероїдів, та планувалось призначення системної терапії сумісно з ревматологом. Але, з першою проблемою ми зіткнулись, коли при появі можливості візуалізації очного дна (зменшення фібринної плівки в зіниці) ми зробили оптичну когерентну томографію. За даними ОКТ на правому оці було наявне високе відшарування нейроепітелію в макулі, характерне для центральної серозної хоріоретинопатії (ЦСХРП). Також на лівому оці було виявлено невелике відшарування нейроепітелію назально від ДЗН. До терапії увеїту для лікування ЦСХРП додано ще сечогінний препарат еплеренон. Наявність задньої кругової синехії на правому оці (яка зі слів хворого існувала вже 3 тижні до звернення до нас) унеможливлювала проведення флуоресцентної ангіографії (ФАГ) для подальшої діагностики ЦСХРП. Також в перспективі, при невдачі консервативного лікування ЦСХРП, могло б постати питання про проведення лазерного лікування, але це було б неможливо без виявлення крапки протікання на ФАГ. Крім того, відомо, що одним з факторів ризику розвитку ЦСХРП є прийом кортикостероїдів. Отже наявність у хворого ЦСХРП виключала системний прийом кортикостероїдів, які планувалось призначити пацієнту для швидкого контролю запалення. З першочерговою задачею – розірвати задню кругову синехію – ми впоралися, завдяки чому отримали можливість проведення ФАГ. При проведенні контрастного дослідження було виявлено крапки протікання. Сумісно з ревматологом, було прийняте рішення, про старт системної терапії без застосування кортикостероїдів, тільки з імуносупресантів, а саме з Метотрексату. Перед призначенням Метотрексату, для виключення можливих інфекційних захворювань, згідно стандартів було призначено дообстеження на гепатит В та С та на туберкульоз. Маркери гепатитів В та С - негативні, але отримано позитивний Квантіфероновий тест. Рентенографія легень – без патологічних змін. Оглянутий фтизіатром та офтальмофтизіатром – встановлено латентну туберкульозну інфекцію і призначено протитуберкульозну терапію (ізоніазід + рифампіцин) на 3 місяці.

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.