

Анализ частоты развития и тяжести осложнений при ревматических увеитах

Е.А. Дроздова, Е.В. Ядыкина, Л.А. Патласова

ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздрава России, Челябинск

Резюме

Цель: определение частоты, клинических особенностей осложнений и исходов воспаления увеальной оболочки у больных с ревматическими заболеваниями.

Методы: 382 больных увеитом (553 глаза) при различных ревматических заболеваниях: 247 (64,6%) мужчин и 135 (35,3%) женщин, средний возраст – $36,86 \pm 14,04$ года. Офтальмологическое обследование включало визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, осмотр периферии глазного дна с линзой Гольдмана, периметрию («Периком»), двухмерную ЭХО–офтальмографию; по показаниям: электрофизиологические исследования сетчатки и зрительного нерва, флюоресцентную ангиографию.

Результаты и заключение: осложнения увеита при ревматических заболеваниях выявлены у 40,8% больных. Установлена корреляционная связь между развитием увеальной катаракты с длительностью течения увеита и его рецидивирующим течением. Максимально высокая частота осложнений с потерей зрения при ювенильном ревматоидном артрите (ЮРА) отмечена у девочек, страдающих ЮРА, у которых слепота выявлена в 9,3% случаев, зрение менее 0,1 – в 37,5%.

Ключевые слова: увеит, осложненная катаракта, вторичная глаукома, ревматические заболевания.

Abstract

An analysis of the frequency and severity of complications in rheumatic uveitis

E.A. Drozdova, E.V. Yadicina, L.A. Patlasova

Chelyabinsk State Medical Academy, department of Ophthalmology FP APE

Purpose: definition of the frequency, clinical features of complications and outcomes of uveitis in patients with rheumatic diseases.

Methods: 382 patients with uveitis (553 eyes) and various rheumatic diseases were included into the study: 247 (64,6%) men and 135 (35,3%) women, an average age – $36,86 \pm 14,04$ years.

All patients underwent standard examination: visometry, biomicroscopy, ophthalmoscopy, perimetry, ophthalmography, electrophysiological examination of retina and optical nerve and fluorescent angiography.

Results and conclusion: the complications of uveitis in rheumatic diseases were diagnosed in 40.8% of patients. There was a strong correlation between the development of the uveal cataract and the duration of an uveitis and its recurrence. Reduced visual acuity of less than 0.1 was identified in 46 (8,6%) eyes, less than 0.5 – in 12,9%. Causes of blindness were the following: secondary glaucoma, retinal detachment and subatrophy of the eye. The greatest decrease of vision as a result of uveitis was revealed in the girls suffering from Idiopathic Arthritis, in which blindness was identified in 9.3%, visual acuity less than 0.1 – in 37.5% of all the cases.

Key words: uveitis, complicated cataract, secondary glaucoma, rheumatic diseases

Увеиты – одно из тяжелых воспалительных заболеваний органа зрения, отличающееся хроническим рецидивирующим течением [2,5]. Развитие различных осложнений приводит к снижению зрения и инвалидизации больных в молодом трудоспособном возрасте, что представляет определенную социальную проблему. По данным разных авторов, частота осложнений увеитов при системных заболеваниях колеблется от 15 до 30% и более, что в большей степени обусловлено этиологией увеита [1,3,4].

Целью нашего исследования явилось определение частоты, клинических особенностей осложнений и исходов воспаления увеальной оболочки у пациентов с ревматическими заболеваниями.

Материал и методы. За 10-летний период в клинике под наблюдением находилось 382 больных увеитом (553 глаза) при различных видах ревматических заболеваний. Среди больных было 247 (64,6%) мужчин и 135 (35,3%) женщин в возрасте от 14 до 73 лет, средний возраст – $36,86 \pm 14,04$ года. На основании анамнеза заболевания глаз и данных медицинской документации рассчитан средний возраст больных при первой атаке увеита, который составил $31,75 \pm 13,1$ года.

Офтальмологическое обследование больных включало: визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, осмотр периферии глазного дна с линзой Гольдмана, пери-

метрию («Периком»); двухмерную ЭХО–офтальмографию, по показаниям: электрофизиологические исследования сетчатки и зрительного нерва, флюоресцентную ангиографию.

Детальное клиническое и лабораторное обследование больных и наблюдение ревматолога позволили выявить ряд ревматических заболеваний, большую часть которых составили спондилоартриты (67,5%), в том числе анкилозирующий спондилоартрит – у 127 (33,2%) больных, реактивные артриты – у 82 (21,5%), болезнь Рейтера – у 32 (8,4%), а также ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) – у 32 (8,4%), ревматоидный артрит – у 26 (5,8%), псориатический артрит – у 11 (2,9%), болезнь Крона – у 2 (0,5%), неспецифический язвенный колит – у 1, системная красная волчанка – у 6 (1,6%), системный периартериит – у 5 (1,3%), системная склеродермия – у 2 (0,5%).

Полученные результаты обработаны с помощью компьютерной программы Statistica for Windows 6.0.

Результаты и обсуждение. Согласно международной классификации увеитов по локализации выделено 4 вида увеитов у больных ревматическими заболеваниями: передний – у 258 (67,5%), срединный – у 8 (2,1%), задний – у 16 (4,2%) и панuveит – у 100 (26,2%). Среди наблюдаемых больных у 129 (33,8%) увеит диагностирован впервые, в остальных случаях имело место рецидивирование

воспаления увеального тракта. Длительность ремиссии составила от 3 мес. до 12 лет. Поражение обоих глаз выявлено у 171 (44,7%) больного, однако в большинстве случаев одновременно воспалительный процесс активизировался на одном глазу. Второй глаз поражен при рецидивировании заболевания. Двусторонний увеит имел место у 58 (15,2%) пациентов.

Осложнения выявлены у 156 больных (264 глаза), что составило 40,8% (47,7%). Среди осложнений отмечены окклюзия зрачка, увеальная катаракта, вторичная глаукома, лентовидная дегенерация роговицы, фиброз стекловидного тела, отслойка сетчатки и субатрофия глазного яблока. В нашем наблюдении были случаи развития нескольких осложнений на одном глазу (6,3%) и разных осложнений на обоих глазах (9,4%). Частота осложнений при клинических формах увеита представлена в таблице 1.

Как следует из анализа таблицы 1, одним из самых распространенных осложнений переднего увеита является сохранение задних синехий (42,5%), увеличение которых при последующих обострениях заболевания может приводить к полной окклюзии и секклизации зрачка и нарушению циркуляции внутриглазной жидкости. Чаще задние синехии образуются в результате переднего увеита (48%), реже – при пануевите (29,2%). Полная окклюзия зрачка осталась у 12% больных, почти в равной мере – после переднего (8,6%) и пануевита (8,8%).

Осложненная катаракта диагностирована у 144 (26%) больных увеитом при ревматических заболеваниях. Изменения хрусталика были выражены в разной степени: начальные помутнения заднекапсулярных (21,5%) и заднекорковых (56,9%) слоев выявлены у 113 пациентов. Острота зрения в данной группе колебалась от 0,6 до 0,1 с коррекцией. Незрелая осложненная катаракта выявлена у 19, а зрелая – у 12 больных, при этом у 4 из них имел место непрерывно рецидивирующий воспалительный процесс в глазу, не позволяющий выполнить удаление катаракты; двухсторонняя катаракта – у 9,2% больных.

Вторичная глаукома диагностирована у 58 (10,5%) больных, в том числе на обоих глазах – у 4. Как видно из таблицы 1, частота развития глаукомы при переднем и пануевите практически равна и составляет 25,6% и 27,3%

соответственно. Изолированных задних увеитов с повышением ВГД не отмечено. При первичном осмотре ВГД колебалось от 28 до 50 мм рт. ст., в среднем $31,4 \pm 4,3$ мм рт. ст. При этом первая атака увеита сопровождалась повышением ВГД у 25 (43,1%) больных, рецидив увеита – у 33 (56,9%). Большая часть выявленных случаев увеальной глаукомы отнесена к различным видам закрытоугольной глаукомы – 45 (77,6%). Основными механизмами ее развития явились ангулярный и зрачковый блоки. При блоке угла передней камеры методом гониоскопии выявлены множественные гониосинехии (14), фиброваскулярные мембраны в углу передней камеры (6), плоскостное сращение трабекулярной зоны с корнем радужки (8), смешанная блокада угла с неоваскуляризацией (6). Зрачковый блок, вызванный окклюзией и секклизацией зрачка, был у 8 пациентов, в сочетании с набухающей катарактой – у 3, в том числе по злокачественному типу – у 1. Вторичная увеальная глаукома по типу открытоугольной диагностирована у 7 (12%) больных.

У 3 больных повышение ВГД началось в период острого переднего увеита. У остальных ВГД повысилось в стадии ремиссии переднего увеита – в сроки от 1 до 6 лет после последнего обострения. Причинами повышения ВГД были поствоспалительный склероз трабекул, обильное отложение пигмента и единичные гониосинехии. В поле зрения выявлены дефекты, типичные для глаукомы: парацентральные скотомы в зоне Бьерумма (6), сужение носовой границы поля зрения на 10 и более градусов (12), концентрическое сужение поля до 15 и более градусов от точки фиксации (16). Со стороны ДЗН определялись бледно-серая окраска и расширение экскавации.

В общей группе обследованных грубый фиброз стекловидного тела диагностирован у 43 (7,8%) пациентов. Фиброз чаще формировался после перенесенного пануевита (11,5%) и задних форм увеита (56%). Наличие грубых шварт в стекловидном теле у 11 (2,0%) пациентов привело к развитию тракционной отслойки сетчатки.

К осложнениям, значительно снижающим зрительные функции, относится кистозный макулярный отек, диагностированный у 47 (8,5%) больных, преимущественно после перенесенных парс-планитов (44%), пануевитов

Таблица 1. Частота осложнений при ревматических увеитах, %

Осложнения	Всего n=553	Передний увеит n=406	Пануевит n=113	Задний увеит n=25	Срединный увеит n=9
Стойкие задние синехии	235–42,5	195–48,0	33–29,2	3–12	4–44,4
Окклюзия зрачка	46–12,0	35–8,6	10–8,8	1–4	0
Увеальная катаракта	144–26	104–25,6	31–27,4	4–16	3–33,3
Вторичная глаукома	58–10,5	38–9,3	18–15,9	0	2–22,2
Фиброз стекловидного тела	43–7,8	14–3,5	13–11,5	14–56	2–22,2
Отслойка сетчатки	18–3,2	2–0,5	8–7,1	5–20	1–11,1
Дегенерация роговицы	26–4,7	19–4,67	6–5,3	0	1–11,1
Макулярный отек	47–8,5	11–2,7	29–25,6	3–12	4–44,4
Субатрофия	12–2,2	5–1,23	6–5,3	1–4	0

Таблица 2. Острота зрения в период ремиссии ревматического увеита

Острота зрения	Всего больных глаз n=532	Спондилоартриты n=422	Ревматоидный артрит n=39	ЮРА (мальчики) n=39	ЮРА (девочки) n=32
	abc – %	abc – %	abc – %	abc – %	abc – %
0 (ноль)	13–2,4	9–2,1	3–7,7	0	2–6,2
1/∞ pr. l. certa	11–2,1	8–1,9	2–5,1	0	3–9,4
0,005–0,1	46–8,6	28–6,6	6–15,4	4–13,8	12–37,5
0,15–0,5	69–12,9	41–9,1	11–28,2	5–12,8	11–34,4
0,6–0,9	209–39,3	177–41,9	13–33,3	14–48,3	3–9,4
1,0	184–34,6	163–38,6	4–10,2	16–41,1	2–6,2

(25,6%) и задних увеитов (12%). В то же время при переднем увеите кистозный макулярный отек, подтвержденный ФАГ, выявлен лишь у 2,7% больных.

Дистрофия роговицы отмечена у 4,7% больных – в равной степени при переднем (4,6%) и генерализованном (5,3%) увеите. Несмотря на то, что лентовидная дистрофия роговицы рассматривается как один из симптомов триады Стилла, мы диагностировали это осложнение у взрослых, с детских лет страдающих увеитом при ЮРА (26). В единичных случаях лентовидная дегенерация роговицы была при юношеском варианте синдрома Рейтера и у взрослых больных с ревматоидным артритом (3,2%). В нашем наблюдении у 18 больных имела место частичная дистрофия роговицы в виде поверхностных помутнений стромы и боуеновой мембраны вдоль лимба в проекции глазной щели на 3 и 9 часах. Полная дистрофия в виде ленты, с включением кальцинатов и эрозиванием поверхности роговицы выявлена у 8 больных.

В результате тяжелых рецидивирующих увеитов субатрофия глазного яблока развилась у 12 (2,2%) пациентов, при этом у 7 из них – после хирургического вмешательства по поводу увеальной катаракты или отслойки сетчатки, у 2 – после склерита. Чаще субатрофия была I и II степени (8) с сохранением небольших зрительных функций, субатрофия III степени отмечена у 4 больных.

При исследовании корреляционной зависимости между особенностями течения ревматического увеита с развитием его осложнений выявлены некоторые закономерности. Наиболее сильная корреляционная связь определена между развитием увеальной катаракты с длительностью течения увеита ($r=0,422$; $p=0,0001$) и его рецидивирующим течением ($r=0,408$; $p=0,0001$). Прямые внутрисистемные связи выявлены при обнаружении таких осложнений, как увеальная катаракта и фиброз стекловидного тела ($r=0,261$; $p=0,001$), катаракта – отслойка сетчатки ($r=0,194$; $p=0,002$), катаракта – вторичная глаукома ($r=0,190$; $p=0,002$), что позволяет предположить единый генез их формирования.

Многолетнее рецидивирующее течение увеита и развитие осложнений оказывают значительное влияние на состояние зрительных функций, в первую очередь на остроту зрения. Причинами слепоты были: вторичная глау-

кома, отслойка сетчатки и субатрофия глаза. Показатели остроты зрения в период ремиссии увеита у наблюдаемой группы больных представлены в таблице 2.

Анализ таблицы 2 показывает, что полная слепота одного из глаз выявлена на 13 (2,4%) глазах, или у 3,5% больных. Отсутствие предметного зрения (в сумме слепота и правильная проекция света) определялось у 23 (6,3%) больных. Снижение остроты зрения менее 0,1 (с коррекцией) выявлено на 46 (8,6%) глазах, менее 0,5 – на 12,9%. Наибольшее снижение зрения в результате увеита выявлено у девочек, страдающих ЮРА, у которых слепота зафиксирована в 9,3% случаев, зрение менее 0,1 – в 37,5%. Удовлетворительные зрительные функции сохранились лишь на 15,6% глаз у больных, перенесших увеит. При ревматоидном артрите количество слепых глаз составило 12,8%, что было обусловлено развитием некротизирующего склерита и отслойки сетчатки, при спондилоартритах с отсутствием предметного зрения было 4% глаз, с низкими зрительными функциями – 6,6%.

Таким образом, осложнения увеита при ревматических заболеваниях выявлены у 40,8% больных. Из тяжелых осложнений наиболее часто встречаются увеальная катаракта (26%) и вторичная глаукома (10,5%), которые являются основными причинами снижения зрительных функций при ревматических увеитах и требуют особого подхода к лечению. Максимально высокая частота осложнений с потерей зрения отмечена при ЮРА у девочек.

Литература

1. Гусева М.Р. Клинико-эпидемиологические особенности увеитов у детей / М.Р. Гусева // *Вестн. офтальмологии*. 2004. № 1. С. 15–19.
2. Дроздова Е.А. Клиническая диагностика HLA-B27 ассоциированного увеита // *Клинич. офтальмология*. 2005. Т. 6. № 4. С. 137–139.
3. Катаргина Л.А. Увеиты: патогенетическая иммуносупрессивная терапия: монография / Л.А. Катаргина, Л.Т. Архипова. Тверь: Триада, 2004. 100 с.
4. Нероев В.В. Состояние и функции макулы при периферических увеитах у детей и подростков / В.В. Нероев, Л.А. Катаргина, Е.В. Денисова и др. // *Рос. офтальмологич. журн.* 2009. Т. 2. № 1. С. 21–27.
5. Разумова И.Ю. HLA-B27 ассоциированные увеиты / И.Ю. Разумова, Н.Л. Годзенко // *Вестн. офтальмологии*. 2009. № 4. С. 46–53.