



## ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Трухан Д. И.<sup>1</sup>, Тарасова Л. В.<sup>2</sup>, Лебедев О. И.<sup>1</sup>, Сафонов А. Д.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения России»

<sup>2</sup> ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова»

### EYES' SYMPTOMS OF THE DIGESTIVE DISEASES

Trukhan D. I.<sup>1</sup>, Tarasova L. V.<sup>2</sup>, Lebedev O. I.<sup>1</sup>, Safonov A. D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> State educational state-funded institution of higher professional education «Omsk state medical academy» Ministry for Public Health of the Russian Federation

<sup>2</sup> Medical Faculty Chuvash State University named after I. N. Ulyanov

**Трухан Дмитрий Иванович** — доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней и поликлинической терапии ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России.

**Тарасова Лариса Владимировна** — доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой факультетской терапии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова», главный гастроэнтеролог МЗСР Чувашской Республики, заведующая Республиканским гастроэнтерологическим центром.

**Лебедев Олег Иванович** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой офтальмологии ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России.

**Сафонов Александр Дмитриевич** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России.

**Trukhan Dmitry I.** — MD, PhD, professor of the Chair of internal diseases and polyclinic therapy, State educational state-funded institution of higher professional education «Omsk state medical academy» Ministry for Public Health of the Russian Federation

**Tarasova Larissa V.** — MD, PhD, professor, head of the Chair of faculty therapy, Medical Faculty Chuvash State University named after I. N. Ulyanov

**Lebedev Oleg I.** — MD, PhD, professor, head of the Chair of ophthalmology, State educational state-funded institution of higher professional education «Omsk state medical academy» Ministry for Public Health of the Russian Federation

**Safonov Alexander D.** — MD, PhD, professor, head of the Chair of infectious diseases, State educational state-funded institution of higher professional education «Omsk state medical academy» Ministry for Public Health of the Russian Federation

**Тарасова  
Лариса Владимировна**  
Tarasova Larissa V.  
Pirogova str., 7,  
Cheboksary, Chuvashia  
Republic, 428010  
E-mail:  
tlarisagast18@mail.ru

## Резюме

Существенную часть патологии глаза составляют проявления общих или системных заболеваний. Соответственно и лекарственная системная терапия этих заболеваний может влиять на состояние глаза. Изменения органа зрения и соответствующая консультативная помощь офтальмолога могут помочь гастроэнтерологу в диагностике и адекватном лечении пациента. В статье рассмотрены возможные изменения со стороны органа зрения при заболеваниях органов пищеварения и ряде инфекционных заболеваний, а также изменения, возникающие под влиянием лекарственной терапии этих заболеваний.

**Ключевые слова:** глаз, офтальмология, болезни органов пищеварения, инфекционные болезни, лекарственная терапия.

## Summary

Substantial part of the eye disease manifestations constitute general or systemic diseases. Accordingly, the dosage systemic therapy of these diseases can affect the condition of the eye. Changes of the vision and the appropriate advice ophthalmologist can help the gastroenterologist in the diagnosis and adequate treatment of the patient. The article discusses the possible changes in the organ of vision in diseases of the digestive system and a number of infectious diseases, as well as changes occurring under the influence of drug therapy of these diseases.

**Keywords:** eye, ophthalmology, digestive system diseases, infectious diseases, drug therapy.

Ekspierimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 110 (10):83–87

Зрительный анализатор связан со всем организмом посредством большого количества физиологических и анатомических механизмов, поэтому часто при общих заболеваниях в нем возникают морфологические или функциональные изменения. Существенную часть патологии глазного яблока составляют проявления общих или системных заболеваний. Соответственно и лекарственная системная терапия этих заболеваний может влиять на состояние глаза [1].

Определенные изменения органа зрения и соответствующая консультативная помощь офтальмолога могут помочь гастроэнтерологу в диагностике и адекватном лечении пациента. Так, при ряде заболеваний (болезни Вильсона-Коновалова, неспецифическом язвенном колите, болезни Крона и ряде других) наличие у пациента изменений со стороны глаз вносит определенный вклад в их диагностику [1, 2].

В этой связи, считаем целесообразным напомнить врачам-гастроэнтерологам и офтальмологам о возможных изменениях со стороны органа зрения при заболеваниях органов пищеварения и под влиянием лекарственной терапии этих заболеваний [1, 3].

К наиболее серьезным возможным осложнениям кислотозависимых заболеваний относятся желудочно-кишечные и пищеводные кровотечения. Обильная кровопотеря может сопровождаться изменениями со стороны органа зрения. Характерным является преходящее ухудшение зрения («затуманивание»), иногда полная утрата зрения с последующим его восстановлением по мере улучшения общего состояния. Это объясняется компенсаторным спазмом кровеносных сосудов (в том числе и ретинальных) при обильных кровотечениях, которые сопровождаются падением артериального давления [2].

Повторяющиеся обильные кровотечения могут служить причиной развития атрофии зрительного нерва со стойким снижением зрительных функций, вплоть до слепоты. Ухудшение зрения у больных наступает или непосредственно после очередного кровотечения, или спустя несколько дней, недель.

В большинстве случаев на глазном дне вначале изменений не отмечается; у части больных определяется ишемия сетчатки: выраженное сужение ретинальных сосудов, белесоватая окраска глазного дна с «вишневой косточкой» в желтом пятне,

иногда по ходу сосудов видны единичные кровоизлияния, очажки экссудата. В последующем, при стойком улучшении общего состояния, зрение может частично или полностью восстановиться.

Возможным симптомом при патологии билиарного тракта может быть желтушность (иктеричность) склер.

Болезнь Вильсона — Коновалова (БВ) или гепатоцеребральная дегенерация представляет собой редкое наследственное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, проявляющееся преимущественно в молодом возрасте и характеризующееся избыточным накоплением меди в организме.

Офтальмологические изменения при БВ — кольца Кайзера-Флейшера, описанные независимо двумя немецкими офтальмологами Кайзером в 1902 г. и Флейшером в 1903 г, представляет собой золотисто-коричневое или зеленоватое окрашивание в области лимба и роговицы. Они состоят из электронно-плотных гранул, содержащих медь и серу. Их формирование обычно начинается с двух пятен на 6 и 12 часах, которые вытягиваются и замыкаются в кольца. Кольца Кайзера-Флейшера могут определяться при обычном осмотре, однако наиболее точным методом их диагностики является исследование в щелевой лампе. Кольца Кайзера-Флейшера выявляются у 90% пациентов, имеющих неврологическую симптоматику БВ и только у половины больных с патологией печени, обусловленной БВ. При БВ встречается также «подсолнечная» катаракта, которая обычно обнаруживается при наличии колец Кайзера-Флейшера и представляет собой зеленый или золотистый диск в передней капсуле хрусталика с радиальными «лепестками» из задней капсулы, который не вызывает нарушения зрения. Разрешается более быстро, чем кольца Кайзера-Флейшера при проведении медь-хелатирующей терапии [2, 4].

Кольца Кайзера-Флейшера не патогномоничны для БВ, они выявляются также у больных с хроническими холестатическими заболеваниями печени, такими как внутрипеченочный холестаз у детей, парциальная билиарная атрезия, первичный билиарный цирроз (ПБЦ).

У значительной части больных ПБЦ сочетается с другими аутоиммунными заболеваниями и синдромами, и наиболее часто — с синдромом Шегрена, при наличии которого в клинической картине

обычно преобладает сухой кератоконъюнктивит, реже наблюдается ксеростомия.

Болезнь (синдром) Шегрена, впервые описанная шведским офтальмологом Н. S. Sjogren, характеризуется лимфоплазмноклеточной инфильтрацией секретирующих эпителиальных желез, прежде всего — слезных и слюнных. В диагностическую триаду синдрома Шегрена входит сухой кератоконъюнктивит, наличие которого наряду с ксеростомией и /или паренхиматозным паротитом позволяет поставить диагноз «сухого» синдрома (болезни Шегрена), а при наличии заболевания в патогенезе которого участвуют аутоиммунные реакции — синдрома Шегрена (вторичного синдрома Шегрена). Жалобы пациентов сводятся к ощущению рези, сухости, жжения в глазах, затруднению при открывании глаз по утрам, светобоязни, затуманиванию, отсутствию слез при плаче, ухудшению зрения и болям в глазу. При объективном исследовании могут отмечаться незначительная гиперемия и разрыхленность конъюнктивы век, тягучее отделяемое из конъюнктивальной полости в виде тонких сероватых эластичных нитей (слизь и слущенные клетки эпителия). Роговица теряет блеск, истончена. На ее поверхности имеются сероватые нити, после удаления которых могут оставаться эрозии, а в последующем развивается помутнение роговицы с врастанием сосудов, процесс заканчивается ксерозом [1, 2].

Сухой кератоконъюнктивит и другие проявления синдрома Шегрена встречаются и у пациентов с хроническим панкреатитом.

Офтальмологические проявления сопровождаются течением целого ряда заболеваний кишечника, и в первую очередь, это относится к воспалительным заболеваниям кишечника. К внекишечным симптомам при неспецифическом язвенном колите (НЯК) относятся воспалительные заболевания глаз (эписклерит, увеит, конъюнктивит, кератит, ретробульбарный неврит), которые встречаются у 5-8% больных и часто сочетаются с другими внекишечными симптомами (узловатая эритема, артрит). Внекишечные симптомы НЯК связаны с поражением кишечника и клинически манифестируют в соответствии со степенью активности основного заболевания. Поражения глаз рассматриваются в качестве осложнений НЯК [1, 5].

При болезни Крона (БК) внекишечные проявления в большинстве случаев связаны с генерализованным характером воспалительной реакции. Необходимо отметить, что внекишечные симптомы могут быть начальными признаками болезни и иногда появляются раньше, чем кишечные проявления, что вызывает существенные диагностические трудности. Поражение глаз (эписклерит, увеит, иридоциклит) наряду с артропатией, поражением кожи и слизистой полости рта, склерозирующим холангитом относятся к наиболее известным системным проявлениям БК, которые в целом, отмечаются в 15% случаев, но особенно характерны для поражения толстой кишки (развиваются у 30% больных).

Могут при БК также отмечаться отек век и перiorбитальной клетчатки, рецидивирующий конъюнктивит, блефарит, краевой кератит, язва роговой

оболочки, ретробульбарный неврит, нейроретинит. В единичных случаях наблюдается перфорирующая склеромалия.

С поражением глаз, длительным субфебрилитетом и похуданием могут протекать хронические формы кампилобактерного колита [1, 2, 5].

Определенные изменения органа зрения наряду с гастроэнтерологическими синдромами могут присутствовать в клинической картине целого ряда инфекционных заболеваний и гельминтозов, что требует проведения дифференциальной диагностики в практике врача гастроэнтеролога.

Можно привести несколько классических примеров. Синдром «чумного лица» описан при тяжелом течении чумы, характеризуется выраженной конъюнктивальной инъекцией глазных яблок на фоне резко гиперимированного лица с заостренными чертами и выражением страдания. Симптом «холерных очков» возникает при выраженной дегидратации организма, проявляется сочетанием резко выраженного цианоза вокруг глаз с западением глазных яблок. Впечатление «бычьего лица» при сыпном тифе создает его одутловатость, покраснение и «выпучивание» глаз. Симптом Авцына-Киари — мелкие кровоизлияния (пятна Киари-Авцына) на переходной складке конъюнктив тоже отмечается при сыпном тифе [6]. Приведенные примеры имеют определенный исторический аспект.

При аденовирусной инфекции воспалительный процесс наиболее часто локализуется во входных воротах на слизистых оболочках верхних дыхательных путей и конъюнктиве. Размножение вируса в дальнейшем может происходить в ткани кишечника, лимфатических узлах. Это обуславливает широкий диапазон клинических проявлений, в том числе нехарактерных для большинства острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ): лимфоаденопатия, диарея, гепато- и спленомегалия [7]. Конъюнктивит при аденовирусной инфекции может быть катаральным, фолликулярным, пленчатым, и чаще односторонним. Вначале обычно заболевает один глаз, а через 1-3 дня может вовлекаться и другой. Появляются слезотечение, светобоязнь, отек и покраснение кожи век, гиперемия конъюнктивы, скудное негнойное отделяемое (катаральная форма). Нередко болезнь сопровождается возникновением фолликулов (фолликулярная форма) и пленок (пленчатая форма). Последняя преимущественно наблюдается у детей. Поражение роговицы, как правило, бывает в виде точечного поверхностного кератита.

Реактивный артрит (РеА) — воспалительное поражение суставов, развивающееся после некоторых инфекций (кишечной, мочеполовой, носоглоточной). Симптоматический комплекс, включающий конъюнктивит, артрит, колит, уретрит или цервицит, и характерные поражения кожи, носит название синдрома Рейтера. Для практики гастроэнтеролога может представлять интерес энтероколитический РеА, который может развиваться после бактериальной дизентерии в 2,5% случаев, в 10 раз чаще у мужчин и преимущественно в возрасте 20-40 лет. По течению различают острый (менее 6 месяцев), затяжной (от 6 до 12 месяцев) и хронический (более

12 месяцев) РеА [8]. Конъюнктивит при РеА чаще бывает малосимптомным или бессимптомным, кратковременным (несколько дней), односторонним или двусторонним. Возможно развитие остро-го одностороннего переднего увеита.

Птоз и мышечная слабость встречаются более, чем у половины больных с ботулизмом. Неврологические симптомы часто преобладают над клиникой гастроэнтерита, а ранняя симптоматика офтальмоплегического синдрома часто служит поводом к направлению пациента к офтальмологу. При легких формах птоз обнаруживается только после физической нагрузки (несколько раз закрыть и открыть глаза).

Для хронического бруцеллеза характерно разнообразие клинических проявлений, обусловленное поражением различных органов и систем, рецидивирующее течение на протяжении многих лет. Типичны поражение опорно-двигательного аппарата, центральной нервной системы, печени, селезенки и других органов [6]. Заболевание глаз в основном встречается при хронической и латентной форме бруцеллеза. При этом больные могут чувствовать себя клинически здоровыми, оставаясь носителями инфекции, которая под влиянием неблагоприятных факторов (переохлаждение, переутомление, простудные заболевания) может вызвать поражение увеального тракта, зрительного нерва, роговой оболочки. Чаще при бруцеллезе наблюдаются увеиты, которые носят метастатический или токсико-аллергический характер. Клиническая картина бруцеллезных увеитов не имеет каких-либо специфических: черт. Наиболее частая форма бруцеллезных увеитов — экссудативный иридоциклит. Он может протекать остро или хронически, с рецидивами, иногда на протяжении многих лет. Процесс чаще односторонний. При хроническом течении иридоциклита или рецидивах в радужке развиваются новообразованные сосуды, грубые задние синехии и даже сращение и заращение зрачка. В дальнейшем в таких случаях возникает вторичная глаукома и катаракта. При тяжелом течении возможно развитие панувеита, заканчивающегося атрофией глазного яблока.

Токсокароз — гельминтоз из группы нематодозов, характеризующийся лихорадкой, бронхитом, пневмонией, гепатоспленомегалией, эозинофилией. Висцеральный токсокароз может протекать остро (с абдоминальным или бронхолегочным синдромом, с моно- или полиорганными поражениями) или хронически с чередованием обострений и ремиссий. Выделяют субклиническое (с гиперэозинофилией и повышением титра специфических антител), легкое, среднетяжелое и тяжелое течение висцерального токсокароза [9].

Поражение глаз при токсокарозе, как правило, одностороннее. Патологический процесс развивается в сетчатке, хрусталике, парарбитальной клетчатке. В тканях глаза формируется воспалительная реакция гранулематозного характера. Клинически протекает как иридоциклит, кератит, хориоретинит, хронический эндофтальмит, папиллит. Снижается острота зрения, возможно выпадение полей зрения. Глазная форма токсокароза может развиваться спустя годы после заражения и (или) быть единственным

проявлением токсокароза. Глазной токсокароз является одной из частых причин потери зрения. В общем анализе крови количество эозинофилов в норме или незначительно повышено. Специфические антитела не выявляются или выявляются в низких титрах.

Описторхоз — это природно-очаговый антропооз, вызываемый трематодой *Opisthorchis felinus* (сибирской двуусткой), который характеризуется вовлечением в паразитарный процесс, наряду с органами обитания паразитов (желчный пузырь, внутривеночные желчные протоки, поджелудочная железа), важнейших функциональных систем организма с латентным или клинически манифестным течением в острой и хронической стадиях, с различными клиническими вариантами их проявлений [4].

Из эндемической региональной патологии, вследствие активной миграции населения в современной России, описторхоз становится всеобщей проблемой, с которой сегодня могут столкнуться в своей практической деятельности врачи в любом регионе страны, так в 2011 году в 63 субъектах Российской Федерации было зарегистрировано 31597 случаев описторхоза, показатель заболеваемости составил 22,37 на 100 тыс. населения, из них 10% детей до 14 лет. Можно выделить следующий диагностический стандарт описторхоза: наличие характерных анамнеза и жалоб; наличие в общем анализе крови лейкоцитоза, преимущественно за счет увеличения количества эозинофилов; наличие в дуоденальном содержимом (самих *Opisthorchis felinus* и их яиц); наличие в кале яиц *Opisthorchis felinus*; положительный тест реакции ИФА на описторхоз [4].

Изменения органа зрения при описторхозе имеют токсико-аллергический характер. Наиболее часто наблюдаются заболевания сосудистого тракта глазного яблока: иридоциклит, хориоретинит, панувеит. Процесс, как правило, двусторонний, имеет упорное рецидивирующее течение. Наблюдаются также геморрагический ретиноваскулит, неврит зрительного нерва.

В гастроэнтерологической практике необходимо учитывать, что прием антисекреторных препаратов — ингибиторов протонной помпы и блокаторов H<sub>2</sub>-гистаминорецепторов может сопровождаться нарушением зрения. В литературе сообщалось об отдельных случаях необратимого нарушения зрения при в /в введении высоких доз омепразола пациентам в критическом состоянии. При приеме эзомепразола отмечена нечеткость зрения, пантопразола — фотофобия, лансопразола — боль в глазах, ранитидина — обратимая нечеткость зрения и нарушение аккомодации глаза [3].

M-холинолитики (m-холиноблокаторы) блокируют m-холинорецепторы в области окончаний парасимпатических нервных волокон, результатом чего является расширение зрачков, нарушение и паралич аккомодации. Этот эффект в большей степени выражен у «традиционных» представителей этой группы препаратов — атропин, платифиллин. M-холинолитик избирательного действия гиосцина бутилбромид может вызывать парез и нарушение аккомодации, повышение чувствительности глаз

к свету, обострение глаукомы. Сужение зрачка возможно и при использовании лоперамида [3].

Применение диуретиков при лечении декомпенсированного цирроза печени также может сопровождаться нарушением зрения. Так, при приеме фуросемида возможны ксантопсия, затуманенное зрение, преходящая нечеткость изображения.

Известно, что в течение первых недель приема гидрохлортиазида (гипотиазид) может отмечаться временно расплывчатое зрение. В феврале 2012 года Управление по контролю пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) на основании анализа полученных сведений о безопасности приняло решение о внесении новых предостережений в инструкции по медицинскому применению гидрохлортиазида. В послерегистрационном периоде появилась информация о том, что гидрохлортиазид может вызывать острую транзиторную миопию и острую закрытоугольную глаукому. Симптомы развития этих нежелательных побочных реакций включают снижение зрения, боль в глазах и могут развиваться через несколько часов или недель после начала применения препарата. Существует риск развития

полной утраты зрения при несвоевременном или неадекватном лечении закрытоугольной глаукомы, поэтому в ряде случаев для купирования данного осложнения лекарственной терапии может потребоваться проведение хирургического вмешательства [1, 10].

Негативное влияние на орган зрения может быть связано с использованием в комплексном лечении воспалительных заболеваний кишечника и аутоиммунных заболеваниях печени иммунодепрессантов, глюкокортикостероидных гормонов, нестероидных противовоспалительных и антибактериальных препаратов [1, 3].

Знание офтальмологических проявлений гастроэнтерологических и других соматических болезней, возможного влияния лекарственной терапии этих болезней на орган зрения необходимо гастроэнтерологу и врачу первого контакта (терапевту и врачу общей практики) для эффективной диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения и других внутренних органов, а также офтальмологу для исключения первичной офтальмологической патологии и выбора правильной тактики лечения и курации пациента.

## Литература

1. Изменение органов зрения при заболеваниях внутренних органов/Д.И. Трухан, О.И. Лебедев. — М.: Практическая медицина, 2014. — 208 с.
2. Трухан Д. И., Лебедев О. И. Изменение органа зрения при заболеваниях внутренних органов // Справочник поликлинического врача. — 2012. — № 9. — с. 50-57.
3. Трухан Д. И., Лебедев О. И. Изменение органа зрения при заболеваниях внутренних органов// Справочник поликлинического врача. — 2012. — № 12. — с. 37-40.
4. Трухан Д. И. Болезни печени/Д.И. Трухан, И. А. Викторова, А. Д. Сафонов. — СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2010. — 264 с.
5. Тарасова Л. В. Болезни кишечника. Клиника, диагностика и лечение: учебное пособие/Л. В. Тарасова, Д. И. Трухан. — СПб.: СпецЛит, 2013. — 144 с.
6. Лобзин Ю. В. Справочник семейного врача. Инфекционные болезни/Ю. В. Лобзин, Ю. П. Финогеев, С. М. Захаренко. — СПб.: Диля, 2005. — 464 с.
7. Тарасова Л. В., Трухан Д. И. Острые респираторно-вирусные инфекции в практике врача первого контакта: особенности клиники, профилактики и реабилитации// Справочник поликлинического врача. — 2013. — № 7-8. — С.29-32.
8. Трухан Д. И. Внутренние болезни: Кардиология. Ревматология/Д.И. Трухан, И. А. Викторова. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2013. — 376 с.
9. Трухан Д. И., Тарасова Л. В. Гельминтозы: актуальные вопросы// Consilium Medicum. Врачебный консилиум. — 2013. — № 12. — С.52-56.
10. Гидрохлортиазид: новые данные о безопасности. URL: [http://www.rlsnet.ru/news\\_1791.htm](http://www.rlsnet.ru/news_1791.htm)