

Е.А. Дроздова, Е.В. Ильинская
**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
НЕИНФЕКЦИОННЫМИ УВЕИТАМИ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ**
*ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Челябинск*

Удельный вес увеитов в структуре глазной патологии достигает у взрослых 5-15 % и является одной из основных причин стойкого снижения зрения и слепоты. В данной статье представлены клинико-эпидемиологические особенности неинфекционных увеитов в Челябинской области на основе проспективного наблюдения и ретроспективного анализа историй болезни ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3» г. Челябинска за 2013-2015 гг. За рассматриваемый период увеиты были выявлены в 704 случаях. Увеитов неинфекционной этиологии было 488 случаев. Инфекционная природа заболевания подтверждена у 216 больных. Среди этих пациентов по половому составу незначительно преобладали мужчины – 53,3%, средний возраст больных составил 31,3±12,9 года. В большинстве случаев этиологический фактор выявить не удалось (417 пациентов). У 71 (14,5%) пациента с установленной этиологией наиболее часто встречались HLA-B27-ассоциированные увеиты. По локализации воспаления преобладали передние увеиты – в 59 (83%) случаях. В большинстве случаев (73,3%) увеит выявлен впервые. В 90 (18,4%) случаях диагностированных неинфекционных увеитов были выявлены осложнения в виде кистозного макулярного отека, офтальмогипертензии, развития осложненной катаракты.

Ключевые слова: увеит, неинфекционный увеит, клинические особенности, эпидемиология.

Е.А. Drozdova, E.V. Il'inskaya
**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS
OF NON-INFECTIOUS UVEITIS INCIDENCE IN THE CHELYABINSK REGION**

The proportion of uveitis in the structure of eye pathology reaches 5-15% among adults, and is one of the main reasons for permanent depression of vision and blindness development. This paper presents clinical and epidemiological features of noninfectious uveitis in Chelyabinsk region, on the basis of the retrospective analysis of case histories and prospective observation of the patients treated in Regional Clinical Hospital № 3 of Chelyabinsk during 2013-2015. For this period uveitis were revealed in 704 cases. Of them uveitis of noninfectious etiology were in 488 cases, the confirmed infectious nature of a disease - 216. Among these patients men slightly prevailed, making up 53.3%, and the total average age was 31.3±12.9. In most cases the etiological factor was not possible to tap (417 patients). In 71 (14.5%) patients with the established etiology HLA-B27-associated uveitis were most common. Anterior uveitis prevailed by localization of inflammation, accounting for 59 (83%) cases. In most cases (73.3%) uveitis was diagnosed for the first time. In 90 (18.4%) cases of the diagnosed noninfectious uveitis the following complications were observed: cystic macular edema, ophthalmohypertension, development of complicated cataract.

Key words: uveitis, noninfectious uveitis, clinical features, epidemiology.

Общепризнано, что воспалительные заболевания глаз являются актуальной проблемой в офтальмологии. По последним статистическим данным, представленным на VIII Российском общенациональном офтальмологическом форуме, за 2014 год зарегистрировано 15 976 896 обращений в связи с заболеваниями органа зрения, из них 14,8% приходилось на воспалительные заболевания. Удельный вес увеитов в структуре глазной патологии достигает у взрослых 5-15% [1,2,3]. Несмотря на то, что увеиты могут развиваться в любом возрасте, преимущественно они развиваются у лиц молодого, трудоспособного возраста [4-9]. Во многих случаях наблюдается переход острого течения заболевания в рецидивирующее и хроническое [5]. Развитие разнообразных осложнений приводит к значительному снижению зрительных функций, вплоть до слепоты, – в 10-15% случаев [4,9]. Инвалидность зарегистрирована в среднем у 30 % переболевших в различных возрастных и этиологических группах [12]. В ходе различных исследований выявлено множество этиологических факторов, способствующих развитию увеитов [15], включая генетическую предрасположенность. Наиболее изученной является взаимосвязь переднего увеита с антиге-

ном гистосовместимости HLA-B27, выявляемым у 47-60% больных [10,11]. В то же время в 45% случаев не удается установить какую-либо конкретную причину воспаления глаза, что оценивается как идиопатический аутоиммунный процесс [8,13,14].

В настоящее время в России крайне мало актуальных статистических данных по структуре заболеваемости неинфекционными увеитами в регионах. Изучение данного вопроса представляет интерес, так как может способствовать улучшению диагностики и лечения, раннему прогнозированию осложнений при неинфекционных увеитах, а также разработке мероприятий, направленных на сохранение зрения и снижение инвалидизации у этой группы лиц.

Цель исследования – провести клинико-эпидемиологический анализ заболеваемости неинфекционными увеитами в Челябинской области по данным ретроспективного исследования историй болезни и проспективного наблюдения пациентов офтальмологического отделения ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3» г. Челябинска.

Материал и методы

За период с 2013 по 2015 гг. в офтальмологическом отделении ГБУЗ «Областная

клиническая больница № 3» г. Челябинска пролечено 704 пациента с установленным диагнозом «Увеит». В исследовании приняли участие пациенты со средней и тяжелой степенью тяжести, так как пациенты с диагностированным увеитом легкой степени тяжести проходили лечение в амбулаторных условиях по месту жительства. После выписки из стационара пациенты наблюдались амбулаторно.

При постановке диагноза проводилось детальное офтальмологическое обследование пациентов, включающее определение остроты зрения, авторефрактометрию, тонометрию, биомикроскопию переднего и заднего отрезков глазного яблока, офтальмоскопию, периметрию. При необходимости проводились дополнительные методы исследования, такие как ультразвуковое исследование глазных яблок и орбиты, оптическая когерентная томография и флуоресцентная ангиография сетчатки. Диагноз «увеит» устанавливался на основании данных клинического офтальмологического обследования, согласно рекомендациям SUN (Standardisation of Uveitis Nomenclature Working Group, 2005). Анатомически увеиты классифицировались на передние, задние и панувеиты. По типу течения увеиты подразделяются на острый, хронический и рецидивирующий: острый – с внезапным началом и ограниченной продолжительностью (до 3 месяцев); рецидивирующий – обострения увеита чередуются с периодами ремиссии (без лечения) более 3-х месяцев; хронический – персистирующий воспалительный процесс с обострениями менее чем через 3 месяца после окончания терапии. Медикаментозная ремиссия устанавливалась в случае, если увеит находился в неактивном состоянии на фоне лекарственной терапии в течение не менее 3-х месяцев подряд; нефармакологическая ремиссия в случае, если увеит находится в неактивном состоянии в течение не менее 3 месяцев подряд без противовоспалительного лечения [14].

Активность течения увеита определялась по количеству клеток во влаге передней камеры или стекловидном теле, согласно рекомендациям SUN (Standardisation of Uveitis Nomenclature Working Group, 2008).

Для определения этиологии были использованы следующие методы диагностики:

– неспецифические: общий анализ крови с развернутой лейкоцитарной формулой, биохимический анализ крови, количественное определение С-реактивного белка, сиаловых кислот, серомукоидов, ревматоидного фактора и антинуклеарных тел;

– специфические: исследование антигенов системы HLA (в частности, определение HLA – B27), прямая иммунофлюоресценция, полимеразная цепная реакция (ПЦР), иммуноферментный анализ (ИФА) на хламидии соскобов эпителия (урогенитальных и конъюнктивальных), ИФА к *Herpes virus simplex* 1-, 2-го типов, *Herpes Zoster*, *VICH*, *Toxoplasma gondii*, *treponema pallidum* (в некоторых случаях использовали реакцию Вассермана). Для исключения или подтверждения туберкулезной этиологии проводилась консультация в офтальмологическом фтизиатрическом отделении.

Для выявления очага инфекции и сопутствующих системных заболеваний проводились консультации узких специалистов (стоматолога, ревматолога, оториноларинголога, гинеколога, уролога, дерматовенеролога) и рентгенодиагностика легких, придаточных пазух носа, крестцово-подвздошных сочленений.

Результаты исследования статистически обработаны с помощью программы IBM SPSS Statistics 22.

Результаты и обсуждение

В ходе исследования проанализировано 704 случая с выставленным диагнозом увеит. Среди пациентов по половому составу незначительно преобладали мужчины – 53,3%, средний возраст больных составил $31,3 \pm 12,9$ года.

На основании анамнестических данных, клинической картины, результатов лабораторных и инструментальных исследований, проведенных консультаций смежных специалистов инфекционная этиология воспаления сосудистой оболочки глаз достоверно выявлена у 216 (30,6%) больных. Полученные данные демонстрируют преобладание неинфекционных факторов в развитии увеитов различной локализации и степени активности.

Результаты проведенного исследования показали преобладание герпетической этиологии инфекционного увеита (13,0%), в частности были выявлены *Herpes virus simplex* 1- и 2-го типов, *Herpes Zoster*, вирус Эпштейна – Барра, цитомегаловирус. У нескольких пациентов была выявлена ассоциация вирусов группы герпеса. Бактериальная инфекция установлена у 80 (11,3%) пациентов, в том числе у 1,3% больных выявлен фокальный источник заражения (синуситы). В 3,8% случаев подтверждено наличие заболеваний, передающихся половым путем (сифилис, хламидиоз, микоплазмоз), у 6,7% пациентов обнаружена *Toxoplasma gondii*, ВИЧ-опосредованные заболевания (токсоплазмоз,

туберкулез, цитомегаловирус) были подтверждены в 2,3% случаев.

Неинфекционные увеиты выявлены у 488 пациентов, причем у 417 (59,23%) из них после проведения полного обследования, согласно стандартам этиологический фактор не был выявлен, и данные случаи были отнесены к группе идиопатических увеитов.

У 71 (14,5%) пациента с установленной этиологией неинфекционного характера наиболее часто встречались HLA-B27-ассоциированные увеиты, в том числе с сакроилеитами при болезни Бехтерева – 50 (10,2%) и Рейтера – 1 (0,2%). Неинфекционные увеиты у пациентов с ревматоидным артритом выявлены у 18 (3,7%) пациентов. Другие системные заболевания (псориаз, псориазический артрит и неспецифический язвенный колит) выявлены у 2-х (0,4%) пациентов.

При разделении пациентов по локализации внутриглазного воспаления основную группу составили передние увеиты в 59 (83%) случаях, срединный увеит был представлен в 11 (15,4%), а задний увеит – в 1-м (1,4%) случае.

По результатам определения количества клеток в передней камере и стекловидном теле изменений сетчатки и зрительного нерва были выделены две группы по активности течения заболевания – средней степени 384 (78,6%) и высокой степени 107 (21,9%) больных.

Диагноз неинфекционного увеита впервые был установлен у 358 (73,3%) пациентов, обострение хронического течения – у 91 (18,6%), рецидив неинфекционных увеитов был диагностирован у 39 (7,9%) пациентов.

В период лечения в 90 (18,4%) случаях диагностированных неинфекционных увеитов был выявлен ряд осложнений. Офтальмогипертензия диагностирована у 69,2%, при этом развитие увеальной глаукомы в последующем отмечено у 2,1% пациентов. При проведении оптической когерентной томографии у 23,2% пациентов выявлен кистозный макулярный отек, который у части пациентов полностью или частично регрессировал на фоне проводимой терапии. Осложненная (преимущественно заднекапсулярная) катаракта выявлена у 7,6% пациентов. Осложнения в большей части случаев развивались у пациентов с хроническим и рецидивирующим течением неинфекционного увеита, а также при увеитах высокой степени активности.

Выводы

На основании проведенного клинико-эпидемиологического анализа с применением современных методов этиологической диагностики выявлен высокий процент увеитов неустановленной этиологии. Среди случаев с установленной причиной заболевания большую часть (10,2%) составили HLA-B27-ассоциированные увеиты. По локализации воспалительного процесса преобладали передние увеиты средней степени активности. Высокая степень активности процесса и осложнения, как правило, наблюдаются у пациентов с рецидивирующим и хроническим течением заболевания. Результаты исследования показывают необходимость дальнейшего совершенствования уже существующих и внедрения в практику новых методов диагностики, лечения и профилактики осложнений увеитов.

Сведения об авторах статьи:

Дроздова Елена Александровна – д.м.н., профессор кафедры глазных болезней ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России. Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64. E-mail: dhelena2006@yandex.ru.

Ильинская Екатерина Викторовна – аспирант кафедры глазных болезней. Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64. E-mail: ilinskaya.ekaterina@bk.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заболеваемость увеитами населения Пермского края / А.Ю. Конькова [и др.] // Пермский медицинский журнал. – 2015. – Т. 32, № 6. – С. 51-55.
2. Клинико-эпидемиологические увеиты у детей / М.Р. Гусева // Вестник офтальмологии. – 2004. – № 1. – С. 15-19.
3. Ziorhut M., Deuter C., Murray P.I. Classification of uveitis – current guidelines. *European Ophthalmic Review*. – 2007. – P. 77-78.
4. Rothova A: Inflammatory cystoid macular edema. *Curr Opin Ophthalmol* 2007;18:487-492.
5. Diagnosis and treatment of uveitis – Second Ed. / Ed. Foster C.S., Vitale A.T. Jaypee Brothers Medical Publishers, 2013. – 1276 p.
6. Зайцева Н.С., Кацнельсон Л.А. Увеиты. – М.: Медицина, 1984. – 320 с.
7. Панова, И.Е. Увеиты: руководство для врачей / И.Е. Панова, Е.А. Дроздова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2014. – 144 с.
8. Nussenblatt R.B. Uveitis: fundamental and clinical practice – 4-th Ed. / R.B. Nussenblatt, S.M. Whitcup Elsevier Inc., 2010. – 433 p.
9. Goldstein H. The reported demography and causes of blindness throughout the world // *Adv. Ophthalmol.* – 1980. – Vol. 40. – P. 1-99.
10. HLA-B27 acute anterior uveitis and other antigens of the major histocompatibility complex / P.J. Derhaag [et al.] // *Invest. Ophthalmol.* – 1989. – Vol. 30 (10). – P. 2160-2164.
11. Feltkamp T.E. HLA B27 and acute anterior uveitis / T.E. Feltkamp, J.R. Smith, J.T. Rosenbaum // *Curr. Life Res.* – 1990. – Vol. 9. – P. 213-218.
12. Management of uveitis: a rheumatologic perspective // *Arthr. Rheum.* – 2002. – Vol. 46 (2). – P. 309-318.
13. Панова И.Е. Увеиты: Руководство для врачей / И.Е. Панова, Е.А. Дроздова М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2014. – 144 с.
14. Дроздова, Е.А. Вопросы классификации и эпидемиологии увеитов // *Русский медицинский журнал. Клиническая офтальмология.* – 2016. – № 3. – С. 155-159.
15. Увеиты: результаты проспективного рандомизированного клинико-иммунологического исследования / С.Р. Меджидова [и др.] // *Вестник офтальмологии.* – 2016. – № 1. – С. 15-22.