



## Поражения органа зрения при инфекционных заболеваниях

По материалам Всеукраинской научно-практической конференции офтальмологов, 12-13 сентября 2018 года, г. Винница

**В ходе мероприятия, посвященного 80-летию основания Общества офтальмологов Украины, ведущие профильные специалисты страны осветили наиболее актуальные вопросы современной офтальмологии. Значительный интерес слушателей вызвали доклады, касавшиеся поражений органа зрения при инфекционных заболеваниях.**

### Поражение глаз при ВИЧ-инфекции



Доклад на эту тему был представлен заведующей отделением воспалительных заболеваний глаза и микрохирургического лечения их последствий ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» (г. Одесса), доктором медицинских наук Александрой Владимировной Зборовской.

ВИЧ является РНК-геномным ретровирусом, передающимся половым, парентеральным и вертикальным путем и поражающим клетки иммунной системы, эндотелий, астроциты и олигодендроциты. Заболевания глаза при ВИЧ/СПИД развиваются при снижении количества CD4+-лимфоцитов до 50-100 кл/мл. Поражения органа зрения при ВИЧ/СПИД подразделяются на ретиноваскулиты, нейроофтальмологические и инфекционные патологические состояния (хориоретиниты, увеиты, кератоконъюнктивиты).

Большинство поражений (80%) составляют задние увеиты, около 10% – нейроофтальмологические нарушения; также встречаются конъюнктивиты, кератиты (кандидозный, микроспоридиальный, смешанной этиологии), иридоциклиты, синдром сухого глаза, новообразования, ретиниты, в том числе цитомегаловирусный, хориоретиниты, острый некроз сетчатки.

Увеитам при ВИЧ/СПИД присуща смешанная этиология; часто отмечаются токсические и иммунореактивные увеиты. Последний развивается на фоне повышения уровня CD4+ вследствие нарушения гематофтальмического барьера. Характерными симптомами иммунореактивного увеита выступают витрит и отек сетчатки.

Основными характеристиками острого некроза сетчатки при ВИЧ/СПИД являются двустороннее поражение, быстропрогрессирующее течение, герпесвирусная этиология, выраженные болевые ощущения.

Наиболее частыми оппортунистическими либо сопутствующими факторами хориоретинитов при ВИЧ/СПИД выступают *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum*,

Анализ	Предполагаемая патология
Ангиотензинпревращающий фермент, уровень кальция	Саркоидоз
Антифосфолипидные антитела (волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину)	Системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром
Антиядерные антитела	Различные ревматические патологии
Антинейтрофильные цитоплазматические антитела (ANCA)	Гранулематоз Вегенера

*Pneumocystis carinii*, *Cryptococcus*, возбудители туберкулеза и саркоидоза. Часто заболевание вызывает смешанная флора. Характерным признаком хориоретинитов у данного контингента является затяжное течение болезни. Токсоплазмозным хориоретинитам свойственны локальный витрит, сочетание с поражением других органов или систем, прежде всего с энцефалитом. В свою очередь, туберкулезные хориоретиниты часто сочетаются с системным туберкулезом. Для некоторых хориоретинитов необходимы специфические диагностические методы: например, при подозрении на пневмоцистную этиологию процесса необходим бронхоальвеолярный лаваж с гистопатологическим исследованием, а в случае вероятности криптококковой инфекции – диагностическая витрэктомия и посев биоматериала на соответствующую среду.

Обследование всех ВИЧ-инфицированных больных должно включать тщательный сбор анамнеза, общеклинический и общеофтальмологический осмотр, проведение иммунограммы с определением фракций Т-лимфоцитов, биопсии пораженных тканей. Дальнейший офтальмологический мониторинг таких больных следует проводить в зависимости от стадии процесса: при I-II стадии – 1 раз в год, при III стадии с CD4+ >200 кл/мл – 1 раз в 6 мес, при III-IV стадии с CD4+ 100-200 кл/мл – 1 раз в 3 мес, при III-IV стадии с CD4+ <100 кл/мл – 1 раз в месяц. Минимальный список исследований при мониторинге включает исследование остроты и полей зрения, биомикроскопию переднего отрезка глаза, офтальмоскопию глазного дна в состоянии максимального миоза.

Лечение больных с поражением органа зрения, ассоциированным с ВИЧ/СПИД, должно включать терапию основного заболевания (антиретровирусную), этиотропное и симптоматическое лечение. При патологии переднего отрезка глаза большое значение

имеют гигиена век (специальные стерильные салфетки с растительными противовоспалительными экстрактами и натрия гиалуронатом; стерильные гели для век с карбомером) и применение безопасных слезозаменителей-биопротекторов (с гиалуронатом натрия, без консервантов). Для комплексной защиты сетчатки и зрительного нерва необходимо обеспечить организм пациента достаточным количеством витаминов и микроэлементов, принимающих участие в обменных процессах. Этой цели можно достичь с помощью так называемых нутрицевтиков – витаминно-антиоксидантных комплексов, содержащих омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты, лютеин, зеаксантин, витамины С и Е, оксид цинка (например, Окювайт® Комплит, Vausch + Lomb).

Лечение хориоретинитов зависит от этиологии процесса. При пневмоцистных хориоретинитах назначается ко-тримоксазол или пентамидин внутривенно; при криптококковых – флуцитозин в сочетании с внутривенным введением амфотерицина В, флуконазол, итраконазол или оперативное вмешательство (витрэктомия). При гистоплазмозных хориоретинитах, эндемичных для Северной Америки, Азии, Турции и сопровождающихся поражением легких, предусматривается лечение амфотерицином В, кетоконазолом или методом лазерной коагуляции.

### Аутоиммунные увеиты

Вторая часть выступления А. В. Зборовской касалась аутоиммунных поражений органа зрения.

Увеиты классифицируются на инфекционные (вызванные вирусами, бактериями, простейшими, грибами или же редкими патогенами – лейшманиями, боррелиями, гистоплазмами, бартонеллами) и неинфекционные, или аутоиммунные (идиопатические, ассоциированные с системной патологией, симпатическая офтальмия). Кроме того, в зависимости

от типа воспаления увеиты подразделяются на гранулематозный и негранулематозный, а в зависимости от локализации – на передний, средний, задний и панувеит.

Отдельно выделяют HLA-B27-ассоциированные увеиты, которые могут возникать изолированно или сопровождать ревматологические заболевания (анкилозирующий спондилоартрит, болезнь Рейтера, реактивные и энтеропатические артриты, ювенильный ревматоидный артрит, псоритический артрит). В некоторых случаях поражение органа зрения выступает единственным признаком ревматологической болезни. Увеиты могут сопровождать болезнь Бехчета (рис. 1), саркоидоз (рис. 2), системную красную волчанку (рис. 3), синдром Фогта – Коянаги – Харада (рис. 4).

Алгоритм диагностики при увеитах включает сбор анамнеза, общие соматические и офтальмологические обследования, биомикроскопию, офтальмоскопию, флюоресцентную ангиографию, оптическую когерентную томографию, при необходимости – другие лабораторные и инструментальные исследования (табл.).

Основой лечения аутоиммунных поражений глаз являются глюкокортикоиды, которые могут назначаться в виде инстилляций, парабулбарно, субконъюнктивально, субтеноново, интравитреально или системно. Применяются также иммуносупрессоры и биологическая терапия. Первые подразделяются на антиметаболиты (метотрексат, азатиоприн, мофетила микофенолат), ингибиторы кальциневрина (циклоsporин А, такролимус) и алкилирующие препараты (циклофосфамид, хлорамбуцил). Во время лечения иммуносупрессорами необходимо контролировать показатели формулы крови и количества тромбоцитов, функцию почек и печени, наличие/отсутствие туберкулеза.

Грозным осложнением передних увеитов выступает неоваскулярная глаукома. Препаратом выбора является бримонидин (Люксфен®, Vausch + Lomb) ввиду его двойного действия – снижает внутриглазное давление и обеспечивает нейропротекцию.

Поддерживающая и восстановительная терапия предусматривает применение антиоксидантов, нейропротекторов, противоишемических и сосудистых средств.

### Увеиты при сифилисе



Теме сифилитических поражений глаза был посвящен доклад доктора медицинских наук Натальи Валерьевны Коноваловой (отделение воспалительных заболеваний глаза и микрохирургического лечения их последствий ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины»).

Возбудителем сифилиса выступает спирохета *Treponema pallidum*, передающаяся половым путем или вертикально – ребенку от зараженной матери после 10 нед беременности. Течение сифилиса подразделяется на инкубационный (3-4 нед), первичный, вторичный и третичный периоды.

В первичном периоде на веках, конъюнктиве или склере образуется твердый шанкр, чаще локализующийся на краю века и нередко переходящий на конъюнктиву. Шанкры могут быть единичными или множественными, на одном или обоих веках. Наиболее типичная их локализация – внутренний угол глазной щели и полудлунная складка; редкая – конъюнктив верхнего века и склера. Предушные и подчелюстные лимфатические узлы обычно увеличены, уплотнены, безболезненны.

При первичном сифилисе поражение глаз протекает в виде эписклерита, склерита, рецидивирующего кератита, хориоретинита, но чаще – в виде двустороннего иридоциклита и неврита зрительного нерва.

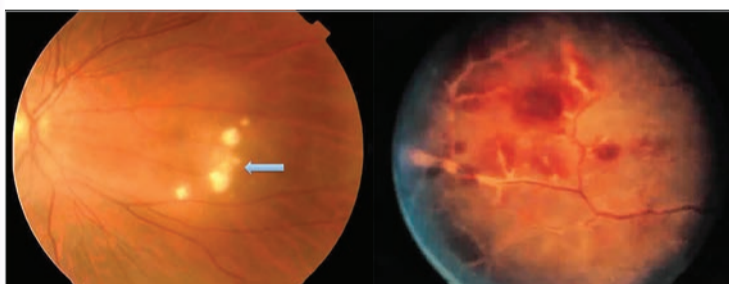


Рис. 1. Увеит при болезни Бехчета



Рис. 3. Увеит при системной красной волчанке

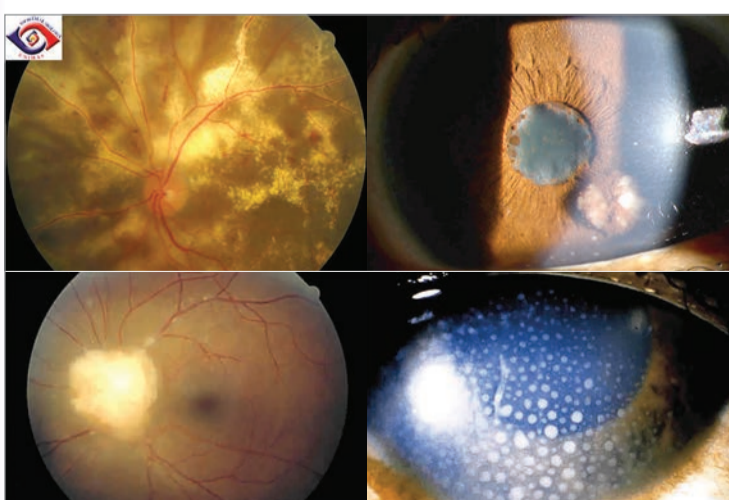


Рис. 2. Увеит при саркоидозе

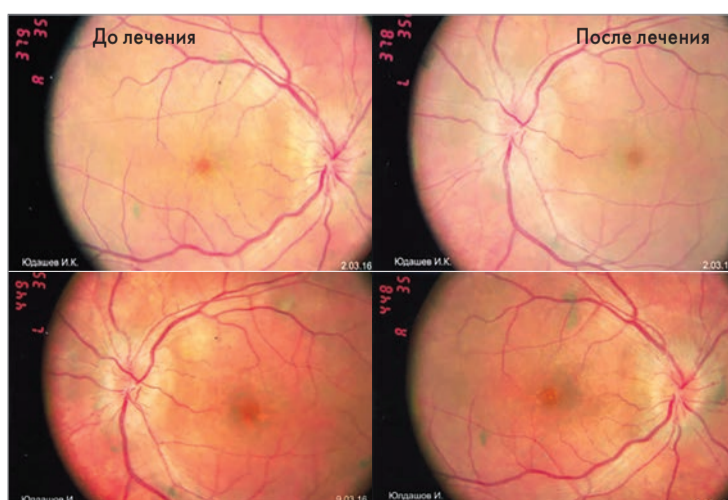


Рис. 4. Увеит при синдроме Фогта – Коянаги – Харада

