

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Панова И. Е., Авдеева О. Н., Варнавская Н. Г.

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России (454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64, kanc@chelsma.ru)

За период с 1985 по 2010 г. был проведен сравнительный анализ клинико-эпидемиологических особенностей туберкулезного поражения глаз у 763 больных. Заболеваемость офтальмотуберкулезом имеет волнообразный характер течения с отставанием от пиков подъема общим туберкулезом на 5–7 лет. Экстраторакальные изменения у пациентов с туберкулезом органа зрения выявляются лишь в 31 % случаев. С 1996 г. наблюдается достоверный рост количества пациентов детского возраста (14,5 %) и смещение пика заболеваемости в возрастную группу 40–60 лет (34 %). Современное течение офтальмотуберкулеза отличается преобладанием смешанного типа воспалительной реакции 47 %, что, вероятно, является следствием изменения реактивности иммунной системы в связи с воздействием ряда факторов. Проанализированные данные частоты клинических форм туберкулезного поражения глаз позволяют судить о достоверном уменьшении числа пациентов с поражением увеального тракта и увеличении количества пациентов с кератитами и склеритами. При поражении сосудистой оболочки мы выявили преобладание переднего увеита (69 %) в период начиная с 1996 г.

Ключевые слова: туберкулез, офтальмотуберкулез, увеит.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF OCULAR TUBERCULOSIS LESION TODAY

Panova I. E., Avdeeva O. N., Varnavskaya N. G.

Chelyabinsk State Medical Academy, Chelyabinsk, Russia (454092, Chelyabinsk, street Vorovskogo, 64), e-mail: kanc@chelsma.ru

We have done a comparative analysis of clinical and epidemiological features of ocular tuberculosis lesion in 763 patients during the period from 1985 to 2010. Morbidity of ocular tuberculosis has an undulating course with a lag of peaks rise overall TB for 5–7 years. Extrathoracal changes in patients with ocular tuberculosis are identified only in 31 %. From 1996 there was a significant increase in the number of pediatric patients (14.5 %) and the shift of the peak incidence in the age group 40–60 years old (34 %). The current course of ocular tuberculosis was mostly mixed inflammatory response 47 %, which is probably a consequence of the reactivity of immune system due to a number of factors. We have analyzed the frequency of clinical forms of ocular tuberculosis and concluded significant decrease in the number of patients with lesions of uveal tract and increase the number of patients with keratitis and sclerites. In lesions of the choroid, we found the prevalence of anterior uveitis (69 %) in the period since 1996.

Key words: tuberculosis, ocular tuberculosis, uveitis.

Введение. Туберкулез по-прежнему остается одним из самых опасных инфекционных заболеваний. Ежегодно регистрируется более 10 млн случаев впервые выявленного бациллярного туберкулеза, и около 3 млн человек умирают по этой причине. Показатели заболеваемости туберкулезом, превышающие 80 на 100 тыс. населения, ставят нашу страну в группу государств с высоким уровнем распространения данного заболевания. Увеличение во всем мире заболеваемости туберкулезом и токсоплазмозом определяет рост специфического поражения органа зрения, удельный вес которого в структуре всей воспалительной патологии варьирует от 16 до 27 %, туберкулезно-токсоплазмозное поражение выявляется у 8 % больных [1, 2, 3, 5, 7, 8, 10].

В последние десятилетия под влиянием различных факторов произошли глубокие изменения реактивности человека к возбудителю туберкулезу, а, следовательно, изменение структуры заболеваемости, развития и исходов данного заболевания [4, 6, 9]. Патоморфоз туберкулеза определяет необходимость изучения клинической картины и характера течения туберкулеза глаз в современных условиях.

Цель. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей туберкулезного поражения органа зрения на современном этапе на примере Челябинской области.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе специализированного фтизиоофтальмологического отделения Челябинского областного противотуберкулезного диспансера. За период с 1985 по 2010 г. был проведен сравнительный анализ клинико-эпидемиологических особенностей туберкулезного поражения глаз в двух группах больных: 410 (исследуемая группа 1 (ИГ1) и 353 пациентов (исследуемая группа 2 (ИГ2), выполненный на различных периодах наблюдения. Диагноз верифицирован на основании данных анамнеза, комплексной клинико-инструментальной диагностики, результатах туберкулинодиагностики и, в ряде случаев, пробного лечения.

Результаты и обсуждение. Мы изучили динамику общей заболеваемости туберкулезом в Челябинской области и заболеваемости туберкулезом органа зрения (рис. 1).

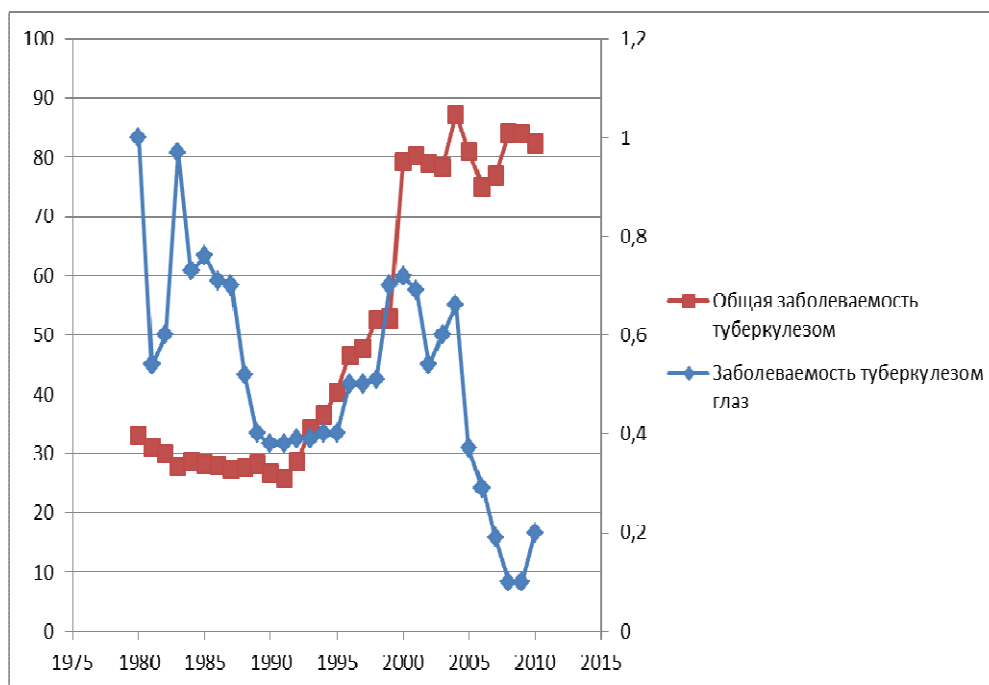


Рис. 1. Динамика заболеваемости общим туберкулезом и туберкулезом глаз

Наши данные позволили выявить, что с 1996 года наблюдался рост заболеваемости общим туберкулезом – с 36,6 до 46,6 на 100 тыс. населения, а с 2001 года – заболеваемость окулярным туберкулезом с 0,4 до 0,69 на 100 тыс. населения. Сравнительный анализ заболеваемости общим туберкулезом и глазным в различные периоды наблюдения выявил,

что увеличение частоты заболеваемости офтальмотуберкулезом отмечается через 5–7 лет после подъема заболевания общим туберкулезом.

Анализ частоты выявляемости экстраокулярных изменений за период с 1985 по 2010 г. показал, что активный интраторакальный туберкулез выявлен у 8 (1 %) больных, последствия перенесенного ранее торакального туберкулеза – у 183 (24 %), активный экстраторакальный туберкулез – у 4 (0,5 %), исход экстраторакальный туберкулеза – у 42 (5,5 %) больных, а наибольшую часть составили пациенты без клинически выявленных изменений – 526 (69 %).

С учетом выявленной закономерности динамики заболеваемости легочным и глазным туберкулезом (рис.1) мы сочли целесообразным проанализировать данные за два периода: 1985–1995 гг. (ИГ 1) и 1996–2010 гг. (ИГ 2).

Туберкулезное поражение органа зрения может возникать в любом возрасте. В доантибактериальный период, по данным литературы, заболевание часто встречалось у детей и подростков, в последующие годы пик заболеваемости сместился в среднюю и старшую возрастные группы [2, 3, 7]. Сравнительный анализ частоты распространения туберкулеза глаз в возрастных группах в различные периоды наблюдения (рис. 2) выявил, что в ИГ1 наиболее часто офтальмотуберкулез выявлялся у пациентов 21–40лет (47 %) , в ИГ2 мы наблюдали достоверное преобладание заболевания в более старших возрастных группах – 40–60лет (34 %) и старше 61 года (26 %).

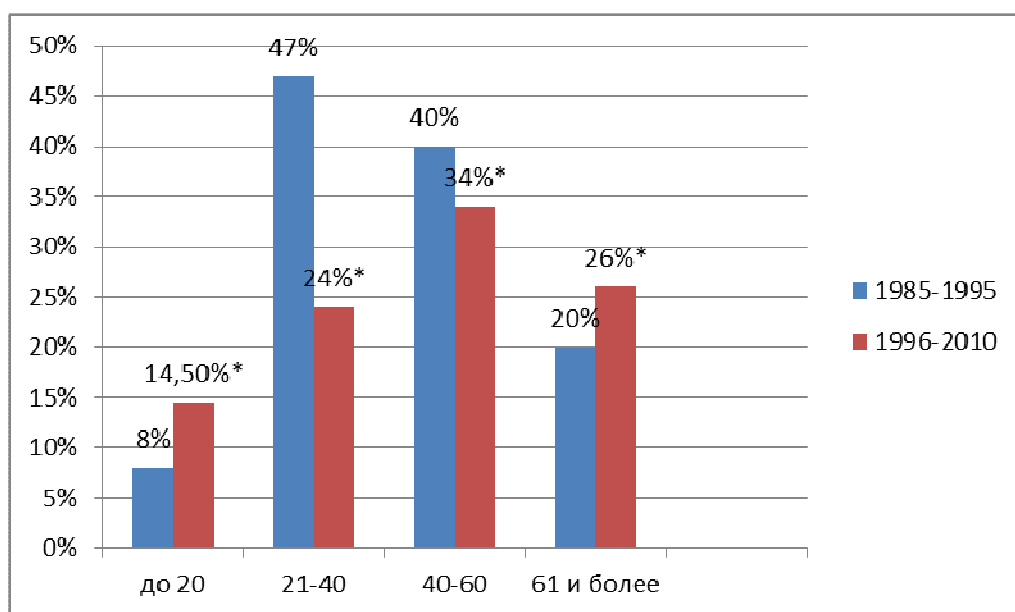


Рис. 2. Сравнительный анализ частоты возрастных групп при туберкулезе глаз (*- $p < 0,05$)

Исследования, посвященные иммунопатогенезу и патологической анатомии туберкулезного поражения, доказали, что морфологические особенности специфического поражения неразрывно связаны с состоянием иммунной системы и определяются ею. В зависимости от реактивности организма формируется либо продуктивный (на основе ГЗТ),

либо экссудативный (на основе ГНТ) типы воспалительной реакции, либо их сочетание [3, 4]. Наши исследования, посвященные анализу частоты типов воспаления при офтальмотуберкулезе, выявили, что до 1996 года в течении туберкулеза глаз достоверно преобладал продуктивный тип воспалительной реакции – 48 %, в последующий изучаемый период пик сместился в сторону достоверного преобладания смешанного типа воспалительной реакции – 47 % (рис. 3).

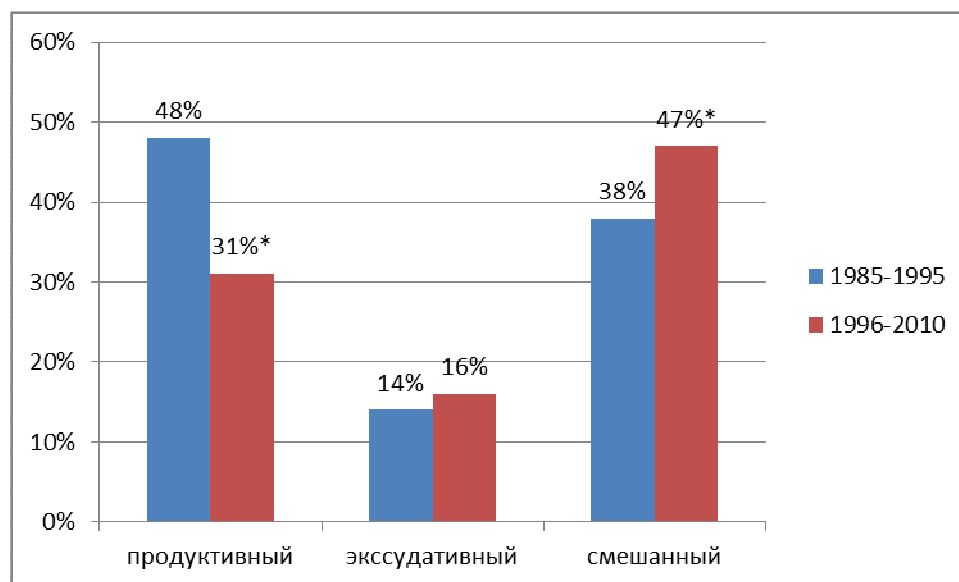


Рис. 3. Сравнительный анализ частоты типов специфического воспаления в глазу (*- $p < 0,05$)

Клинические формы туберкулезного поражения глаз разнообразны: заболевание может протекать с поражением как переднего, так и заднего отделов глазного яблока, описано специфическое поражение орбиты, эпibuльбарный туберкулез [4, 5, 7, 10]. Изучение частоты клинических форм туберкулезного поражения глаз позволило установить, что если в 1985–1995 гг. наиболее частой клинической формой заболевания являлся задний увеит – 45 %, то в последние годы мы наблюдаем достоверное превалирование частоты поражения передних отделов глазного яблока в форме склерита (8 %), кератита (23 %), а также переднего увеита – 45 % (рис. 4).

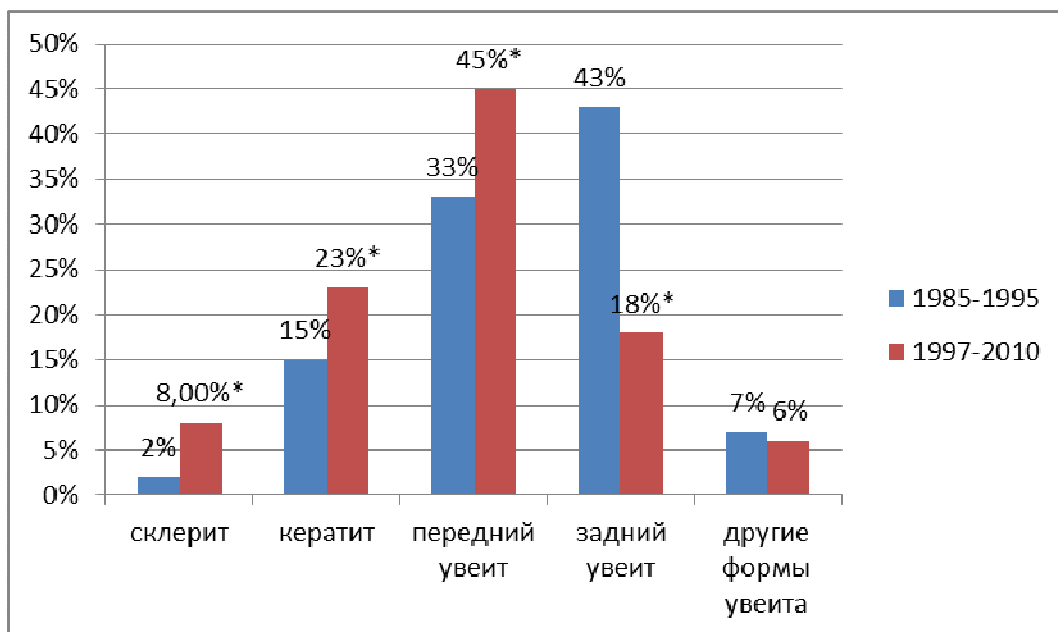


Рис. 4. Сравнительный анализ частоты клинических форм туберкулеза глаз (*- $p < 0,05$)

Особенности патогенеза туберкулезного поражения глаз определяют тот факт, что наиболее частой клинической формой является заболевание сосудистой оболочки (увеит). Данные нашего исследования выявили, что за исследуемые промежутки времени увеит был выявлен в ИГ1 у 340 (83 %) больных, в ИГ2 – у 244 (69 %) больных ($p < 0,05$). Анализ данных по частоте поражения различных отделов увеального тракта свидетельствует, что с 1996 г. наблюдается достоверное увеличение частоты переднего увеита (69 %) и снижение числа пациентов с задним увеитом (21 %), а также прогрессивное уменьшение частоты интермедиарного увеита и панувеита (рис. 5).

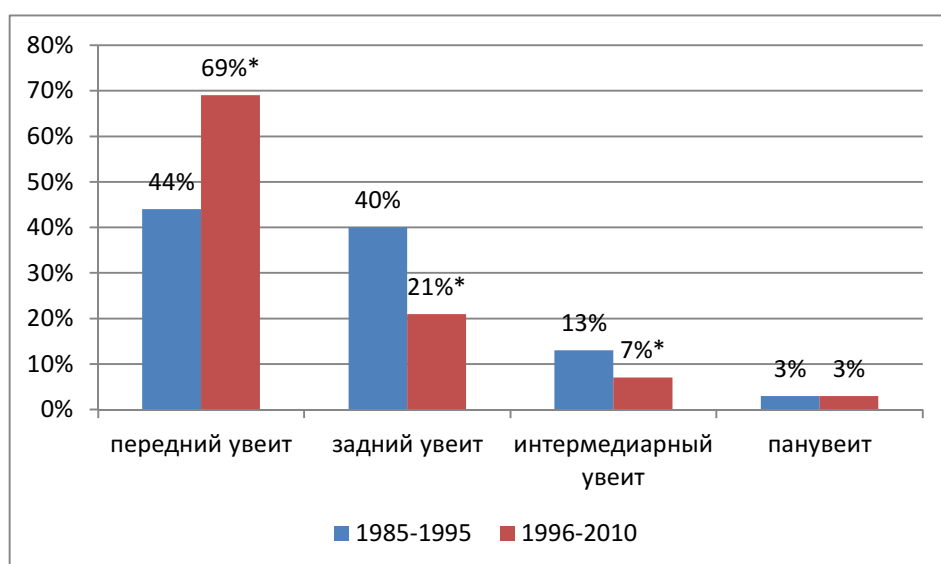


Рис. 5. Структура туберкулезного увеита (*- $p < 0,05$)

Следует также отметить, что за исследованный период мы не наблюдали туберкулезного поражения придаточного аппарата глаза, эпibuльбарного туберкулеза, некротического склерита, милиарного туберкулеза, солитарных туберкулов радужки,

хориоидеи, описанных в литературе, а также резкое снижение частоты экссудативно-геморрагических форм хориоретинитов (1 %), диссеминированного хориоретинита (5-10 % против 50 %), гранулем сосудистой оболочки (0,7 %).

Выводы. Таким образом, выявленные клинико-эпидемиологические особенности туберкулезного поражения глаз на современном этапе отражают клинический патоморфоз и должны учитываться в диагностике данного заболевания.

Список литературы

1. Кацнельсон, Л. А. Увеиты (клиника, лечение) / Л. А. Кацнельсон, В. Э. Танковский. – М.: Воениздат, 1998. – 208 с.
2. Панова, И. Е. Экстраокулярные специфические изменения у больных туберкулезом глаз / И. Е. Панова, Н. Г. Варнавская, И. Г. Савинова, Н. А. Пейсахович // Актуальные проблемы медицинской науки, технологий и профессионального образования. – Челябинск, 2000. – Вып. 2. – С.153-154.
3. Пригожина, А. Л. Патологическая анатомия и патогенез туберкулезных поражений глаза / А. Л. Пригожина. – М.: Медгиз, 1961. – 214 с.
4. Тарасова, Л. Н. Туберкулезные поражения глаз, патогенез, новые пути повышения эффективности диагностики и лечения / Л. Н. Тарасова, И. Е. Панова. – Челябинск, 2001. – 135 с.
5. Устинова, Е. И. Туберкулез глаз и сходные с ним заболевания / Е. И. Устинова. – СПб., 2002. – 276 с.
6. Хокканен, В. М. Особенности патоморфоза туберкулезных увеитов / В. М. Хокканен, В. М. Батаев // Пробл. туберкулез. – 1999. – №3. – С. 34- 36.
7. Ченцова, О. Б. Туберкулез глаз / О. Б. Ченцова. – М.: Медицина, 1990. – 256 с.
8. De Benedetti, Z. M.E. Ocular tuberculosis / Z. M.E. De Benedetti, L.V. Carranza et al. // Rev. Chilena. Infectol. – 2007. – Vol. 24, № 4. – P. 284-295.
9. Кера, В. Ocular changes in course of Mycobacterium tuberculosis infection--own observations / В. Кера, М. Grałek, К. Kanigowska et al. // Klin.Oczna. – 2008. – Vol. 110, № 7-9. – P. 265-268.
10. Tabarra, K. F. Tuberculosis / K. F. Tabarra // Curr. Opin. Ophthalmol. – 2007. – Vol. 18, № 6. – P. 493-501.

Рецензенты:

Поздеева Ольга Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры офтальмологии ФП и ДПО ГБОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, г. Челябинск.

Дроздова Елена Александровна, доктор медицинских наук, профессор кафедры офтальмологии ФП и ДПО ГБОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, г. Челябинск.