ДЕРЕВЯНИСТЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Искандарова Малика Алишеровна - д.м.н., доцент кафедры
Абдуллаева Дурдона Рустамовна - ассистент
Саимбетов Саламат Азатбай улы - ординатор
Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. *Статья посвящена редкому, но важному заболеванию — деревянистому конъюнктивиту, который характеризуется хроническим воспалением конъюнктивы глаза. Описание клинических проявлений, факторов риска, диагностики и методов лечения данного состояния составляет основу исследования. Деревянистый конъюнктивит может возникать вследствие воздействия различных внешних и внутренних раздражителей, включая аллергены, инфекции, а также химические вещества. Основные симптомы включают зуд, покраснение глаз, слезотечение и дискомфорт. В статье рассматриваются современные подходы к лечению заболевания, включая медикаментозные средства, а также важность ранней диагностики для предотвращения осложнений. Внимание уделено и вопросам профилактики, включая рекомендации по избеганию контактирования с потенциальными раздражителями и по уходу за глазами. Материалы статьи могут быть полезны врачам-офтальмологам, аллергологам и другим специалистам, работающим в области диагностики и лечения глазных заболеваний.*

Ключевые слова: *Деревянистый конъюнктивит, воспаление, симптом, инфекция.*

DARAXTSIMON KONYUNKTIVIT (KLINIK XOLAT)

Iskandarova Malika Alisherovna - t.f.n., dotsent
Abdullaeva Durdona Rustamovna - assistent
Saimbetov Salamat Azatbay o'g'li - ordinator
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti (Toshkent, O'zbekiston)

Annotasiya*. Maqola kam uchraydigan, ammo muhim bo'lgan kasallikka — daraxttek kon'yunktivitga bag'ishlangan bo'lib, bu kasallik ko'z kon'yunktivasining xronik yallig'lanishi bilan tavsiflanadi. Klinik ko'rinishlar, xavf omillari, diagnostika va bu holatni davolash usullari mavzuning asosiy tadqiqoti hisoblanadi. Daraxttek kon'yunktivit turli xil tashqi va ichki ta'sirchilar, shu jumladan allergiya, infektsiyalar va kimyoviy moddalar natijasida paydo bo'lishi mumkin. Asosiy simptomlar qichishish, ko'zlarning qizarishi, ko'z yoshlari va noqulaylikni o'z ichiga oladi. Maqolada kasallikni davolashning zamonaviy yondashuvlari, medicamentoz vositalar hamda aniq diagnostika qilishning ahamiyati va asoratlarning oldini olish muhokama qilinadi. Shuningdek, profilaktika masalalariga ham e'tibor qaratilib, ehtimoliy ta'sirchilar bilan aloqada bo'lishdan saqlanish va ko'zlarga e'tibor berish bo'yicha tavsiyalar beriladi. Maqola materiallari oftalmologlar, allergologlar va ko'z kasalliklarini diagnostika qilish va davolash sohasida ishlayotgan boshqa mutaxassislar uchun foydali bo'lishi mumkin.*

Kalit so'zlar: *Daraxtsimon kon'yunktivit, yallig'lanish, simptom, infektsiya.*

«WOODEN CONJUNCTIVITIS» (CLINICAL CASE)

Iskandarova Malika Alisherovna - Ph.D., associate professor
Abdullaeva Durdona Rustamovna - assistant
Saimbetov Salamat Azatbay ugli - intern
Tashkent Pediatric Medical Institute (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract*. The article is dedicated to a rare but important condition—woody conjunctivitis, which is characterized by chronic inflammation of the eye's conjunctiva. The description of clinical manifestations, risk factors, diagnostics, and treatment methods of this condition forms the basis of the study. Woody conjunctivitis can occur as a result of exposure to various external and internal irritants, including allergens, infections, and chemical substances. The main symptoms include itching, eye redness, tearing, and discomfort. The article discusses modern approaches to the treatment of the condition, including medication, as well as the importance of early diagnosis to prevent complications. Attention is also given to preventive measures, including recommendations for avoiding contact with potential irritants and eye care. The materials of the article may be useful to ophthalmologists, allergists, and other specialists working in the field of diagnosis and treatment of eye diseases.*

Keywords*: Woody conjunctivitis, inflammation, symptom, infection.*

Актуальность. Деревянистый конъюнктивит (ДК), по МКБ10 H10.5 так же известный как фиброзный конъюнктивит, в источниках научной зарубежной литературы представлен как «ligneous conjunctivitis», встречается крайне редко и в связи с этим малоизучен. Истинная распространенность заболевания на данный момент еще не установлена, но согласно исследованиям с 1950 до 2001 годы было зарегистрировано менее 120 случаев, по некоторым данным 1,6:1000000. В основе патогенеза отложение фибрина в тарзальной конъюнктиве. Наличие таких же проявлений и в оранах респираторной системы, желудочно-кишечного тракта, а также в половых органах свидетельствует о том, что данная болезнь носит системный характер. Кроме того, в литературе были описаны случаи проявления заболевания у животных (на примере мышей): ДК, осложненный лекарственной терапией (транексамовой кислотой) [1]. Сложность диагностики и своевременного адекватного лечения обусловлены большей редкостью болезни и недостаточностью информации в литературе. Так с 1953 по 2024 годы по данной проблеме было опубликовано всего 226 статей.

Этиологическим фактором ДК является недостаток плазминогена (гипоплазминогенемия), передаваемый наследственно по аутосомно-рецессивному пути. Плазминоген кодируется геном PLG на 6-й хромосоме, синтезируется, в основном, в печени и внутриклеточно в форме проплазминогена, состоит из 810 аминокислот, а при секреции лишается 19 аминокислот. В плазме циркулирует примерно в равном соотношении 2 типа плазминогена. Гликозирование по Asn289 и Thr346 отмечается как тип 1, а тип 2 только по Thr346. Расщепление плазминогена между Arg-560 и Val-561 аминокислотами приводит к образованию активного плазмина. Данный процесс контролируется тканевыми факторами плазминогена и урокиназой, они секретируются как проферменты [2, 3, 6, 7]. Факторы риска развития ДК, кроме генетической предрасположенности, пока не известны. Данная болезнь была индуцирована с помощью транексамовой кислоты только у животных [1].

В нормально функционирующей системе свертывания крови такие явления как, коагуляция и антикоагуляция работают таким образом, при повреждениях образуется сгусток крови для остановки кровотечения, после восстановления трехмерной структуры коллагенов происходит расщепление данного сгустка. В свертывающую часть входят внешний и внутренний пути, но оба они оканчиваются появлением комплекса Xa-Va-Ca++ (протромбиназа), что способствует переходу протромбина в активную форму тромбина и появлению фибриновых нитей. После регенерации фибрин уже не нужен, и он должен расщепиться с помощью активного плазмина [5].

Патогенез. Структуры глаз такие как водянистая влага, стекловидное тело, хрусталик, сосудистая оболочка, конъюнктива и радужка обладают фибринолитическими и плазминактивирующими свойствами. При моргании вследствии трения в тарзальную конъюнктиву выпадают нити фибрина, но благодоря активности плазмина данная особенность нивелируется, а патология в гене PLG может привести к недостатку распада фибрина. Кроме того, в патогенезе отмечается и тот момент, что глаза тесно контактируют с внешней средой, в глаза могут попасть мелкие инородные тела, частички пыли, инфекционные агенты, имеют место микротравмы (в детском возрасте это усугубляется несовершенным локальным иммунитетом) [4, 10].

Гистологическая картина демонстрирует изъязвленную конъюнктиву субэпителиальным, амилоидоподобным, эозинофильным материалом, содержащая сгустки фибрина, иммуноглобулины, лимфоциты, гранулоциты и плазматические клетки (рис. 1) [10].

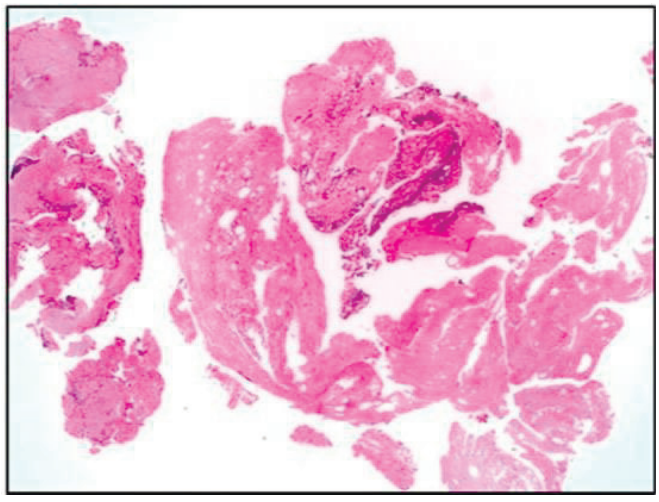


Рис. 1. **Гистологическая картина конъюнктивы пациента с ДК**

В клинической картине начальных стадий ДК отмечают отделяемое мукоидной слизи, слезоточение и покраснение. Далее появляются псевдомембраны в тарзальной конъюнктиве, которые прогрессирует до утолщения конъюнктивы век и замещают нормальную ткань на ткань древоподобной констистенции. У пациентов наблюдаются множественные рецидивы или же хронический псевдомембранозный конъюнктивит, которому могут предшествовать или одновременно проявляться другие системные признаки. К ним можно отнести лихорадку, инфекции верхних дыхательных путей, уха или инфекцию мочеполовой системы у женщин [1, 10].

Первоначальная диагностика ДК включает в себя тщательный сбор анамнеза пациента и осмотр внутренней поверхности века. Лабораторно можно подтвердить гипоплазминогенемией, наличием мутации в гене PLG. Так же следует исключить амилоид, так как данное заболевание может иммитировать ДК. При подозрении на ДК следует обследовать уши, ротоглотку, трахеобронхиальное древо и женские половые пути. Часто при осмотре кожи на которую воздействовало солнце можно увидеть ювенильный коллоидный милиум. После хирургического лечения материал следует отправить на гистологическое исследование для оценки высокого содержания эозинофилов ввиду переизбытка фибрина [1, 6]. Некоторые исследователи, сообщали, что ДК может имитировать как опухоль конъюнктивы [8, 9].

Единого мнения о лечении ДК на данный момент не существует. В 2003 году V.Schuster и S.Suregard предложили использовать местный фибринолитический препарат и хирургическое вмешательство с последующим местным лечением гепарином [1]. В 2016 году M.Bauer et al. сообщили о 3 летней пациентке патологию конъюнктивы которой первоначально приняли за опухоль и только после гистологического обследования была выявлена типичная картина ДК, а последующий анализ крови показал снижение плазминогенадо 22% [8]. Пациентка получила курс кортикостероидов, гепаринсодержащих глазных капель, свежезамороженную плазму (СЗП), с повторной хирургической операцией, что позволило достичь стабильной низкой активности заболевания.

Прогноз фиброзного конъюнктивита зависит от способности контролировать воспаление и рецидивы псевдомембран. Вовлечение роговицы в патологический процесс ухудшает прогноз для зрения [1]. Системное поражение отложениями фибрина в респираторной системе может быть опасным для жизни.

Цель исследования. Представить клинический случай деревянистого конъюнктивита у ребенка.

Материал и методы. Под нашим находилась пациентка Х., 12 лет с диагнозом Деревянистый конъюнктивит. Ребенку были проведены офтальмологические и клинико-лабораторные методы исследования.

Результаты исследования. Из анамнеза: с момента рождения у ребенка отмечалось отделяемое пленочного характера из глаз. В недельном возрасте по месту жительства под местным обезболиванием были удалены пленки из конъюнктивы. До годовалого возраста данная процедура повторно проводилась еще 2-3 раза. В 2х летнем возрасте по м/ж проведено промывание слезных путей и удаление пленок. В 5-летнем возрасте была проведена операция по исправлению заворота нижнего века обоих глаза. В 7-летнем возрасте в РСНПМЦОиР (институт онкологии) были удалены пленки, гистологическое исследование показало наличие воспалительного инфильтрата. В 11 лет повторно проведена операция по удалению пленок и материал был отправлен на гистологическое исследование, в ней был отмечен воспалительный инфильтрат. До 12 лет удаление пленки проводилось 15 раз.

Объективно: общее состояние пациентки удовлетворительное, отмечается ринит легкой степени, на носогубном треугольнике и на коже половых органов отмечаются высыпания, также отмечается дизурия. При риноскопии были выявлены фибриновые налеты в слизистой носового прохода со слизистым отделяемым. Остальные органы и системы без изменений.

На левом глазу в нижнем веке отмечается трихиаз, во внутреннем углу рубцовые изменения. В обоих глазах в интермаргинальном пространстве верхних и нижних век отмечаются кисты диаметром 2-3 мм с прозрачным содержимым, а также деформация краев века. По ходу мейбомиевых желез отмечается застой содержимого железы. На верхней конъюнктиве имеются гипертрофированные пленки желтого цвета. Остальные структуры глаз без изменений. Vis OD/OS=0,7/1,0. (рис 2).



Рис.2 **Состояние глаз у пациентки Х. с диагнозом ДК. А: OD Деревянистый конъюнктивит. OS Деревянистый конъюнктивит. Трихиаз.**

Плазминоген был ниже порогового значения, у мамы пациентки плазминоген был на уровне 50% (в норме 80-132%). Общий анализ крови, мочи и кала, показатели коагулограммы без особенностей.

В течение 10 дней пациентке было проведено консервативное лечение:

1) Тобра Д (тобрамицин + дексаметазон) по 2 капли 4 раза в день.
2) Химотрипсин по 2 капли 4 раза в день.
3) Плазмин по 2 капли 4 раза в день
4) Гидрокортизон глазная мазь 4 раза в день.
5) Кальция глюконат 10%-20 мл + Натрия хлорид 0,9%-200 мл в/в №5.
6) Нитроксалин по 50 мг 4 раза в день 10 дней.

После курса лечения на верхнем веке конъюнктивы пленки белого цвета в динамике значительно упростились и уменьшились. По ходу мейбомиевых желез отмечается незначительный застой содержимой железы. Остальные же структуры были без изменений. (рис 3.).



Рис. 3 **Состояние глаз у пациентки Х. с диагнозом ДК, картина через 10 дней после консервативного лечения (А-правый глаз, В-левый глаз).**

Заключение. В данное время вопрос о патогенетически ориентированном методе лечения ДК остается открытом. Этому предрасполагают крайне низкая частота встречаемости и возможное наличие других компенсаторных механизмов невилирования гипоплазминогенемии (к примеру у матери нашей пациентки отмечен низкий порог плазминогена, но проявления болезни отсутствуют). При подозрении на ДК для исключении амилоидита или злокачественных перерождений следует проводить гистологическое исследование, исключать заболевания респираторной, желудочно-кишечной, мочеполовой систем. А при лечении предпочтительнее использовать гепарин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Schuster V, Seregard S. Ligneous conjunctivitis. Surv Ophthalmol. 2003 Jul-Aug;48(4):369-88. doi: 10.1016/s0039-6257(03)00056-0. PMID: 12850227.

2. Chee YL. Coagulation. J R Coll Physicians Edinb. 2014;44 (1):42-5. doi: 10.4997/ JRCPE. 2014.110. PMID: 24995447.

3. O'Connor SD, Taylor AJ, Williams EC, Winter TC. Coagulation concepts update. AJR Am J Roentgenol. 2009 Dec; 193(6):1656-64. doi: 10.2214/ AJR.08.2191. PMID: 19933661

4. Rouatbi A, Chebbi A, Bouguila H. Ligneous conjunctivitis due to plasminogen deficit: Diagnostic and therapeutic approach. With literature review. J Fr Ophtalmol. 2018 Dec;41(10):916-919. doi: 10.1016/j.jfo.2018.03.012. Epub 2018 Nov 12. PMID: 30442487.

5. Sierra C, Moreno M, García-Ruiz JC. The physiology of hemostasis. Blood Coagul Fibrinolysis. 2022 Jan 1;33(Suppl 1):S1-S2. doi: 10.1097/ MBC.00 00000000001099. PMID: 35088768.

6. Mehta R, Shapiro AD. Plasminogen deficiency. Haemophilia. 2008 Nov;14(6):1261-8.

7. Schuster V, Mingers AM, Seidenspinner S, Nüssgens Z, Pukrop T, Kreth HW. Homozygous mutations in the plasminogen gene of two unrelated girls with ligneous conjunctivitis. Blood. 1997 Aug 1;90(3):958-66. PMID: 9242524.

8. Bauer M, Koinzer S, Oschlies I, Claviez A, Tiede K, Roider J, Nölle B. Conjunctivitis lignosa [Ligneous conjunctivitis]. Ophthalmologe. 2016 May; 113(5): 416-9. German. doi: 10.1007/s00347-015-0097-4. PMID: 26142234.

9. Martel A, Nahon-Estève S, Appert Flory A, Lassalle S, Leonardo S, Tieulié N, Caujolle JP. Ligneous conjunctivitis masquerading as a large, recurrent conjunctival tumor. J Fr Ophtalmol. 2021 Mar; 44(3): 451-453. doi: 10.1016/j.jfo.2020.04.052. Epub 2020 Dec 4. PMID: 33288307.

10. Маркова Елена Юрьевна, Горбунова Е. Д., Лобанова И. В., Захарченко А. В., Ульшина Л. В. Фиброзный конъюнктивит (случай из практики) // Российская педиатрическая офтальмология. 2012. [Markova Elena Yurevna, Gorbunova E. D., Lobanova I. V., Zaxarchenko A. V., Ulshina L. V. Fibrozniy Konjunctivit (sluchay iz praktiki) Rossiyskaya pediatricheskaya ophtalmologhiya. 2012]. DOI: https://doi.org/10.17816/rpoj37503