

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 617.713-002.44-053.2-079.4

К.Е. Селиверстова, Е.С. Вахова, Е.В. Яни, Д.И. Ибрагимова

К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЫ РОГОВИЦЫ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Отдел инфекционных и аллергических заболеваний глаз ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздравсоцразвития России

Описан случай герпетической язвы роговицы, осложненной токсико-аллергической реакцией со стороны глаза, на ранних этапах расцененный как акантамебный кератит на фоне ношения мягких контактных линз. Постановка диагноза базировалась на анализе развития заболевания и клинической картине, а в дальнейшем нашла подтверждение в положительных данных дополнительных исследований и эффективности противовирусной терапии.

Ключевые слова: язва, акантамеба, оптическая когерентная томография

ON THE PROBLEM OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF A CORNEAL ULCER OF DIFFERENT ETIOLOGY IN THE CHILDREN (A CASE REPORT)

K.E. Seliverstova, E.S. Vakhova, E.V. Yani, D.I. Ibragimova

Moscow Helmholtz Research Institute of Eye Diseases

The authors report a case of a herpetic corneal ulcer complicated by the toxico-allergic eye reaction. At the early stage of the disease, it was interpreted as Acanthamoeba keratitis associated with the wearing of contact lenses. The diagnosis was based on the results of analysis of the clinical picture and course of the disease. It was later confirmed by additional studies and the results of antiviral therapy.

Key words: ulcer, Acanthamoeba, optical coherent tomography

Акантамебный кератит (АК) — редкая, медленно развивающаяся паразитарная инфекция роговицы, вызванная инвазией в ткани глаза свободноживущих амёб и характеризующаяся развитием тяжелых поражений роговицы [1, 3]. Факторами риска развития АК в 70—95% случаев являются ношение контактных линз [4, 5, 9], а также микротравмы эпителия роговицы и контакт с загрязненной водой [6, 7, 8]. АК клинически проявляется умеренно выраженной инъекцией глазного яблока, наличием точечных и субэпителиальных инфильтратов, которые, сливаясь,

могут образовывать фигуру «веточки дерева», что часто приводит к ошибочному диагнозу герпетического кератита. Процесс постепенно прогрессирует по глубине и площади, появляются стромальные изменения и формируются кольцевидные инфильтраты, которые являются патогномоничным признаком АК. Ввиду неспецифичности клинических проявлений на ранних стадиях заболевания на первый план в диагностике АК выходят положительные результаты лабораторных исследований, отрицательными сторонами которых являются либо сроки их полу-

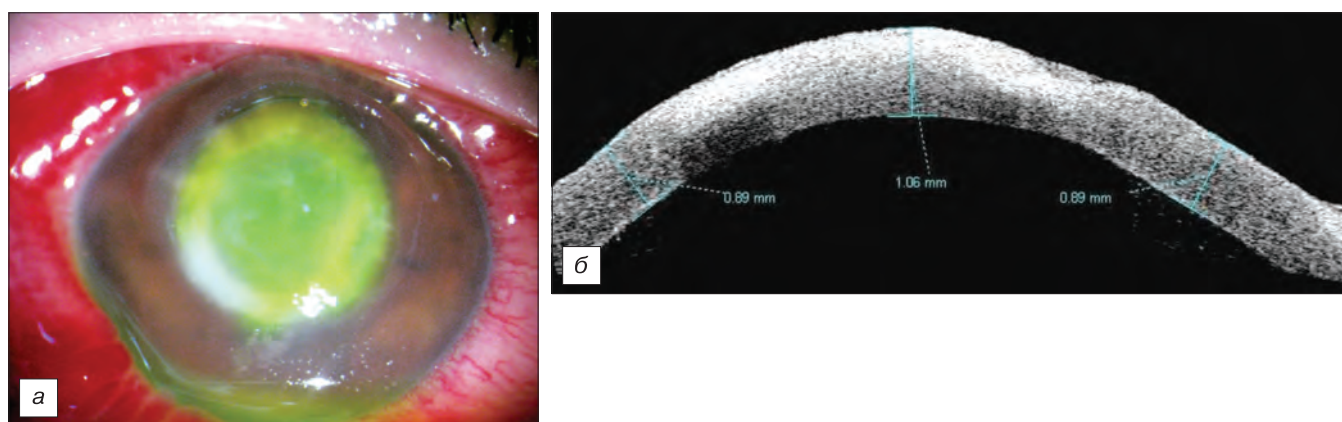


Рис. 1. Глаз ребенка в день поступления (описание в тексте).

a — фотография переднего отдела глаза; *б* — оптическая когерентная томография переднего отдела глаза.

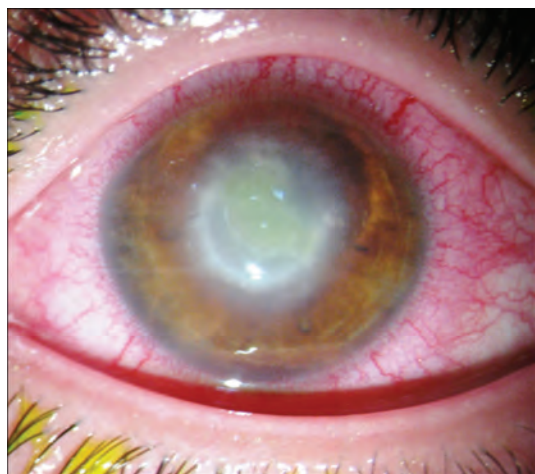


Рис. 2. Передний отдел глаза на 5-й день от начала лечения (описание в тексте).

чения (до 10 дней), либо возможность ложноположительных ответов. Один из современных методов диагностики — конфокальная биомикроскопия, позволяющая бесконтактно *in vivo* обнаружить возбудителя и его цисты в различных слоях роговицы [2], но данный метод диагностики не всегда доступен практикующему врачу.

В статье описывается клинический случай язвы роговицы герпетической этиологии у ребенка, в начале лечения расцененной как акантамебный кератит.

Больная Р., 14 лет, поступила в Отдел инфекционных и аллергических заболеваний глаз по экстренным показаниям с диагнозом — ОД-язва роговицы с гипопионом, ОУ — миопия слабой степени. Из анамнеза известно: миопия слабой степени обоих глаз, в течение 2 лет больная носит мягкие контактные линзы (МКЛ). На фоне ношения линзы резко покраснел правый глаз, появилась резь, ощущение инородного тела, слезотечение. На следующий день офтальмологом по месту жительства был поставлен диагноз акантамебного кератита правого глаза и проведено следующее лечение: левомецетин, тобрекс, ципрофлоксацин, тетрациклиновая мазь, мидриацил, диклоф, тауфон местно, метронидазол в/в. В процес-

се лечения положительную динамику не отмечали, через 10 дней состояние глаза ухудшилось, в связи с чем через 3 нед от начала заболевания при обращении в кабинет неотложной помощи МНИИ ГБ им. Гельмгольца девочка была экстренно госпитализирована с тяжелым состоянием правого глаза: язвой роговицы.

При поступлении в стационар острота зрения: ОД — правильная светопроекция, OS -0,3 с -2,0 дптр = 1,0. Ребенок предъявлял жалобы на отсутствие предметного зрения, боль, слезотечение и светобоязнь, зуд, гнойное отделяемое. Объективно: выраженные отек и гиперемия век правого глаза, конъюнктив реактивно раздражена, смешанная инъекция с преобладанием перикорнеальной, фолликулярная реакция и хемоз. В центральной зоне роговицы инфильтрат округлой формы, захватывающий все слои стромы, с изъязвлением диаметром около 6 мм, достигающим до средних и глубоких слоев стромы. Передняя камера средней глубины, во влаге клеточная реакция 3+, гипопион до 1,5 мм. Строма радужки отечна, зрачок диаметром 3 мм, круглый, вяло реагирует на свет, глубже лежащие среды за флером (рис. 1, а). OS — спокоен, видимая патология при осмотре не выявлена.

При поступлении было проведено дополнительное обследование.

- Микробиологическое исследование мазка и посевов с конъюнктивы — в мазке микробы не обнаружены, в посевах *Staphylococcus epidermidis*.

- В соскобе с конъюнктивы методом флуоресцирующих антител выявлен антиген вируса простого герпеса (ВПГ).

- При иммунологическом исследовании крови выявлено хроническое инфицирование ВПГ, цитомегаловирусом (ЦМВ), вирусом Эпштейна—Барр (ВЭБ). Обнаружены серологические маркеры реактивации ВПГ 1-го типа (сильноположительная реакция) и ЦМВ (слабоположительная реакция).

- При проведении оптической когерентной томографии переднего отдела глаза (ОКТ-ПОГ) визуализируется выраженное утолщение стромы за счет отека и инфильтрации (рис. 1, б).

- Проведение конфокальной биомикроскопии как контактной методики было невозможно из-за обширного изъязвления.

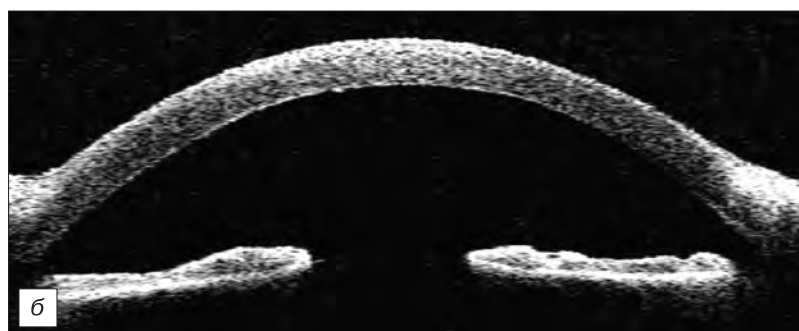
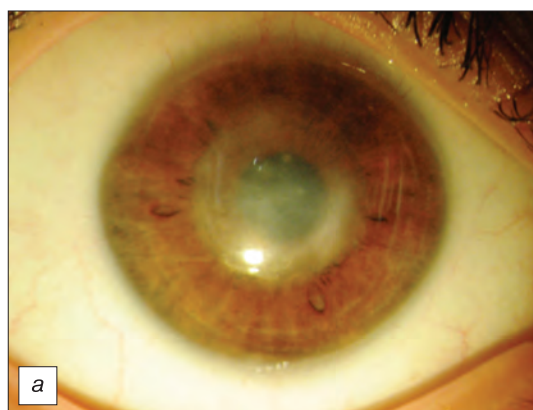


Рис. 3. Глаз ребенка при выписке из стационара (описание в тексте).

а — фотография переднего отдела глаза; б — оптическая когерентная томография переднего отдела глаза.

С учетом анализа развития заболевания, клинической картины и данных дополнительных исследований в качестве основного направления лечения пациентки были выбраны:

— противовирусная терапия OD: мазь «Зовиракс» 3 раза в день, офтальмоферон 3 раза в день, внутрь зовиракс по 1 г 5 раз в день в течение 5 дней;

— противоаллергическая терапия OD: опатанол 2 раза в день, тавегил в/м;

— противовоспалительная терапия OD: индокол-лир 3 раза в день, дексаметазон п/б, диклофенак в/м;

— репаративная терапия OD: баларпан 3 раза в день, Солкосерил гель 3 раза в день;

— антибактериальная OD: окомистин 3 раза в день;

— медикаментозный мидриаз: мидриацил 2 раза в день.

В процессе лечения отмечена положительная динамика, к 5-му дню лечения глаз стал спокойнее, уменьшилась перикорнеальная инъекция, зона изъязвления сократилась по площади и глубине, отек и инфильтрация стромы частично резорбировались (рис. 2).

При выписке на 15-й день острота зрения правого глаза составила 0,3 н. к., веки не изменены, конъюнктивы спокойны, язвенный дефект полностью закрылся, поверхность роговицы не окрашивалась флюоресцеином, в центре на месте резорбировавшегося инфильтрата сформировалось округлое помутнение (рис. 3, а), по данным ОКТ-ПОГ, полностью восстановлен рельеф и срез стромы, резорбировались инфильтрация и отек (рис. 3, б).

Заключение

Данный клинический случай интересен тем, что заболевание развилось у ребенка на фоне ношения МКЛ и могло быть вызвано акантамоебой, что и предположили врачи по месту жительства. В то же время бурное начало заболевания и его быстрое прогрессирование более характерно для бактериальной или вирусной этиологии. Назначенная и длительно проводимая по месту жительства неадекватная терапия

привела к развитию выраженной токсико-аллергической реакции и изменению клинической картины. Мы расценили заболевание как дисковидный герпетический кератит с изъязвлением поверхности роговицы. Герпетическая этиология заболевания подтверждена данными лабораторных и клинических исследований и высоким терапевтическим эффектом противовирусной и противоаллергической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егорова Е.А. Неотложная офтальмология. — М., 2005.
2. Майчук Ю.Ф., Майчук Д.Ю. Клинические формы акантамоебного кератита в свете биомикроскопии и конфокальной микроскопии // Вестн. офтальмол. — 2004. Т. 120, № 1 — С. 45—47.
3. Ратуано К. Дж., Хенг В.-Д. Роговица. М., 2010. — С. 149.
4. Bacon A.S., Frazes D.G., Dart J.K. et al. A review of 72 consecutive cases of Acanthamoeba keratitis, 1984—1992. // Eye. — 1993. — Vol. 7 — P. 719—725.
5. Behres-Baumann W., Kramer A. Antiseptic Prophylaxis and Therapy in Ocular Infections. — Basel, 2002. — P. 297—303.
6. Chang P.C., Soong H.K. Acanthamoeba keratitis in non-contact lens wearers // Arch. Ophthalmol. — 1991. — Vol. 109, № 4. — P. 463—464.
7. Claerhout I., Kestelyn P. Acanthamoeba keratitis: a review // Bull. Soc. Belge Ophtalmol. — 1999. — Vol. 274. — P. 71—82.
8. McCulley J.P., Alizadeh H., Niederkorn J.Y. // The diagnosis and management of Acanthamoeba keratitis // Contact Lens Assoc. Ohhtalmol. J. — 2000. — Vol. 26, N 1. — P. 47—51.
9. Sutphin J.E., et al. External Disease and Cornea. Basic and Clinical Science Course. Sect. 8. — San Francisco, 2007. — P. 187.

Поступила 30.07.12

Сведения об авторах: Селиверстова К. Е., мл. науч. сотр. отд. инфекционных и аллергических заболеваний глаз Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца; Вахова Е. С., канд. мед. наук, вед. научн. сотр. отд. инфекционных и аллергических заболеваний глаз Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца; Яни Е. В., канд. мед. наук, зав. клиникой отд. инфекционных и аллергических заболеваний глаз Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца; Ибрагимова Д. И., аспирант отд. инфекционных и аллергических заболеваний глаз Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца.

Для контактов: Селиверстова Ксения Евгеньевна, 105062, Москва, Садовая-Черногрозская, 14/19. Телефон: 8 (495) 607-01-64.



ТРЕБОВАНИЯ К РИСУНКАМ, ПРЕДСТАВЛЕННЫМ НА ЭЛЕКТРОННЫХ НОСИТЕЛЯХ

Черно-белые штриховые рисунки: формат файла — TIFF (расширение *.tiff), любая программа, поддерживающая этот формат (Adobe PhotoShop, Adobe Illustrator и т. п.); режим — bitmap (битовая карта); разрешение 600 dpi (пиксели на дюйм); рисунок должен быть обрезан по краям изображения и очищен от «пыли» и «царапин»; ширина рисунка — не более 180 мм.; высота рисунка — не более 230 мм (с учетом запаса на подрисуночную подпись); размер шрифта подписей на рисунке — не менее 7 pt (7 пунктов); возможно использование сжатия LZW или другого; носители — CD-ROM, CD-R, CD-RW; обязательно наличие распечатки, причем каждая иллюстрация должна быть распечатана на отдельном листе. Текст на иллюстрациях должен быть четким.

