

УДК 617.731-002.1-039.38:617.721.6-002

Клінічні особливості перебігу неврита зорового нерва як ускладнення переднього ідіопатичного увеїта

Л. В. Венгер¹, д-р мед. наук, професор; В. В. Савко², д-р мед. наук; О. В. Ковтун¹, асистент;
В. М. Соколов¹, д-р мед. наук, професор

¹ Одеський Національний медичний університет;
Одеса (Україна)

² ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМНУ»
Одеса (Україна)

E-mail: kvnkonovalova@gmail.com

Ключові слова:

передній ідіопатичний увеїт, ускладнення, неврит зорового нерва, клінічні особливості перебігу

Актуальність. Серйозним ускладненням переднього увеїту є неврит зорового нерва. Фактори, що сприяють його розвитку, не вивчені повністю, а діагностика, тим більш рання, досить ускладнена.

Мета. Виявити особливості клінічного перебігу невриту зорового нерва як ускладнення переднього ідіопатичного увеїту.

Матеріал та методи. Дослідження виконані у 150 осіб з ідіопатичним монолатеральним переднім увеїтом (114 – без ознак невриту зорового нерва, 36 – з невритом на тлі увеїту). Обстеження включало офтальмоскопію, біомікроскопію, комп'ютерну периметрію, визначення внутрішньоочного тиску, гостроти зору). Лікування проводили згідно з протоколом (антибіотики, кортикостероїди, нестероїдні протизапальні засоби, імуносупресанти, модулятори імунної відповіді).

Результати. Виявлено, що для пацієнтів з невритом зорового нерва як ускладненням переднього увеїту характерна більш виражена запальна реакція (множинні преципітати в 69,7%, поодинокі – не виявлені взагалі, гіпопіон більш, ніж у 2/3 пацієнтів, інтенсивність помутніння склоподібного тіла максимальна у всіх хворих). У осіб з увеїтом без невриту поодинокі преципітати в 19,3%, множинні – не встановлені, гіпопіон – в одному випадку, помутніння склоподібного тіла в 94,7% випадків. Між інтенсивністю ознак запалення у хворих переднім увеїтом і розвитком невриту зорового нерва виявлено позитивний сильний зв'язок ($r=0,566$). У пацієнтів з переднім увеїтом як без, так і з невритом в 82,5 і 63,9% випадків були отоларингологічні і одонтогенні захворювання. Виявлено достовірний зв'язок між супутніми запальними захворюваннями у осіб з переднім увеїтом і розвитком невриту зорового нерва (χ^2 Пірсона=5,50, $p = 0,0191$).

Актуальність. Численними дослідженнями показано, що найбільш поширеною формою запалення судинної оболонки ока є увеїт – захворювання, яке в 20% випадків є причиною сліпоти у пацієнтів з патологією органа зору і займає п'яте місце серед причин погіршення зору в розвинених країнах [13]. Дані літератури щодо частоти виникнення різних форм увеїтів в залежності від локалізації, характеру і тривалості різні [7, 19]. Зокрема, за даними досліджень Арбен'євої Н. С. з співав., проведеного серед 226 пацієнтів, було виявлено, що передній увеїт склав 61%, проміжний – 2%, задній – 34%, генералізований – 3% в вибірці, що досліджувалася. Результати досліджень С. А. McCannel з співавторами, що були опубліковані в 1996 році, показали наявність переднього увеїту в 60,6% випадків, проміжного – в 12,2%, заднього – в 14,6%, а панувейту – в 9,4% випадків [1, 17]. В обох випадках передній увеїт був відзначений значно частіше інших форм.

Хронічний перебіг увеїтів відзначається значно частіше, ніж гострий. Серед передніх увеїтів більш поширені негранулематозні форми, ніж гранулематозні,

неінфекційна природа запалення визначається значно частіше, ніж інфекційна, гострий перебіг увеїту на тлі системних захворювань виявлено до 30% всіх увеїтів [4].

Встановити етіологію запального процесу увеального тракту не завжди представляється можливим. У 40% пацієнтів виявити причину захворювання і запобігти можливим ускладненням і рецидивам не вдається, тому такі увеїти відносять до категорії ідіопатичних [20]. Причиною запальних захворювань очей часто є запалення оболонок мозку (арахноїдит), патологія придаткових пазух носа, карієс, гранульома кореня зуба, пародонтоз.

Розвиток запалення в увеальному тракті має місце при пошкодженні цілісності очної оболонки, гемато-офтальмічного бар'єру в результаті травми, хірургічного впливу, при контактному синуситі, сфеноїдиті, одонтогенній інфекції при наявності різноманітних

екзо- і ендогенних факторів інфекційної і/або неінфекційної природи.

У 30% випадків відзначають ускладнення перебігу ідіопатичних передніх увеїтів набряком макули, що часто призводить до незворотної втрати зору [12, 16].

Що стосується розвитку неврити зорового нерва як ускладнення переднього увеїта, то його діагностика досить складна через наявність ексудату в передній камері ока, в склоподібному тілі, а також зіничного блоку, що перешкоджає огляду очного дна.

Хоча досить давно (1968 р.) Duke-Elder було висловлено припущення про те, що сітківка та зоровий нерв втягуються в запальний процес значно частіше, ніж це вдається діагностувати, досі труднощі в діагностиці мають місце, що може пояснити значні коливання виявлення частоти розвитку ускладнень передніх ідіопатичних увеїтів, складаючи за даними різних дослідників 5-65% [5, 6]. Крім того, фактори, що сприяють розвитку неврити зорового нерва у хворих переднім увеїтом, на сьогоднішній день не вивчені повністю.

Мета. Виявити особливості клінічного перебігу неврита зорового нерва як ускладнення переднього ідіопатичного увеїта.

Матеріал і методи

Дане дослідження є відкритим, неінтервенційним, проведено в рамках виконання науково-дослідної тематики «Оптимізація діагностики, лікування і профілактики розвитку дегенеративних і запальних захворювань органа зору», Державний реєстраційний номер 0119 U 003575, підстава для проведення роботи відповідно до Гельсінської Декларації про моральне регулювання медичних досліджень, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину, а також відповідних законів України.

Дослідження виконані при інформованій згоді пацієнтів у 150 осіб з ідіопатичним монолатеральним переднім увеїтом (94 чоловіки і 56 жінок віком від 18 до 83 років), які перебували на обстеженні та лікуванні у відділі запальної патології ока ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова НАМН України» та у офтальмологічному медичному центрі Одеського Національного медичного університету.

Критерієм включення в дослідження була наявність монолатерального переднього увеїту у пацієнтів. Критеріями виключення були: наявність в анамнезі цукрового діабету, гострих інфекційних, вірусних, серцево-судинних захворювань, порушення кровообігу в магістральних судинах ока, раніше проведені очні операції, наявність вагітності.

Діагноз «передній увеїт» ставили відповідно до Міжнародної класифікації 10-го перегляду (2019 р.), прийнятої 43 Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я (1990-2020 р.р.) на базі рекомендацій робочої групи стандартизації номенклатури; увеїт – ґрунтуючись на даних анатомічної локалізації первинного вогнища запалення, патморфології, типі перебігу увеїта, активності запалення [15].

Проведено стандартне офтальмологічне обстеження пацієнтів (офтальмоскопія, біомікроскопія, вимірювання внутрішньоочного тиску, статична комп'ютерна периметрія з використанням периметра Хамфрі).

Гостроту зору визначали класичним методом за допомогою оптотипів з літерами українського алфавіту на відстані 6 метрів. Використано значення гостроти зору з максимальною корекцією.

В дослідженні ступеня запальної реакції користувалися класифікацією увеїтів, яка була запропонована робочою групою експертів SUN (Standardization of Uveitis Nomenclature) Working Group, 2005 [11, 18].

Виразність запальної реакції в скловидному тілі визначали за ступенем запальної реакції в передній камері ока (anterior chamber flare), за рекомендацією SUN, феномен Тіндаля. Ступінь 0 – зміни відсутні; Тіндаль I – незначні зміни ніжні, дрібні плаваючі помутніння (0-10), не має фльору при огляді очного дна. Тіндаль II – плаваючі помутніння в скловидному тілі за типом розволокнення фібрил (2-20 клітин), дуже слабкий фльор (21-50 клітин), деталі райдужки і кришталика чітко виразні чітко візуалізуються ДЗН і судини. Тіндаль III – інтенсивні помутніння, деталі райдужки і кришталика не чітко візуалізуються, судини і диск зорового нерва та інші деталі очного дна офтальмоскопуються під фльором. Тіндаль IV – інтенсивне запалення, ексудат, гіпопійон в передній камері, офтальмоскопія проводиться з труднощами, або деталі очного дна не визначаються.

На підставі даних обстеження виділені дві групи: пацієнти з діагнозом передній увеїт і особи з переднім увеїтом, ускладненим невритом зорового нерва. Неврит діагностований у 36 осіб (периферична форма відзначена у 2, аксіальна – у 3, трансверзальна – у 31 людини).

У пацієнтів з увеїтом без ознак неврити (114 осіб) спостерігався гострий перебіг запалення (строк виникнення запалення до 3 місяців), а при наявності переднього увеїту і неврити зорового нерва у 23 осіб – спостерігався хронічний перебіг захворювання (рецидиви на протязі 12 місяців). У 13 хворих на передній увеїт, у яких діагностували неврит зорового нерва, рецидиву запалення в терміні 1 рік не спостерігалось.

Гострота зору на здоровому оці була від 0,6 до 1,0. На хворому оці з не ускладненим увеїтом у 25 осіб знижена до 0,3-0,5, у інших 89 пацієнтів 0,5-0,9. При ускладненні переднього увеїта невритом зорового нерва висока гострота зору зафіксована у одного хворого, зниження до 0,3-0,5 у 22, а до 0,12-0,25 – у 13 осіб. Внутрішньоочний тиск у всіх пацієнтів в межах норми.

Пацієнти отримували лікування згідно методологічного протоколу етичної комісії Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова НАМН України (2012), затвердженим Національною Академією Медичних Наук України (основний протокол з діагностики та лікування хворих на передній увеїт, прийнятий на підставі спільних рекомендацій Американського то-

вариства з інфекційних хвороб і по епідеміології охорони здоров'я щодо ведення пацієнтів різних вікових груп з інфекцією, березень, 2018 р.). Схема лікування включала антибіотики, нестероїдні протизапальні препарати, імуносупресанти, кортикостероїди, біологічні модулятори імунної відповіді. Тривалість лікування пацієнтів на передній увеїт без невриту зорового нерва становила не більше 10 днів. Тривалість лікування пацієнтів з невритом на тлі переднього увеїта була довше (до 13,5 днів).

У групі пацієнтів з невритом на тлі переднього увеїту у 30 осіб було діагностовано атрофію зорового нерва, з них у 16 осіб (53,3%) – не раніше 6 місяців, а у 14 пацієнтів – через 12 місяців (46,7%) спостереження.

Статистичний аналіз отриманих даних проведено з використанням програми Statistica 10.0 (StatSoft, Tulsa, OK, USA). Аналіз зв'язку між дослідженими параметрами проведено з використанням непараметричних критеріїв χ^2 Пірсона та рангового коефіцієнта кореляції Спірмена [2].

Результати

Раніше нами були представлені дані по гостроті зору у осіб з переднім увеїтом, порівняльний аналіз яких показав зниження зорових функцій при ускладненні перебігу патологічного процесу розвитком невриту. У 36,1% випадків зниження гостроти зору було значним (0,12-0,25). Результати рангового кореляційного аналізу Спірмена показали в цьому випадку значущу позитивну середню вираженість зв'язку між наявністю неврита на тлі переднього увеїта і зниженням гостроти зору ($r = 0,554$, $p < 0,05$, $n = 150$).

Характеризуючи особливості клінічної картини у пацієнтів з розвитком невриту зорового нерва на тлі переднього увеїта, слід зазначити наступне.

В цілому, при передньому увеїті було характерно: наявність змішаної ін'єкції судин кон'юнктиви, ексудату в передній камері ока, утворення задніх сінехій, а також наявність преципітатів на ендотелії рогівки, помутніння в склоподібному тілі, формування гіпопіона.

Аналізуючи особливості клінічного перебігу переднього увеїта, ускладненого невритом зорового нерва, в порівнянні з клінічною картиною при передньому увеїті без невриту, виявлено наступне.

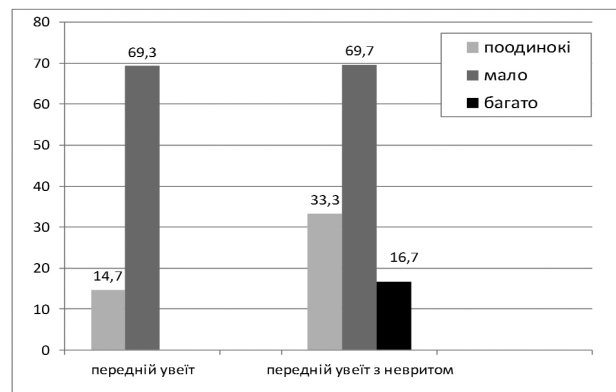
Інтенсивність запального процесу у пацієнтів на передній увеїт оцінювали за рядом стандартних клінічних ознак, в тому числі, кількості преципітатів, наявності гіпопіона, ступеня помутніння склоподібного тіла, які характеризуються наявністю високого значущого позитивного кореляційного зв'язку (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, який характеризує рівень зв'язку між кількістю преципітатів на рогівці і наявністю гіпопіона становить 0,675; між наявністю гіпопіона і ступенем помутніння рогівки – 0,789; між ступенем помутніння і кількістю преципітатів на рогівці – 0,547 при $p < 0,05$ і $n = 150$ у всіх випадках).

Більш виразну запальну реакцію було виявлено у пацієнтів з наявністю невриту зорового нерва як

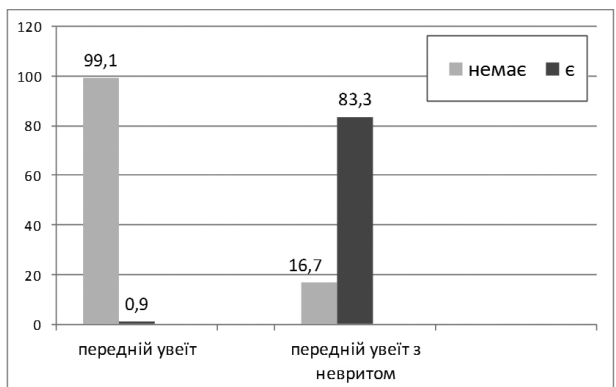
ускладнення патологічного процесу у вигляді переднього увеїта. Так, в цій групі були відзначені множинні преципітати у 24 осіб, що становить 69,7%, середня кількість преципітатів – у 12 осіб (33,3%), а випадків з одиничними преципітатами не було виявлено взагалі.

У той же час серед пацієнтів на передній увеїт без невриту поодинокі преципітати на ендотелії рогівки виявлені у 22 пацієнтів (19,3%), середня кількість преципітатів – у 92 пацієнтів (80,7%), тоді як множинні зливні преципітати не були виявлені в жодного пацієнта (рис. 1 А).

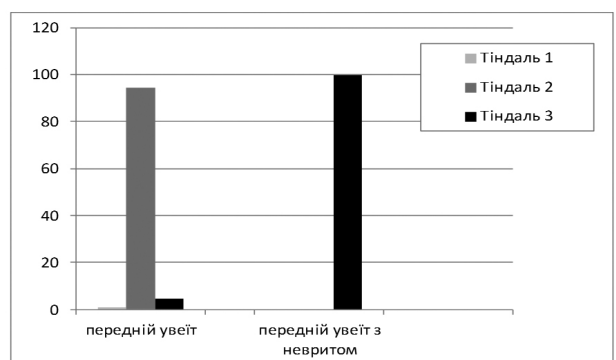
Що стосується наявності гіпопіона, то було відзначено, що у хворих на передній увеїт без невриту гіпопіон виявлено у 1 людини (0,9%), а в групі осіб з неври-



А. Кількість преципітатів



Б. Наявність гіпопіона



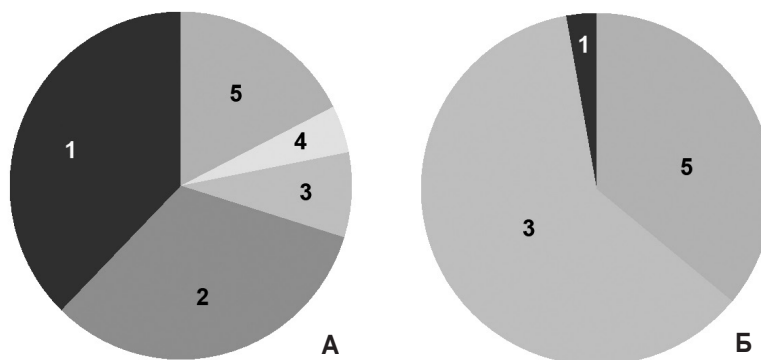
В. Інтенсивність помутніння склоподібного тіла.

Рис 1. Інтенсивність запалення у пацієнтів на передній увеїт без і з невритом зорового нерва.

Рис. 2. Частота наявності супутніх соматичних захворювань у пацієнтів на передній увеїт без і з невритом зорового нерва.

Примітки. А. Передній увеїт без невриту; Б. Передній увеїт з невритом. 1) отит, 2) гайморит, 3) фронтит, 4) ОВП (одонтогенний запальний процес), 5) інші супутні соматичні захворювання.

Дані виражені в % наявності ознаки від загальної кількості пацієнтів в групі осіб на передній увеїт (114 осіб) та на передній увеїт, ускладнений невритом зорового нерва (36 осіб).



том на тлі переднього увеїта – у 30 (83,3%), що складає більше двох третин усіх пацієнтів в цій групі (рис. 1 Б).

Помутніння склоподібного тіла різної інтенсивності були у всіх пацієнтів на передній увеїт – від одиничних розволокнень фібрил до фіброзних тяжів. При цьому інтенсивність помутніння у всіх пацієнтів (100,0%) групи з невритом на тлі переднього увеїта максимальна (Тіндаль 3 – Тіндаль 4).

У осіб на передній увеїт без невриту незначні помутніння в склоподібному тілі (Тіндаль 1) виявлені в 0,9% (1 пацієнт), а найбільш значні – в 4,4% випадків (5 пацієнтів). У більшості випадків (108 осіб), помутніння були середньої виразності (Тіндаль 2), що складало 94,7% (рис. 1 В).

Щодо наявності зв'язку між інтенсивністю ознак запалення у хворих на передній увеїт і розвитком невриту зорового нерва, цей зв'язок було виявлено тільки за кількістю преципітатів і він характеризувався як позитивний, помірний зв'язок (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена 0,566, $p < 0,05$, $n = 150$).

На підставі даних об'єктивних досліджень і висновків спеціалістів, у пацієнтів на момент обстеження були визначені наступні соматичні захворювання. У осіб на передній увеїт без невриту: отит в анамнезі, при терміні захворювання від 14 днів до 3 місяців (43 людини, 37,7%), що підтверджено заключенням спеціалістів; гайморит в анамнезі при терміні захворювання від 14 днів до 2 місяців (37 осіб, 32,5%), що мають підтвердження за даними рентгенологічного обстеження, з них ознаки гострого запалення визначалися у всіх осіб; фронтит (9 осіб, 7,9%), при терміні захворювання від 15 днів до 1 місяця, що підтверджено рентгенологічними знімками та заключенням спеціалістів; одонтогенний запальний процес (5 осіб, 4,4%), при терміні захворювання 1-3 тижні, а також інші соматичні захворювання (20 осіб, 17,5%) (рис. 2 А).

У групі пацієнтів з невритом на тлі переднього увеїта отит був у одного пацієнта (2,8%), фронтит – у 22 осіб (61,1%), у решти 13 осіб (36,1%) мали місце інші соматичні захворювання, що підтверджувалося рентгенологічними та КТ знімками, висновками фахівців. Таким чином, запальні захворювання отоларингологічного профілю мали місце на момент звернення та

обстеження пацієнтів в переважній більшості випадків у пацієнтів на передній увеїт без і з наявністю невриту зорового нерва (82,5 і 63,9% відповідно) (рис. 2 Б).

Аналіз отриманих даних з використанням χ^2 для з'ясування наявності достовірного зв'язку між супутніми запальними захворюваннями (отит, гайморит, фронтит, або одонтогенний запальний процес) у хворих на передній увеїт і розвитком невриту зорового нерва виявив наявність такого ($\chi^2 = 5,50$, $p = 0,0191$).

Обговорення

Очевидність нашого інтересу до досліджень, спрямованих на виявлення патогенетичних особливостей розвитку і клінічної картини невриту зорового нерва на тлі переднього увеїту з метою пошуку ефективних способів ранньої діагностики цього серйозного ускладнення, ґрунтується на даних літератури, які свідчать про те, що питома вага увеїтів в структурі очної патології становить від 5 до 15%, найбільш часто вражаючи осіб молодого віку (в середньому в 30,7 років) [10].

В свою чергу, неврит зорового нерва, як ускладнення переднього увеїту, є однією зі значних причин слабкості і сліпоти [3]. Частота виникнення оптичного невриту досить висока (30-40% випадків серед патології зорового нерва) [14, 23]. Клінічна картина перебігу переднього увеїту, яку ми спостерігаємо у пацієнтів, збігається з даними інших клінічних досліджень. Так, характерним можна вважати наявність перикорнеальної ін'єкції, появу преципітатів на рогівці, ексудативну реакцію у волозі передньої камери (симптом Тиндаля різного ступеня виразності), а також наявність гіпопіона або фібрину при вираженому запаленні, помутніння склоподібного тіла різної інтенсивності [9, 21, 22].

Зниження гостроти зору у осіб з невритом зорового нерва, особливо виражене на тлі переднього увеїту, що нами було зафіксовано, відзначено рядом дослідників як характерне для невриту зорового нерва. Так, в публікації результатів лікування оптичного невриту (Optic Neuritis Treatment Trial) в 95% випадків у пацієнтів виявлено одностороннє зниження зору, що супроводжується болем в ретроорбітальній області в 92% випадків [8].

Значимість факту виявленого нами зв'язку між розвитком переднього увеїту і ускладненням його перебігу, а саме виникненням невриту зорового нерва з наявністю супутніх запальних захворювань отоларингологічного і одонтогенного профілю, фактично має підтвердження висновком ряду авторів про значущість в діагностиці та лікуванні невриту зорового нерва виявлення супутніх захворювань [24].

Таким чином, розуміння особливостей перебігу запалення увеального тракту, ускладнень, які мають місце у хворих на передній увеїт, є підставою для пошуку способів ранньої діагностики неврита зорового нерва у хворих на передній увеїт і можливості своєчасного проведення патогенетично орієнтованої терапії, що дає надію на повернення зору хворим та уникнення рецидивів запалення.

Література

1. Арбенцева Н.С., Чехова Т.А., Братко Г.В., Черных В.В. Сравнительный анализ заболеваемости пациентов с увеитами // Сб. науч. работ: Актуальные проблемы офтальмологии: VII Всерос. науч. конф. молодых ученых / Под ред. Б.Э. Малюгина. – М.: Офтальмология, 2012. – С. 28–29.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Москва, Практика, 1998. – 459 с.
3. Иойлева Е.Э., Кривошеева М.В., Смирнова М.А. Односторонний отек зрительного нерва: особенности дифференциальной диагностики // Таврический медико-биологический вестник. – 2013. – №3. – Ч.2. – С. 166–170.
4. Панова И.Е., Дроздова И.Е. Увеиты. Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2014. – 144 с.
5. Панченко Н.В., Самофалова М.Н., Гончарь Е. Н., Литвищенко А. В., Фрянцева М.В. Истончение слоя перипапиллярных нервных волокон при увеите, осложненном воспалением зрительного нерва // Архів офтальмології України. – 2016. – Том 4, №1. – С. 50 - 53.
6. Пеньков М.А., Шпак Н.И., Аврущенко Н.М. Эндогенные увеиты. – Киев, Здоров'я, 1979. – 112 с.
7. Anesi S.D., Foster C.S. Anterior uveitis: etiology and treatment // Advanced Ocular Care. – 2011. – Vol. 2, №1. – P. 32–34.
8. Beck R.W., Cleary P.A., Anderson M.M., et al. A randomized, controlled trial of corticosteroids in the treatment of acute optic neuritis. The Optic Neuritis Study Group // N. Engl. J. Med. – 1992. – Vol. 326, №9. – P.581–588.
9. Bennett J.L. Optic Neuritis // HHS Public Access Author manuscript Continuum (Minneapolis). Author manuscript; available in PMC 2020 August 01. Published in final edited form as: Continuum (Minneapolis). – 2019. – Vol. 25, №5. – P. 1236–1264.
10. Cimino L., Auer C., Herborn C.P. Sensitivity of indocyanine green angiography for the follow-up of active inflammatory choriocapillaropathies // Ocul. Immunol. Inflamm. – 2000. – Vol. 8, №4. – P. 275–283.
11. Deschenes J., Murray P.I., Rao N.A., Nussenblatt R.B. & International Uveitis Study Group. International Uveitis Study Group (IUSG): clinical classification of uveitis // Ocul. Immunol. Inflamm. – 2008. – Vol. 16. – P. 1–2.
12. Emmett T., Cunningham, Zierhut M. Uveitic Macular Edema // Ocular Immunology and Inflammation. – 2018. – Vol. 26(7). – P. 987–990.
13. Fardeau C., Champion E., Massamba N., Lehoang P. Uveitis macular edema // Eye. – 2016. – Vol. 30(10). – P. 1277 - 1292.
14. Ioyleva E., Krivosheeva M. Microperimetry in the diagnosis of the first manifestation of optic neuritis in multiple sclerosis // Journal of the Neurological Sciences. – 2015. – Vol.357. – P. 47.
15. Jabs D.A., Nussenblatt R.B., Rosenbaum J.T. Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop // Am. J. Ophthalmol. – 2005. – Vol. 140(3). – P. 509–516.
16. Khramenko N.I., Konovalova N.V. Findings of ocular and brain hemodynamics in patients with anterior uveitis complicated by macular edema // J. Ophthalmol. (Ukraine). – 2020. – Vol. 4. – P. 14–22.
17. McCannel C. A., Holland GN, Helm CJ, et al. Causes of uveitis in the general practice of ophthalmology. UCLA Community-Based Uveitis Study Group // Am. J. Ophthalmol. – 1996. – Vol. 121, №1. – P. 35–46.
18. McNeil R. Grading of ocular inflammation in uveitis: an overview // Eye news – 2016. – Vol. 22, №5. – February/March - Available at: <http://www.eyenews.uk.com>.
19. Miserocchi E., Fogliato G., Modorati M., Bandello F. Review on the worldwide epidemiology of uveitis // Eur. J. Ophthalmol. – 2013. – Vol. 23. – P. 705–717.
20. Nussenblatt R.B., Whitcup S.M. Uveitis, fundamental and clinical practice. – 4th ed.-Elsevier/Mosby, 2012. – 480 p.
21. Shantha G.J., Crozier I., Hayek B.R., Bruce B.B., Gargu C., Brown J., Fankhauser J., Yeh S. Ophthalmic Manifestations and Causes of Vision Impairment in Ebola Virus Disease Survivors in Monrovia, Liberia // Ophthalmology. – 2017. – Vol. 124, №2. – P. 170–177.
22. Smit R.L., Baarsma G.S., de Vries J. Classification of 750 consecutive uveitis patients in the Rotterdam Eye Hospital // J. Int. Ophthalmol. – 1993. – Vol.17, №2. – P. 71–76.
23. Trusko B., Thort J., Jabs D. et al. The Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Project. Development of clinical evidence base utilizing informatics tools and techniques // Methods Inf. Med. – 2013. – Vol. 7, 52, №3. – P. 259–265.
24. Whitley W., Sheppard J. The basics of uveitis // Rev. Optom. – 2011. – Available at: <http://www.reviewofoptometry.com/continuingeducation/tabviewtest/lessonid/107773>.

Декларація про конфлікт інтересів: автори заявляють про відсутності конфліктів інтересів, які могли б вплинути на їх думку відносно предмету або матеріалів, описаних або обговорюваних в даному рукопису.

Поступила 24.03.202

Клинические особенности течения неврита зрительного нерва как осложнения переднего идиопатического увеита

Венгер Л.В., Савко В.В., Ковтун А.В., Соколов В.Н.

Одесский Национальный медицинский университет; Одесса (Украина)

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМНУ»; Одесса (Украина)

Актуальность. Передний увеит в 20% случаев является причиной слепоты у лиц с патологией органа зрения и занимает пятое место среди причин ухудшения зрения в развитых странах. Серьезное осложнение переднего увеита – неврит зрительного нерва. Факторы, способствующие его развитию не изучены полностью, а диагностика, тем более ранняя, достаточно осложнена.

Цель. Выявить особенности клинического течения неврита зрительного нерва как осложнения переднего идиопатического увеита.

Материал и методы. Исследования выполнены у 150 человек с идиопатическим монолатеральным передним увеитом (114 – без признаков неврита зрительного нерва, 36 – с невритом на фоне увеита) в отделе воспалительной патологии глаза ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова НАМН Украины». Обследование включало офтальмоскопию, биомикроскопию, Хамфри периметрию, определение внутриглазного давления, остроты зрения). Лечение проводили согласно протоколу (антибиотики, кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства, иммуносупрессанты, модуляторы иммунного ответа).

Результаты. Выявлено, что для пациентов с невритом зрительного нерва как осложнением переднего увеита характерна более выраженная воспалительная реакция (множественные преципитаты в 69,7%, единичные – не обнаружены вообще, гипопион более, чем у двух третей пациентов, интенсивность помутнений стекловидного тела максимальна у всех больных). У лиц с увеитом без неврита единичные преципитаты в 19,3%, множественные – не выявлены, гипопион отмечен в одном случае, помутнения стекловидного тела в – 94,7% случаев средней выраженности. Между интенсивностью признаков воспаления у больных передним увеитом и развитием неврита нерва выявлена положительная сильная связь (r Спирмена 0,566, $p < 0,05$). У пациентов с передним увеитом как без, так и с наличием неврита в подавляющем большинстве случаев имелись отоларингологические и одонтогенные заболевания (82,5 и 63,9%). Выявлена достоверная связь между сопутствующими воспалительными заболеваниями у лиц с передним увеитом и развитием неврита зрительного нерва (χ^2 Пирсона = 5,50, $p = 0,0191$).

Ключевые слова: передний идиопатический увеит, осложнения, неврит зрительного нерва, клинические особенности течения