

АКАНТАМЁБНЫЙ КЕРАТИТ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Котикова М. А., Королёв А. А.

Научный руководитель- канд. мед. наук, доц. Чекина А. Ю.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Ключевые слова: акантамёба, контактные линзы, антисептики.

Резюме: В данной статье в виде литературного обзора рассмотрены: возбудитель, нозологическая форма, лечение и профилактика заболевания.

Resume: In this article, in the form of a literary review, the following are considered: pathogen, nosological form, treatment, and disease prevention.

Актуальность. Проблема в настоящее время набирает актуальность, в связи с ежедневно расширяющейся аудиторией, использующей контактные линзы многодневного ношения. Кроме того, данный возбудитель крайне плохо поддается элиминации, что, в сочетании с тяжёлым рецидивирующим течением заболевания, является частой причиной роговичной слепоты. В связи с этим важна профилактика заболевания и соблюдение правил пользования контактными линзами.

Цель: Изучить как происходит заражение акантамёбой, как протекает клиника и возможные пути лечения данного заболевания.

Задачи: Научиться диагностировать акантамёбный кератит клинически, лабораторно и обучать мерам профилактики.

Материал и методы: Клинический случай пациента с акантамёбным кератитом, которому потребовалась пересадка роговой оболочки.

Результаты и их обсуждение: Обитают свободноживущие патогенные амёбы в загрязненной воде, влажной почве, отстойниках, иле. Питаются бактериями. Размер амёб в среднем 10-20 мкм. Движение медленное, во время которого заметно деление цитоплазмы на экто- и эндоплазму. В последней видны многочисленные вакуоли, пузырьковидное ядро. Акантамёбы при движении вытягиваются, расширяясь кпереди с образованием 2—3 пальцевидных ложноножек. Они обычно покрыты характерными мелкими шиповатыми ложноножками. При неблагоприятных условиях образуют цисты округлой формы, бесцветные, с четкой двухконтурной оболочкой, морщинистой формы. Акантамёбный кератит проявляется режущей болью в глазу, затуманиванием зрения, светобоязнью, чувством инородного тела, слезотечением и покраснением глаза. Очень часто при далекозашедших случаях наблюдается кольцевидное помутнение роговицы.

Клинические признаки акантамёбного кератита в порядке их проявления:

- лимбит
- периневральные инфильтраты (радиальный кератоневрит)
- мелкие неоднородные инфильтраты передних слоев стромы обнаруживают в течение первых 4 недель от начала заболевания
- эпителий роговицы может оставаться интактным либо поражаться по типу точечного или псевдодревовидного кератита

- постепенное расширение и слияние инфильтратов ведет к формированию центрального или парацентрального кольцевидных абсцессов
- по периферии кольцевидного абсцесса наблюдают отдельные мелкие белесые инфильтраты
- медленно прогрессирующее истончение стромы роговицы, склерит и в конечном итоге – формирование десцеметоцеле.

Дифференциальная диагностика:

Кератит, вызванный вирусом Herpes simplex, стоит на первом месте при дифференциальной диагностике акантамёбного кератита. Помимо этого дифференциальный диагноз так же проводится с грибковыми и бактериальными кератитами.

Для диагностики важны сведения:

- о ношении контактных линз
- выраженном стойком болевом синдроме
- отрицательных результатах посевов на бактерии, вирусы и грибки
- устойчивости к обычной антибактериальной терапии
- сбор анамнеза.

Учитывая то, что акантамёбный кератит достоверно ассоциируется с контактными линзами, следует для начала установить, были ли в анамнезе травмы глаза и контакт с водой из водоемов, где может обитать акантамёба. Если пациент является носителем контактных линз, то необходимо выяснить, соблюдает ли он правила их использования, моет ли он линзы под проточной водой.

Осмотр с помощью щелевой лампы (биомикроскопия)

Использование щелевой лампы позволяет обнаружить такие признаки акантамёбного кератита, как различные инфильтраты, дефекты эпителия, лимбит, поражение роговичных нервов. Флюоресцирующие красители могут быть использованы для оценки изъязвления роговицы.

Окрашивание образцов

Цисты и трофозоиты можно обнаружить в результате окрашивания мазков, либо биопсийного материала. Для этого применяют методы окраски по Романовскому-Гимзеи окрашивание гематоксилином-эозином.

Культивирование

Акантамёбу с образцов можно культивировать на плотных питательных средах. Для доказательства наличия акантамёбы часть контактной линзы помещают в термостат на кровяной агар с E. coli. Амеба переваривает бактерии, и вокруг материала линзы будет оставаться пустое пространство.

ПЦР диагностика

Очень точным методом диагностики является полимеразная цепная реакция.

Лечение:

- 0,02% раствор полигексаметилабигуанида каждый час. 0,02% раствор хлоргексидина может использоваться в качестве альтернативы полигексаметилабигуаниду. В качестве лекарственных препаратов возможно применение раствора для обработки контактных линз ReNuMultiPlus, а также раствора для обработки контактных линз — Опти-фри, содержащего в своем составе

бактерицидное вещество Aldox (миристамидопропилдиметиламин) 0,0005%. 0,1% раствор пропамидинаизетионата каждый час. Дибромопропамидинизетионат в виде 0,15% мази также доступен.

- Антибиотики широкого спектра.
- Аминогликозиды (неомицин).
- Фторхинолоны (моксифлоксацин)
- Итраконазол 400 мг внутрь в качестве одной нагрузочной дозы, затем 100-200 мг внутрь 1 раз в день, кетоконазол 200 мг внутрь 1 раз в день или вориконазол 200 мг внутрь 1-2 раза в день. Альтернативное лечение включает гексамидин, 1% раствор клотримазола в каплях, 1% раствор лейконазола в каплях или паромомицин в каплях каждые 2 часа.

- Циклоплегики (например, тропикамид 3 раза в день) необходимы для предотвращения образования синехий и для уменьшения болевого синдрома.

Хирургическое лечение:

- Трансплантация роговицы
- Кератопластика сквозная - это вмешательство рекомендуется, если в острой фазе инфекции роговица истончается и существует риск перфорации
- Кератопластика послойная глубокая - возможно радикальное удаление очага инфекции, менее травматична чем сквозная
- Кератопластика поверхностная послойная - при упорном поверхностном течении кератита
- Кератопластика фототерапевтическая- (лазерная элиминация вобудителя вместе с пораженными роговичными тканями)

Клинический случай – пациент М. (57 лет) постоянно пользовался жесткими контактными линзами -20,0 дптр, т.к. страдал близорукостью высокой степени в 22,0 дптр. Заболел акантамёбным кератитом на оба глаза в 2013 году. На левом глазу были тяжелые поражения, но поправился (было проведено лечение), однако остались помутнения на роговице. На правом глазу было улучшение. Через два месяца поступил снова с диагнозом кератит, в оптической зоне роговицы. Был выставлен клинический диагноз: акантамёбный кератит. Так как было длительное рецидивное течение, проводили дифференциальную диагностику с бактериальным, герпетическим кератитом. Для подтверждения диагноза также хотели исследовать линзы, однако сделать это не удалось, так как жена пациента их выбросила (после первого улучшения он продолжил их носить). Роговица истончилась, не эпителизовалась. Была выполнена сквозная кератопластика 7 мм в диаметре, продолжалась противовоспалительная терапия. Трансплантат прижился, но из-за высокой близорукости требовалась коррекция очками Однако кератит продолжался. Как только был получен донорский материал. Была осуществлена пересадки роговицы. Дальнейшая судьба неизвестна.

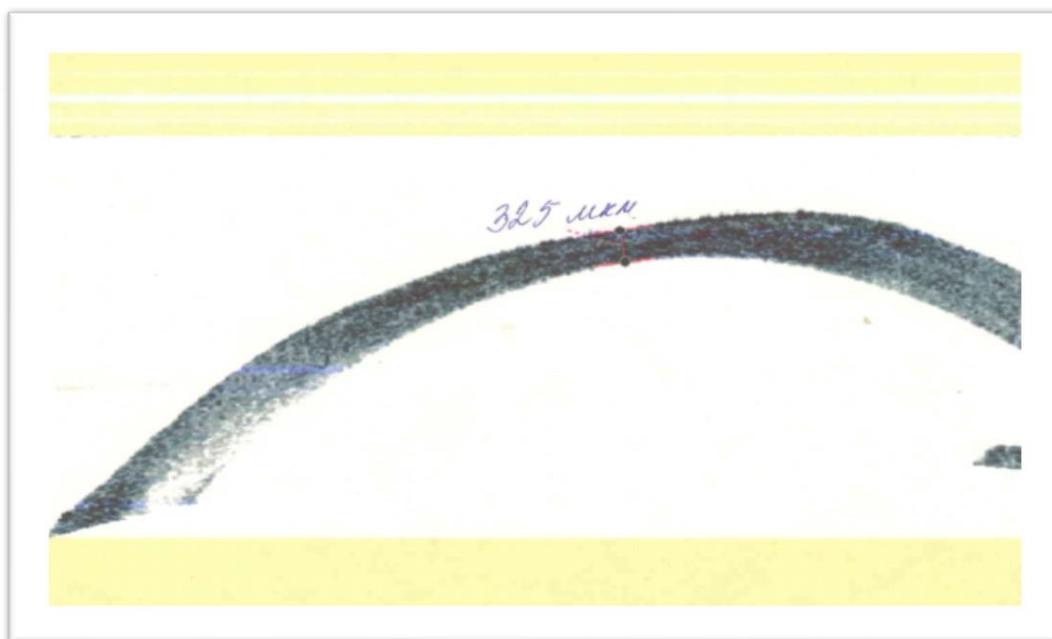


Рис. 1 – Глаз до пересадки роговицы

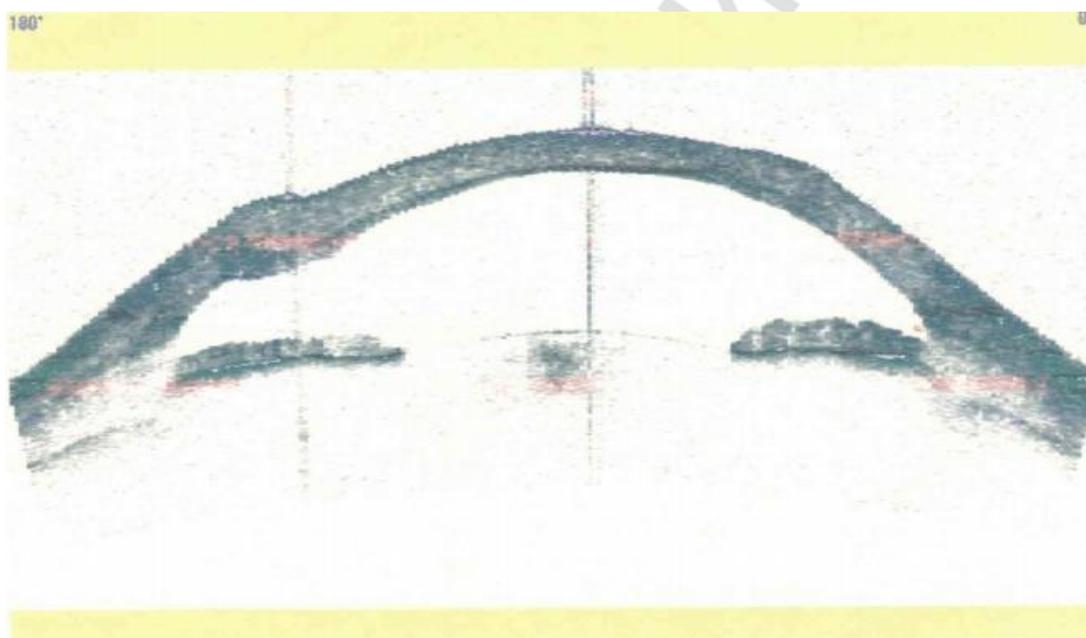


Рис. 2 – Глаз после пересадки роговицы

Выводы: ключевое место занимает профилактика:

1. Необходимо носить, заменять и ухаживать за контактными линзами (а также контейнерами) в соответствии с рекомендациями врача и производителя.
2. Необходимо снимать контактные линзы перед душем, купанием в водоемах с пресной и морской водой, бассейнах (в отечественных реалиях стоит добавить баню и сауну).
3. Использовать средства защиты для того, чтобы избежать травмы глаз и последующего заражения.

Литература

1. Аветисов С.Э., Каспаров А.А., Марченко Н.Р., Федоров А.А., Каспарова Евг.А., Бородин Н.В., Лосева И.Е. Акантамёбный кератит — клиника, диагностика и лечение. В сб. Современные методы диагностики и лечения заболеваний роговицы и склеры. М.; 2007:173-178

2. Майчук Д.Ю., Чилингарян Л.Б., Кишкин Ю.И., Майчук Н.В. Хирургическое лечение акантамёбного кератита методом фототерапевтической кератоэктомии. Анализ проблемы и клинический случай. Офтальмохирургия. 2011;6:51-54

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ