

МЕДИЦИНА

УДК 617.7-002

А. В. Овакимян

Увеальный синдром Фукса в Армении

(Представлено академиком В.П. Акопяном 27/IX 2011)

**Ключевые слова:** увеит, гетерохромия, атипичные проявления

**Введение.** Увеальный синдром Фукса встречается у 1,2-4,5% больных увеитом [1-4]. Впервые этот синдром в его классическом проявлении описал Эрнст Фукс в 1906 г., но еще в 1843 г. Лоуренс описал некоторые его компоненты [5]. Болезнь не имеет зависимости ни от половой и расовой принадлежности, ни от наследственности [6]. Увеальный синдром Фукса, как правило, односторонний процесс, хотя в 7,8-10% случаев наблюдаются двусторонние поражения [7]. Классическими симптомами болезни являются: диффузно распределенные звездчатые преципитаты на эндотелии роговицы, атрофия переднего листка радужки, особенно в перипупиллярной области (гетерохромия), отсутствие задних синехий, развитие задней субкапсулярной катаракты, симптом Амслера (нитевидная геморрагия из угла передней камеры при резком снижении внутриглазного давления: операция, гониоскопия, апланационная тонометрия). У 59% больных развивается глаукома, которая является основной причиной безвозвратной потери зрения во время этого синдрома [6]. У 20-30% больных с увеальным синдромом Фукса описываются мелкие желатиновые узелки на поверхности радужки (Bus-saca) или по краю зрачка (Коерре) [8-11]. Кроме классических проявлений увеальный синдром Фукса встречается также в сочетании с токсоплазмозным хориоретинитом, саркоидозным хориоретинитом и пигментозным ретинитом [12-14]. В литературе описаны случаи рецидивирующих субконъюнктивальных геморрагий и радужных кристаллов (тельца Russel – скопление иммуноглобулина в плазматических клетках) у больных с увеальным синдромом Фукса [15,16].

Целью настоящего исследования являлось выявление клинических особенностей и распространенность этого заболевания в Армении.

**Материалы и методы.** В отделении воспалительных заболеваний Офтальмологического центра им. С. В. Малаяна в течение четырех лет (2002-2006) было обследовано 24 пациента с клиническими симптомами, характерными для увеального синдрома Фукса. Диагноз был поставлен с учетом наличия следующих признаков: диффузно распределенные звездчатые преципитаты на эндотелии роговицы, атрофия переднего листка радужки, особенно в перипупиллярной области (гетерохромия), отсутствие задних синехий, наличие задней субкапсулярной катаракты и минимальных воспалительных клеток в жидкости передней камеры и стекловидном теле. Четырем из 24 обследованных больных было до 20 лет, 10 – от 20 до 29 лет, 6 – от 30 до 49 лет и 2 – выше 50 лет. У всех 24 больных мы изучили остроту зрения, внутриглазное давление (ВГД) и симптомы, характерные для увеального синдрома Фукса в первый день обследования и во время последнего посещения (после лечения), сравнили форму и частоту проявления увеального синдрома Фукса, частоту выявления характерных клинических симптомов с данными литературы, определили возрастную амплитуду обследованных больных. Большое внимание было уделено атипичным проявлениям увеального синдрома Фукса и их частоте.

**Результаты и обсуждения.** Увеальный синдром Фукса диагностировали у 5% больных увеитом, зарегистрированных в нашей клинике. У 17% поражение двустороннее. Во время первого посещения у 12 из 24 обследованных больных (56%) острота зрения была равна от 0.01 до 0.1, у 4 больных (11%) – от 0.1 до 0.3 и у 8 больных (13%) –  $\geq 0.3$ . Во время последнего посещения острота зрения была равна от 0.01 до 0.1 у 3 больных (6%), от 0.1 до 0.3 – у 6 (22%) и  $\geq 0.3$  у 15 больных (72%). В табл. 1 приведены данные остроты зрения во время первого и последнего посещения.

Таблица 1

**Острота зрения больных во время первого и последнего посещения**

Острота зрения	Первое посещение	Последнее посещение
От 0.01 до 0.1	У 12 больных(56%)	У 3 больных(6%)
От 0.1 до 0.3	У 4 больных(11%)	У 6 больных(22%)
$\geq 0.3$	У 8 больных(13%)	У 15 больных(72%)

Во время первого визита у 18 из 24 обследованных больных (83%) ВГД было равно от 15 до 23 мм рт. ст., а у 6 (17%) –  $\geq 24$  мм рт. ст. Было назначено

медикаментозное лечение: Sol. Timololi 0.5% (глазные капли) 2 раза в день, Trusopt (глазные капли) 2 раза в день. Во время последнего посещения ВГД было равно от 15 до 23 мм рт. ст., у 20 больных (94.4%) и  $\geq 24$  мм рт. ст. у 4 (5.6%). В табл. 2 приведены данные ВГД во время первого и последнего посещения.

Таблица 2

**ВГД во время первого и последнего посещения**

Данные ВГД, мм рт. ст.	Первое посещение	Последнее посещение
От 15 до 23	У 18 больных(83%)	У 20 больных (94.4%)
$\geq 24$	У 6 больных(17%)	У 4 больных(5.6%)

Несмотря на медикаментозное лечение у 11% больных с увеальным синдромом Фукса развилась глаукома. Во время первого посещения мы обнаружили диффузно распределенные звездчатые преципитаты на эндотелии роговицы у 24 больных (100%), а во время последнего посещения – только у 5 (21%). Кистозный макулярный отек выявился у 13(39%) из 24 больных. У всех 13 больных кистозный макулярный отек поддавался инъекциям стероидов (дипроспан-1,0). В табл. 3 представлена частота выявления клинических симптомов, ассоциированных с увеальным синдромом Фукса, у наших больных по сравнению с данными литературы.

Таблица 3

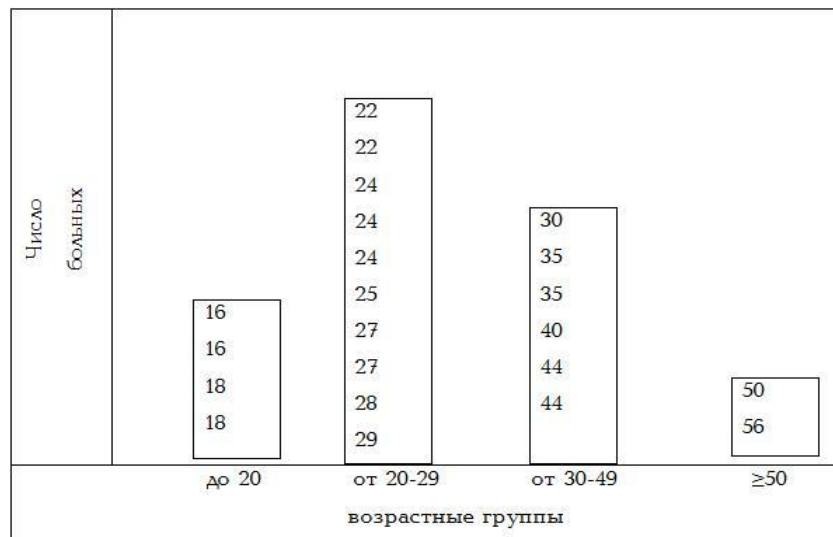
**Частота выявления клинических симптомов, ассоциированных с увеальным синдромом Фукса у больных, обследованных в ОЦ им С.В. Малаяна, по сравнению с данными литературы [17]**

Клинические симптомы, ассоциированные с синдромом	Данные наших обследований, %	Данные литературы, %
Атрофия радужки	56	98.2
Задняя субкапсулярная катаракта	67	$\approx 100$
Глаукома	11	59-60
Узелки Коерре и Bussacca	44 (1 – 33.4, 2 – 11)	20-30
Кистозный макулярный отек	39	Нет данных
Диффузно распределенные звездчатые преципитаты на эндотелии роговицы	100	96.3

*Примечание.* Средний период наблюдения наших больных – 3 года, возрастная амплитуда – от 16 до 54 лет, средний арифметический возраст – 27 лет.

В табл. 4 представлена возрастная амплитуда наших больных.

Возрастная амплитуда (годы) больных с увеальным синдромом Фукса, обследованных в ОЦ им. С.В. Малаяна



У 2 (8.3%) из 24 обследованных больных увеальный синдром Фукса имеет атипичные проявления: у одного в сочетании с окулобехчетом, у второго — с токсоплазмозным хориоретинитом. Первое сочетание нами в литературе не встречалось.

**Заключение.** Проанализировав собранную в течение 4 лет информацию, мы выяснили, что у больных увеальным синдромом Фукса, обследованных в ОЦ им. С.В. Малаяна, по сравнению с литературными данными билатеральные поражения встречаются значительно чаще, средний арифметический возраст больных гораздо ниже, а глаукома и катаракта развиваются реже. Примечателен тот факт, что у одного из 24 наших больных зарегистрировано сочетание увеального синдрома Фукса с окулобехчетом, описание которого не встречалось нами в литературе.

Офтальмологический центр им. С.В. Малаяна

**А. В. Овакимян**

### **Увеальный синдром Фукса в Армении**

Представлены клиническая характеристика увеального синдрома Фукса и распространенность этого заболевания в Армении. Определена возрастная амплитуда больных. Отмечено атипичное проявление увеального синдрома Фукса.

## Ա. Վ. Հովակիմյան

### Ֆուքսի ուվեալ սինդրոմը Հայաստանում

Ներկայացված են Ֆուքսի ուվեալ սինդրոմի կլինիկական առանձնահատկությունները և այդ հիվանդության փարածվածությունը Հայաստանում: Որոշված է հիվանդների միջին փարիքը: Նկարագրված է հիվանդության ատիպիկ դրսևորում:

A.V. Hovakimyan

### Fuchs Uveitis Syndrome in Armenia

The clinical characteristics and prevalence of Fuchs Uveitis Syndrome in Armenia are presented in this paper. It has been shown the average age of the patients. An atypical presentation of Fuchs Uveitis Syndrome has been described.

### Литература

1. Bloch-Michel E. - Trans Ophthalmol. Soc. UK. 1981. V. 101. P. 384-386.
2. Chung Y.M., Yeh T.S., Liu J.H. - Jpn. J. Ophthalmol. 1988. V. 32. P. 64-69.
3. Dernouchamps J.P. In: Saari K.M., ed. Uveitis update, 129-135, Amsterdam. 1984. Elseiver.
4. Weiner A., Ben Ezra D. - Am. j. Ophthalmol. 1991. V. 112. P. 151-158.
5. Lawrence W. In: Hays I., ed. A treatise on disease of the eye. Philadelphia. Lea and Blanchard. 1843. P. 411-416.
6. Liesegang T.J. - Arch. Ophthalmol. 1982. V. 100. P. 1622-1626.
7. Jones N.P. - Eye. 1991. V. 5. P. 649-661.
8. Franceschetti A. - Am. J. Ophthalmol. 1955. V. 39. P. 50-58.
9. Jain. I.S., Gupta A., Gangwar D.N., Dhir S.P. - Ann. Ophthalmol. 1983. V. 15. P. 640-642.
10. Jones N.P. - Eye. 1991. V. 5. P. 649-661.
11. Tabbut B.R., Tessler H.H., Williams D. - Arch. Ophthalmol. 1988. V. 106. P. 1688-1690.
12. Ivan R., Schwab M.D. - American journal of Ophthalmology. 1991. V. 111. P. 356-362.
13. Goble R.R., Murray P.I. - J. Ophthalmol. 1995. V. 79. P. 1021-1023.
14. Chowers I., Zamir E., Banin E., Merin S. - ARCH Ophthalmol. 2000. V. 118.
15. Noda S., Hayasaka S. - Ophthalmologica. 1995. V. 209. P. 289-291.
16. Section Editor: Elisabeth J., Cohen M.D. - ARCH Ophthalmol. V. 116. OCT 1998.
17. Liesegang T.J. - Arch Ophthalmol. 1982. V. 100.
18. Liesegang T.J. - Arch Ophthalmol. 1982. V. 100.