

**Чудинова О.В., Хокканен В.М.\***

ООО НУЗ ОК «Орбита», г. Курган,

\*ГОУ ВПО «Северо-Западный государственный университет

им.И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург

E-mail: chov67@mail.ru

## **ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ ОЧАГОВОЙ РЕАКЦИИ НА ПРОВОКАЦИОННЫЕ ПРОБЫ У БОЛЬНЫХ ХОРИОРЕТИНИТАМИ**

**Изучена возможность объективизации оценки очаговой реакции у больных с хориоретинитами за счет регистрации изменения размеров хориоретинального очага на фоне выполнения провокационных проб.**

**Ключевые слова:** хориоретинит, этиологическая диагностика, очаговая реакция, провокационные пробы, туберкулин, герпетическая вакцина.

### **Актуальность**

Проблема диагностики и лечения пациентов с хориоретинитами инфекционной этиологии имеет большое медико-социальное значение, поскольку обусловлена высокой частотой встречаемости в структуре увеитов (от 49,3% до 76%), хроническим рецидивирующим характером течения (от 42,3% до 62%), развитием осложнений, сложностью диагностики и лечения [1,2,4,5,9]. Слабым звеном в этиологической диагностике туберкулезных и герпетических хориоретинитов, встречающихся наиболее часто на территории России, является отсутствие абсолютного диагностического критерия, а именно бактериологическое или гистологическое подтверждение в подавляющем большинстве случаев. Поэтому диагностика специфического (туберкулезного, вирусного и др.) поражения органа зрения, основывается на данных анамнеза, результатах комплексного клинико-инструментального обследования [8], проведении иммунологических тестов (в том числе кожно-аллергических проб) и, в ряде случаев, пробного лечения [2,3,6,7]. В представленном алгоритме обследования наибольшая специфичность в установлении этиологии принадлежит провокационным пробам со специфическим антигеном. В данном исследовании – туберкулин и герпетическая вакцина.

### **Цель**

Изучение возможности объективизации оценки очаговой реакции у больных хориоретинитами за счет регистрации изменения размеров хориоретинального очага на фоне провокационных проб.

### **Материалы и методы**

Нами проанализированы данные полученных клинических исследований при сравнении трех групп больных с туберкулезными и герпесвирусными хориоретинитами и группы контроля. В первую группу вошли 24 пациента с туберкулезными хориоретинитами. Во вторую – 20 больных с хориоретинитами герпесвирусной этиологии. Туберкулезная этиология у больных первой группы была установлена на основании трех основных диагностических критериев, а именно: характерной клинической картины, наличия очаговой реакции в ответ на введение туберкулина, терапевтического эффекта пробного лечения туберкулоstaticами. Герпесвирусная этиология процесса была установлена на основании: характерной клинической картины, наличия очаговой реакции в ответ на введение противогерпетической вакцины, терапевтического эффекта пробного лечения противовирусными препаратами. В контрольную группу были отнесены пациенты с хориоретинитами неустановленной этиологии в количестве 16 человек. Размеры хориоретинального очага, площадь очага регистрировали с помощью программы обработки изображений на приборе «НРА» Гейдельбергский ретиноангиограф методом сканирующей лазерной офтальмоскопии до проведения провокационных проб (исходные величины). После проведения провокационных проб проводили съемки изображения глазного дна и те же показатели измеряли через фиксированный промежуток времени – 48 часов. Далее рассчитывали уровень изменений, а именно величину площади хориоретинального очага и соотносили его с исходными величинами показателей, рассчитанными на основании ста-

тистической обработки данных клинических исследований с использованием программы «Biostat» на базе непараметрического критерия Уилкоксона.

### **Результаты и обсуждение**

В первой и второй группах исследования у всех больных отмечалось увеличение размеров и, соответственно, площади хориоретинального очага от 1,3 до 2,8 раза через 48 часов после введения туберкулина (первая группа) или противогерпетической вакцины (вторая группа), что свидетельствовало о возникновении очаговой реакции на тот аллерген, который был введен в качестве провокационной пробы. При этом параметры изменения очага были установлены объективно на приборе «НРА» Гейдельбергский ретиноангиограф. Следовательно, пациентам была установлена туберкулезная либо герпесвирусная этиология очагового хориоретинита и назначено соответствующее специфическое лечение. В контрольной группе увеличения объема хориоретинального очага через фиксированный интервал времени на введение в качестве аллергена туберкулина или противогерпетической вакцины не зарегистрировано. Следовательно, этиология воспалительного процесса была не установлена и назначалась неспецифическая противовоспалительная, патогенетическая и симптоматическая терапия.

Пример 1. Больная Я., направлена офтальмологом с предварительным диагнозом периферического очагового хориоретинита левого глаза, острота зрения правого глаза 1,0, левого глаза – 0,5 не корректируется. Поле зрения обоих глаз не изменено. Патологии в правом глазу не выявлено. На периферии глазного дна левого глаза в нижнем отделе определялся активный очаг округлой формы с нечеткими границами, проминирующий в стекловидное тело, с выраженной экссудацией над его поверхностью. Из-за выраженных экссудативных изменений в стекловидном теле определить этиологию хориоретинита достоверно по клинической картине не представлялось возможным. После достижения стабилизации воспаления и выполнения клинико-рентгено-лабораторного обследования больной было проведено обследование на ретиноангиографе с регистрацией площади хориоретинального очага. Площадь хориорети-

нального очага до проведения проб составила 0,532мм<sup>2</sup>, затем была выполнена реакция Манту 2 ТЕ. Через 48 часов проведен осмотр пациентки, офтальмоскопически очаговая реакция была сомнительной. При выполнении повторного исследования на ретиноангиографе были зарегистрированы следующие изменения: размеры хориоретинального очага увеличились, площадь хориоретинального очага увеличилась до 0,692мм<sup>2</sup>, соответственно в 1,3 раза по сравнению с исходной, то есть произошла очаговая реакции на введение туберкулина. С учетом других диагностических критериев достоверность диагноза значительно увеличилась. Пациентке назначена комплексная противотуберкулезная терапия. Через 23 дня отмечалась отчетливая положительная динамика: очаг уплостился, улучшилось состояние границ воспалительного фокуса, значительно рассосалась экссудация на поверхности очага и в стекловидном теле, за счет чего увеличилась острота зрения до 0,7. Если бы мы не руководствовались данными этого исследования и зарегистрировали очаговую реакцию как сомнительную, нам пришлось бы продолжить туберкулинодиагностику с увеличением доз вводимого туберкулина до 10, 20 и 50 ТЕ, проводить флюоресцентную ангиографию с введением внутривенно контрастного вещества, при отсутствии противопоказаний для этого исследования у данной больной, возможно, пришлось бы проводить пробное лечение только туберкулостатическими препаратами в течение 3 – 5 недель, что увеличило бы сроки диагностики на 3-4 недели. Таким образом, туберкулезная этиология хориоретинита у больной была установлена с учетом клинической картины и объективно зарегистрированной очаговой реакции на 2 ТЕ туберкулина в течение трех недель. Площадь хориоретинального очага на фоне туберкулинодиагностики увеличилась в 1,3 раза. Если бы у нас не было возможности воспользоваться данным способом, то при традиционной диагностике туберкулезной этиологии хориоретинита срок диагностики составил бы два месяца.

Пример 2. Больная У., направлена офтальмологом с предварительным диагнозом периферического очагового хориоретинита правого глаза. Острота зрения правого глаза 0,7 не корректируется, левого глаза – 1,0. Поле зрения обо-

их глаз не изменено. Патологии в левом глазу не выявлено. На периферии глазного дна правого глаза в верхне-наружном отделе определялся активный хориоретинальный очаг неправильной формы с не четкими границами, проминирующий в стекловидное тело, с выраженной экссудацией над его поверхностью. После достижения стабилизации воспаления и выполнения клинико-рентгено-лабораторного обследования больной было проведено обследование на ретиноангиографе с регистрацией площади хориоретинального очага. Площадь хориоретинального очага до проведения проб составила 0,986мм<sup>2</sup>, затем была выполнена реакция с введением противогерпетической вакцины по стандартной методике. Через 48 часов проведен осмотр пациентки, офтальмоскопически очаговую реакцию трактовать было сложно из-за выраженных экссудативных изменений, перифокальной реакции. При выполнении повторного исследования на ретиноангиографе были зарегистрированы следующие изменения: размеры хориоретинального очага увеличились, площадь хориоретинального очага увеличилась до 2,7608мм<sup>2</sup>, соответственно в 2,8 раза по сравнению с исходной, что позволяет зарегистрированные на приборе изменения считать очаговой реакцией в ответ на введение герпетической вакцины. Пациентке назначена специфическая противогерпетическая терапия. Через 14 дней отмечалась отчетливая положительная динамика: очаг уплостился, улучшилось состояние границ воспалительного фокуса, значительно рассосалась экссудация на поверхности очага и в стекловидном теле, за счет чего увеличилась острота зрения до 1,0. Если бы мы не руководствовались данными этого исследования и зарегистрировали данную реакцию как

сомнительную, и не смогли бы ее объективно зарегистрировать, необходимо было бы продолжить диагностику с увеличением доз вводимых аллергенов, проводить флюоресцентную ангиографию с введением внутривенно контрастного вещества, при отсутствии противопоказаний для этого исследования у данной больной, возможно, пришлось бы проводить пробное лечение (противовирусными препаратами) в течение 3 – 5 недель, и т. д. Таким образом, герпесвирусная этиология хориоретинита у больной была установлена с учетом клинической картины и объективно зарегистрированной очаговой реакции на введение противогерпетической вакцины в течение трех недель. Площадь хориоретинального очага на фоне диагностики с использованием противогерпетической вакцины увеличилась в 2,8 раза. Если бы у нас не было возможности воспользоваться данным способом, то при традиционной диагностике герпесвирусной этиологии хориоретинита срок диагностики составил бы два месяца.

### Заключение

Предлагаемый нами способ позволяет объективно зарегистрировать возникновение очаговой реакции при минимальных изменениях в тканях глаза, тем самым уменьшается риск снижения зрительных функций, отсутствует необходимость проведения проб с более высокими дозами туберкулина и противогерпетической вакцины, исключает проведение пробного лечения и, тем самым, позволяет сократить сроки этиологической диагностики туберкулезного и герпесвирусного хориоретинита.

По результатам исследований получен Патент РФ на изобретение №2455935 приоритет от 17 января 2011г.

13.03.2013

### Список литературы:

1. Кацнельсон Л.А., Танковский В.Э. // Увеиты (клиника, лечение). – М, 1998.–203 с.
2. Тарасова Л.Н., Панова И.Е. Туберкулезные поражения глаз: патогенез, новые пути повышения эффективности диагностики и лечения. Челябинск, 2001. – 136с.
3. Устинова Е.И. Туберкулез глаз и сходные с ним заболевания. Санкт – Петербург, 2002. – 276с.
4. Хокканен В.М. Особенности клиники, диагностики и лечения туберкулеза глаз в современных социальных и эпидемиологических условиях: Автореф. дисс... докт. мед. наук. СПб., 1999. – 34с.
5. Хокканен В.М. Туберкулез глаз // Фтизиатрия: национальное руководство /под ред. М.И. Перельмана – М.: ГЕОТАР-Медиа. – 2007. – С. 332-335, (компакт-диск).
6. Хокканен В.М., Белова О.Ю. Флюоресцентная ангиография глазного дна при туберкулезных хориоретинитах: Методические рекомендации №99 / 161. – СПб., 2000. – 15с.
7. Хокканен В.М., Белова О.Ю. Осложнения туберкулезных хориоретинитов и их диагностика // Актуальные вопросы воспалительных заболеваний глаз. М., 2001. – С. 142 – 144.
8. Хокканен В.М., Чудинова О.В. Ультразвуковая доплерография в диагностике и клинике увеитов. СПб, 2007. – 128с.
9. Ченцова О.Б. Туберкулез глаз. – М., Медицина, 1990. – 256с.

Сведения об авторах:

**Хокканен Валентина Михайловна**, профессор кафедры офтальмологии СПбМАПО,  
научный консультант СПбНИИФ, доктор медицинских наук, профессор,  
e-mail: Valentina.Khokkanen@spbmapo.ru

**Чудинова Ольга Викторовна**, главный врач ООО НУЗ ОК «Орбита», кандидат медицинских наук,  
e-mail: chov67@mail.ru

**UDC 617.7**

**Chudinova O.V., Khokkanen V.M.**

E-mail: chov67@mail.ru

**OBJECTIFICATION OF ESTIMATION OF FOCAL REACTION FOR PROVOCATIVE TESTS IN CHORIORETINITIS PATIENTS**

There was studied the possibility of objectification of focal reaction evaluation in patients with chorioretinitis by registration of changes in chorioretinal focus size through performance of provocation tests.

Key words: chorioretinitis, etiological diagnostics, focal reaction, provocation tests, tuberculin, herpetic vaccine.

**Bibliography:**

1. Katsnelson L.A., Tankovskiy V.E. // Uveitis (clinic, treatment). – М., 1998.–203 p.
2. Tarasova L.N., Panova I.E. Tuberculosis affection of the eye: pathogenesis, new ways to improve diagnostics and treatment efficiency. Chelyabinsk, 2001. – 136p.
3. Ustinova Ye.I. Eye tuberculosis and similar to it diseases. St.Peterburg, 2002. – 276p.
4. Khokkanen V.M. Peculiarities of clinic, diagnostics and treatment in eye tuberculosis in modern social and epidemiological conditions: Author's abstract... doc. of med.sciences. SPb., 1999. – 34p.
5. Khokkanen V.M. Eye tuberculosis // Phthisiatry: national guidance /ed. by M.I.Perelman – М.: GEOTER-Media. – 2007. – P. 332-335, (disk).
6. Khokkanen V.M., Belova O.Yu. Fluorescein angiography of the fundus with tuberculous chorioretinitis: Methodical recommendations №99 / 161. – СПб., 2000. – 15p.
7. Khokkanen V.M., Belova O.Yu. Complications of tuberculous chorioretinitis and their diagnostics // Actual questions of inflammatory eye diseases. М., 2001. – P. 142 – 144.
8. Khokkanen V.M., Chudinova O.V. Ultrasound doppler in the diagnostics and uveitis clinic. SPb, 2007. – 128p.
9. Chentsova O.B. Eye tuberculosis. – М., Meditsina, 1990. – 256p.