



ЗАДНИЙ УВЕИТ САРКОИДОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

© Ю. С. Астахов¹, А. А. Шахназарова², Н. В. Морозова^{1,2}, В. О. Соколов^{1,2}

¹ Кафедра офтальмологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург

² Диагностический центр № 7 (глазной) для взрослого и детского населения, Санкт-Петербург

✧ В статье описан клинический случай заднего увеита с периферическим хориоидитом саркоидозной этиологии, в котором поражение органа зрения явилось первым проявлением саркоидоза. Задний увеит с его хориоидальными гранулемами является менее частым, в сравнении с передним увеитом, но более демонстративным для диагностики данного заболевания.

✧ **Ключевые слова:** саркоидоз; задний увеит; периферический хориоидит.

Саркоидоз следует рассматривать как системное заболевание с развитием продуктивных изменений в виде эпителиоидно-клеточных гранул без некроза (или с фибриноидным некрозом) и исходом в рассасывание или фиброз. Преобладают внутригрудные проявления этого заболевания, описано поражение всех органов и систем, кроме надпочечника [1, 2, 4].

Вновь выявленные случаи саркоидоза чаще регистрируются в возрасте 20–50 лет с пиком в 30–39 лет, 2/3 пациентов — женщины. Заболеваемость саркоидозом в России составляет 3,0 на 100 000 населения. Распространённость саркоидоза в разных странах и разных этнических группах колеблется от 5 до 100 на 100 тыс. населения. Отмечены случаи семейного саркоидоза. Вероятность возникновения саркоидоза и тяжесть его течения связывают с генами гистосовместимости HLA; генами АПФ, фактора некроза опухолей альфа, рецепторов к витамину D и др. [1]. Многочисленные эпидемиологические исследования подтверждают рост заболеваемости и распространённости саркоидоза во всем мире. Приводятся данные о том, что число больных саркоидозом ежегодно увеличивается на 1,9 % [4]. Этиология саркоидоза неизвестна.

В классификации саркоидоза органов дыхания, предложенной А. Г. Хоменко и соавт. (1982), выделены 5 клинико-рентгенологических вариантов заболевания: саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ); саркоидоз ВГЛУ и легких; саркоидоз легких; саркоидоз органов дыхания, комбинированный с единичным внелегочным поражением; генерализованный саркоидоз (органов дыхания и множественным поражением других органов). Указаны также фазы развития заболевания (активная, регрессии, стабилизации) и характер течения (спонтанная регрессия, благоприятное, рецидивирующее, прогрессирующее).

При саркоидозе глаз в 80 % случаев имеются системные нарушения (околоушные и подчелюстные железы, лимфатические узлы корней легких, патология костной системы, печени, селезенки, кожи и слизистых). Увеит является составляющей синдрома Хеерфорда–Валденстрёма или «увеопаротидной лихорадки», когда у больного наряду с лихорадкой имеется увеличение околоушных лимфатических узлов, увеит и паралич лицевого нерва [4, 6].

Поражение глаз при саркоидозе, по данным разных исследований, отмечается в 15–36 % случаев. Наиболее часто это передний увеит — 75 % и значительно реже встречается задний увеит — 25–35 % [1, 6]. Встречаются также поражения конъюнктивы, склеры и радужной оболочки. Саркоидоз — это возможная причина длительно текущих в сосудистом тракте глаз воспалительных процессов — 1,3–7,6 % больных хроническими увеитами и увеоретинитами имеет саркоидозную этиологию. 13,8 % хронических гранулематозных увеитов — саркоидозные. Выявление увеита любой природы требует последующего длительного наблюдения, поскольку системный саркоидоз у них может быть выявлен в течение последующих 11 лет [6].

В нашем сообщении представлен один из редких случаев диагностики саркоидозного увеита с периферическими хориоидитом, который явился первым проявлением системного саркоидоза. В дальнейшем диагноз был клинически подтвержден при выявлении характерных для саркоидоза изменений органов грудной клетки, высокого уровня АПФ, отрицательной пробы Манту и других результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Большая К., 55 лет, из Санкт-Петербурга в мае 2012 г. заметила покраснение и появление пелены перед правым глазом. С этими жалобами она обратилась к окулисту районной поликлиники в июле 2012 г. и была госпитализирована в городской про-

тивотуберкулезный диспансер (ПТД) с диагнозом: ОД — острый задний увеит экссудативного характера туберкулезной (?) этиологии. Периферический хориоидит.

При поступлении в стационар острота зрения: ОД 0,09 sph. — 3,0D = 1,0, VIS OS 0,2 sph. — 2,75D = 1,0. Периферические границы поля зрения на правом глазу сужены в верхнем секторе до 30 град., на левом глазу не изменены.

ВГДОУ = 17 мм рт. ст. ОД — спокойный, в нижней половине роговицы на эндотелии несвежие преципитаты, зрачок круглый, задних синехий нет, экссудация во всех слоях стекловидного тела, ДЗН удовлетворительного питания, ЭД = 0,5, на периферии сетчатки ретиальные очаги размером 1/4 PD от 3 до 9 час. OS — здоров.

Клинико-лабораторное обследование: клин. анализ крови: НВ — 155 г/л, СОЭ — 12 мм/ч, лейкоциты — $7,9 \times 10^9$, глюкоза — 4,0 ммоль/л, АСТ — 19,6 U/л, АЛТ — 15,9 U/л, RW — отр., ВИЧ — отр., австралийский антиген — отр., HCV ag — отр., HBS ag — отр., Реакция Манту — (RM 2 TE) размер — 7 мм, очаговая и общая реакция — отр., ИФА с туберкул. а/г — отр.

Рентгенограмма легких — просвет средних бронхов не изменен, корни легких с увеличенными лимфоузлами, в большей степени бронхопульмональной группы с обеих сторон.

Консультация лор — врача: хронический риносинусит.

В ПТД провели курс консервативной терапии: цефанорм в/м 14 дней, дексаметазон в/в 2,0 № 3, аскорбиновая кислота 5% р-р в/в, фуросемид, аспаркам, местно: макситрол — 4 р/д, офтаквикс — 4 р/д.

Острота зрения при выписке: ОД 0,09 sph. — 3,0D = 1,0, OS 0,2 sph. — 2,75D = 1,0. ОД — спокойный, роговица, влага передней камеры и стекловидное тело прозрачны, зрачок круглый, на периферии сетчатки светлые очажки с четкими границами, размером 1/4 PD от 3 до 9 час.

При выписке из ПТД выставлен клинический диагноз: ОД — острый задний увеит экссудативного характера нетуберкулезной этиологии. Периферический хориоидит. Сопутствующий диагноз: саркоидоз I—II стадии.

Больной рекомендовано наблюдение в саркоидозном кабинете ГМПБ № 2 и окулиста поликлиники.

Через две недели после выписки из ПТД больная вновь отметила появление плавающей пелены в правом глазу и с этой жалобой обратилась СПб ДЦ № 7 (глазной). Офтальмологический статус: острота зрения ОД 0,07 sph. — 3,5 = 0,7, OS 0,2 sph. — 2,75D = 1,0. Границы периферического поля зрения на правом глазу сужены по верхним и височным ме-

ридианам, на левом глазу не изменены. ВГД (OU) — 21 мм рт. ст. Осмотр переднего отрезка: ОД — спокоен, на роговице «запотелость» эндотелия, передняя камера средней глубины, влага п/к прозрачна, рисунок радужки не изменен, зрачок круглый, реакция на свет живая, хрусталик прозрачен, в стекловидном теле мелкоклеточная взвесь, пленчатые помутнения. Глазное дно: ДЗН бледный, слегка выстоит, контуры несколько ступеваны, ЭД — 5/10, преретинальное помутнение стекловидного тела, эпиретинальный фиброз в макулярной области, в нижних периферических отделах множественные густо расположенные по типу «сот» округлые светло — желтые очажки размером 1/4—1/3 PD, некоторые из них с отложением пигмента по краю. OS — здоров. Большая с диагнозом: ОД — задний увеит, периферический хориоидит саркоидозной этиологии, ОД — миопия средней степени, OS — миопия слабой степени, была направлена в ГМПБ № 2, где находилась на стационарном лечении в офтальмологическом отделении с 05.09.12 по 14.09.12.

Офтальмологический статус при поступлении:

VIS ОД 0,07 sph. — 3,5 = 0,7, OS 0,2 sph. — 3,0 D = 1,0.

ВГД ОД — 19 мм рт. ст., OS — 22 мм рт. ст.

В-сканирование: ОД-стекловидное тело сократилось в объеме до 1/3, содержит «помутнения» в умеренном количестве, ЗГМ плотная, отслоена. OS — без УЗ-патологии.

МРТ головного мозга — без признаков специфического очагового поражения. УЗИ органов брюшной полости: ЖКБ. Камень желчного пузыря. Киста левой доли печени. Спирометрия: показатели бронхиальной проходимости не изменены.

СКТ грудной полости: в средостении скопление многочисленных лимфоузлов от мелких до увеличенных — паратрахеально до 25 × 20 мм, бифуркационные с формированием конгломератов до 47 × 25 мм, аортального окна до 32 × 15 мм, бронхопульмональные справа до 23 × 21 мм, слева до 30 × 26 мм; очаговые изменения легких не определяются. Заключение: картина внутригрудной лимфоаденопатии (рис. 1).

Заключение пульмонолога: генерализованный саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и правого глаза. Рекомендовано: местно кортикостероиды; внутрь — вазонит, аевит, курс плазмафереза.

Клинико-лабораторное обследование: клинический анализ крови: СОЭ — 14 мм/ч, НВ — 134 г/л; биохимический анализ крови: АЛТ — 19 U/л, АСТ — 13 U/л, общий белок — 60,1 г/л, мочевины — 7,2 ммоль/л, креатинин — 68 мкмоль/л, холестерин — 4,13 ммоль/л, общий билирубин — 7,2 мкмоль/л, глюкоза — 4,27 ммоль/л. Ангиотензин превращающий фактор сыворотки



Рис. 1. СКТ грудной полости — картина внутригрудной лимфоаденопатии

крови — 119,2 ед., HLA-B27 — отр. Общий анализ мочи — уд. вес — 1,025, прозрачная, реакция — кислая, белок — 0,122 г/л, лейкоциты — 4–7–10 в п/з, эпителий плоский — 2–4–6 в п/з, бактерии — в небольшом количестве.

В ГМПБ № 2 больная получила курс консервативной терапии: внутрь — аспаркам, диакарб, вазонит, аевит; в/в, струйно — дексазон, в/м — диклофенак, такевил; под конъюнктиву — дексазон, мезатон, атропин; инстилляци в ОД — дикло-ф, ирифрин 2,5%; физиотерапевтическое лечение — электрофорез смеси: левомецетин, кальций, атропин 1%; плазмаферез.

Офтальмологический статус при выписке: VIS ОД 0,07 sph. — 3,5 = 0,8, OS 0,2 sph. — 2,75D = 1,0; ОД — почти спокоен, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага ее прозрачна, рисунок радужки сглажен, зрачок круглый, подвижный, начальные помутнения в коре хрусталика, умеренный выпот в стекловидном теле; глазное дно: ДЗН бледно-розовый, контурирован, сосудистый пучок в центре, детали макулы визуализируются с трудом, эпиретинальный фиброз, на периферии преимущественно в нижних отделах разнокалиберные очажки желтого цвета.

При выписке из стационара больной рекомендовано продолжить лечение амбулаторно: внутрь — вазонит 600 мг по 1 тб. 1 раз в день, аевит по 1 капс. 1 раз в день; закапывать в правый глаз: дикло-ф 3 раза в день, офтан-дексаметазон 0,1% — 3 раза в день — 1 месяц. Наблюдение в саркоидозном кабинете ГМПБ № 2 и окулиста в поликлинике по месту жительства.

В СПб ДЦ № 7 (глазной) больная обратилась повторно 12.10.12. с жалобой на усиление плавающих помутнений в правом глазу за последние две недели, на фоне продолжения лечения выше указанными препаратами. При осмотре острота зрения: VIS ОД 0,05 sph. — 3,5 = 0,9,

OS 0,2 sph. — 3,0D = 1,0; Осмотр переднего отрезка: ОД- спокоен, влага передней камеры прозрачна, размыта пигментная кайма зрачка, в хрусталике переливчатость задней капсулы, в стекловидной полости плавающие помутнения в умеренном количестве; глазное дно видно в «дымке»: ДЗН бледный, контуры нечеткие, в макуле патологические световые рефлексы, на периферии в нижних отделах множественные округлые светлые хориоидальные очаги, диаметром 1/4–1/3 PD (узелки Далена–Фукса), некоторые из них с легким отложением пигмента, вены неравномерно расширены, извиты, артерии не изменены (рис. 2–5).

Больная была представлена на консультации у проф. Ю.С. Астахова. Поставлен диагноз: ОД — вялотекущий увеит саркоидозной этиологии, периферический очаговый хориоидит в стадии рубцевания. Рекомендовано ретробульбарное введение дексаметазона (по 1,0 мл) в правый глаз — № 5 с интервалом в 4–5 суток. После проведенного лечения достигнута положительная динамика — значительно уменьшилась экссудация в стекловидном теле, глазное дно видно отчетливо: ДЗН бледно-розовый, с четкими границами, миопический конус с височной стороны, в макулярной области отчетливо просматривается эпиретинальный фиброз, без отека сет-

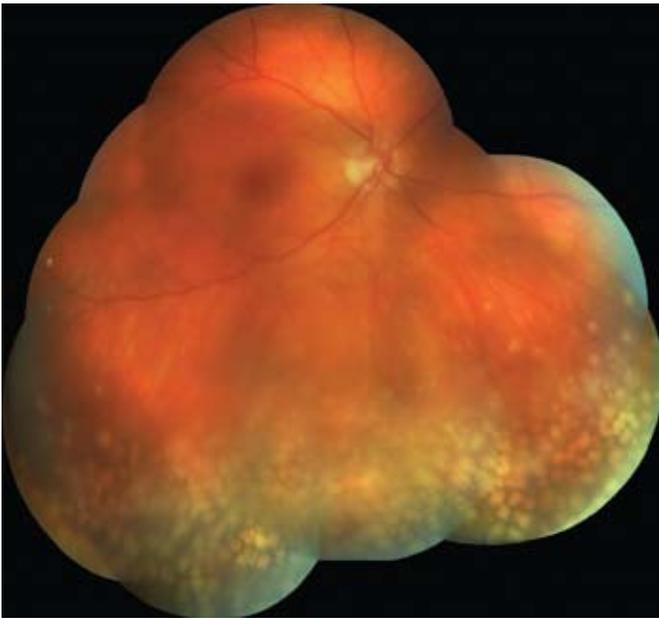


Рис. 2. Задний увеит с периферическим хориоидитом саркоидозной этиологии (глазное дно больной К. до лечения). Глазное дно в «тумане» из-за помутнений в стекловидном теле

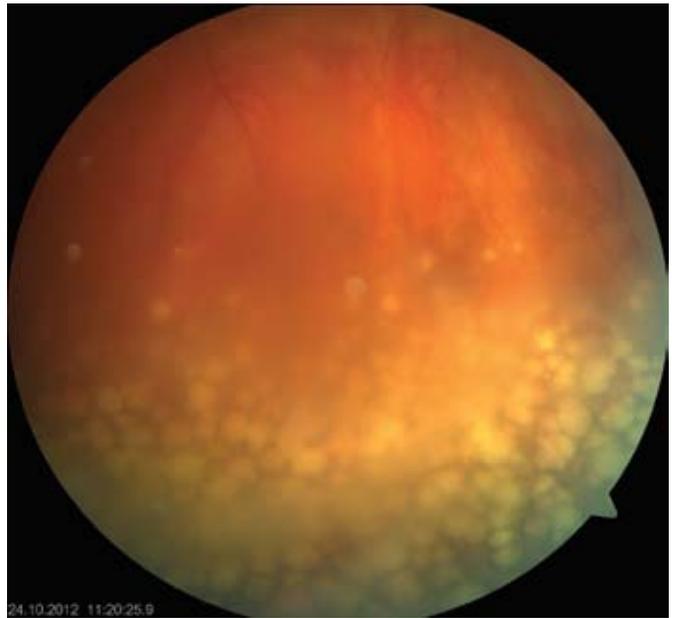


Рис. 3. Задний увеит с периферическим хориоидитом саркоидозной этиологии (глазное дно больной К. до лечения)



Рис. 4. Глазное дно больной К. после лечения

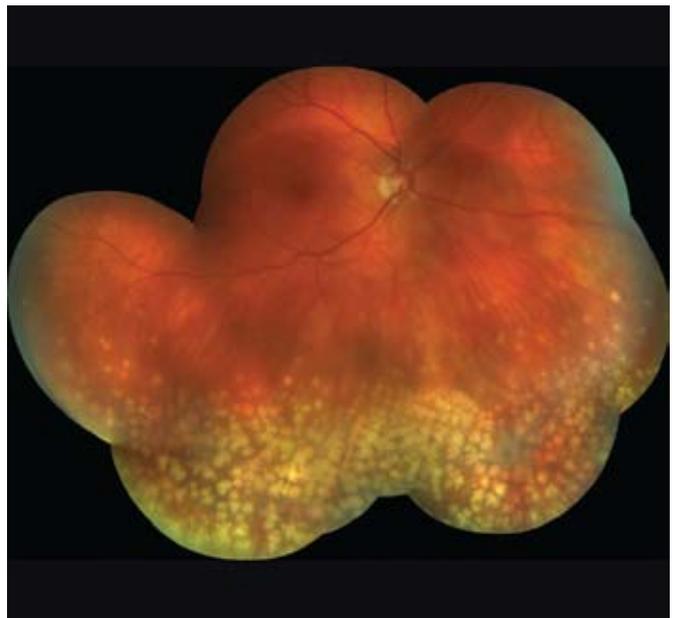


Рис. 5. Глазное дно больной К. после лечения

чатки, периферические очаги стали более плоскими, многие очаги с пигментной каймой. Острота зрения правого глаза повысилась: VIS ОД 0,05 со sph. — 3,5 = 1,0.

При повторном осмотре через 6 дней острота зрения и объективный статус правого глаза не изменился. Больной рекомендовано продолжать инстилляцию дексаметазона 0,1 % 3–4 раза в день, с последующим уменьшением кратности инстилляций до 2 р/д, 1 р/д и отменой препарата в течение месяца; наблюдение офтальмолога поликлиники по месту жительства и в саркоидозном кабинете ГМПБ № 2.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранова О.П., Визель А.А., Илькович М.М. Саркоидоз // Клинические рекомендации. Пульмонология / Под ред. акад. А.Г. Чучалина. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2005. — С. 160–170.
2. Илькович М.М., Новикова Л.Н., Лучкевич В.С. Саркоидоз органов дыхания: Руководство для врачей. — СПб., 1996.
3. Офтальмология / Под ред. Д.П. Элерса, Ч.П. Шаха. — М.: МЕДпресс-информ, 2012. — С. 423–425.
4. Саркоидоз. Под ред. А.Г. Хоменко, О. Швайгера. СССР-ВНР. М.: Медицина, 1982.
5. 7-й конгресс Всемирной ассоциации по саркоидозу и другим гранулематозам. Материалы. Стокгольм. 2002.

6. Саркоидоз: Учебно-методическое пособие для слушателей послеузовского и дополнительного профессионального образования. / Под общей редакцией А. Г. Чучалина. — Казань, 2010.

A POSTERIOR UVEITIS OF SARCOID ETIOLOGY

Astakhov Yu. S., Shakhnazarova A. A., Morozova N. V., Sokolov V. O.

✧ **Summary.** In the article, a clinical case of posterior uveitis with peripheral choroiditis of sarcoid etiology is described, where the ophthalmic lesion turned up to be the first sarcoidosis manifestation. A posterior uveitis with its choroidal granulomas in comparison with an anterior uveitis is less frequent but more spectacular for the diagnosis of this disease.

✧ **Key words:** sarcoidosis; posterior uveitis; peripheral choroiditis

Сведения об авторах:

Астахов Юрий Сергеевич — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой офтальмологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8, корпус 16. E-mail: astakhov@spmu.rssi.ru.

Шахназарова Аида Абдулаевна — к. м. н., врач-офтальмолог. Диагностический центр № 7 (глазной) для взрослого и детского населения. 191028, Санкт-Петербург, Моховая ул., д. 38.

Морозова Наталья Владимировна — к. м. н., заместитель главного врача по медицинской части, Диагностический центр № 7 (глазной) для взрослого и детского населения. 191028, Санкт-Петербург, Моховая ул., д. 38. E-mail: morozova_dc@mail.ru.

Соколов Виталий Олегович — к. м. н., главный врач. Диагностический центр № 7 (глазной) для взрослого и детского населения. 191028, Санкт-Петербург, Моховая ул., д. 38. E-mail: tavvos50@rambler.ru.

Astakhov Yuriy Sergeevich — MD, professor, head of the department. Department of Ophthalmology of the I. P. Pavlov State Medical University. 197022, Saint-Petersburg, Lev Tolstoy St., 6–8, building 16. E-mail: astakhov@spmu.rssi.ru.

Shakhnazarova Aida Abdulaevna — candidate of medical science, MD. Diagnostic center № 7 (ophthalmological) for adults and children, 191028, St.Petersburg, Mokhovaya str., 38.

Morozova Natalia Vladimirovna — candidate of medical science, deputy head of the center, Diagnostic center № 7 (ophthalmological) for adults and children, 191028, St.Petersburg, Mokhovaya str., 38. E-mail: morozova_dc@mail.ru.

Sokolov Vitaly Olegovich — candidate of medical science, ophthalmologist, head of the center. Diagnostic center № 7 (ophthalmological) for adults and children, 191028, St. Petersburg, Mokhovaya str., 38. E-mail: tavvos50@rambler.ru.