

Научная статья

УДК 617.7-002

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2022-1-75-78>

Клинический случай острого иридоциклита на фоне неспецифического язвенного колита

Г.Х. Зайнутдинова, Н.М. Сагадатова, Р.И. Хикматуллин

ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ», Уфа

РЕФЕРАТ

Проведение адекватной терапии иридоциклита (увеита) остается актуальной проблемой у пациентов с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) ввиду развития данного осложнения почти у каждого пятого из них.

Цель. Представить клинический случай острого иридоциклита (ОИ) у пациента с НЯК после перенесенного острого респираторного заболевания (ОРЗ), сопровождающегося рецидивом Herpes labialis.

Материал и методы. Обследование пациента на стадии ремиссии НЯК, обратившегося на 5-й день заболевания с клиникой ОИ и Herpes labialis после перенесенного ОРЗ, позволило предположить этиологическую или триггерную роль вируса простого герпеса в развитии воспаления в сосудистой оболочке глаза.

Результаты. Проведение комплексной терапии с включением препарата валацикловир привело к купированию клинических симптомов ОИ на 16-й день заболевания и повышению остроты зрения.

Заключение. Дополнение лечения ОИ, который развился на фоне рецидива латентной герпетической инфекции у пациента с хроническим НЯК на стадии ремиссии, противогерпетическим препаратом является этиопатогенетически обоснованным для достижения хороших визуальных результатов.

Ключевые слова: острый иридоциклит, неспецифический язвенный колит, герпетическая инфекция

Для цитирования: Зайнутдинова Г.Х., Сагадатова Н.М., Хикматуллин Р.И. Клинический случай острого иридоциклита на фоне неспецифического язвенного колита. Точка зрения. Восток – Запад. 2022;1:68-75.

Original article

A clinical case of acute iridocyclitis against the background of nonspecific ulcerative colitis

G.H. Zainutdinova, N.M. Sagadatova, R.I. Hikmatullin

Ufa Eye Research Institute, Ufa, Russian Federation

ABSTRACT

Conducting adequate therapy for iridocyclitis (uveitis) remains an urgent problem in patients with ulcerative colitis (UC) due to the development of this complication in almost every fifth of them.

Purpose. To present a clinical case of acute iridocyclitis (AI) in a patient with UC after suffering an acute respiratory disease (ARI) accompanied by a recurrence of Herpes labialis.

Material and methods. Examination of a patient at the stage of remission of UC, who applied on the 5th day of the disease with a clinic of acute iridocyclitis and Herpes labialis after acute respiratory infections, suggested an etiological or trigger role of the herpes simplex virus in the development of inflammation in the choroid.

Results. Conducting complex therapy with the inclusion of the drug valaciclovir led to the relief of clinical symptoms of OI already on the 16th day of the disease and increased visual acuity.

Conclusion. Supplementing the treatment of acute iridocyclitis, which developed against the background of a relapse of a latent herpes infection in a patient with chronic UC in remission, with an antiherpetic drug is etiopathogenetically substantiated to achieve good visual results.

Key words: acute iridocyclitis, nonspecific ulcerative colitis, herpes infection

For quoting: Zainutdinova G.H., Sagadatova N.M., Hikmatullin R.I. A clinical case of acute iridocyclitis against the background of nonspecific ulcerative colitis. Point of view. East – West. 2022;1: 68–75.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди всех увеитов неинфекционная его этиология, по данным разных авторов, составляет от 20 до 70% [1–3]. Аутоиммунные увеиты часто являются дебютом системного аутоиммунного заболевания и характеризуются тяжелым и рецидивирующим течением. На увеиты, разви-

вающиеся при системных поражениях организма, приходится около 25–30% [4]. При разных системных ревматических заболеваниях частота увеита различается. Например, при анкилозирующем спондилите его частота варьирует в пределах 20–40%, реактивном артрите – 12–37%, воспалительных заболеваниях кишечника – 2–9% [5, 6].

Неспецифический язвенный колит (НЯК) – хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки. Этиология НЯК, как и других воспалительных заболеваний кишечника, не установлена. Предполагается, что в развитии заболевания имеет значение сочетание нескольких факторов, таких как генетическая предрасположенность, дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, нарушения кишечной микрофлоры и влияние факторов окружающей среды. Генетическая детерминированность приводит к изменениям врожденного иммунного ответа, аутофагии, нарушению механизмов распознавания микроорганизмов, нарушению эпителиального барьера и, как результат, извращению адаптивного иммунитета. Системные внекишечные проявления характерны для 20–25% случаев в основном тяжело протекающих форм НЯК.

По данным научных исследований известно, что у пациентов с НЯК могут развиваться различные заболевания глаз. Авторы отмечают наиболее частое возникновение при НЯК эписклерита (в 29% случаев), режесклерита (18%) и увеита (17%; переднего – в 60% случаев, панuveита – в 30% случаев), редко – кератопатии, васкулита сетчатки, мультифокального хориоидита, неврита, окклюзии сосудов сетчатки. Среди всех офтальмологических проявлений НЯК увеит зачастую имеет рецидивирующий характер клинического течения, около половины случаев которого сопровождается возникновением гипопиона. Причем риск развития увеита возрастает при наличии симптомов поражения суставов [7].

Надо отметить, что увеит у пациентов с НЯК имеет коварное начало, длительное и двустороннее течение, часто не связанное с активностью кишечного заболевания [8]. Кроме того, у пациентов с НЯК в качестве спорадических случаев наблюдали возникновение миозита, дакриoadенита, поражения орбитальной клетчатки [9]. При этом иногда офтальмологическая симптоматика может развиваться раньше, чем появляются клинические проявления НЯК [7].

ЦЕЛЬ

Представить клинический случай острого иридоциклита, развившегося у пациента, страдающего НЯК.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ амбулаторной карты пациента В., 40 лет, жителя г. Уфы. Пациент обратился в поликлинику Уфимского НИИ глазных болезней с жалобами на боль и покраснение левого глаза.

Из анамнеза: глаз болит 5-й день. Обращался к офтальмологу по месту жительства. Установлен диагноз: острый конъюнктивит левого глаза. Назначено следующее лечение: глазные капли левофлоксацина 4 раза в день, пиклоксидина 3 раза в день, глазная мазь офлок-

сацина 0,3% 3 раза в день. В течение 4-дневного выполнения назначений врача улучшение не наступило. Дополнительно присоединилась боль в левом глазном яблоке.

Две недели назад на губах появились герпетические высыпания, что пациент связывает с простудой вследствие переохлаждения. Проводилась местная противовирусная терапия. Неделю назад герпес на губах появился вновь. Вскоре за ним заболел левый глаз.

С 2015 г. установлен диагноз: НЯК, хроническое рецидивирующее течение, легкая форма. Препарат сульфасалазин принимает непостоянно, только при обострении. Аллергию и другие заболевания отрицает.

В динамике наблюдения пациенту проводилось стандартное офтальмологическое обследование с определением остроты зрения без коррекции и с коррекцией (таблица Сивцева–Головина), внутриглазного давления (ВГД) на аппарате TONOREF (NIDEK), биомикроскопия глазного яблока и исследование глазного дна с помощью щелевой лампы (NIDEK).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При первичном осмотре пациента острота зрения OS – 0,3, не корригирует; OD – 1,0. ВГД: OD – 16,0 мм рт.ст., OS – 15,0 мм рт.ст. (Торсон).

В результате проведения биомикроскопии OS выявлено: смешанная инъеция конъюнктивы глазного яблока, на эндотелии роговицы некрупные преципитаты, в передней камере экссудат (гипопион ~1 мм), зрачок правильной округлой формы, реакция на свет вялая, отек и рубез радужки, хрусталик прозрачный, в стекловидном теле воспалительная взвесь. Глазное дно за флером: диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, артерии сужены, вены расширены, сетчатка прилежит, макулярный рефлекс сохранен.

Биомикроскопия OD: глаз спокоен, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка рельефная, зрачок круглый, реакция на свет живая, хрусталик и стекловидное тело прозрачные. Глазное дно без видимых патологических изменений.

На основании характерного изменения переднего отрезка глаза (рис. 1) в виде смешанной инъеции, экссудата (гипопион) в передней камере, преципитатов на эндотелии роговицы, отека и рубеза радужки нами был установлен диагноз: OS – острый иридоциклит, предположительно герпетической этиологии.

Лечение пациента было дополнено антибактериальными и противовоспалительными препаратами: глазными каплями 0,3% р-ра ципрофлоксацина, по 1 капле 4 раза в день в течение 7 дней, 0,1% р-ром глазных капель дексаметазона, по 1 капле 3 раза в день, парабульбарным введением р-ра гентамицина сульфата 0,5 мл в сочетании с 0,4% р-ром дексаметазона 0,5 мл № 10, а также глазными каплями 1% р-ра атропина сульфата по 1 капле 2 раза в день, инъециями под конъюнктиву 0,1% р-ра

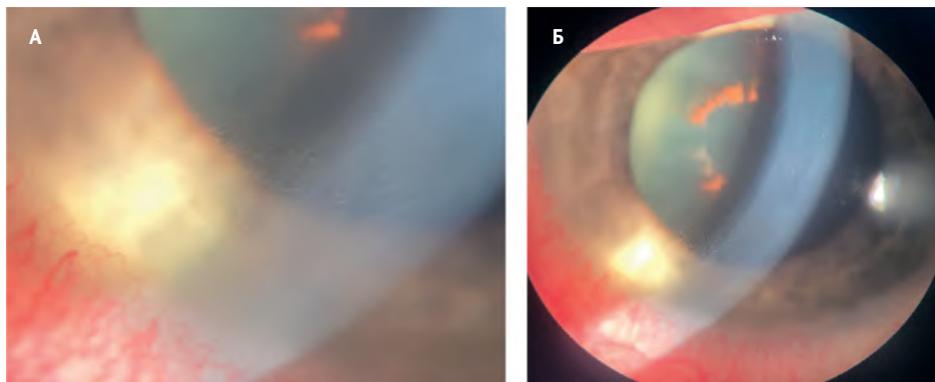


Рис. 1. Фото OS пациента В., 5-й день болезни: видны выраженная смешанная гиперемия конъюнктивы глазного яблока, некрупные преципитаты на эндотелии роговицы, на дне передней камеры экссудат (гипопион ~1 мм), рubeоз радужки

Fig. 1. OS photo of patient V., day 5 of illness: pronounced mixed hyperemia of the conjunctiva of the eyeball is visible, small precipitates on the corneal endothelium, exudate at the bottom of the anterior chamber (hypopyon ~1 mm), rubeosis of the iris

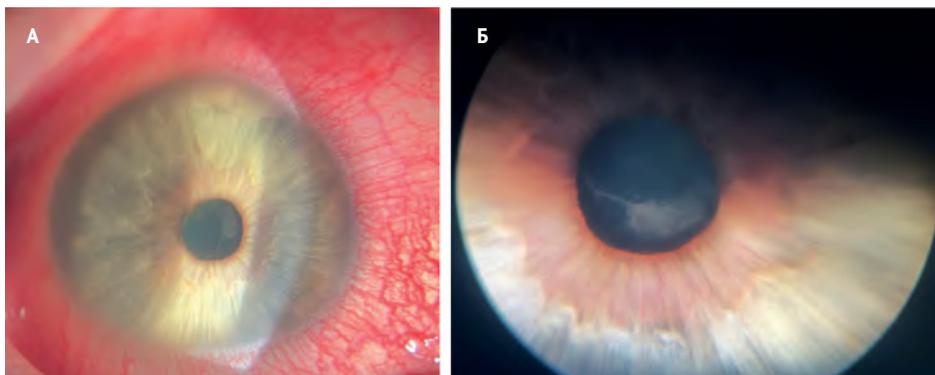


Рис. 2. Фото OS пациента В. на 8-й день болезни: воспалительная реакция уменьшилась, синехии порвались, лекарственный мидриаз ad max, на передней капсуле хрусталика видны остатки пигментной каймы зрачка

Fig. 2. OS photo of patient V. on the 8th day of illness: the inflammatory reaction decreased, the synechiae torn, drug-induced mydriasis ad max, remnants of the pigment border of the pupil are visible on the anterior lens capsule

атропина сульфата + 1% р-ра мезатона по 0,2 мл № 5.

Также проводился 10-дневный курс электрофореза со сложной противовоспалительной смесью, содержащей атропин, новокаин, хлористый кальций, фибринолизин, стрептомицин. Системно назначен препарат цефтриаксон 1,0 внутримышечно, 2 раза в день в течение 5 дней, антигистаминный препарат хлоропирамин гидрохлорид 0,25 мг по 1 таблетке на ночь, в течение 5 дней, противовирусное средство валацикловир по 500 мг 2 раза в день, в течение 10 дней.

На 12-й день заболевания в результате проводимой терапии, как видно из *рисунка 2*, наступило улучшение в состоянии левого глаза. При пальпации глазного яблока обнаруживалась незначительная цилиарная болезненность.

Воспалительные явления уменьшались, на роговице рассасывающиеся преципитаты, свежих нет, легкий флер во влаге передней камеры, гипопион рассосался, лекарственный мидриаз ad max, синехии полностью ра-

зорвались. На передней сумке хрусталика остался отпечаток пигмента зрачковой каймы. В проходящем свете среды прозрачные.

В результате лечения острота зрения в OS повысилась до 0,6 (не корректирует), в правом глазу оставалась неизменной – 1,0. ВГД OD – 14 мм рт.ст., OS – 13 14 мм рт.ст. (Торсон).

В течение 16 дней воспалительный процесс удалось купировать.

ОБСУЖДЕНИЕ

Генетический фон может определять предрасположенность к увеиту, при этом в развитии клинических симптомов заболевания предполагается возможность участия случайных триггеров окружающей среды, не связанных с течением основного ревматического заболевания [10]. Скорее всего, вирус простого герпеса в

данном конкретном случае оказался триггером острого воспалительного процесса в радужке. Поэтому своевременное назначение пациенту комплексного лечения с включением противовирусного препарата позволило достаточно быстро купировать увеальное воспаление.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дополнительное назначение противогерпетического препарата при остром иридоциклите, сопровождающемся рецидивом латентной герпетической инфекции у пациента с ремиссией хронического НЯК, является этиопатогенетически обоснованным и позволяет более быстро купировать воспаление в глазу и получить хорошие визуальные результаты.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бикбов М.М., Бабушкин А.Э., Зайнутдинова Г.Х., Матюхина Е.Н. Анализ динамики некоторых воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза в Республике Башкортостан. Клиническая офтальмология. 2016;1: 34–39. [Bikbov MM, Babushkin AE, Zainutdinova GH, Matyuhina EN. Analiz dinamiki nekotorykh vospalitel'nykh zabolevanij perednego otrezka glaza v Respublike Bashkortostan. Klinicheskaya oftal'mologiya. 2016;1: 34–39. (In Russ.)]
2. Bodaghi B, Cassoux N, Wechsler B, Hannouche D, Fardeau C, Papo T, Huong DL, Piette JC, Le Hoang P. Chronic severe uveitis: etiology and visual outcome in 927 patients from a single center. *Medicine (Baltimore)*. 2001;80: 263–270.
3. Плеханов А.Н., Фомина А.С., Сверкунова О.П., Иванова Ю.В. Аутоиммунный увеит. Обзор. Офтальмология. 2019;16(1):

- 5–11. [Plekhanov AN, Fomina AS, Sverkunova OP, Ivanova JV. Autoimmune Uveitis. Review. *Ophthalmology in Russia*. 2019;16(1): 5–11. (In Russ.)] doi: 10.18008/1816-5095-2019-1-5-11
4. Дроздова Е.А. Вопросы классификации и эпидемиологии увеитов. РМЖ. Клиническая офтальмология. 2016;3: 155–159. [Drozdova EA. Voprosy klassifikacii i epidemiologii uveitov. RMZH. Klinicheskaya oftal'mologiya. 2016;3: 155–159. (In Russ.)]
5. Трунов А.Н., Арбеньева Н.С., Шваюк А.П., Горбенко О.М., Обухова О.О. Дисбаланс цитокинов в слезной жидкости пациентов аутоиммунными увеитами. Вестник ОГУ. 2013;4:270–274. [Trunov NN. Imbalans cytokines in the tear fluid in patients with autoimmune uveitis. *Annals of Orenburg State University = Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2013;4: 270–274. (In Russ.)]
6. Biedermann L, Renz L, Fournier N, Rossel J-B, Butter M, Bluemel S, Vavricka SR, Rogler G, Scharl M. Uveitis manifestations in patients of the Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort Study. *Therap Adv Gastroenterol*. 2019;13(12): 1756284819865142. doi: 10.1177/1756284819865142.
7. Mady R, Grover W, Butrus S. Ocular Complications of Inflammatory Bowel Disease. *The Scientific World Journal*. 2015: 438402. doi: 10.1155/2015/438402.
8. Troncoso LL, Biancardi AL, de Moraes Jr HV, Zaltman C. Ophthalmic manifestations in patients with inflammatory bowel disease: A review. *World J Gastroenterol*. 2017;28;23(32): 5836–5848. doi: 10.3748/wjg.v23.i32.5836
9. Katsanos A, Asproudis I, Katsanos KH, Dastiridou AI, Aspiotis M, Tsianos EV. Orbital and optic nerve complications of inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2013;8: 683–693. doi: 10.1016/j.crohns.2012.09.020
10. Edmunds L, et al. New light on uveitis in ankylosing spondylitis. *Rheumatol*. 1991;18: 50.

Сведения об авторах

Зайнутдинова Гузель Халитовна – д.м.н., старший научный сотрудник научно-образовательного отделения, gusel.zai@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9578-8635>

Сагадатова Наиля Марсовна – к.м.н., заведующий научно-образовательным отделением, obrotedel@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9746-5530>

Хикматуллин Ренат Ильдарович – врач-офтальмолог отделения амбулаторного приема, naglovinrenat@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6288-3724>

Information about authors

Zainutdinova Guzel Khalitovna – Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher of the Scientific and Educational Department, gusel.zai@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9578-8635>

Sagadatova Nailya Marsovna – Candidate of Medical Sciences, Head of the Scientific and Educational Department, obrotedel@yandex.ru., <https://orcid.org/0000-0001-9746-5530>

Hikmatullin Renat Ildarovich – ophthalmologist of the outpatient department, naglovinrenat@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6288-3724>

Финансирование: Авторы не получали конкретный грант на это исследование от какого-либо финансирующего агентства в государственном, коммерческом и некоммерческом секторах.

Согласие пациента на публикацию: Письменного согласия на публикацию этого материала получено не было. Он не содержит никакой личной идентифицирующей информации.

Конфликт интересов: Отсутствует.

Funding: The authors have not declared a specific grant for this research from any funding agency in the public, commercial or not-for-profit sectors.

Patient consent for publication: No written consent was obtained for the publication of this material. It does not contain any personally identifying information.

Conflict of interest: There is no conflict of interest