

GÖBƏLƏK MƏNŞƏLİ KERATİTLƏR (KLİNİKİ HAL)

Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *buynuz qişa, göbələk mənşəli keratitlər, antifunqal preparatlar*

Günümüzdə göbələk mənşəli keratitlər korneal korluğun ən əsas səbəblərindən biridir, xüsusilə də subtropik və tropik ölkələrdə [1,2]. Vaxtında və düzgün qoyulmuş diaqnoz və aparılmış müalicə taktikası göbələk mənşəli keratitlər zamanı mühüm şərtlərdən biridir. Xəstəliyin yaranmasında başlıca amil buynuz qişa tamlığının penetrasiya və ya perforasiya edən yara, mexaniki travma, cərrahiyyə əməliyyatı, epitelial defekt kimi müxtəlif səbəblərdən pozulmasıdır. Çox nadir hallarda isə intakt epiteliyə malik olan gözdə endoftalmit zamanı endotelidən və ya skleranın göbələk mənşəli iltihabı zamanı buynuz qişaya iltihabın yayılması ilə əlaqədar göbələk keratiti inkişaf edir [3]. Son 40 il ərzində kortikosteroidlərin artan istifadəsi ilə əlaqədar göbələk mənşəli keratitlərin rastgəlmə tezliyi artmışdır. Preparatlardan topikal istifadə zamanı yerli immunitetin zəifləməsi, sistem istifadə zamanı isə orqanizmdə supressiya halı yarandığı üçün göbələk keratitinin əmələgəlmə riski də artmış olur. Peponis V. və b. apardıqları klinik müşahidələrdə kortikosteroid preparatlarının fasiləsiz və qeyri-düzgün istifadəsinin göbələk keratitinin inkişafında və mövcud prosesin ağırlaşmasında böyük rolu olduğunu qeyd edirlər [4].

Jurkunos U. və b. isə göbələk keratitləri ilə bağlı apardıqları tədqiqatlar zamanı xəstəliyin etiologiyasında yumşaq kontakt lens istifadəsinin böyük rolu olduğunu qeyd etmişlər. Belə ki, 1999-2002-ci illərdə rast gəlinən göbələk keratitlərinin 17%-ni yumşaq kontakt lens istifadəçiləri təşkil edirdisə, 2004-2007-ci illərdə bu rəqəm 41% təşkil etmişdir. Həmçinin filamentoz göbələk mənşəli keratitlərin göstəricisi də bu dövr ərzində 30%-dən 65%-ə yüksəlmişdir [5].

Məlum olan 105 göbələk növündən 56 növünün insanda göbələk mənşəli keratitlər yaratdığı qeyd olunur (cədv.1) [3].

Cədvəl 1

İnsanda keratit törədən göbələk növləri

I Filamentoz:	
A. Arakəsməli	
1.	Piqmentsiz göbələklər
	Fusarium solani, oxysporum, moniliforme, episphaesia, nivale
	Aspergillus fumigatus, flavus
	Acremonium (Cephalosporium)
	Paecilomyces
	Penicillium
2.	Piqmentli göbələklər (Dematiaceous)
	Curvularia senegalensis, verruculosa, pallescens
	Lasiodiplodia theobromae
	Alternaria
	Cladosporium
	Celletotrichum
	Drechslera (Helminthosporium)
	B. Arakəsməsiz göbələklər
	Rhizopus (mucormycosis)
II Maya göbələkləri	
	Candida albicans, parapsilosis krusei, tropicalis

Sharma N., Vajpayee R.B. "Corneal Ulcers: Diagnosis and Management"

Bu orqanizmlər buynuz qişanın stromasında xemotaksik maddələrin sekresiyası olmadan proliferasiya etmək qabiliyyətinə malikdirlər ki, nəticədə orqanizmin onlara qarşı inhibəedici immun cavab fazası ləngiyir.

Xəstəliyin fərqli biomikroskopik əlamətləri sırasına buynuz qişanın epitelial və stromal xorası, nekrozlaşan stromal iltihab və stromal iltihabın tək lokalizasiyalı olması daxildir. Bəzən multifokal stromal keratit də ola bilər, bu əsasən kontakt lens istifadəsi zamanı və çoxsaylı zədələnmələrdən sonra olur. Biomikroskopik digər əlamətlər epitelial və stromal ödem, endotelial bulanma, ön kamera mayesində hüceyrələr və hipopion [3, 6].

Immunokompetent orqanizmlərdə Aspergillus mənşəli göbələklərin xəstəlik törətməsinin nadir hadisə olmasına baxmayaraq immunsupressiya vəziyyətində olanlarda bu göbələklər ağır fəsadlara yol açə bilirlər. Təxminən 80% hallarda törədici Aspergillus fumigatus olur, tezliyinə görə ikinci yeri Aspergillus flavus tutur (təxminən 15-20%) və daha az hallarda isə Aspergillus niger və terreus xəstəlik törədir [7].

Filamentoz göbələklər ən erkən stadiyalardan xüsusi fərqlənən əlamətlər yaradırlar: ön stromada qeyri düzgün kənarlara malik incə filamentləri və ya hifləri olan ağ-boz və ya sarımtıl ağ rəngli materialın olması. Funqal filamentlər gözdaxili strukturlara inteqrasiya qabiliyyətinə malikdirlər, ona görə də qüzehli qişa, ön kamera bucağı, arxa kameraya da yayıla bilirlər. Bu da ikincili qapalı bucaqlı qlaukomanın və iltihabi bəbək blokunun əmələ gəlməsinə səbəb olur [3].

Xəstəliyin diaqnostikasında “qızıl standart” hesab olunan direkt mikroskopik müayinə və buynuz qişa materialının əkilməsi ilə yanaşı daha sürətli və həssas spesifik müayinələr tələb olunur [8]. Bir sıra tədqiqatçıların apardıqları müşahidələr zənciri polimeraz reaksiyasının göbək keratitlərinin vaxtında aşkarlanmasında mühüm rolunu qeyd etmişlər. Belə ki, Venqayıl S. və həmmüə. 40 xəstədən 40 gözdə müşahidələr aparmışlar. Nəticədə ZPR-lə müayinədə 50%, Qram üsulu ilə boyamada 35%, potassium hidroxloridin məhlulunda müayinədə 40% , xüsusi mühitlərdə əkmə ilə isə 25% müsbət nəticə alınmışdır [9]. Həmçinin Thomas P.A. və həmmüə. 5 illik müşahidələri ərzində ZPR-in göbək keratitlərinin diaqnostikasında əhəmiyyətini qeyd etmişlər [8].

Xəstəliyin müalicəsində antifunqal preparatların həm yerli həm də sistem qəbulu mühüm şərtidir. Müəyyən olunmuşdur ki, filamentoz göbələklər natamycin preparatına, maya göbələkləri isə amphotericin B preparatına yüksək həssaslıq göstərir [10]. Lakin filamentoz göbələklər də natamycin preparatına qarşı fərqli həssaslıq göstərir. Belə ki, in vitro aparılmış təcrübədə ən yüksək həssaslığı Aspergillus flavus göbələkləri göstərmişlər [11]. Həmçinin aparılmış klinik müşahidələr voriconazole preparatının oral və topikal istifadə zamanı göbək mənşəli keratitlərin xüsusən də Aspergillus fumigatus mənşəli keratitlərin müalicəsində yüksək effektivliyini göstərmişdir [12].

Biz rast gəldiyimiz Aspergillus mənşəli göbək keratiti ilə bağlı 2 kliniki halı sizə təqdim etmək istədik.

1. Xəstə A.T. 1986-cı il təvəllüdü akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin “Buynuz qişanın cərrahiyyəsi və transplantologiyası” şöbəsinə daxil olub. Anamnezdə 1 ay ərzində hər gün 3 dəfə olmaqla Sol. Dexametasoni 0,1% damcısı və Ung. Hydrocortisoni məlhəmini istifadə etdiyini qeyd edir. Həmin təyinatlar yaşadığı ünvanda tibb müəssisəsində fəaliyyət göstərən həkim-oftalmoloq tərəfindən verilib. Müayinə zamanı görmə itiliyi sağ gözdə - 0,08 korreksiya etmir, sol gözdə - 0,5 korreksiya ilə sph. concavae – 0,75 D – 1,0. Gözdaxili təzyiq palpator olaraq hər iki gözündə norma daxilində idi. Xəstəyə stasionar müalicənin vacibliyi haqda məlumat verilsə də xəstə stasionarda yatmaqdan imtina edib. Təkrar müraciət zamanı sağ gözdə görmə itiliyi - üz önündə barmaq sayı olmuşdur.

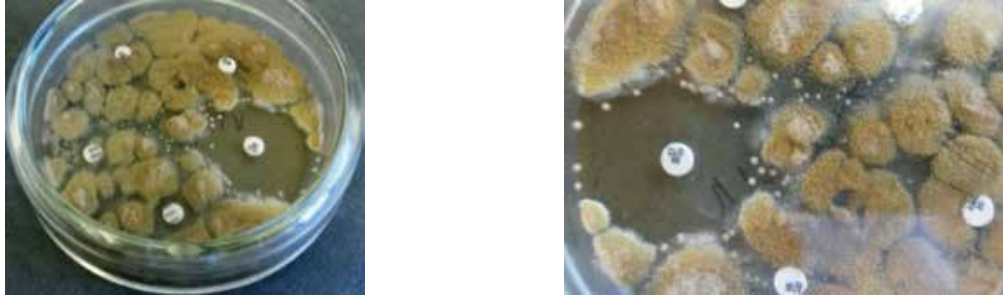
Biomikroskopik: sağ göz - göz qapaqlarının ödem, konyunktivanın xemozu və qarışıq inyeksiya. Buynuz qişada paraoptik zonada diskvari şəkilli infiltrat, ətrafında xırda stromal infiltratlar (satellitlər), epitelial və stromal ödem. Bəbəyin işığa reaksiyası zəifdir (şək. 1); sol göz praktiki sağlam.

Xəstə stasionar müalicə alınması üçün təcili stasionara qoyuldu və qeyd olunan müalicə təyin olundu: Sol. Natamycini 5% 30 dəqiqədən bir – 1 həftə, sonra isə - 1 saatdan bir, Sol. Azola – 1 saatdan bir, Sol. Oftaquix 0,5% gündə 3 dəfə, Sol. Atropini 1% gündə 3 dəfə, Ung. İtrakonazoli gündə 2 dəfə, daxilə Tab. İtrakonazoli 100 mg gündə 2 dəfə, venadaxili Sol. Diflukan 50 mg gündə 1 dəfə - 3 gün.

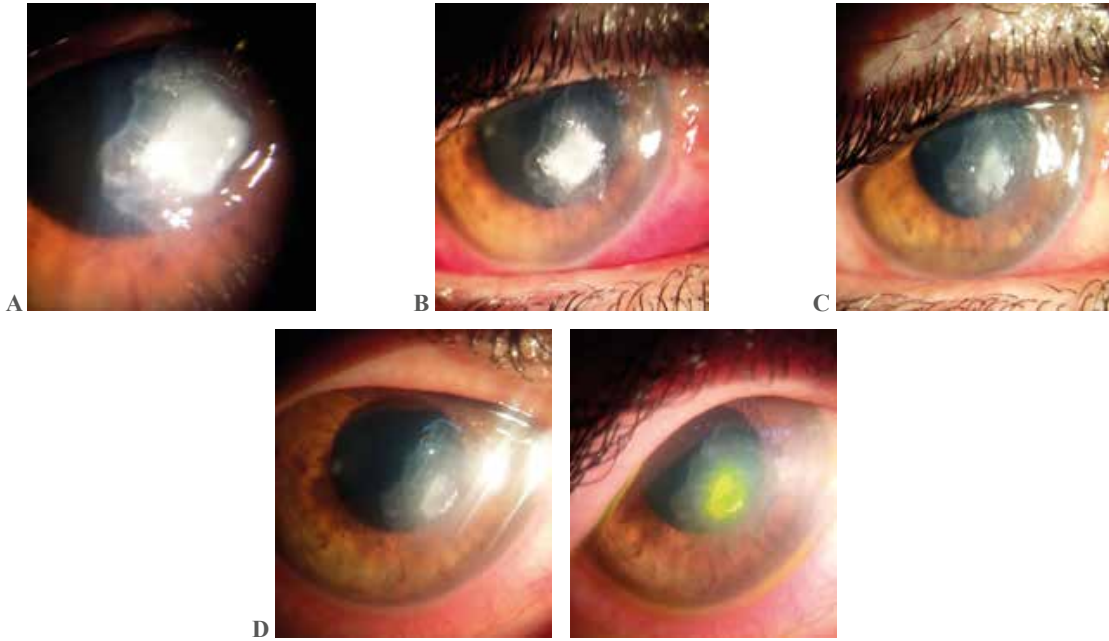


Şək. 1. Xəstə təkrar müraciət edərkən sağ gözün biomikroskopik görüntüsü

Həftədə 2 dəfə buynuz qişanın səthinin qaşintısı (debridement) aparılıb. Buynuz qişadan yaxma götürülərkən laborator diaqnostika zamanı xəstədə Aspergillus mənşəli göbək keratitinin olduğu təsdiq olundu (şək. 2). 25 gün ərzində aparılmış stasionar müalicə zamanı xəstə daimi dinamik müşahidə altında olmuşdur (şək. 3).



Şək. 2. Laborator müayinənin nəticələri



Şək. 3. Dinamikada xəstənin sağ gözünün biomikroskopik görüntüsü: A. 1 həftədən sonra; B. 10 gündən sonra; C. 2 həftədən sonra; D. 3 həftədən sonra

Xəstə evə yazılarkən buynuz qişanın mərkəzi və paraoptik zonalarında distrofik bulanma əmələ gəlmişdir, ön kamera orta dərinlikdə və mayesi şəffaf idi, bəbək medikamentoz gen və göz dibindən çəhrayı refleks alınır: görmə sinirinin məməciyi açıq çəhrayı rəngdə idi, hüdudları aydın; makulyar zonada reflekslər aydın idi.

2. Digər xəstə Ə.R. 1984-cü il təvəllüdü 11.10.2016-cı il tarixində akad. Z.Əliyeva Adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin "Buynuz qişanın cərrahiyyəsi və transplantologiyası" şöbəsinə daxil olub. Özünü sentyabr ayından xəstə hesab edib və Gəncə şəhərində "OD – Keratit" diaqnozu ilə müalicə alıb. İstifadə etdiyi dərmanlar: Sol. Oftalmoferon, Sol. Vigamox, Heli Virgan, Sol. Flarex 0,1%, Sol. Dicloftili 0,1%, Tab. Zovirax, vit. C. Xəstə sağ gözdə olan kəskin ağrı, yaşaxma və işıqdan qorxma şikayətləri ilə müraciət edib. Müayinə zamanı sağ gözdə görmə itiliyi üz önündə əl hərəkəti, sol gözündə isə - 0.2. Gözdaxili təzyiq palpator olaraq hər iki gözündə norma daxilində idi.

Biomikroskopik olaraq blefarospazm, yaşaxma, işıqdanqorxma, kəskin perikorneal inyeksiya, buynuz qişanın mərkəzi və paraoptik zonalarında diskvari şəkili infiltrat, kənarları nahamar, epitelial və stromal ödem müşahidə olunurdu (şək. 4). Büllur, şüşəvari cisim, göz dibini müşahidə etmək mümkün deyildi. Aparılan ultrasəs müayinəsinə əsasən arxa təbəqələrdə patoloji dəyişiklik aşkar olunmurdu (şək.5). Xəstənin hər iki gözündə Oculus Pentacam cihazında keratotopografiya müayinəsi aparıldı və keratokonus diaqnozu təsdiq olundu (şək. 6).

Xəstə stasionar müalicə alınması üçün təcili stasionara qoyuldu və qeyd olunan müalicə təyin olundu: Sol. Natamycini 5% 30 dəqiqədən bir, Sol. Azola – 1 saatdan bir, Sol. Oftaquix 0,5% gündə 3 dəfə, Sol. Atropini 1% gündə 3 dəfə, Ung. İtrakonazoli gündə 2 dəfə, daxilə Tab. İtrakonazoli 100 mg gündə 2 dəfə, venadaxili Sol. Diflukan 50 mg gündə 1 dəfə - 3 gün. Həftədə 2 dəfə buynuz qişanın səthinin qaşintısı (debridement) aparılıb. Lakin, 1 həftə ərzində çox lənggedişli müsbət dinamika müşahidə olundu və müalicə taktikası bir qədər korreksiya olundu: Sol. Voriconazoli

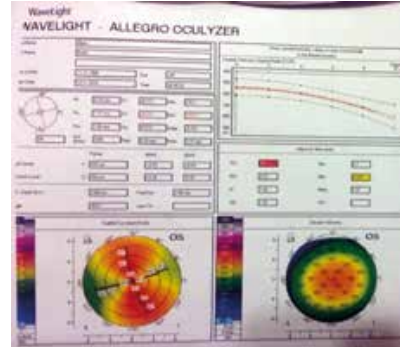
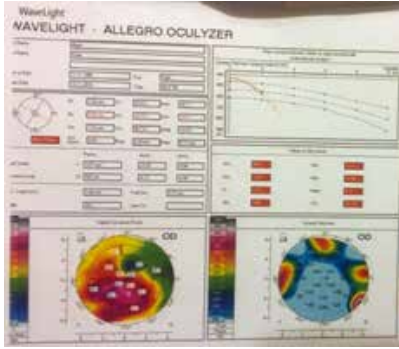
30 dəqiqədən bir, Sol. Amphotericini 0,15% 1 saatdan bir, Sol. Azola istifadəsi isə dayandırıldı. Buynuz qişadan yaxma götürülərkən laborator diaqnostika zamanı xəstədə Candida albicans göbələk keratitinin olduğu təsdiq olundu. 1 ay ərzində aparılmış stasionar müalicə zamanı xəstə daimi dinamik müşahidə altında olmuşdur (şək. 7).



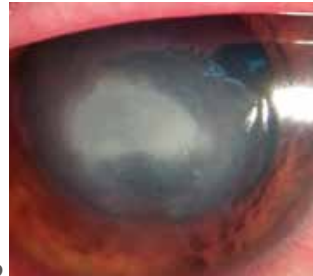
Şək. 4. Xəstə müraciət edərkən sağ gözün biomikroskopik görüntüsü



Şək. 5. Sağ gözün B/scan müayinəsi



Şək. 6. Keratotopografik görüntü



Şək.7. Dinamikada xəstənin sağ gözün biomikroskopik görüntüsü: A) 1 həftədən sonra; B) 2 həftədən sonra; C) 3 həftədən sonra

Xəstə evə yazılarkən buynuz qişanın mərkəzi və paraoptik zonalarında distrofik bulanma əmələ gəlmişdir, ön kamera orta dərinlikdə və mayesi şəffaf idi, bəbək medikamentoz gen və göz dibindən çəhrayı refleks alınırdı; görmə sinirin məməciyi açıq çəhrayı rəngdə idi, hüdudları aydın; makulyar zonada reflekslər aydın idi..

Nümayiş olunan kliniki hallar göbələk mənşəli keratitlər zamanı erkən laborator diaqnostikanın, antifunqal damcılardan düzgün rejimdə təyin olunmasının, buynuz qişanın səthinin mütəmadi olaraq qaşınmasının (debridement) və daimi dinamik müşahidənin vacibliyini vurğulayır.

ƏDƏBİYYAT:

1. Шамилова Ф.Г., Намазова И.К., Ахундова М.И., Мамедова З.А., Алиева Г.Ш. Травма роговицы, осложненная длительным применением Алкаина // Oftalmologiya Elmi-Praktik Jurnal, 2015:1 (17), стр: 99-106.
2. Maharana P.K., Sharma N., Nagpal R. et al. Recent advances in diagnosis and management of Mycotic Keratitis // Indian J. Ophthal., 2016, v. 64(5), p. 346-357.

3. Sharma N., Vajpayee R.B. Corneal Ulcers: Diagnosis and Management, 2008, p. 80.
4. Peponis V., Herz J.B., Kaufman H.E. The role of corticosteroids in fungal keratitis: a different view // British J. Ophthalmol., 2004, v. 88(9), p. 1227.
5. Jurkunas U., Behlau I., Colby K. Fungal keratitis: changing pathogens and risk factors // Cornea, 2009, v. 28(6), p.638-643.
6. Ansari Z., Miller D., Galor A. Current Thoughts in Fungal Keratitis: Diagnosis and Treatment // Curr. Fungal Infection Reports, 2013, v.7(3), p.209-218.
7. Krishnan S., Manavathu E.K., Chandrasekar P.H. Aspergillus flavus: an emerging non-fumigatus Aspergillus species of significance // Mycoses, 2009, v.52(3), p.206-222.
8. Thomas P.A., Teresa P.A., Theodore J. et al. PCR for the molecular diagnosis of mycotic keratitis // Exp.t Rev. Molecular Diagnostics, 2012, v.12(7), p.703-718.
9. Vengayil S., Panda A., Satpathy G., et al. Polymerase chain reaction-guided diagnosis of mycotic keratitis: a prospective evaluation of its efficacy and limitations // Invest. Ophthalmol. & Visual Science, 2009, v.50, p.152-156.
10. Mellado F., Rojas T., Cumsille C. Fungal keratitis: review of diagnosis and treatment // Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, 2013, v.76(1), p.52-56.
11. Pradhan L., Sharma S., Nalamada S. et al. Natamycin in the treatment of keratomycosis: correlation of treatment outcome and in vitro susceptibility of fungal isolates // Indian J. Ophthalmol., 2011, v.59(6), p.512-514.
12. Stewart R.M.K., Quah S.A., Neal T.J. et al. The use of voriconazole in the treatment of Aspergillus fumigatus keratitis // Br. J. Ophthalmol., 2007, v.91(8), p.1094-1096.

Агаева Ф.А., Баширова В. А.

ГРИБКОВЫЕ КЕРАТИТЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Национальный Центр Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: антифунгальные препараты, грибковый кератит, роговица

РЕЗЮМЕ

Авторами представлены 2 клинических случая грибкового кератита: аспергиллёза и кандидоза. Показана клиника и подробно описана тактика лечения и ведения данных пациентов.

Aghayeva F.A., Bashirova V.A.

FUNGAL KERATITIS (CLINICAL CASE)

National Centre of Ophthalmology named after academician Zarifa Aliyeva, Baku, Azerbaijan

Key words: antifungal drugs, cornea, fungal keratitis

SUMMARY

The authors have described 2 clinical cases of fungal keratitis: Aspergillus fumigatus and Candida albicans. Clinics and treatment tactics of that type of patients were described.

Для корреспонденции:

Агаева Фидан Акбар кызы, врач-офтальмолог отдела глаукомы Национального Центра Офтальмологии им. акад. Зарифы Алиевой

Тел.: (99412) 569-91-36, (99412) 569-91-37

Адрес: AZ1114, г. Баку, ул. Джавадхана, 32/15

Email: administrator@eye.az : www.eye.az