

УДК 617.735-002.1:[616.993.19+616.995.42]-07-08

Клінічний випадок ураження органу зору при поєднанні кліщового бореліозу та токсоплазмозу

В. М. Сакович¹, д-р мед. наук, професор; **С. Б. Устименко**², лікар-офтальмолог, директор;
Л. Г. Березнюк², лікар-офтальмолог, зав. відділенням; **Н. А. Гарькава**¹, канд. мед. наук

¹ Дніпровський державний медичний університет

Дніпро (Україна)

² КП «Дніпропетровська обласна офтальмологічна лікарня»

Дніпро (Україна)

E-mail: garkava@ua.fm

Ключові слова:

кліщовий бореліоз, хвороба Лайма, хоріоретиніт

Вступ. До недавнього часу кліщовий бореліоз (хвороба Лайма, Лайм-бореліоз, лаймська хвороба) вважався досить рідкісним захворюванням, але останнім часом із-за збільшення кількості іксодових кліщів, поширеність цього захворювання значно зросла [8]. На даний час кліщовий бореліоз є одним з найпоширеніших природно-осередкових захворювань із трансмісивним механізмом передачі збудника, переносниками якого є іксодові кліщі, а збудниками – борелії, грамнегативні бактерії, спірохети, найчастіше виду бурдофері (*Borrelia burgdorferi*); резервуар для борелій – тварини [1, 3]. В Україні природні осередки цієї хвороби є практично на всій території, а не тільки в зоні лісів [6, 7]. Хвороба Лайма переважно реєструється у весняно-осінній період, що може бути пов'язано зі збільшенням відвідування зон відпочинку та сезонною активністю кліщів (травень – червень, вересень – жовтень) [6, 1, 5]. Захворювання характеризується стадійним перебігом та тяжкими ураженнями різних органів і систем. Найчастіше виникають ураження шкіри, нервової, серцево-судинної системи та суглобів [4, 5, 11]. Ураження очей при кліщовому бореліозі вважається досить рідким явищем. Найчастіше виникає малосимптомний та швидкоплинний кон'юнктивіт (до 11% на ранніх стадіях), який часто не діагностується [3, 12]. У пацієнтів з хронічною формою хвороби Лайма кон'юнктивіт може мати хронічний, рецидивуючий пе-

Вступ. Останнім часом значно зросла захворюваність кліщовим бореліозом. В літературі описані випадки кон'юнктивітів, передніх увеїтів, невритів зорового нерву та інших запальних захворювань ока бореліозної етіології.

Клінічний випадок. Представлений клінічний випадок успішного лікування вогнищового хоріоретиніту бореліозно-токсоплазмозної етіології свідчить про необхідність визначення етіології процесу та призначення етіологічного лікування.

В літературі описано мало очних проявів хвороби Лайма, тому офтальмологи рідко підозрюють у пацієнтів бореліоз як етіологічний чинник запальних захворювань ока, тому імуноферментні аналізи антитіл до борелії бурдофері не входять до стандартних обстежень пацієнтів з запальними захворюваннями очей.

Висновки: Таким чином, для уточнення етіології запальних процесів ока, при наявності в анамнезі пацієнтів укусів кліщів, навіть при відсутності симптомів хвороби Лайма, необхідна серологічна діагностика бореліозу. Треба враховувати, що інфекційні захворювання ока часто викликаються поєднанням декількох інфекційних збудників.

ребіг та бути одним з важливих симптомів цієї інфекції [2]. До ранніх проявів офтальмобореліозу також відносять нейроофтальмологічні порушення, такі як параліз окуломоторних нервів та неврит зорового нерву, що пов'язано з проникненням спірохет через гемато-енцефалічний бар'єр вже через тиждень після інфікування [3, 10]. На пізніх стадіях хвороби Лайма можуть розвиватися кератит, передній увеїт, рідше – хоріоретиніт та панувейт. Патогенез цих захворювань пов'язують з впливом збудника за рахунок імунопатогенної дії на тканини ока [4, 5, 11].

Клінічний випадок

Пацієнт М, 38 років, звернувся зі скаргами на поступове зниження зору лівого ока та «пляму» перед лівим оком. Скарги з'явилися кілька тижнів тому. Пацієнт не пов'язував своє захворювання з якимись факторами. До цього моменту захворюваннями очей не страждав. Хронічні соматичні захворювання, операції, алергії пацієнт заперечував. При ретельному зборі анамнезу стало відомо, що пацієнт захоплюється мисливством та неодноразово мав укуси кліщів, яким пацієнт не приділяв уваги.

© Сакович В. М., Устименко С. Б., Березнюк Л. Г., Гарькава Н. А., 2021

Гострота зору правого ока становила 1.0, гострота зору лівого ока – 0.8, не корегує.

Периферичні межі поля зору обох очей у нормі, але було виявлено негативні периферичні відносні скотоми правого ока та позитивні центральні і парацентральні відносні скотоми лівого ока. Кольоросприйняття було у нормі. Внутрішньоочний тиск на обох очах 18 мм рт. ст. за Маклаковим.

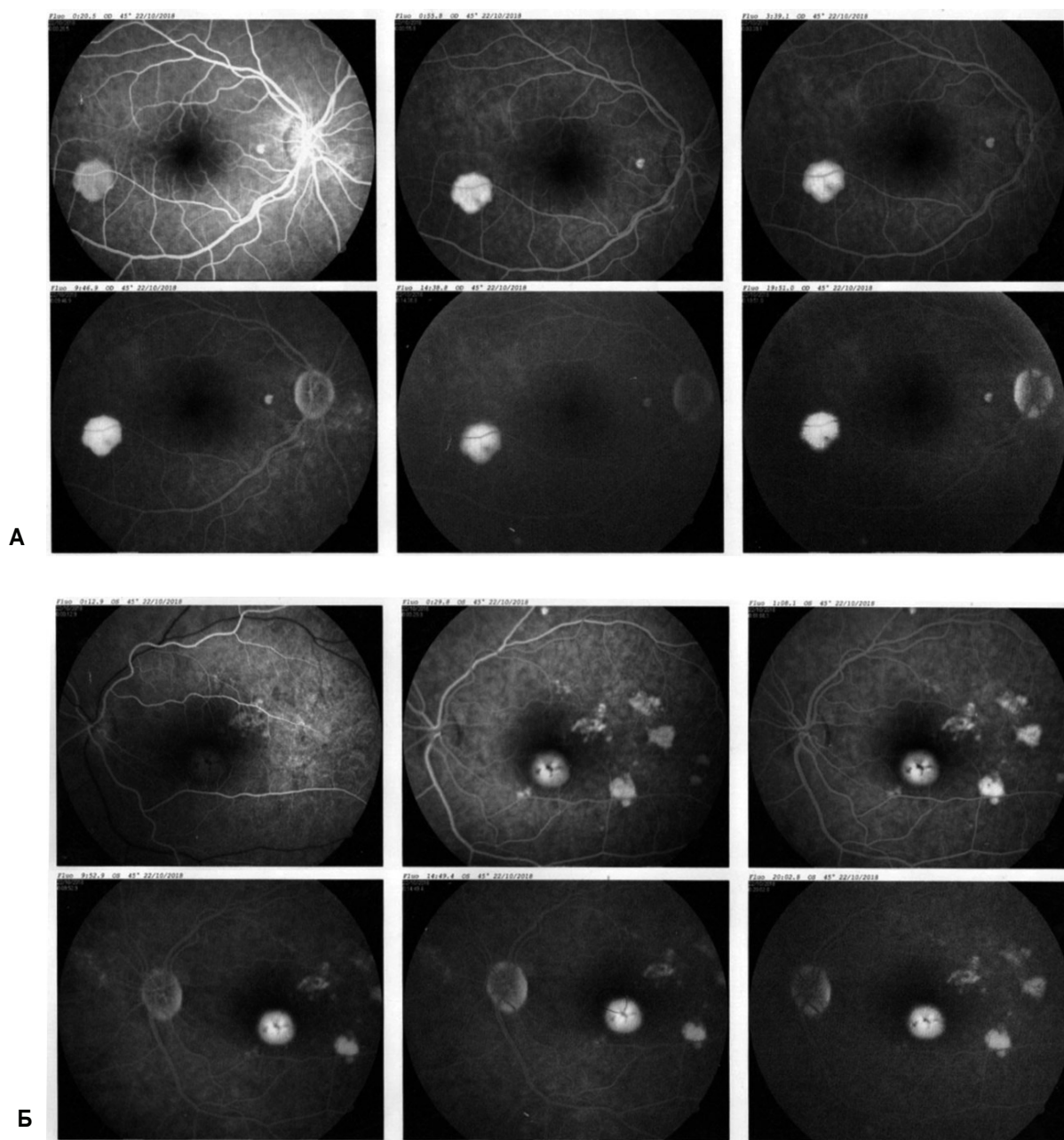
Передній відділ ока, оптичні середовища, диск зорового нерву (ДЗН) обох очей без патології. Було виявлено у правому оці набряк сітківки біля ДЗН та за ходом нижнього судинного пучка, у лівому оці набряк сітківки у макулі та парацентрально, також диспигментацію, осередки дегенерації на сітківці.

Оптична когерентна томографія виявила елевацію пігментного епітелію сітківки (ПЕС) у Т-секторі правого ока та елевацію ПЕС з субретинальною щільною у центрі та у Т-секторі лівого ока (мал. 1 – див. 2 стор. обкладинки).

На флюоресцентній ангиограмі (ФАГ) виявлено множинні зони просочування в правому оці у ділянці ДЗН та за ходом нижнього судинного пучка (мал. 2 А), в лівому оці – в макулі та парацентрально (мал. 2 Б).

Пацієнту був поставлений діагноз: вогнищевий хоріоретиніт обох очей.

Для встановлення етіології захворювання, пацієнту було проведено наступні стандартні додаткові обстеження: загальний аналіз крові, С-реактивний білок,



Мал. 2. Флюоресцентна ангиографія правого (А) та лівого ока (Б) до лікування