



ЗАДНИЙ СИФИЛИТИЧЕСКИЙ УВЕИТ

УДК 617.713-002.6
ГРНТИ 76.29.56
БАК 14.00.08

© Ф. Е. Шадричев¹, И. Г. Голец², Е. Б. Шкляр¹, Н. Н. Григорьева¹

¹ Санкт-Петербургский территориальный диабетологический центр, Санкт-Петербург

² Диагностический центр «Окулист», ООО «ВИМ», г. Выборг Ленинградской области

✧ **Ключевые слова:** увеит; сифилис; макулярный отек; пенициллин.

За последние 20 лет в России отмечается существенный рост числа заболеваний, передаваемых половым путем. Сифилис в этой группе занимает лидирующие позиции [4, 6–9]. Однако частота сифилитических увеитов в настоящее время составляет всего лишь 0,5–1,1 % в структуре всех воспалений сосудистой оболочки [6–9]. Такой парадокс объясняется высокой эффективностью антибиотикотерапии. Своевременное и адекватное лечение сифилиса предотвращает поражение им внутренних органов, нервной системы и глаз. В то же время в связи с эпидемиологической, экономической и социальной ситуацией, сложившейся в России, можно ожидать рост сифилитического поражения органа зрения. Немаловажную роль могут сыграть и изменения в организации здравоохранения: снижение уровня диспансеризации, лечение больных сифилисом не только в кожно-венерологических диспансерах, но и в других лечебных учреждениях [9].

Сифилитические увеиты чаще всего развиваются одновременно с внеглазными проявлениями вторичного сифилиса, хотя в ряде случаев заболевание глаз является первым, а иногда и единственным проявлением сифилитической инфекции [4, 6, 7, 11]. Клиническая картина сифилитических поражений сосудистого тракта глаза отличается выраженным полиморфизмом и не имеет каких-либо патогномоничных симптомов. Возможные клинические формы сифилитических увеитов хорошо известны и подробно описаны в офтальмологической литературе [1–3, 5, 11, 13].

Флюоресцентная ангиография глазного дна (ФАГ) и ангиография с индоцианин зеленым также не имеют специфических признаков, хотя они, несомненно, дают большую информацию, так как воспаление на ранних стадиях затрагивает только хориоидею и пигментный эпителий сетчатки [3, 10, 11].

Ведущую роль в диагностике сифилитических увеитов имеют серологические реакции. Рекомендуемые серологические тесты для диагностики сифилиса в России и за рубежом различны [8, 11–13]. За рубежом для скрининга применяют

реакцию микроскопической флоккуляции Научно-исследовательской лаборатории венерических болезней (Venereal Disease Research Laboratory) и реакцию макроскопической флоккуляции по выявлению быстрых реагинов плазмы (Rapid Plasma Reagins). Специфические антитрепонемные антитела определяют с помощью реакции флюоресцентной абсорбции антител к трепонемам и реакции гемагглютинации *T. pallidum*. В России для скрининговых обследований используют микрореакцию преципитации (МР) или комплекс серологических реакций (КСР). Для выявления специфических антитрепонемных антител применяют реакции иммунофлюоресценции (РИФ) и иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) [5].

Лечение сифилитических заболеваний глаз проводится совместно дерматовенерологами и офтальмологами. Специфическое лечение назначается дерматовенерологом, а офтальмолог при необходимости проводит местную терапию [2, 5]. Несомненно, что препаратом выбора является пенициллин G (бензилпенициллина натриевая соль). Однако часть авторов рекомендует схему, применяемую для лечения нейросифилиса (внутривенные инфузии) [1, 3, 12], тогда как другие получают положительные результаты лечения сифилитических увеитов при внутримышечном введении препарата [6, 7]. Противоречивы мнения и о назначении кортикостероидов. Большинство отечественных исследователей включает их в комплексную терапию для местного введения, а иностранные авторы считают их использование противопоказанным [11, 13].

Публикации о сифилитических увеитах представлены в основном единичными наблюдениями заболевания, каждое из которых имеет особенности клинических проявлений.

Приводим собственный клинический случай.

Пациент Г., 32 лет, обратился с жалобами на постепенное ухудшение зрения левого глаза в течение последних трех месяцев. При сборе анамнеза не удалось выяснить каких-либо предрасполагающих факторов, с которыми пациент мог бы связать снижение зрения.

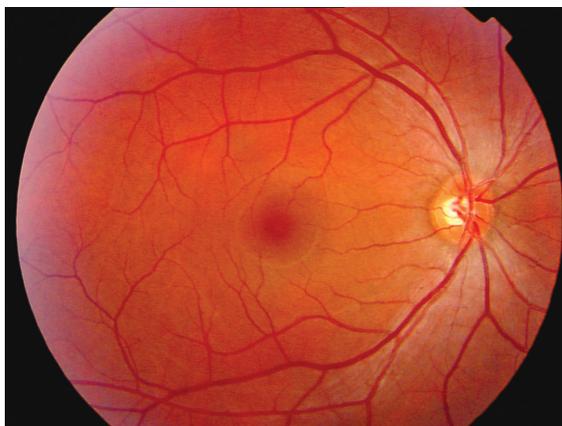


Рис. 1. Цветная фотография глазного дна OD

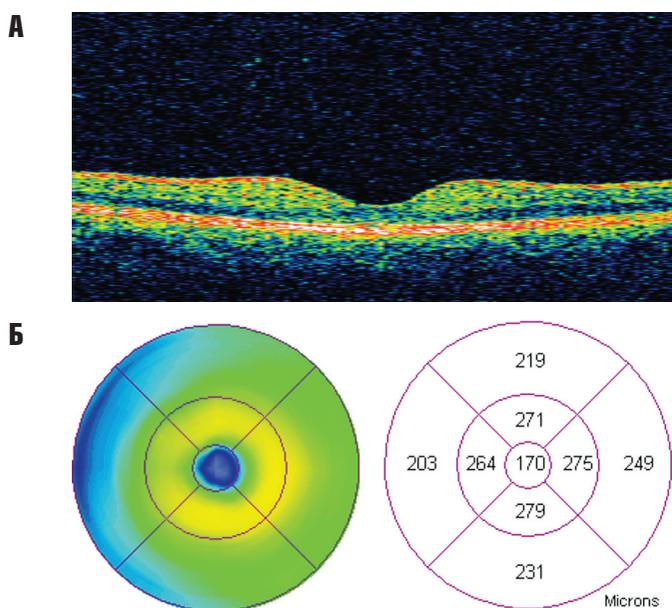


Рис. 2. Данные оптической когерентной томографии макулярной области OD.

А — томограмма сетчатки; Б — параметры толщины сетчатки

При осмотре:

OU: положение глаза в орбите правильное, девиация отсутствует, движения в полном объеме, безболезненные.

OD: острота зрения 0,7 sph + 0,25 D = 1,0. ВГД 19 мм рт. ст. Передний отдел глаза без патологических особенностей, за исключением мелкого округлого поверхностного рубцового помутнения роговицы в параоптической зоне (меридиан 6 час.) — после металлического инородного тела. Хрусталик и стекловидное тело прозрачны. На глазном дне: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Ход и калибр ретинальных сосудов не изменены. Макулярные рефлексы отчетливые (рис. 1). В верхних отделах глазного дна участки периферической хориоретинальной дистрофии по типу «белое без вдавления».

Тест Амслера: без патологии.

Компьютерная периметрия («Периком» по программам макулярный тест и тотальная периметрия с начальным тестированием; анализатор поля зрения Humphrey® (центральный тест): патологии не обнаружено.

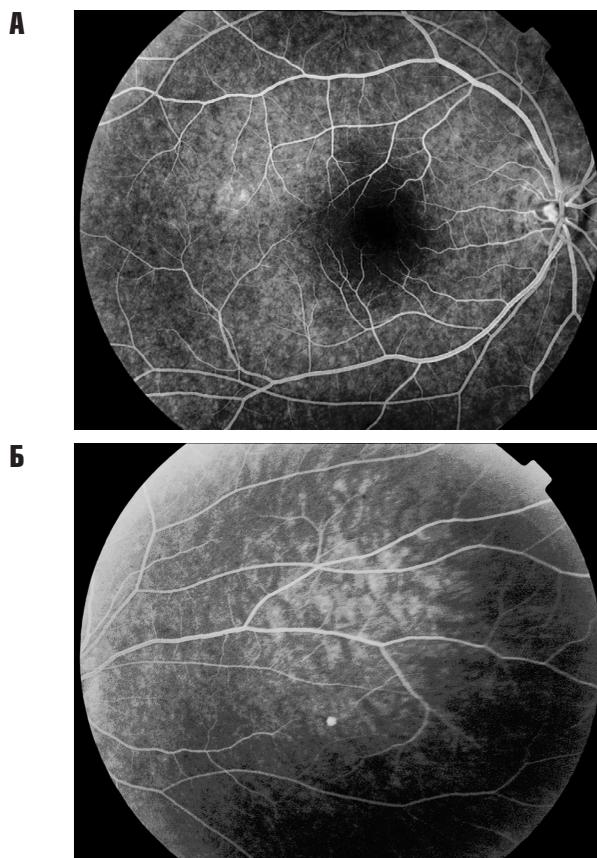


Рис. 3. Флюоресцентная ангиограмма глазного дна OD.

А — макулярная область. Б — носовой отдел глазного дна

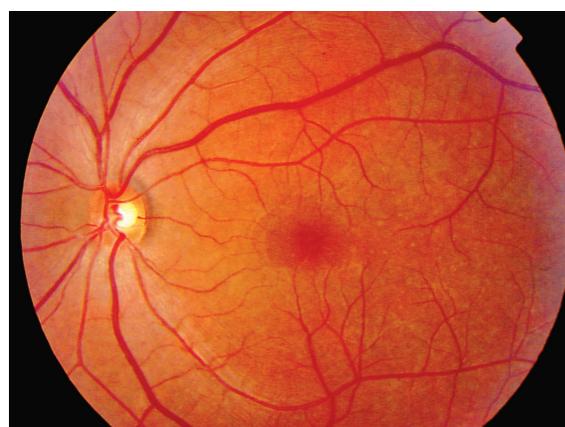


Рис. 4. Цветная фотография глазного дна OS

Оптическая когерентная томография (ОКТ) не выявила патологических изменений сетчатки в макулярной области (рис. 2а, б).

ФАГ: очаги гиперфлюоресценции в парацентральной области и в носовом отделе глазного дна (рис. 3а, б).

OS: острота зрения 0,4, не корректирует. ВГД 19 мм рт. ст. Передний отдел глаза без признаков воспаления. Хрусталик и стекловидное тело прозрачны. На глазном дне: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Ход и калибр ретинальных сосудов не изменены. Патологические рефлексы в фовеа и парафовеа. Признаки макулярного отека с диспигментацией в центре фовеа (рис. 4). В верхних отделах глазного дна участки периферической хориоретинальной дистрофии аналогично OD.

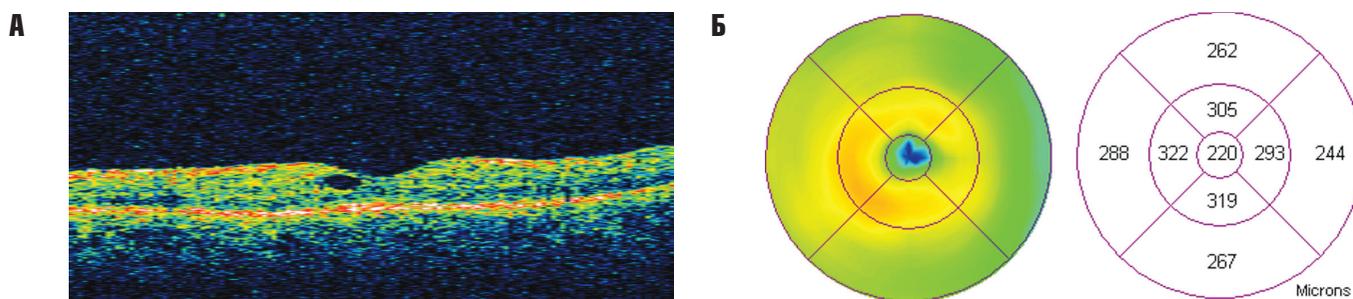


Рис. 5. Данные оптической когерентной томографии макулярной области OS.

А — томограмма сетчатки; Б — параметры толщины сетчатки

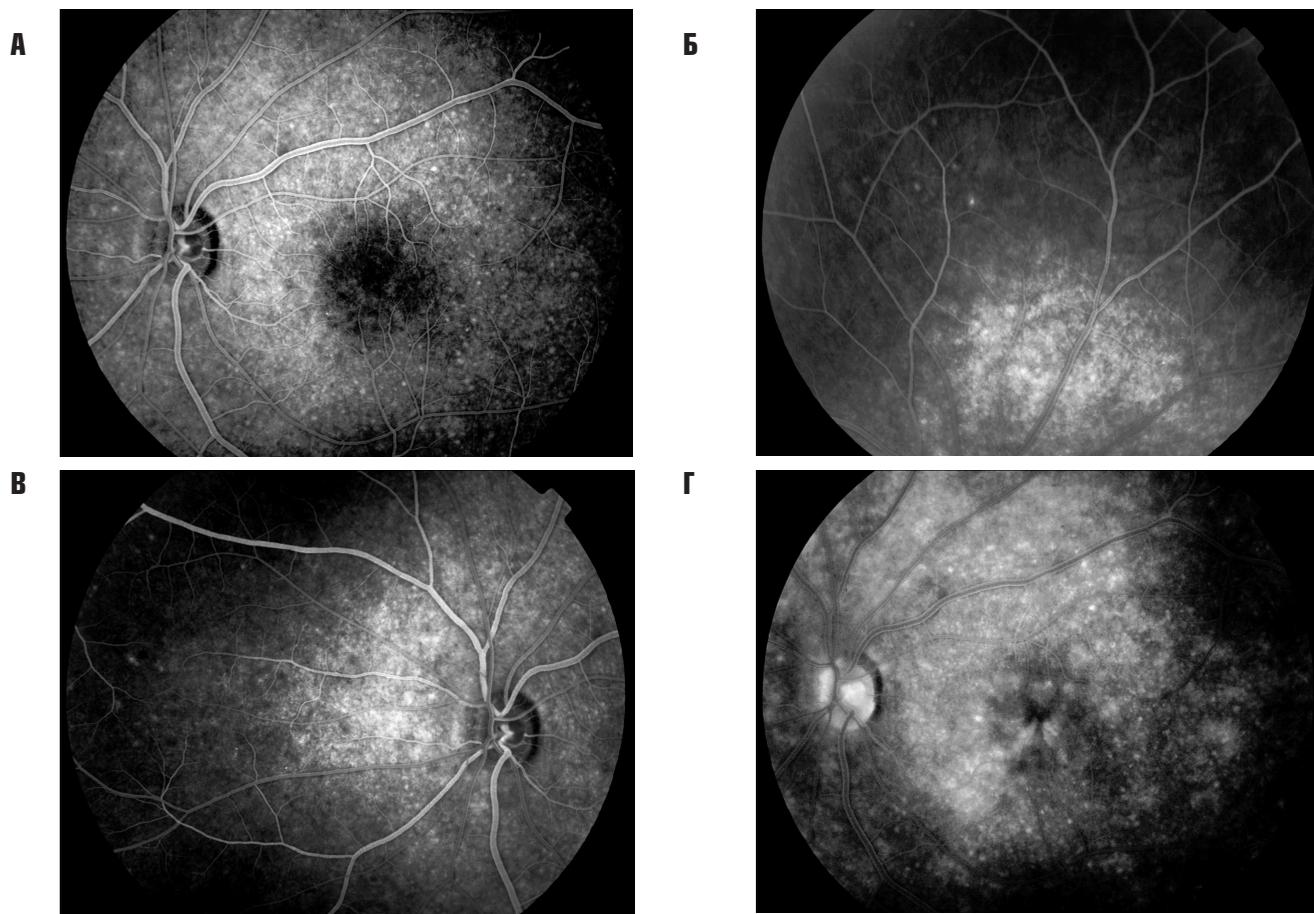


Рис. 6. Флюоресцентная ангиограмма глазного дна OS (ранняя фаза ангиографии макулярной области (А), верхнего (Б) и носового (В) отделов глазного дна; поздняя фаза ангиографии макулярной области (Г))

Тест Амслера: метаморфопсии в верхней части сетки.

Компьютерная периметрия («Периком» по программам макулярный тест и тотальная периметрия с начальным тестированием): патологии не выявлено. Периметрия с помощью анализатора поля зрения Humphrey® (центральный тест) выявила незначительное снижение чувствительности макулярной зоны.

ОКТ макулярной области: отек сетчатки (до 220 микрон в фовеоле) с кистозными изменениями (рис. 5а, б).

ФАГ: в раннюю фазу наблюдается обширная зона гиперфлюоресценции, занимающая задний полюс и распространяющаяся до средней периферии во всех квадрантах. На этом фоне видны отдельные мелкие очажки гиперфлюоресценции, сохраняющиеся и в позднюю фазу (рис. 6а, б, в). В позднюю фазу в макуле отмечается накопление красителя в области кистозного отека сетчатки (рис. 6 г).

На основании результатов обследования был поставлен клинический диагноз: OU — задний увеит неясной этиологии (в фазе затухания), OS — кистозный макулярный отек.

Было проведено обследование для оценки общего состояния организма с целью выяснения этиологии заболевания. Применены общепринятые клинико-рентгено-лабораторные методы. Исследованы серологические реакции крови для выявления антител к хламидиям, токсоплазме, цитомегаловирусу, ВИЧ, вирусам простого герпеса 1 и 2 типа, микобактерии туберкулеза, а также микрореакция на сифилис с кардиолипидным антигеном. Пациент был осмотрен терапевтом, стоматологом, отоларингологом. По результатам обследований соматической патологии не обнаружено. В анализах крови выявлено повышение титра антител (IgG) к цитомегаловирусу, вирусам простого герпеса 1 и 2, а также положительная микрореакция на сифилис RPR

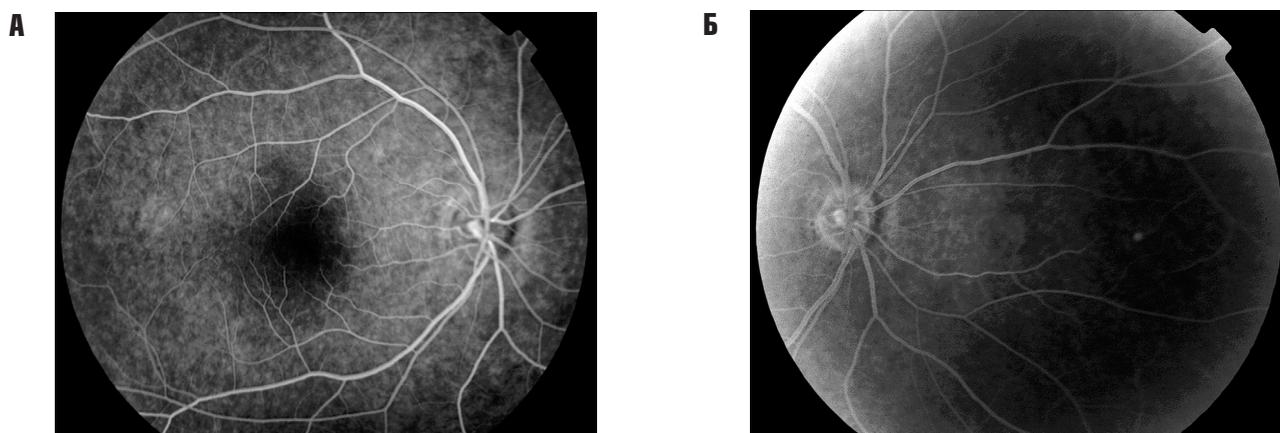


Рис. 7. Флюоресцентная ангиограмма глазного дна OD при обследовании через 3 месяца.

А — макулярная область; Б — носовой отдел глазного дна

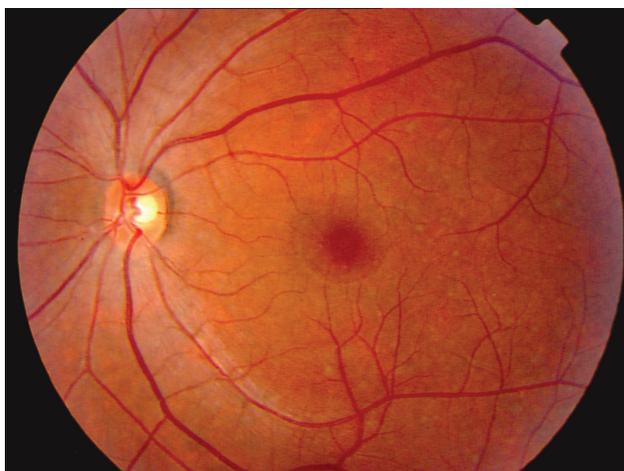


Рис. 8. Цветная фотография глазного дна OS при обследовании через 3 месяца

(антикардиолипидный тест). Пациенту рекомендована консультация дерматовенеролога и дополнительные тесты на сифилис для исключения ложноположительной реакции. Результаты серологических реакций крови РИФ 4+, РИБТ 40%, КСР 4+, титр 1/5 подтвердили диагноз сифилиса с поражением глаз. Данных в пользу нейросифилиса не получено. В Ленинградском областном кожно-венерологическом диспансере проведено два курса лечения по поводу *Lues latens tarda*: пенициллин внутримышечно (суммарная доза 169 и 98 млн. ЕД).

По окончании каждого курса лечения у дерматовенеролога проводилась оценка офтальмологического статуса. Дополнительная местная терапия органа зрения не применялась. Уже после 1-го курса лечения острота зрения левого глаза повысилась до 1,0, существенно уменьшились выраженность макулярного отека и метаморфозий по сетке Амслера.

При осмотре **через 3 месяца** после окончания лечения:

ОД: острота зрения 1,0, эмметропия. Объективные офтальмологические данные без изменений.

Тест Амслера: без патологии.

Компьютерная периметрия («Периком» по программам макулярный тест и тотальная периметрия с начальным тестированием; анализатор поля зрения Humphrey® (центральный тест): патологии не выявлено.

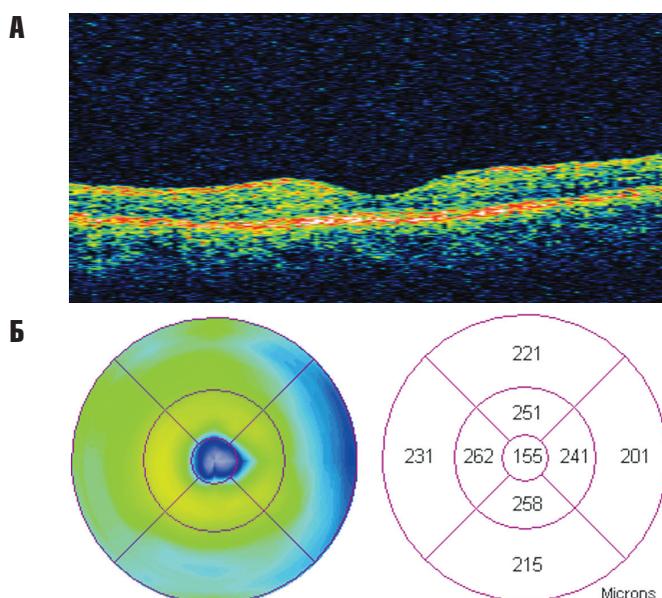


Рис. 9. Данные оптической когерентной томографии макулярной области OS через 3 месяца

А — томограмма сетчатки; Б — параметры толщины сетчатки

ОКТ макулярной области: без динамики.

ФАГ: данные без изменений (рис. 7а, б).

ОС: Острота зрения 1,0, эмметропия. Передний отдел и оптические среды глаза без патологических особенностей. На глазном дне: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Ход и калибр ретинальных сосудов не изменены. Признаки отека сетчатки в макулярной зоне отсутствуют, сохраняется перераспределение ретинального пигмента в пределах фовеа. В центральных и экваториальных отделах глазного дна мелкие едва различимые участки хориоретинальной атрофии с гиперпигментацией (рис. 8).

Тест Амслера: без патологии.

Компьютерная периметрия («Периком» по программам макулярный тест и тотальная периметрия с начальным тестированием; анализатор поля зрения Humphrey® (центральный тест): патологии не выявлено.

ОКТ: полный регресс кистозных изменений в макулярной области, уменьшение отека сетчатки на 70 микрон, толщина фовеолярной сетчатки 155 микрон (рис. 9а, б).

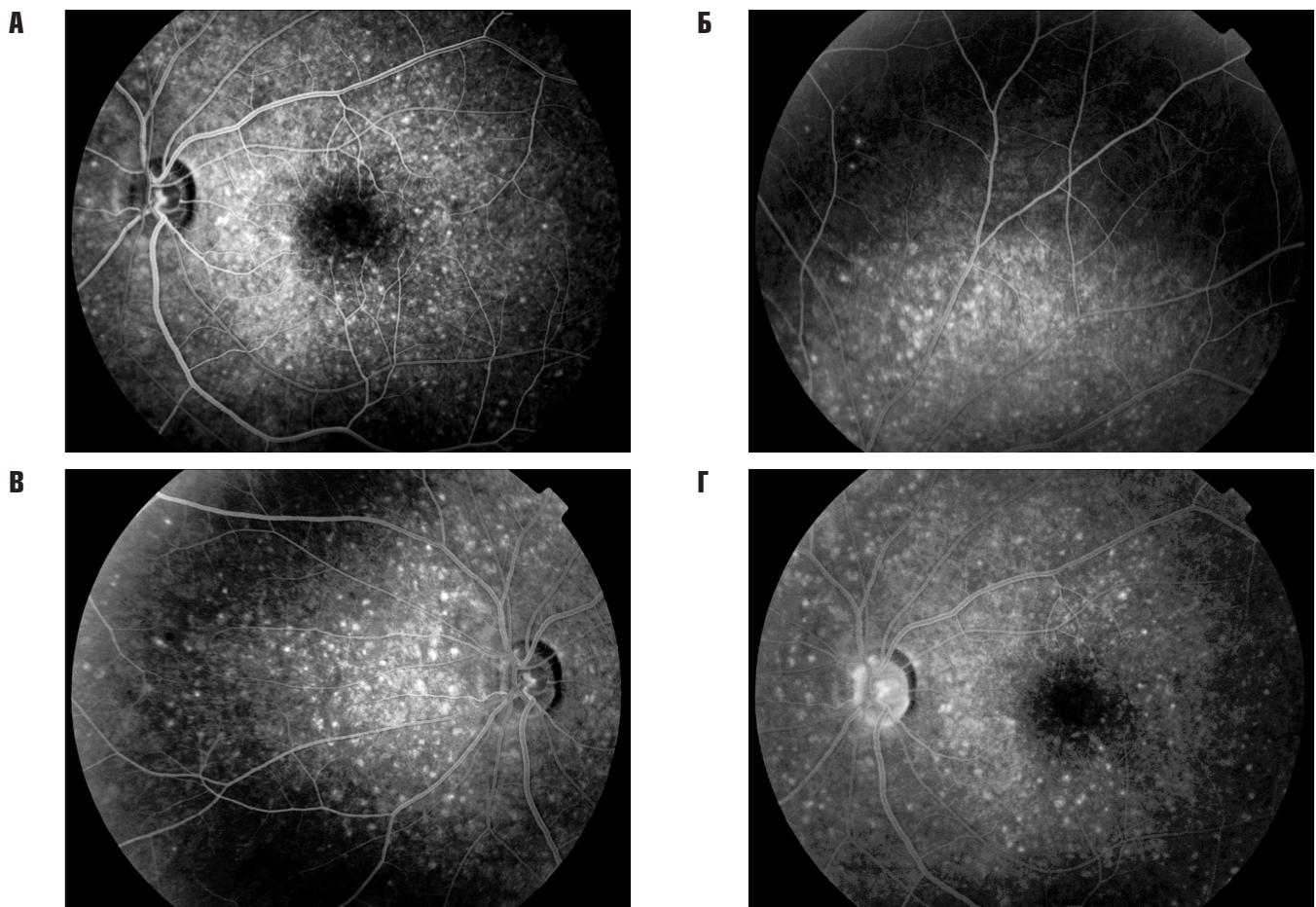


Рис. 10. Флюоресцентная ангиограмма глазного дна OS через 3 месяца (ранняя фаза ангиографии макулярной области (А), верхнего (Б) и носового (В) отделов глазного дна; поздняя фаза ангиографии макулярной области (Г))

ФАГ: гиперфлюоресценция в заднем полюсе и носовом отделе глазного дна сохраняется, число отдельных флюоресцирующих мелких очажков на ее фоне увеличилось, в позднюю фазу накопления флюоресцеина в макулярной области не наблюдается (рис. 10а, б, в, г).

В повторных анализах крови нарастания титров антител (IgG) к цитомегаловирусу, вирусам простого герпеса 1 и 2 не выявлено, сохраняются положительные серологические реакции на сифилис.

Пациенту рекомендовано диспансерное наблюдение дерматовенеролога и офтальмолога 1 раз в месяц, самоконтроль центрального поля зрения обоих глаз 1 раз в неделю.

Особенностями данного клинического наблюдения являются изолированное проявление сифилитической инфекции со стороны глаз, отсутствие отчетливой патологии на глазном дне по данным офтальмоскопии, поражение только заднего отдела увеального тракта без вовлечения в процесс сосудов сетчатки, зрительного нерва и стекловидного тела.

Задний сифилитический увеит является достаточно редкой патологией органа зрения, не имеет каких-либо патогномичных клинических проявлений, при своевременном выявлении и адекватном лечении имеет благоприятный прогноз. Всем боль-

ным с увеитами независимо от активности воспаления необходимо проводить серологические исследования крови на сифилис.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кански Д. Д., Милевски С. А., Дамато Б. Э., Тэннер В. Заболевания глазного дна / Пер. с англ. под общ. ред. Аветисова С. Э. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 424 с.
2. Кацнельсон Л. А., Танковский В. Э. Увеиты (клиника, лечение) — М.: 4-й филиал Воениздата, 1998. — 208 с.
3. Коскас Г., Коскас Ф., Зурдан А. Комплексная диагностика патологии глазного дна / Пер. с фр. под общ. ред. В. В. Нероева, М. В. Рябиной. — М.: Практическая медицина, 2007. — 496 с.
4. Колесникова М. А., Табакова М. А., Мироненко Л. В. и др. Поражения органа зрения при сифилисе // Актуальные вопросы воспалительных заболеваний глаз / Материалы научно-практической конф. 20–21 ноября 2001 г. — М., 2001. — С. 98–99.
5. Мирошникова Л. М. Поражение органа зрения при сифилисе // Терапевтическая офтальмология / Под ред. М. Л. Краснова, Н. Б. Шульпиной. — М., 1985. — С. 176–186.
6. Онищенко Л. А., Чавдар Н. И. Сифилитические поражения увеального тракта // Тез. докл. VII съезда офтальмологов России (Москва 16–20 мая 2000 г.) — М., 2000. — Ч. 2. — С. 157.

7. Охоцимская С. А., Согреева Е. Н., Лавров А. Ю., Ткатмышева Э. Ш. Случай сифилитического увеита // Вестн. офтальмологии. — 1998. — Т. 114, № 2. — С. 52–53.
8. Охоцимская С. А., Согреева Е. Н., Лавров А. Ю., Ткатмышева Э. Ш. Сифилитический увеит // Вестн. офтальмологии. — 1998. — Т. 114, № 3. — С. 52–54.
9. Писаренко С. Н., Лядовская Л. Д. Патология органа зрения при сифилисе // Актуальные вопросы воспалительных заболеваний глаз / Материалы научно-практической конф. 20–21 ноября 2001 г. — М., 2001. — С. 121–123.
10. Baglivo E., Kapetanios A., Safran A. B. Fluorescein and indocyanine green angiographic features in acute syphilitic macular placoid chorioretinitis // Can J Ophthalmol. — 2003. — N 38. — P. 401–405.
11. Gass J. D. M., Braunstein R. A., Chenoweth R. G. Acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis // Ophthalmology. — 1990. — N 97. — P. 1288–1297.
12. Puklin J. E. Сифилитический задний увеит // VI Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи». — СПб., 2000.
13. Tamesis R. R., Foster C. S. Ocular syphilis // Ophthalmology. — 1990. — N 97. — P. 1281–1287.

POSTERIOR SYPHILITIC UVEITIS

Shadrichev F. E., Golets I. G., Shkliarov E. B., Grigorieva N. N.

✧ **Key words:** uveitis; syphilis; macular edema; penicillin.

Сведения об авторах:

Шадричев Федор Евгеньевич — к. м. н., заведующий, офтальмологическое отделение, Санкт-Петербургский территориальный диабетологический центр. 194354, Санкт-Петербург, ул. Сикейроса, д. 10 Д. E-mail: shadrichev_dr@mail.ru.

Голец Ирина Григорьевна — к. м. н., заведующая, диагностический центр «Окулист», ООО «ВИМ». 188800, Ленинградская область, г. Выборг, ул. Куйбышева, д. 10. E-mail: oko@vyb.ru.

Шкляров Евгений Борисович — к. м. н., врач, офтальмологическое отделение, Санкт-Петербургский территориальный диабетологический центр. 194354, Санкт-Петербург, ул. Сикейроса, д. 10 Д. E-mail: eyelong77@mail.ru.

Григорьева Нюргюяна Николаевна — к. м. н., врач, офтальмологическое отделение, Санкт-Петербургский территориальный диабетологический центр. 194354, Санкт-Петербург, ул. Сикейроса, д. 10 Д. E-mail: grinur@mail.ru.

Shadrichev Fedor Evgenievich — MD, candidate of medical science, head of the ophthalmology department, St.Petersburg territorial diabetology center, 194354, St.Petersburg, Sikeiros str., 10. E-mail: shadrichev_dr@mail.ru.

Golets Irina Grigorivna — MD, candidate of medical science, head of the Diagnostic Center «Oculist», ООО «ВИМ». 188800, Vyborg, Leningrad Region, Sikeiros str., 10. E-mail: oko@vyb.ru.

Shkliarov Evgeny Borisovich — MD, candidate of medical science, ophthalmologist, St.Petersburg territorial diabetology center, 194354, St.Petersburg, Sikeiros str., 10. E-mail: eyelong77@mail.ru.

Grigorieva Niurguyana Nikolaevna — MD, candidate of medical science, ophthalmologist, St.Petersburg territorial diabetology center, 194354, St.Petersburg, Sikeiros str., 10. E-mail: grinur@mail.ru.