

Э.А. Латыпова, Т.И. Дибеев, Г.М. Идрисова
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ХОРИОРЕТИНИТА
 НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ С ЭКССУДАТИВНОЙ ОТСЛОЙКОЙ СЕТЧАТКИ
 (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Актуальность хориоретинитов обусловлена высокой частотой встречаемости среди лиц молодого трудоспособного возраста, трудностями этиологической диагностики, длительным воспалительным процессом, развитием тяжелых осложнений в виде геморрагий сетчатки, гемофтальма, формирования субретинальных неоваскулярных мембран, витреоретинальных шварт и др., приводящих к снижению зрения вплоть до слабовидения и слепоты.

В статье представлены данные о результатах своевременного обследования и комплексного лечения впервые выявленного центрального хориоретинита невыясненной этиологии с экссудативной отслойкой сетчатки у пациента 22 лет. В результате лечения отмечена положительная динамика течения воспалительного процесса с рассасыванием субретинальных кровоизлияний и экссудата и прилеганием сетчатки. Обширный хориоретинальный очаг значительно уменьшился вследствие купирования перифокального воспаления, восстановились зрительные функции до исходного уровня.

Ключевые слова: хориоретиниты, диагностика, оптическая когерентная томография, лазерное лечение.

E.A. Latypova, T.I. Dibaev, G.M. Idrisova
**EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF CENTRAL CHORIORETINITIS
 OF UNKNOWN ETHIOLOGY WITH EXUDATIVE RETINAL DETACHMENT
 (CLINICAL CASE)**

The relevance of chorioretinitis is due to the high frequency of occurrence among young people, difficulties in the etiological diagnosis, a long inflammatory process with the development of complications such as retinal hemorrhages, hemophthalmus, the formation of subretinal neovascular membranes, vitreoretinal lines, etc. All this lead to decreased vision, low vision and blindness.

The article presents data on the results of a timely diagnosis and complex treatment of the first detected central chorioretinitis of unknown etiology with retinal detachment in a 22-year-old patient. As a result of treatment, a positive dynamics of the course of the inflammatory process was noted with the resorption of subretinal hemorrhages and exudate. The choriorretinal lesion decreased due to relief of perifocal inflammation, and visual functions were recovered to the initial level.

Key words: chorioretinitis, diagnostics, optical coherence tomography, laser treatment.

Известно, что диагностика инфекционных хориоретинитов остается одной из актуальных проблем современной офтальмологии и представляет большие трудности в связи с разнообразием клинических проявлений заболевания, хроническим рецидивирующим характером течения, развитием осложнений, нередко маскирующих характерную клиническую картину [1,2,4,5,7]. Увеиты часто возникают у лиц молодого, трудоспособного возраста (20-45 лет) и сопровождаются развитием таких серьезных осложнений, как геморрагии сетчатки, гемофтальм, формирование субретинальных неоваскулярных мембран, витреоретинальных шварт и др., которые могут привести к длительной, а иногда и к стойкой потере трудоспособности вследствие снижения зрения вплоть до слабовидения и слепоты [5].

Как в отечественной, так и в зарубежной литературе обсуждается эффективность различных методов лечения, однако они в основном сводятся к своевременному применению кортикостероидов и антибиотиков как наиболее эффективных противовоспалительных средств [3,5,6]. Без лечения процесс обратного развития хориоретинита происходит очень медленно и через 6-12 месяцев заканчивается грубым рубцеванием [3]. Соответственно, в

случае раннего выявления и своевременно начатого лечения на месте бывших хориоретинальных очажков может появляться лишь ретиальная пигментация, и зрительные функции на этих участках могут восстанавливаться. Следует отметить, что вопросы диагностики и лечения увеитов, в том числе хориоретинитов, редко освещаются в доступной литературе в последние два десятилетия. Кроме того, в последние годы наблюдается тенденция лечения в амбулаторных условиях пациентов с хориоретинитом, в том числе и тяжелых его форм, что часто приводит к затяжному течению и рецидиву заболевания. В этой связи интересным представляется клинический случай своевременной диагностики и лечения впервые выявленного острого хориоретинита.

Пациент К., 22-х лет, заболел остро через месяц после демобилизации из рядов Российской Армии, 08.09.19 г. Вечером этого дня заметил резкое ухудшение зрения, появление пятна белого цвета перед левым глазом. Обратился сразу к офтальмологу по месту жительства, через 3 дня – в Центр лазерного восстановления зрения «Оптимед» г. Уфы, где было проведено полное комплексное обследование совместно с сотрудниками кафедры офтальмологии с курсом ИДПО БГМУ. Из

анамнеза: во время службы в армии перенес гнойный синусит верхнечелюстной пазухи дважды – в 2018 году и в феврале 2019 г. с вскрытием верхнечелюстной пазухи в 2018 г. Через 7 месяцев после последнего обострения риносинусита появились вышеуказанные симптомы в левом глазу. Кроме того, за два месяца до начала заболевания глаза совместно с половой партнершей прошел курс антихламидийной терапии (таблетки вильпрофена 10 дней) по поводу урогенитального хламидиоза. Из перенесенных заболеваний больной отмечает ОРВИ, бронхит.

Объективно на момент осмотра общее состояние удовлетворительное. Острота зрения правого глаза 0,4 с корр. +4,0Д = 0,6 и левого глаза 0,02 с корр. +5,0Д цилиндр +1,0Д ось 98° = 0,1 не скорр. Внутриглазное давление на бесконтактном тонометре – 19/19 мм рт.ст. Передние отрезки обоих глаз спокойные. OD – преломляющие среды прозрачные, глубжележащие отделы глаза без особенностей. OS – передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка структурная, медикаментозный миоз. Выраженные плавающие помутнения в стекловидном теле. Световой рефлекс глазного дна розовый. При офтальмоскопии диск зрительного нерва (ДЗН) бледно-розовый, границы четкие. Возле ДЗН с височной стороны в хориоиде определяется обширный, высоко прорастающий в стекловидное тело воспалительный очаг серовато-желтого цвета с нечеткими границами. Рядом с воспалительным фокусом офтальмоскопируются еще несколько серого цвета экссудативных фокусов в макулярной и парамаккулярной области, также прорастающих в стекловидное тело, сосуды сетчатки на них «взбираются». Вокруг очагов воспаления сетчатка отечная, отслоена, под сетчаткой множественные локальные кровоизлияния, которые тянутся в парамаккулярную и макулярную область (рис. 1 А).

Данные ультразвуковой биометрии OD/OS: глубина передней камеры – 3,5/3,58 мм и переднезадняя ось глазных яблок соответственно – 21,65/21,41 мм.

На оптической когерентной томограмме (ОКТ): в правом глазу патологических изменений не выявлено, в левом глазу субфовеально визуализируется экссудативная отслойка нейроэпителия с фибриновыми тяжами, вызванная наличием прорастающего локального утолщения хориоидеи, расположенного под фовеа. Заключение: OD – патологии макулярной области по данным ОКТ не выявлено. OS – экссудативная отслойка нейроэпителия. Хориоретинит? Объемное образование

хориоидеи? (рис. 2А). Пациенту дополнительно проведена ультразвуковая доплерография, по данным которой признаков за объемное внутриглазное образование не выявлено, ультразвуковая картина острого юкстапапиллярного хориоретинита.

Общий анализ крови, анализы мочи и кала без изменений. В сыворотке крови антитела к сифилису, ВИЧ-инфекции, туберкулезу, HBs-Ag, HCV не обнаружены. В биохимическом анализе крови отрицательный результат ревматоидного фактора, С-реактивного белка, бета-липопротеидов.

Результаты серологических исследований крови методом ИФА показали высокое содержание антител к вирусу простого герпеса (Ig G 16,5), (>1,0 – положительный результат), умеренное – к цитомегаловирусу (IgG – 1,8); незначительное – к хламидиям (IgG 0,99), отсутствие антител к токсоплазмам. Кроме того, для уточнения этиологии заболевания пациент был консультирован фтизиатром, стоматологом, онкологом, ревматологом. Патологических изменений со стороны других органов не выявлено. Оториноларингологом диагностирован риносинусит верхнечелюстной пазухи вне обострения.

После обследования пациент с диагнозом центральный хориоретинит невыясненной этиологии с экссудативной отслойкой сетчатки левого глаза и сопутствующим диагнозом гиперметропия средней степени, амблиопия слабой степени обоих глаз был направлен на стационарное лечение по месту жительства. Консервативное лечение включало: внутривенно – метрогил 100 мг 2 раза в сутки 7 дней, 10% кальция глюконат 10 мл, через день 40% глюкозу 20 мл с 5% аскорбиновой кислотой 4 мл 8 дней, внутримышечно цефтриаксон 1 мг 2 раза в сутки 7 дней, витамин B₁₂ 1 мл 10 инъекций, таблетки валтрекса 500 мг 2 раза в сутки, диакарба 0,25 г и аспаркама 0,25 мг 2 раза в сутки 3 дня. После антибиотикотерапии назначены таблетки валтрекса 500 мг 3 раза в сутки 7 дней. Следующим этапом проводилось лазерное лечение (отграничивающая барьерная лазеркоагуляция сетчатки) в лазерном отделении Уфимского НИИ глазных болезней.

Эффективность лечения оценивалась по данным визометрии, компьютерной периметрии, офтальмоскопии, ОКТ.

Острота зрения в левом глазу после курса лечения восстановилась до исходного уровня, составив 0,3 с коррекцией +4,0Д = 0,7.

При контрольном осмотре через 3 месяца после лечения отмечено уменьшение в

размерах воспалительного фокуса в хориоидее, обусловленное уменьшением перифокального отека сетчатки, рассасыванием субретинальных кровоизлияний. Сетчатка прилежит, видны пигментные отложения в центральной зоне сетчатки (рис. 1 Б).



Рис. 1. Офтальмоскопическая картина глазного дна у пациента К. 22-х лет: А – до лечения: парапапиллярный очаг в хориоидее с височной стороны, экссудативная отслойка сетчатки с субретинальными кровоизлияниями; Б – через 3 месяца после лечения: хориоидальный воспалительный очаг значительно уменьшился в размерах, субретинальные кровоизлияния и экссудат рассосались, сетчатка прилегла

По данным ОКТ после лечения в левом глазу сетчатка прилежит, отмечается ее истончение в фовеа, в парафовеа – во всех секторах, в перифовеа – в носовом секторе. Фовеальное углубление несколько деформировано. Перифовеально в носовом секторе визуализируются деформация и деструкция пигментного эпителия. Субфовеально локальное утолщение хориоидеи сохраняется, в динамике отмечается его уменьшение. Перифовеально в височном секторе отмечается появление фокальной хориоидальной экскавации (рис. 2Б).

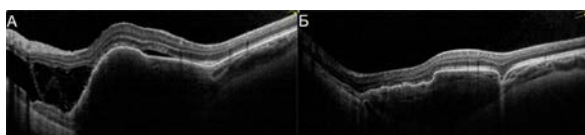


Рис. 2. ОКТ макулярной области пациента К. 22-х лет: А – до лечения: субфовеально визуализируются экссудативная отслойка нейроретина с фибриновыми тяжами, проминирующее локальное утолщение хориоидеи, расположенное под фовеа; Б – через 3 месяца после лечения: сетчатка прилежит, субфовеально в динамике отмечается уменьшение локального утолщения хориоидеи, перифовеально в височном секторе отмечается появление фокальной хориоидальной экскавации

Таким образом, в результате комплексного лечения в условиях стационара нами достигнута стабилизация воспалительного процесса в хориоидее и сетчатке с рассасыванием субретинальных кровоизлияний и экссудата, прилеганием сетчатки с распылением пигмента в центральной зоне сетчатки, уменьшением в размерах воспалительного фокуса в хориоидеи, улучшением зрительных функций. Пациенту предстоит трудоустройство, поэтому он будет активно наблюдаться до полного рассасывания воспалительного фокуса в хориоидее.

Обсуждение

Несмотря на множество причин, вызывающих увеиты (инфекционные, инфекционно-аллергические, аллергические, травматические, аутоиммунные, системные и синдромальные заболевания и др.), в 30-50% случаев они остаются неустановленной этиологии. В нашем клиническом случае, учитывая в анамнезе пациента двукратно перенесенный гнойный риносинусит до возникновения хориоретинита, а также положительную динамику после антибиотикотерапии, можно предположить бактериальную природу заболевания. Кроме того, определенную роль в возникновении хориоретинита может играть и хламидийная инфекция. С другой стороны, высокие титры антител к вирусу простого герпеса не исключают вирусную этиологию заболевания. Изложенное выше дает основание предположить смешанную инфекционную этиологию заболевания. От опухоли сосудистой оболочки хориоретинит в нашем случае отличался выраженным перифокальным воспалением с субретинальными кровоизлияниями.

Заключение

Таким образом, ранняя диагностика и своевременно проведенное, хотя и неспецифическое, комплексное лечение привели в нашем случае к быстрому купированию острого воспаления в хориоидее и восстановлению зрительных функций, а также позволили избежать осложнений.

Сведения об авторах статьи:

Латыпова Эльмира Анваровна – к.м.н., доцент кафедры офтальмологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450059, г. Уфа, ул. 50 лет СССР, 8. Тел./факс: 8(347)829179. E-mail: latipovaelm@yandex.ru. ORCID: 0000-0001-6887-604X.

Дибав Тагир Ильдарович – к.м.н., ассистент кафедры офтальмологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, врач-офтальмолог ЗАО «Оптимедсервис». Адрес: 450059, г. Уфа, ул. 50 лет СССР, 8. Тел./факс: 8(347)277-60-60. E-mail: dibaev@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-7448-6037.

Идрисова Гульназ Маратовна – ассистент кафедры офтальмологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: idguma@mail.ru. ORCID: 0000-0003-4849-7354.

ЛИТЕРАТУРА

- Ишбердина, Л.Ш. Диагностика структурных изменений при хориоретинитах / Л.Ш. Ишбердина // Вестник ОГУ. – 2007. – №78. – С. 89-93.
- Катаргина Л.А., Архипова Л.Т. Увеиты: патологическая иммуносупрессорная терапия. – М.: Триада, 2004. – 104 с.
- Клепина, О.Б. Субпороговое микроимпульсное лазерное воздействие длиной волны 577 нм при лечении центральной серозной хориоретинопатии: автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2014. – 25 с.
- Пасечникова Н.В., Збровская А.В. Инфекционные задние увеиты. – Киев: Четверта Хвиля, 2005. – 45 с.

5. Полуниин, Г.С. Современные подходы к комплексному лечению хориоретинитов различной этиологии / Г.С. Полуниин, О.К. Воробьева // Клиническая офтальмология. – 2002. – Т. 3, №1. – С. 16-18.
6. Хокканен, В.М. Современный подход к лазерхирургическому лечению хориоретинита / В.М. Хокканен, О.В. Чудинова // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2013. – № 4 (153). – С. 291-294.
7. Чудинова, О.В. Современные возможности диагностики хориоретинитов / О.В. Чудинова, В.М. Хокканен // Офтальмология. – 2012. – № 9(1). – С. 67-72.

REFERENCES

1. Ishberdina, L.SH. Diagnostika strukturnykh izmenenij pri horioretinitah / L.SH. Ishberdina // Vestnik OGU. 2007;78:89-93. (In Russ).
2. Katargina, L.A. Uveity: patologicheskaya immunosupressornaya terapiya. / L.A. Katargina, L.T. Arhipova / – М.: «Izd-vo «triada». 2004:104. (In Russ).
3. Klepina, O.B. Subporogovoe mikroimpul'snoe lazernoe vozdejstvie dlinoj volny 577 nm pri lechenii central'noj seroznoj horioretinopatii. avtoref.dis. ...kand.med.nauk. - М. 2014:25. (In Russ).
4. Pasechnikova, N.V. Infekcionnye zadnie uveity / N.V. Pasechnikova, A.V. Zbrovskaya // - Kiev. - CHetverta Hvilja. 2005:45. (In Russ).
5. Polunin, G.S. Sovremennye podhody k kompleksnomu lecheniyu horioretinitov razlichnoj etiologii / G.S. Polunin, O.K. Vorob'eva // Rossijskij medicinskij zhurnal «Klinicheskaya oftal'mologiya». 2002;3(1):16-18. (In Russ).
6. Khokkanen, V.M. Modern approach to the laser treatment of chorioretinitis / V.M. Khokkanen, O.V. Chudinova // Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta. 2013;4 (153):291-294. (In Russ).
7. Chudinova, O.V. Current possibilities of chorioretinitis diagnostics / O.V. Chudinova, V.M. Hokkanen // Oftal'mologiya. 2012;9(1):67-72. (In Russ).

УДК 617.741-089.87

© Коллектив авторов, 2020

Э.А. Латыпова, Л.И. Тупикова, Н.З. Ирназарова, А.Я. Габитова
**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА САХАРНОГО ДИАБЕТА
 I ТИПА НА СОСТОЯНИЕ СЕТЧАТКИ У ДЕТЕЙ**
*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

Цель работы. Изучить влияние длительного течения сахарного диабета I типа, степени компенсации углеводного обмена и способа инсулинотерапии на состояние сетчатки у детей с сахарным диабетом I типа.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 57 медицинских карт детей с сахарным диабетом (СД) I типа, из них 34 (59,6%) мальчика и 23 (40,4%) девочки в возрасте 7-17 лет (средний возраст $14,6 \pm 2,81$ года). Длительность заболевания составила в среднем $5,38 \pm 3,63$ года, средний уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) – $8,94 \pm 1,78\%$.

Результаты. Диабетическое поражение сетчатки выявлено в группе детей с длительностью СД I типа до 5 лет в 28,12% случаев, в группе детей, больных СД с длительностью заболевания с 5 до 10 лет – в 63,15% случаев и в группе со сроком СД I типа более 10 лет – в 100% случаев. По степени компенсации углеводного обмена поражение сетчатки выявлено при компенсированном СД I типа в 46,6% случаев, при субкомпенсированном – в 50% и при декомпенсированном СД – в 75% случаев. У детей, использующих в лечении инсулиновую помпу и инсулиновую шприц-ручку с регулярным самоконтролем, диабетическое осложнение сетчатки выявлено в 50% случаев, у детей, использующих инсулиновую шприц-ручку без самоконтроля – в 84% случаев.

Выводы. По результатам исследования установлено, что диабетическое поражение сетчатки наблюдалось у 100% детей при продолжительности сахарного диабета I типа более 10 лет, у 75% детей – с декомпенсированной степенью углеводного обмена, у 84% детей – при использовании инсулиновой шприц-ручки без регулярного самоконтроля.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая ретинопатия, инсулинотерапия.

E.A. Latypova, L.I. Tupikova, N.Z. Irnazarova, A.Ya. Gabitova
**ESTIMATION OF THE INFLUENCE OF DIABETES MELLITUS TYPE I RISK
 FACTORS ON THE RETINAL STATE IN CHILDREN**

Objective. To study the effect of the duration of type I diabetes mellitus, the degree of compensation of carbohydrate metabolism, and the method of insulin therapy on the state of the retina in children with type I diabetes.

Material and methods. A retrospective analysis of 57 medical records of children with type 1 diabetes mellitus (DM) was performed, of which 34 (59,6%) were boys and 23 (40,4%) were girls aged 7-17 (average age $14,6 \pm 2,81$). The disease duration averaged $5,38 \pm 3,63$ years, the average level of glycosylated hemoglobin (HbA1c) – $8,94 \pm 1,78\%$.

Results. Diabetic retinal damage was detected in the group of children with type I diabetes up to 5 years in 28,12% of cases, in children from 5 to 10 years old in 63,15% of cases and in the group with type I diabetes for more than 10 years - in 100 % of cases. According to the degree of compensation of carbohydrate metabolism, retinal damage was detected in compensated type I diabetes in 46,6% of cases, in case of subcompensated - in 50%, and in decompensated diabetes - in 75% of cases. In children who use an insulin pump and an insulin syringe pen with regular self-monitoring in treatment, diabetic complications of the retina are detected in 50% of cases, using an insulin syringe pen without self-control in 84% of cases.

Conclusions. According to the results of the study, diabetic retinal damage was observed in 100% of children with a duration of type I diabetes mellitus more than 10 years, in 75% of children with a decompensated degree of carbohydrate metabolism, in 84% of children using an insulin pen without regular self-monitoring.

Key words: diabetes mellitus, diabetic retinopathy, insulin therapy.

Диабетическая ретинопатия (ДР) – поздняя микрососудистое осложнение сахарного диабета I и II типов [1]. Бессимптомность течения начальных стадий и поздняя выявляемость ДР обуславливают как общемедицинскую, так и социальную значимость за-