

## ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ СИНДРОМА “СУХОГО ОКА” У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ КОН’ЮНКТИВІТАМИ НА ФОНІ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ХЛАМІДІОЗУ

Антоненко О.В., Жабосдов Г.Д.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

**Ключові слова:** хронічні кон’юнктивіти, синдром “сухого ока”, урогенітальний хламідіоз

За даними ВООЗ, кількість хворих із запальними захворюваннями переднього відділу ока щорічно, впродовж останніх 10-15 років, збільшується, їх частка в структурі первинного звернення до офтальмолога сягає 40-50%. Із гострими та хронічними захворюваннями переднього відділу ока, серед яких кон’юнктивіти складають 60%, пов’язані до 80% випадків непрацездатності, до 50% госпіталізації та до 10-30% сліпоті [12].

Актуальність проблеми хронічних кон’юнктивітів обумовлюють їх тривалий перебіг та серйозні наслідки хвороби. На теперішній час в усьому світі відмічається збільшення кількості хворих з діагнозом “кон’юнктивіт” та збільшення частоти кон’юнктивітів із характерним хронічним та латентним перебігом, які викликані грам-позитивною флорою [3, 8, 10], хламідіями [1, 2, 4, 15, 20-22], мікоплазмами та уреоплазмами [7, 9, 23], аденовірусами [7, 14, 24], вірусом простого герпесу [7, 10, 13, 16]. Слід відзначити, що за останній час відбулися значні зміни в мікробному біоценозі кон’юнктивальної порожнини при хронічних кон’юнктивітах. В етіології розвитку цього захворювання зростає роль мікроорганізмів та вірусів [7, 9, 11, 13, 15, 20, 21, 22].

Як відомо, за клінічним перебігом кон’юнктивіти поділяються на гострі та хронічні, а по етіології на: бактеріальні, вірусні, алергічні та артефіціальні.

Виділяють три групи хронічних кон’юнктивітів:

1 – хронічні кон’юнктивіти, які є наслідком неправильного лікування, невилікованих або недолікованих гострих кон’юнктивітів;

2 – хронічні кон’юнктивіти, як первинний хронічний запальний процес в кон’юнктиві, обумовлені різними етіологічними факторами (трахома, весняний катар тощо)[5].

3 – хронічні кон’юнктивіти, що розвиваються внаслідок дії різних факторів неінфекційного характеру (пил, брудне повітря, дим, вроджені вади положення повік, тривалий прийом стероїдів, тривале користування контактними лінзами, системна імуносупресивна терапія, порушення правил особистої гігієни та ін.).

Для хронічних кон’юнктивітів характерні всі ті ж ознаки, що й для гострого, але виражені вони значно слабше. В деяких випадках відмічається незначна гіперемія (тільки на кон’юнктиві хряща або на перехідній складці). Інфільтрація кон’юнктиви та набряк відмічаються лише при тривалому перебігу (потовщення кон’юнктиви в ділянці нижньої

перехідної складки нижнього склепіння у вигляді бархатистої поверхні кон’юнктиви внаслідок збільшення фолікулів та сосочків). Відмічається незначне слизове виділення, інколи слизово-гнійного характеру, проявляється у вигляді заліпання повік зранку[5]. Незважаючи на невелику кількість симптомів хронічних кон’юнктивітів, скарги пацієнтів є досить множинними. Сюди можна віднести відчуття важкості повік, відчуття стороннього тіла, печію, стомлення очей під час праці, відчуття райдужних відтінків при звичайному освітленні при потраплянні слизу на рогівку [7].

Останнім часом увагу офтальмологів усього світу все більше привертає синдром “сухого ока” (ССО). Він складається з комплексу ознак рогівкового, або рогівково-кон’юнктивального ксерозу, який патогенетично обумовлений тривалим порушенням стабільності слізної плівки [6, 17].

Відомо, що ССО зустрічається у 73,7% хворих з хронічними кон’юнктивітами різної етіології, у 60% хворих з хронічними дакріоциститами та може зустрічатися при мейбомієвому блефариті [6, 18].

За даними літератури відомо, що наявність в кон’юнктиві хламідійної інфекції призводить до після запального мікрорубцювання з ураженням клітин, що продукують компоненти слізної плівки. Внаслідок цього розвивається ССО [4, 6, 19].

Особливу увагу привертає схожість скарг пацієнтів з хронічним кон’юнктивітом та синдромом “сухого ока” (відчуття стороннього тіла, сухість, слезотеча). Також схожою є й клінічна картина обох захворювань: набряк слизової оболонки, “в’яла” гіперемія, наявність виділень. Відомо, що до появи синдрому “сухого ока” як окремої нозології всім хворим з подібними скаргами та клінічною картиною виставлявся діагноз “хронічний кон’юнктивіт” [6].

Останнім часом все частіше стали зустрічатися хронічні кон’юнктивіти, що викликаються збудниками, які є етіологічними чинниками розвитку первинних запальних процесів слизової оболонки сечостатевого тракту (уретрит, вагініт). Сюди відносяться такі збудники, як хламідії, уреоплазми, мікоплазми та бактероїдна інфекція [8, 9, 13].

**Мета** дослідження – вивчити причини розвитку синдрому “сухого ока” у хворих з первинними хронічними кон’юнктивітами в поєднанні з урогенітальним хламідіозом.

**Матеріали та методи дослідження.** Робота проводилась на кафедрі офтальмології Національного медичного університету імені О.О Богомольця. Було обстежено 32 пацієнти (64 ока) з первинними хронічними кон'юнктивітами, які звернулися до шкірно – венерологічного диспансеру з приводу симптоматики з боку урогенітальної сфери. Серед них було 19 чоловіків та 13 жінок. Вік пацієнтів складав від 25 до 45 років. Строк спостереження склав 6 місяців.

Комплекс досліджень включав функціональні методи дослідження (визначення гостроти зору, поле зору, кольоровидчуття), структурні (біомікроскопія, проба Норна та Ширмера). Для виявлення бактеріальної флори усім пацієнтам проводились посіви з кон'юнктиви обох очей на кро'яний агар з фарбуванням по Граму. Для виявлення можливого інфікування кон'юнктивальної порожнини хламідійною, мікоплазменою, уреоплазменою, або бактероїдною інфекціями у всіх пацієнтів брали зішкріби з кон'юнктиви нижніх повік обох очей. Крім цього вивчали клінічний матеріал з сечостатевого тракту, епітелію задньої стінки глотки та проводили пряму імунофлюоресценцію (ПФ) та полімеразну цепну реакцію (ПЦР).

**Результати та обговорення.** Більшість пацієнтів (72,0%) мали скарги на свербіж, різь, швидку втому при зоровій роботі. При біомікроскопії визначалась гіперемія кон'юнктиви різного ступеня, виділення з кон'юнктивальної порожнини обох очей. В деяких випадках спостерігались фолікули кон'юнктиви, слизова оболонка була блідою, атрофічною. Слід відзначити, що до обстеження 27 хворих (84,4%) проходили консервативне лікування з приводу хронічного кон'юнктивіту, але терапія була мало ефективною. Загалом місцеве лікування включало антибактеріальні, протизапальні та антигістамінні препарати; 20 пацієнтів (62,5%) вже застосовували препарати штучної слюзи з приводу синдрому “сухого ока”.

Більш детальний аналіз суб'єктивних проявів захворювання визначив наступне. Найпоширенішими були скарги на почервоніння очей (29 осіб, 90,6%), відчуття сухості, “піску” в очах (23 особи, 71,8%), утруднене розкриття повік після сну (15 осіб, 46,9%), незначне слизисто-гнійне виділення з кон'юнктивальної порожнини (14 осіб, 43,7%), епітеліальні слизисті нитки (13 осіб, 40,6%), світлобоязнь (9 осіб, 28,1%), слезотечу (7 осіб, 21,9%). Інтенсивність скарг мала хвилеподібний характер.

При біомікроскопічному дослідженні були виявлені наступні ознаки хронічного кон'юнктивіту: фолікули кон'юнктиви визначені у 18 хворих (56,3%), хемоз кон'юнктиви у 11 осіб (34,8%), епітеліальні нитки – у 14 (43,8%), рубці кон'юнктиви – у 10 (31,3%), атрофія слизової кон'юнктиви – у 6 осіб (18,8%).

З метою виявлення можливого взаємозв'язку етіологічних факторів із синдромом “сухого ока” проводилась лабораторна діагностика кон'юнктиви. За результатами проведеного обстеження виявлено, що інфекційні агенти в кон'юнктиві були присутні у 87,5% хворих (28 осіб). За розподілом хламідій в моно- та мікст-варіантах результати були наступними: суто хламідії виявлені у 7 хворих (21,8%), хламідії з мікоплазмою – у 5 осіб (15,6%), хламідії в поєднанні з мікоплазмою та бактероїдами – у 4 осіб (12,5%),

хламідії в поєднанні з мікоплазмою, уреоплазмою та бактероїдами – у 5 осіб (15,6%), хламідії з уреоплазмою – у 7 осіб (21,9%). За результатами лабораторних досліджень було виявлено, що у 14 (43,8%) хворих хронічний кон'юнктивіт був асоційований з урогенітальним хламідіозом. При проведенні проби Норна розрив прерогівкової слизової плівки відбувався через 5 секунд у 26 пацієнтів, та через 11 секунд – у 6 пацієнтів. Під час проведення проби Ширмера відмічалось зниження слезопродукції в середньому до 8 мм у 28 пацієнтів. Таким чином, при проведенні проб з об'єктивно підтвердженим ССО виявлено 28 пацієнтів (87,2%) (з них 17 чоловік з ССО легкого ступеня, та 9 – середнього), без ССО – 4 пацієнти (12,5%).

Також слід відзначити, що у пацієнтів з ССО хламідії в моно- та мікст-інфікуванні були виявлені у кон'юнктиві в більшості випадків (90,6%), а у пацієнтів без ССО – у 28,1%.

**Висновки.** Таким чином, серед основних причин розвитку ССО провідне місце посідає прихована хламідійна інфекція. Роль артіфіціальних факторів (сухе повітря, комп'ютерний зоровий синдром) відходять на друге місце. У хворих з хронічними кон'юнктивітами у 45 % випадків спостерігається урогенітальний хламідіоз. Проведені лабораторні дослідження показали, що кожен з інфекційних агентів є певним етіологічним чинником розвитку як первинних хронічних кон'юнктивітів, так і ССО. Частіше серед інфекційних агентів, що є причиною розвитку хронічних кон'юнктивітів є хламідії (63,3%), мікоплазми (50,7%) та уреоплазми (44,5%), які можуть зустрічатися в моно- та мікст-варіантах.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Азнабаев М.Т., Мальханов В.Т. Аденовирусные и хламидийные заболевания глаз. Уфа, 1995. – 112с.
2. Азнабаев М. Т., Мальханов В. Б., Латыпова Э. А. Клинические особенности осложненных форм хламидийного конъюнктивита // *Здравоохранение Башкортостана* – 2000. – №5. – С.26-29
3. Анджелов В.О. Аденовирусные заболевания глаз (Этиология, клинико-эпидемиологические особенности, лечение и профилактика) // *Автореф. дисс. докт. мед. наук.*, М., 1971.
4. Анджелов В. О., Вахова Е. С, Кричевская Г. И. Современные методы диагностики и лечения офтальмохламидиоза // *Тез. докл. 7-го Съезда офтальмологов России*, Ч. 2, М., 16-20 мая 2000 г. – С. 134-135.
5. Астахов Ю. С, Рикс И. А. Современные методы диагностики и лечения конъюнктивитов // *Учебное пособие*. – СПб., -2007. – 68 с.
6. Бржеский В.В., Сомов Е.Е. Роговично-конъюнктивальный кератит (диагностика, клиника, лечение) // *СПб.: “Левша”, 2003.- 120 с.*
7. Гумерова Е.И. К вопросу об этиологической структуре воспалительных заболеваний глаз // *Воспалительные заболевания глаз (диагностика, клиника и лечение): Сб. научных трудов*. – Уфа, 2002. – с. 45-48.
8. Делекторский В. В., Яшкова Г. Н., Лунан И. Н. и др. Семейный хламидиоз // *Пособие по клинике, диагностике и лечению*. – М., 1996.-С. 1-24.

9. Дерябин Д.Г. Стафилококки. Экология и патогенность // Екатеринбург, Уро РАН, 2000.-238с.

10. Людоговская Л.А., Мухарьямова А.Е. Бактериальная флора конъюнктивы у больных с воспалительными заболеваниями переднего отдела глаза // Сб. науч. трудов: Вирусные заболевания глаз. М., 1982. – с.47-50.

11. Майчук Ю.Ф. Инфекционные заболевания глаз. В книге: Рациональная антимикробная фармакотерапия. Под ред. В.П.Яковлева, С.В.Яковлева. М., 2003; 443–59.

12. Нурмухаметова Е. Поражения глаз при ВИЧ инфекции // Русс. Мед. Журн. 1999. – т.7. – №1. – с.12-16.

13. Bobo L., Novak N., Mkoch H., 1996; Cordero-Coma M., Anzaar F., Sobrin L., Foster C, 2007

14. Caldwell H. D. Stewart S., Johnson S., Taylor H. Tear and serum antibody response to *Chlamydia trachomatis* antigens during acute chlamydial conjunctivitis in monkeys as determined by immunoblotting // *Infect. Immun.* – 1987. – P. 93 -98

15. Cordero-Coma M., Anzaar F., Sobrin L., Foster C Systemic immunomodulatory therapy in severe dry eye

secondary to inflammation // *Ocul. Immunol. Inflamm.* – 2007. – Vol. 15, №2. – P. 99 -104.

16. Gulletta E., Del Pezzo M., Del Prete A., Covelli I. Laboratory survey of *Chlamydia trachomatis* ocular infections // *Eur. J. Epidemiol.* – 1990. – №.6. – P.300-303.

17. Lo S.C. *Mycoplasmas and AIDS* // *Mycoplasmas: molecular biology and pathogenesis.* / Eds. J. Maniloff et al., Washington, 1992. P.525-548.

18. Poussier P., Julius M. Thymus independent T-cell development and selection in the intestinal epithelium // *Annu. Rev. Immunol.* 1994. – Vol. 12. -P. 521.

19. Smith H. Bacterial subversion rather their suppression of immune defences // *Bacterial and viral inhibition and modulation of host defences.* – Acad. Press, L., 1984. -P.171-189.

20. Soukiasian S.H., Baum J. Bacterial conjunctivitis. In: Krachmer J.H., Mannis M.J., Holland E.J., eds. // *Cornea.* St. Louis, Mosby-Year Book. -1996.- Vol.2. -Chap.63.

21. Streilein J.W. Immunoregulatory mechanisms of the eye // *Prog. Retin. Eye Res.* -1999. Vol.19. – P.357-370.

#### ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА “СУХОГО ГЛАЗА” У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ КОНЬЮНКТИВИТАМИ НА ФОНЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

Антоненко Е.В., Жабоедов Г.Д.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, г.Киев, Украина

**Резюме.** Полученные нами данные о высокой частоте диагностирования хламидии у больных с хроническими конъюнктивитами, осложненными синдромом “сухого глаза”, косвенно свидетельствуют об этиопатогенетической роли данного возбудителя в развитии данного синдрома.

**Ключевые слова:** хронический конъюнктивит, синдром “сухого глаза”, урогенитальный хламидиоз.

#### CAUSES OF SYNDROME “DRY EYE” PATIENTS WITH CHRONIC CONJUNCTIVITIS ON FONE UROGENITAL CHLAMYDIOSIS

H. Antonenko, G. Zhaboedov

National O.O Bohomolets Medical University, Kyiv, Ukraine

**Summary.** The data we obtained a high incidence of chlamydia diagnosis in patients with chronic conjunctivitis, complicated syndrome of “dry eye”, an indirect evidence of the etiopathogenetic role of this pathogen in the development of this syndrome.

**Keywords:** chronic conjunctivitis, a syndrome of “dry eye”, urogenital chlamydiosis.