

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАДНЕГО УВЕИТА ПРИ САРКОИДОЗЕ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

И.Н. Пашкова

ГУЗ "Елецкая городская больница №2", ул. Костенко, д. 5, г. Елец, Липецкая область, Российская Федерация, 399772.

Основные положения

Задний увеит - мультисистемное полиэтиологичное заболевание, требующее проведение дифференциальной диагностики и исключения первичного заболевания.

Аннотация

В статье представлен развернутый клинический случай хронического заднего увеита с поздней верификацией саркоидозной этиологии. Пациент в течение года получал локальную противовоспалительную, противовирусную и симптоматическую терапию без значимого эффекта. Этапное комплексное обследование позволило установить диагноз генерализованного саркоидоза с офтальмологическим дебютом. Проведено обсуждение клинической картины, алгоритма обследования, современного подхода к лечению, включая местную (интравитреальные импланты дексаметазона) и системную глюкокортикостероидную терапию. Отмечен положительный ответ на лечение и значительное улучшение офтальмологического статуса.

Ключевые слова: саркоидоз, задний увеит, витреит, макулярный отек, интравитреальные импланты, преднизолон.

Автор, ответственный за переписку: Пашкова И.Н., ул. Костенко, д. 5, г. Елец, Липецкая область, Российская Федерация, 399772, ir.pashkova@yandex.ru

Для цитирования: Пашкова И.Н. Клиническое наблюдение хронического заднего увеита при саркоидозе: особенности диагностики и лечения // Инновационное развитие врача. 2025. №1. С. 46-60. DOI:10.24412/ci-37091-2025-1-46-60

Поступила в редакцию: 08.05.2025;

поступила после доработки: 26.06.2025;

принята к печати: 11.07.2025

CLINICAL CASE OF CHRONIC POSTERIOR VEITIS IN SARCOIDOSIS: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGES

Irina N. Pashkova

Yelets City hospital number 2, 5 Kostenko St., Yelets, Lipetsk Region, Russian Federation, 399772.

Highlights

Posterior uveitis is a multisystemic, polyetiological disorder requiring differential diagnosis and exclusion of underlying systemic disease.

Abstract

This article presents a detailed clinical case of chronic posterior uveitis with delayed confirmation of sarcoidosis etiology. The patient received local anti-inflammatory, antiviral, and symptomatic therapy for one year without significant improvement. Stepwise comprehensive evaluation led to a diagnosis of generalized sarcoidosis with ophthalmic onset. We discuss the clinical presentation, diagnostic algorithm, and modern treatment approaches, including local therapy (intravitreal dexamethasone implants) and systemic glucocorticosteroids. A positive treatment response and significant improvement in ophthalmic status were observed.

Keywords: sarcoidosis, posterior uveitis, vitritis, macular edema, intravitreal implants, prednisolone.

Corresponding author: I.N. Pashkova, 5 Kostenko St., Yelets, Lipetsk Region, Russian Federation, 399772; ir.pashkova@yandex.ru

For citation: Pashkova I.N. Clinical case of chronic posterior uveitis in sarcoidosis: diagnostic and therapeutic challenges. Innovative doctor's development. 2025;(1): 46-60. DOI:10.24412/ed-37091-2025-1-46-60

Received: 08.05.2025;

received in revised form: 26.06.2025;

accepted: 11.07.2025

Список сокращений

ДЗН - диск зрительного нерва	ОКТ - оптическая когерентная томография
ИВВ - интравитреальное введение	OD - oculus dexter - правый глаз
КТ - компьютерная томография	OS - oculus sinister - левый глаз
MPT - магнитно-резонансная томография	

Введение

Саркоидоз — мультисистемное гранулематозное заболевание неизвестной этиологии, которое может проявляться как системными, так и изолированными офтальмологическими симптомами. У 20–50% пациентов офтальмологическое проявление заболевания предшествует постановке диагноза генерализованного саркоидоза [1, 2]. Офтальмосаркоидоз характеризуется двусторонним вовлечением, витреитом, ангиитом и макулярным отеком. В связи с разнообразием клинических проявлений и отсутствием патогномоничных лабораторных маркеров диагностика требует комплексного подхода с обязательной гистологической верификацией при наличии изменений в легких или лимфатических узлах [3, 4].

Хронический увеит саркоидозной этиологии характеризуется постепенным, малосимптомным течением с периодами ремиссий и обострений, что затрудняет своевременное распознавание болезни [1, 4]. Согласно современным исследованиям, запоздалое выявление саркоидоза связано с риском развития необратимых структурных изменений глазных тканей, таких как макулярный отек и поражения зрительного нерва, ведущих к атрофии тканей, значительному снижению зрительных функций и ухудшению качества жизни пациентов [5].

Клинические рекомендации подчеркивают необходимость междисциплинарного подхода в диагностике и лечении саркоидоза [3, 6]. Так, вовлечение специалистов различных профилей — пульмонологов, ревматологов, инфекционистов, онкологов, оториноларингологов — позволяет своевременно проводить комплексное обследование пациента [4, 7]. Это способствует быстрому установлению диагноза и назначению адекватной терапии, предотвращающей тяжелые осложнения. Несмотря на существующие рекомендации, в клинической практике нередко наблюдаются трудности междисциплинарного взаимодействия и несогласованность действий специалистов, что ведет к несвоевременной диагностике и инициации терапии [3, 6, 8].

Клинический случай

Пациент М. 1988 года рождения обратился на амбулаторный прием к офтальмологу в поликлинику по месту жительства в сентябре 2022 года с жалобами на снижение остроты зрения и появление плавающих помутнений в обоих глазах.

Анамнез заболевания. До 6 класса школы патологии зрительного аппарата не выявлялось. С 6 класса наблюдается с миопией слабой степени. С октября 2021 года отмечает ухудшение зрения вдаль, очковая коррекция, которой пользовался ранее, перестала устраивать. Обратился к офтальмологу в поликлинику по месту жительства, выставлен диагноз: передний увеит обоих глаз неясной этиологии. Пациент неоднократно получал курсы местной противовоспалительной терапии (глазные капли дексаметазон 0,1%, бромфенак 0,09%, фенилэфрин 2,5% — в течение 9 месяцев с периодами отмены, уменьшения и нарастания симптоматики), парабупльбарно кеналог 0,5 мл №4 с интервалом 7 дней — без эффекта. На фоне лечения отмечалась отрицательная динамика — развитие витрита, кистозного макулярного отека. Ввиду отсутствия положительного эффекта, пациент в июне 2022 года был направлен на консультацию и обследование к смежным специалистам: ревматологу и оториноларингологу. При обследовании оториноларингологом установлен диагноз хронического полипозного риносинусита, хронического компенсированного тонзиллита, аносмии, реактивной лимфаденопатии. Диагноз реактивной лимфаденопатии подчелюстной группы подтвержден на основании ультразвукового (УЗ) исследования щитовидной железы. Назначено лечение: будесонид 50 мкг по 2 дозы 1 раз в день интраназально (утром) до 3-х месяцев, монтелукаст по 10 мг 1 раз в день за час до еды в течение 3 месяцев, левоцетиризин 5 мг 1 раз в день 1 месяц, карбоцистеин по 2,7 гр. в саше 1 раз в день 1 месяц, отофаг 3 раза в день смазывать слизистую десен и языка за 40 минут до еды в течение 14 дней + в нос ежедневно 3 месяца. На фоне лечения через 14 дней отмечается положительная динамика. Рекомендована магнитно-резонансная томография (MPT) придаточных пазух носа через 3 месяца.

Учитывая, что в инициации воспалительной реакции у больных увеитами при системных заболеваниях определенное значение имеет молекулярная мимикрия, когда перекрестно реагирующие антигены собственных тканей организма вступают в реакцию с некоторыми антигенами бактерий или вирусов в комплексе с молекулами антигенов HLA, пациенту рекомендована консультация ревматолога. Пациент осмотрен ревматологом 02.08.2022 г., назначено дополнительное обследование для исключения системных заболеваний соединительной ткани как причины увеита. По данным MPT пояснично-крестцового отдела от 17.07.2022 г. выявлена МР-картина дегенеративных изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника. Грыжа диска L5 - S1. Антелистез тела L5 позвонка. Артроз дугоотростчатых позвонков. На MPT крестцово-

подвздошных сочленений от 17.07.2022 г. данных за костно-деструктивные изменения, сакроилеит не выявлено. По данным МРТ шейного отдела позвоночника от 24.09.22 г. выявлена МР-картина нарушения статки, дегенеративных изменений шейного отдела позвоночника, протрузия диска С6/С7, спондилез.

Учитывая жалобы на головную боль, самостоятельно обратился к неврологу. После обследования 17 июля 2022 года, установлен диагноз: головная боль напряженного типа с вовлечением краниовертебральных мышц, дополнительных обследований назначено не было.

По данных эхокардиографии от 17.07.2022 года патологии не выявлено. По результатам УЗИ экстракраниального отдела брахиоцефальных сосудов от 17.07.22 г. обнаружены УЗ - косвенные признаки венозной дисциркуляции. На данным УЗИ органов брюшной полости от 17.07.22 г. патологии не выявлено.

В таблице 1 представлены результаты лабораторных исследований крови, назначенные ревматологом.

В общем анализе мочи белок и клеточные элементы не обнаружены, удельный вес составил 1020 г/л, pH 5,5. Уровень уробилиногена незначительно превышал референсные значения - 17 мкмоль/л (норма 0-16 мкмоль/л). По данным электрокардиографии - ритм синусовый с частотой сердечных сокращений 78 ударов в минуту, нормальное положение электрической оси сердца, проводимость и реполяризационные процессы в норме.

Расширенное молекулярно-генетическое исследование субаллелей HLA B27 не дало положительного результата - ни субаллели, ни гомо-/гетерозиготность обнаружены не были.

На основании проведенного дополнительного обследования ревматологом установлен диагноз: реактивная спондилопатия (хламидиоз, уреоплазмоз в анамнезе) (см. анамнез жизни), серонегативная по ревматоидному фактору, HLA B27 - не ассоциированная, функциональная недостаточность 0. Умеренная гиперурикемия.

Назначено лечение: пиааскледин по 300 мг 1 раз в день 3 месяца; вазонит по 600 мг 1 раз в день 1 месяц; нейроброн по 1 таблетке 3 раза в день 14 дней; сирдалуд по 2 мг на ночь 5 дней, затем по 4 мг на ночь 2 недели. Положительной динамики в течении увеита на фоне лечения не отмечено.

Анамнез жизни. Оперативные вмешательства, травмы, в том числе глаз, отрицает. Профессиональные вредности отрицает. Наследственный анамнез: у брата

псориаз, у матери бронхиальная астма, у бабушки сахарный диабет, инсульт в возрасте менее 60 лет. Курение и злоупотребление алкоголем отрицает. Аллергический анамнез не отягощен. Непереносимость лекарственных препаратов не зафиксирована. При контакте с холодным воздухом - бронхиальный спазм. Сахарный диабет, перенесенный инфаркт миокарда, инсульт, туберкулез, инфекцию, ассоциированную с вирусом иммунодефицита человека; гепатиты, сифилис отрицает. Ранее диагностированы хламидиоз, уреоплазмоз.

Перенесенные заболевания: хламидиоз, уреоплазмоз, по поводу которых получал лечение около 7 лет назад.

Объективный статус на момент осмотра 05.09.2022 года:

Vis OD 0,2 sph-1.5 = 0,4 ВГД 14 мм рт.ст.

Vis OS 0,1 н/к ВГД 13 мм рт.ст.

ОУ - спокойные. Роговицы прозрачные, блестящие, нежные единичные преципитаты на эндотелии. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка структурна, зрачки правильной формы, реакция на свет ослаблена. В хрусталиках начальные субкапсулярные помутнения. В стекловидном теле обильные плавающие помутнения, деструкция, выраженная клеточная реакция, больше слева. Справа плавающее плотное помутнение линейной формы. Глазное дно в условиях медикаментозного мидриаза (за флером): диски зрительного нерва (ДЗН) бледно-розовые, границы четкие, сосудистый пучок в центре, экскавация 0,2. Артерии умеренно сужены, вены полнокровны, соотношение арв=2:3. Рефлекс в макуле отсутствует, макулярный отек. Периферия не изменена.

По данным оптической когерентной томографии выявлен кистозный макулярный отек ОУ (OD - 641 мкм, OS - 727 мкм. В норме толщина сетчатки в области макулы при оптической когерентной томографии (ОКТ) составляет от 150 до 250 мкм).

На основании жалоб, анамнеза и объективных данных установлен диагноз: хронический увеит неясной этиологии, кистозный макулярный отек обоих глаз. Витреит левого глаза.

Учитывая длительность заболевания, отсутствие положительной динамики на фоне ранее проведенного лечения, не установленную причину увеита для исключения инфекционного генеза назначено дополнительное обследование и консультация инфекциониста.

Таблица 1. Результаты лабораторных анализов крови

Table 1. Blood laboratory test results

	Результат/ Result	Референсные значения/ Reference Range
Антиперинуклеарный фактор, титр/ Antiperinuclear factor, titer	<10	<10
Ревматоидный фактор/ Rheumatoid factor	<10 МЕ/мл	<14,00 МЕ/мл (IU/ml)
Антитела к тиреопероксидазе (анти-ТПО), концентрация/ Anti-thyroperoxidase antibodies, concentration	10,43 МЕ/мл (IU/ml)	0,00 - 34,00 МЕ/мл (IU/ml)
Гамма-глутамилтрансфераза (гамма ГТ), активность/ Gamma-glutamyl transferase (GGT)	20 Ед/л (U/l)	10 - 71 Ед/л (U/l)
С-реактивный белок, количественно, концентрация/ C-reactive protein (CRP), quantitative, concentration	<0,6 мг/л (mg/l)	0,00 - 5,00 мг/л (mg/l)
Ферритин, концентрация/ Ferritin, concentration	234,5 мкг/л (mcg/l)	20,0 - 250,0 мкг/л (mcg/l)
Трансферрин, концентрация/ Transferrin, concentration	2,60 г/л (g/l)	2,00 - 3,60 г/л (g/l)
Креатинин в сыворотке/ Serum creatinine	94,98 мкмоль/л (μmol/l)	62,00 - 106,00 мкмоль/л (μmol/l)
Скорость клубочковой фильтрации (СКД-EPI)/ Glomerular filtration rate (CKD-EPI)	89,63 мл/мин/1,73 м ² (ml/min/1,73 m ²)	более 60,00 мл/мин/1,73 м ² (ml/min/1,73 m ²)
Билирубин прямой/ Direct bilirubin	2,66 мкмоль/л (μmol/l)	<5,00 мкмоль/л (μmol/l)
Билирубин общий/ Total bilirubin	9,33 мкмоль/л (μmol/l)	<21,00 мкмоль/л (μmol/l)
Фосфатаза щелочная общая/ Alkaline phosphatase, total	73 Ед/л (U/l)	40-130 Ед/л (U/l)
Аланинаминотрансфераза/ Alanine aminotransferase (ALT)	18,8 Ед/л (U/l)	0,0 - 41,0 Ед/л (U/l)

Общий анализ крови

Complete Blood Count (CBC)

Лейкоциты/Leukocytes (WBC)	8,41*10 ⁹ /л (l)	3,1-9,0 *10 ⁹ /л (l)
----------------------------	-----------------------------	---------------------------------

Нейтрофилы/Neutrophils	$4,54 \cdot 10^9 / \text{л (l)}$	$1,5-5,5 \cdot 10^9 / \text{л (l)}$
Лимфоциты/Lymphocytes	$2,47 \cdot 10^9 / \text{л (l)}$	$1-3,4 \cdot 10^9 / \text{л (l)}$
Моноциты/Monocytes	$1,04 \cdot 10^9 / \text{л (l)}$	$0,1-0,6 \cdot 10^9 / \text{л (l)}$
Эозинофилы/Eosinophils	$0,25 \cdot 10^9 / \text{л (l)}$	$0-0,3 \cdot 10^9 / \text{л (l)}$
Базофилы/Basophils	$0,11 \cdot 10^9 / \text{л (l)}$	$0-0,12 \cdot 10^9 / \text{л (l)}$
Эритроциты/Erythrocytes (RBC)	$5,07 \cdot 10^{12} / \text{л (l)}$	$3,8-5,4 \cdot 10^{12} / \text{л (l)}$
Гемоглобин/Hemoglobin (Hb)	163 г/л (g/l)	125-170 г/л (g/l)
Гематокрит/Hematocrit (Hct)	44,6%	36-52%
Тромбоциты/Platelets (PLT)	$237 \cdot 10^9 / \text{л (l)}$	$135-400 \cdot 10^9 / \text{л (l)}$
СОЭ по Панченкову / Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	20 мм/час (mm/hr)	1-11 мм/час (mm/hr)

Ниже приведены данные дополнительного обследования на инфекционные маркеры от 09.09.22 г.:

Инфекционный агент/ Infectious agent	Результат исследования/ Result
Ascaris lumbricoides, IgG	Отрицательный/ Negative
Echinococcus, IgG	Отрицательный/ Negative
Opisthorchis, IgG	Отрицательный/ Negative
Toxocara, IgG	Отрицательный/ Negative
Trichinella, IgG	Отрицательный/ Negative
Aspergillus fumigatus, IgG	Отрицательный/ Negative
Toxoplasma gondii, IgG, концентрация (concentration)	<0,13 МЕ/мл (референсные 0,00 - 1,00) Результат: отрицательный/0.13 IU/ml (reference 0.00 - 1.00) Result: negative
Toxoplasma gondii, IgG, avidность (avidity):	расчет концентрации avidных антител невозможен ввиду отсутствия в исследуемой пробе IgG/ calculation of the concentration of avid antibodies is impossible due to the absence of IgG in the test sample

Giardia lamblia, суммарные антитела (total antibodies)	Отрицательный/ Negative
Cytomegalovirus (CMV), IgG, (avidity):	77,7% Avi Интерпретация: высокоавидные антитела/ Interpretation: high avidity antibodies
Cytomegalovirus, IgG, количественно (quantitatively)	↑ 96,90 Ед/мл (референс 0,00 - 0,50) Результат: положительный/(reference 0.00 - 0.50) Result: positive
Herpes Simplex Virus (HSV) 1/2, IgG,	индекс авидности 87% Интерпретация: наличие высокоавидных антител/ avidity index 87% Interpretation: presence of high-avidity antibodies
Herpes Simplex Virus 1/2, IgG, отношение S/CO (signal/cutoff)	↑ 22, 200 (референс 0 - 0,9) Результат: положительный/(↑ 22, 200 (reference 0 - 0.9) Result: positive
Epstein-Barr Virus, капсидный белок (VCA), IgG, отношение S/CO (signal/cutoff)	↑ 32,90 (референс 0 - 0,9) Результат: положительный/(↑ 32.90 (reference 0 - 0.9) Result: positive
Epstein-Barr Virus, капсидный белок (VCA), IgG,	Индекс авидности 90, 30% Интерпретация: наличие высокоавидных антител/ avidity index 90, 30% Interpretation: presence of high-avidity antibodies

Инфекционист предположил наличие герпесвирусной инфекции (высокоавидные IgG к HSV и CMV) и по результатам обследования назначил лечение: ганцикловир внутривенно 10 мг/кг 2 раза в сутки с интервалом 12 часов 14 дней, затем внутривенно 5 мг/кг 1 раз в сутки 5 раз в неделю - 3 месяца. На фоне лечения положительной динамики не наблюдалось.

Учитывая двусторонний характер процесса, наличие витрита в сочетании с кистозным макулярным отеком, отсутствие положительной динамики на фоне лечения ревматолога, инфекциониста, ЛОР-врача и наличия подчелюстной лимфаденопатии, было предположено, что вероятной этиологией хронического увеита может являться саркоидоз.

Для подтверждения диагноза пациент направлен на компьютерную томографию органов грудной клетки (КТ ОГК) (17.09.2022 г.), где выявлено узловое образование в S6 правого легкого и выраженная внутригрудная лимфаденопатия.

В связи с выявленными изменениями рекомендована консультация пульмонолога, гематолога и дополнительное лабораторное дообследование для установления диагноза (таблица 2).

Учитывая наличие кистозного макулярного отека по данным ОКТ и отсутствие положительной динамики на фоне местного лечения, пациент был направлен для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения (интравитреального введения (ИВВ) импланта дексаметазона) в Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней имени Гельмгольца» Министерства здравоохранения Российской Федерации, где установлен диагноз: субактивный периферический увеит с ангиомой, макулярный отек на фоне инфицирования вирусом группы герпеса. 23.09.22 г. проведено интравитреальное введение (ИВВ) импланта дексаметазона (Озурдекс) в OS. Далее рекомендовано введение параболульбарно дексаметазона 0,4 мг через день в правый глаз №10, валганцикловир по 900 мг 2 раза в день 21 день. Через месяц на фоне терапии отмечается положительная динамика в виде увеличения остроты зрения, уменьшения клеточной реакции стекловидного тела, выраженности кистозного макулярного отека.

Несмотря на проводимое местное и системное лечение предполагаемой инфекционной (герпесвирусной) этиологии заболевания, через 3 недели отмечается повторное нарастание проявлений заднего

Таблица 2. Результаты лабораторных анализов крови

Дата анализа/ Test Date	Показатель/ Parameter	Значение/ Value	Референсные значения/ Reference Range
20.09.2022	C-реактивный белок (СРБ)/ C-reactive protein (CRP)	12 мг/л (mg/l)	< 5 мг/л (mg/l)
20.09.2022	СОЭ/Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	26 мм/ч (mm/hr)	σ до 15 мм/ч (mm/hr)
20.09.2022	АПФ (ангиотензин- превращающий фермент)/ Angiotensin-converting enzyme (ACE)	85 Ед/л (U/l)	8-52 Ед/л (U/l)
20.09.2022	IgG к HSV-1/ HSV-1 IgG antibodies	Высокая avidность/ High avidity	-
20.09.2022	IgG к CMV / CMV IgG antibodies	Высокая avidность/ High avidity	-
20.09.2022	Манту/Диаскинтест / Tuberculin skin test/Diasintest	Отрицательные/ Negative	-
20.09.2022	HLA-B27/ HLA-B27 antigen	Отрицательные/ Negative	-

увейта обоих глаз.

С большой задержкой во времени от рекомендации на амбулаторном приеме по тактике диагностического поиска этиологии увеита, пациент обращается к пульмонологу с данными компьютерной томографии органов грудной клетки во второй половине октября 2022 г. Пульмонолог предполагает развитие саркоидоза внутригрудных лимфатических узлов (ЛУ) и направляет пациента на биопсию и позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ-КТ).

По данным ПЭТ-КТ от ноября 2022 г. выявлены единичные очаги правого легкого без перифокальной инфильтрации, качественная лимфоаденопатия внутригрудных ЛУ.

В ноябре 2022 г. выполняется гистологическое исследование биоптата ЛУ средостения. В 2-х исследуемых ЛУ выявлены эпителиоидноклеточные гранулемы «саркоидозного» типа с выраженным перигранулематозным фиброзом и гиалинозом, с наличием гигантских многоядерных клеток инородных тел. По результатам биопсии диагноз саркоидоза был подтвержден.

После установления диагноза пациент наблюдается у

Table 2. Blood laboratory test results

пульмонолога, получает курсы консервативного лечения в отделении пульмонологии Федерального научно-клинического центра специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России с диагнозом: генерализованный саркоидоз с поражением легких, внутригрудных ЛУ, глаз (хронический рецидивирующий задний увеит обоих глаз), фаза стабилизации процесса. С января 2024 года инициирована системная терапия преднизолоном в дозе 20 мг/сут с постепенным снижением. Впоследствии с учетом рецидивирующего течения заднего увеита, наличия макулярного отека принято решение об инициации системной терапии глюкокортикостероидами (в соответствии с клиническими рекомендациями Российской Федерации по саркоидозу от 2022 г). Назначена терапия солумедролом 500 мг №2 с последующим переходом на пероральный прием преднизолона. В настоящий момент постоянная поддерживающая терапия 10 мг/сут.

В октябре 2024 г. проведена контрольная КТ ОГК: КТ-картина единичных очагов в легких, внутригрудной лимфоаденопатии в рамках саркоидоза без динамики от января 2024 г.

Сопутствующее офтальмологическое лечение было представлено ИВВ 19.09.2022 г. импланта с дексаметазоном (Озурдекс) в левый глаз, ИВВ лекарственного препарата афлиберцепт (Эйлеа) в левый глаз. В период с 2023 г. по 2024 г. ИВВ импланта дексаметазона (Озурдекс) № 4 в левом глазу,

№2 правого глаза, отмечается выраженная положительная динамика. Последнее ИВВ - июнь 2024 г. в левый глаз, июль 2024 г. - правый глаз.

Динамика по ОКТ представлена в таблице 3.

Таблица 3. ОКТ-данные макулярной зоны (OS)

Table 3. Longitudinal OCT monitoring of macular edema

Дата анализа/ Test Date	Центральная толщина сетчатки (мкм) OD/OS / Central Retinal Thick ness (µm) OD/OS	Референсные значения/ Reference Range
20.09.2022	641/727	Выраженный кистозный макулярный отек /Marked cystoid macular edema
10.2022	396/530	Отек уменьшился после интравитреального введения импланта дексаметазона / Edema reduction following intravitreal dexamethasone implant administration
01.2023	427/590	Стабилизация после терапии /Therapeutic stabilization
06.2023	524/615	Нарастание симптоматики /Clinical progression
02.2024	467/515	Стабилизация на фоне системной терапии глюкокортикостероидами и неоднократного ИВВ импланта Дексаметазона (озурдекс)/ Stabilization with systemic glucocorticoid therapy and repeated IVI implant (Ozurdex®)

Примечание: ИВВ - интравитреальное введение импланта, ОКТ - оптическая когерентная томография, OD - правый глаз, OS-левый глаз

Notes: IVI - intravitreal implant injection, OCT - optical coherence tomography, OD - right eye, OS - left eye, Ozurdex is a registered trademark of dexamethasone intravitreal implant

Локальный статус от 30.01.24 г: Vis OD 0,3 sph -1,0 = 0,8 ВГД 15 мм рт.ст.

Vis OS 0,6 н/к ВГД 16 мм.рт.ст.

Status oculorum: OU спокойны, конъюнктив бледно-розовая. Роговица гладкая, блестящая, прозрачная. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Зрачок 6-7 мм, реакция на свет живая. Радужка структурна, пигментная кайма сохранена. Хрусталик - начальные субкапсулярные помутнения.

В стекловидном теле OD - плавающие помутнения, деструкция. OS - обильные плавающие помутнения в виде нитей и хлопьев, больше по периферии, деструкция.

Глазное дно (медикаментозный мидриаз): ДЗН бледно-розовые, границы четкие. Ход и калибр сосудов не изменен. Рефлекс в макуле отсутствует, отмечается макулярный отек.

Заключительный диагноз: хронический периферический саркоидозный увеит с ангиитом обоих

глаз. Кистозный макулярный отек обоих глаз. Витреит левого глаза, состояние после ИВВ импланта ГКС. Миопия слабой степени обоих глаз.

В таблицах 4 и 5 представлена динамика наблюдения и лечения пациента.

Обсуждение

Задний увеит, одно из самых частых офтальмологических проявлений саркоидоза, представляет собой воспалительное поражение сосудистой оболочки глаза, охватывающее преимущественно хориоидею и/или сетчатку. Он является одной из наиболее трудно диагностируемых форм увеита, часто сопровождающейся значительным снижением зрительных функций. Согласно российским эпидемиологическим данным, увеиты составляют до 10% причин слепоты и инвалидности по зрению [6].

Согласно классификации, предложенной группой SUN

Таблица 4. Динамика остроты зрения (с коррекцией) на фоне проводимой системной и местной терапии пульмонологом и офтальмологом

Table 4. Visual acuity dynamics (best-corrected) during systemic and local therapy by pulmonologist and ophthalmologist

Дата/ Date	Глаз / Eye	Острота зрения (МКОЗ)/ Visual acuity (BCVA)	Комментарий / Clinical notes
09.2022	OD/OS	0,4/0,1	Витреит, макулярный отек /Vitreitis, macular edema
10.2022	OD/OS	0,4/0,5	На фоне терапии отмечается улучшение на фоне Озурдекса / Improvement noted during Ozurdex therapy
01.2023	OD/OS	0,5/0,6	Сохраняется стабильность / Stable condition maintained
05.2023	OD/OS	1,0/0,3-0,4	Почти нормальные показатели на фоне местной и системной терапии / Nearly normal parameters with local and systemic therapy
01.2024	OD/OS	0,8/0,6	Стабильные показатели на фоне комплексной междисциплинарной терапии / Stable parameters under comprehensive interdisciplinary therapy

Примечание: МКОЗ - максимальная скорректированная острота зрения, OD - правый глаз, OS-левый глаз

Note: BCVA - best corrected visual acuity, OD - right eye, OS - left eye

Таблица 5. Динамика на фоне проводимой терапии

Table 5. Treatment Response Dynamics

Дата/ Date	Препарат/ Medication	Доза/Форма Dose/Form	Эффект/ Effect
08.2021	Афлиберцепт (интравитреальное введение)/ Aflibercept (intravitreal)	1 инъекция OS / 1 injection OS	Без клинического эффекта / No clinical effect
10.2021	Дексаметазон (глазные капли)/ Dexamethasone (eye drops)	Местно/ Topical	Временное улучшение / Temporary improvement
03.2022	Ганцикловир, валганцикловир / Ganciclovir/Valganciclovir	Системно/ Systemic	Без клинического эффекта / No clinical effect
09.2022	Имплант дексаметазона (интравитреально, OS)/ Dexamethasone implant (intravitreal, OS)	1 имплант / 1 implant	Уменьшение отека, улучшение зрения / Reduced edema, improved vision
11.2022– 06.2024	Имплант дексаметазона (повторные инъекции)/ Dexamethasone implant (repeat injections)	4×OS, 2×OD	Стабилизация состояния / Condition stabilization
01.2024	Преднизолон / Prednisolone	10 мг/сут per os / 10 mg/day PO	Контроль системного воспаления / Systemic inflammation control

Примечание: OD - правый глаз, OS-левый глаз

Note: OD - right eye, OS - left eye

(2005) и закрепленной в клинических рекомендациях Минздрава РФ «Увеиты неинфекционные» (2024), увеиты делят на передний, промежуточный, задний и пануевиты; передний выявляется у 37–62% пациентов, промежуточный — у 4–17%, задний — у 9–38%, пануевит — у 7–38%, при этом хроническое течение фиксируется примерно в 50–60% случаев [1]. Около 50% острых передних увеитов связаны с носительством антигена HLA-B27, что подчеркивает генетическую предрасположенность [9]. По этиологии выделяют инфекционные и неинфекционные формы; последние преобладают, составляя 25–30% всех увеитов в ассоциации со спондилоартритами, васкулитами, саркоидозом и другими иммуновоспалительными заболеваниями, а еще у 35–40% причина остаётся идиопатической [1].

Если верифицирован диагноз неинфекционного увеита, то определение специфического синдрома имеет уже не столь важное значение, поскольку самый важный вывод – о необходимости назначения противовоспалительной терапии – уже сделан. Тем не менее, постановка более специфического диагноза может оказаться полезной в силу ряда обстоятельств: он позволяет прогнозировать, определить тактику лечения и заподозрить происхождение системных проявлений, генез которых ранее был неясен. Например, у молодой женщины в возрасте слегка за 20 лет с впервые возникшим острым односторонним передним увеитом и болями в спине (на которые она ранее не обращала внимания) получен положительный результат на HLA-B27. Это позволяет заподозрить анкилозирующий спондилит как причину болей в спине и направить пациентку к ревматологу и на лучевую диагностику для уточнения диагноза. HLA-B27-ассоциированные заболевания обычно имеют рецидивирующее течение, но при правильной тактике лечения их прогноз достаточно благоприятный [10]. В представленном клиническом случае также отсутствовали жалобы пациента на другие органы и системы, его беспокоило только снижение зрения.

Современные серии наблюдений показывают, что при своевременной и правильной терапии прогноз при увеите на фоне саркоидоза, как правило, благоприятный: тяжелое снижение зрения ($< 0,1$ или $< 20/200$) фиксируется менее, чем у 10% пациентов, тогда как окончательная острота зрения $\geq 0,5$ достигается у 80–90% глаз. Полное восстановление зрения описано у ~60% больных, а слепота отмечается лишь в единичных случаях. Факторами риска неблагоприятного исхода являются женский пол, афро-карибское происхождение, поздний возраст дебюта, хронизация воспаления, задний/пануевит, стойкий кистозный макулярный отек, глаукома и длительная задержка начала системной терапии. Частота осложнений при длительном течении остаётся высокой: катаракта — 55–73%, глаукома — = 28%, эпиретинальная мембрана — 24%, кистозный макулярный отёк — 20–30%. Однако даже при их развитии своевременное хирургическое или медикаментозное вмешательство позволяет сохранить функциональное зрение [11]. Федеральные клинические рекомендации Минздрава РФ «Саркоидоз» (2022) и «Увеиты неинфекционные» (2024) подчеркивают

необходимость раннего назначения стероидов, метотрексата или биологической терапии при угрозе потери зрения и регламентируют диспансерное наблюдение не реже 1 раза в 3 месяца.

Приведенный клинический случай демонстрирует типичную диагностическую проблему увеита саркоидозной этиологии. Несмотря на длительный анамнез, симптоматическая терапия в течение года не дала стойкого клинического улучшения, что потребовало расширения дифференциального поиска. По данным российских клинических рекомендаций и публикаций зарубежных авторов, увеит, сохраняющийся более 3 месяцев без эффекта от стандартной терапии, требует дообследования на системные заболевания, включая саркоидоз [1, 10, 12].

Ключевыми факторами, позволившими заподозрить саркоидоз, стали наличие витреита, кистозного макулярного отека, медиастинальной лимфаденопатии по данным КТ ОГК, а также отсутствие ответа на противовоспалительную терапию. Диагноз был подтвержден гистологически: выявлены неказеозные эпителиоидно-нодальные гранулы с фиброзом, что соответствует морфологической картине саркоидоза [3].

Современные подходы к лечению офтальмосаркоидоза включают как местную противовоспалительную терапию, так и системное применение глюкокортикостероидов. В данном случае использование интравитреальных имплантов дексаметазона (озурдекс) позволило контролировать воспаление и значительно улучшить остроту зрения, что подтверждается данными как зарубежных, так и российских исследований [7,13]. Переход на системную стероидную терапию (преднизолон) обеспечил стойкую клинико-рентгенологическую ремиссию.

Таким образом, своевременное комплексное обследование, включающее офтальмоскопию, ОКТ, КТ органов грудной клетки, лабораторные тесты и морфологическую верификацию, является основой диагностики саркоидозного увеита.

Заключение

Представленный клинический случай иллюстрирует сложность ранней диагностики и эффективного лечения хронического заднего увеита саркоидозной этиологии. Заболевание манифестировало офтальмологической симптоматикой, характерной для неинфекционного воспалительного процесса: витреит, антит, кистозный макулярный отек. В течение длительного времени пациент получал симптоматическую терапию без стойкого эффекта, что подчеркивает диагностические трудности и необходимость расширенного междисциплинарного подхода.

Только после этапного комплексного обследования, включая офтальмологическое наблюдение, КТ органов грудной клетки и гистологическое исследование лимфатических узлов, удалось верифицировать

системный саркоидоз. Переход от эмпирической терапии к патогенетически обоснованной обеспечил выраженное улучшение клинической картины и стабилизацию зрительных функций.

Случай подчеркивает, что при затяжном течении увеита с отсутствием эффекта от стандартного лечения, офтальмологу следует инициировать дообследование с участием терапевта и смежных специалистов. Особое внимание следует уделять признакам системного процесса (лимфаденопатия, изменения на КТ, лабораторные маркеры), а также

сохраняющемуся макулярному отеку. Своевременная гистологическая верификация и старт системной терапии — ключевые факторы предотвращения необратимых осложнений и слепоты.

Таким образом, описанный случай подтверждает важность многоуровневого диагностического алгоритма и междисциплинарного взаимодействия при офтальмологических проявлениях системных заболеваний, в частности саркоидоза. Он также демонстрирует эффективность современных локальных и системных подходов в лечении офтальмосаркоидоза.

Список литературы

1. Увеиты неинфекционные: клинические рекомендации / Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]. 2024. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/> (дата обращения: 13.04.2025).
2. Егоров Е. А., Аветисов С. Э., Петрова Н. В. Офтальмологические проявления саркоидоза // Вестник офтальмологии. 2020. Т. 136, № 3. С. 164–169.
3. Устинова Е. И. Эндогенные увеиты: избранные лекции для врачей-офтальмологов. М.: ЭКО-Вектор, 2019. 204 с.
4. Диффузные паренхиматозные заболевания лёгких / под ред. М. М. Ильковича. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 440 с.
5. Тулякова А. М., Усубов Э. Л. Глазные проявления саркоидоза: обзор литературы // Точка зрения. Восток-Запад. 2020. С. 74–77. DOI: 10.25276/2410-1257-2020-2-74-77
6. Нероев В. В., Танковский В. Э. Неинфекционные увеиты (клинические особенности, лечение). М.: Триумф, 2020. 172 с.
7. Herborg C. P., Rao N. A., Mochizuki M. International criteria for the diagnosis of ocular sarcoidosis: results of the first International Workshop On Ocular Sarcoidosis (IWOS) // Ocular Immunology and Inflammation. 2009. Vol. 17, № 3. P. 160–169. DOI: 10.1080/09273940902818861
8. Кузнецова Т. И., Астахов Ю. С. Можно ли сократить долю увеитов неясной этиологии? // Офтальмологические ведомости. 2019. Т. 12, № 3. С. 21–30. DOI: 0.17816/OV16369
9. Scott A., DelMonte D. W. HLA-B27 Associated Acute Anterior Uveitis [Электронный ресурс] // EyeWiki / American Academy of Ophthalmology. — URL: https://eyewiki.org/HLA-B27_Associated_Acute_Anterior_Uveitis (дата обращения: 03.03.2025).
10. Клинические случаи увеита: дифференциальная диагностика и лечение / под ред. Х. С. Сандху, Г. Дж. Каплана; пер. с англ. под ред. И. Е. Пановой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. — 496 с.
11. Ramdoss J., Jain A., Thejesvi G. N., et al. Prevalence, clinical profile, investigations, and visual outcome of sarcoid intermediate uveitis in a tertiary eye care center in South India // Indian Journal of Ophthalmology. 2022. Vol. 70, № 7. P. 2454–2457. DOI: 10.4103/ijo.IJO_3099_21
12. Панова И. Е., Дроздова Е. А. Увеиты: руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. 144 с.
13. Gupta R.B., Iljin J., Gottlieb C.C. Efficacy of intravitreal dexamethasone implant used as monotherapy for the treatment of macular edema in non-infectious uveitis: a retrospective analysis // J Ophthalmic Inflamm Infect. 2023. Vol. 18. №13(1). P. 42. DOI: 10.1186/s12348-023-00360-3.

References

1. Ministry of Health of the Russian Federation. Noninfectious Uveitis: Clinical Guidelines. Ministry of Health of the Russian Federation website. Published 2024. Accessed April 13, 2025. <https://minzdrav.gov.ru/>
2. Egorov EA, Avetisov SE, Petrova NV. Ophthalmologic manifestations of sarcoidosis. Vestn Oftalmol. 2020;136(3):164–169.
3. Ustinova EI. Endogenous Uveitis: Selected Lectures for Ophthalmologists (in Russian). Moscow, Russia: ECO-Vector; 2019.
4. Ilkovich MM, ed. Diffuse Parenchymal Lung Diseases (in Russ.). Moscow, Russia: GEOTAR-Media; 2021.
5. Tulyakova AM, Usubov EL. Eye manifestations of sarcoidosis: literature review. Tochka Zreniya Vostok-Zapad. 2020;2:74–77. DOI:10.25276/2410-1257-2020-2-74-77
6. NEROEV VV, Tankovskiy VE. Noninfectious Uveitis: Clinical Features and Treatment (in Russian). Moscow, Russia: Triumf; 2020.

7. Herborg CP, Rao NA, Mochizuki M. International criteria for the diagnosis of ocular sarcoidosis: results of the first International Workshop on Ocular Sarcoidosis (IWOS). *Ocul Immunol Inflamm.* 2009;17(3):160-169. DOI:10.1080/09273940902818861
8. Kuznetsova TI, Astakhov YS. Can the proportion of uveitis of unclear etiology be reduced? *Oftalmol Vedomosti.* 2019;12(3):21-30. DOI:10.17816/OV16369
9. Scott A, DelMonte DW. HLA-B27 Associated Acute Anterior Uveitis. *EyeWiki.* American Academy of Ophthalmology. Accessed March 3, 2025. https://eyewiki.org/HLA-B27_Associated_Acute_Anterior_Uveitis
10. Sandhu HS, Kaplan GJ, eds; Panova IE, Russian-lang ed. *Clinical Cases of Uveitis: Differential Diagnosis and*

Treatment. Moscow, Russia: GEOTAR-Media; 2023.

11. Ramdoss J, Jain A, Thejesvi GN, et al. Prevalence, clinical profile, investigations, and visual outcome of sarcoid intermediate uveitis in a tertiary eye care center in South India. *Indian J Ophthalmol.* 2022;70(7):2454-2457. DOI:10.4103/ijo.IJO_3099_21
12. Panova IE, Drozdova EA. *Uveitis: A Guide for Physicians (in Russ.).* Moscow, Russia: Medical Information Agency; 2014.
13. Gupta RB, Ilin J, Gottlieb CC. Efficacy of intravitreal dexamethasone implant used as monotherapy for the treatment of macular edema in noninfectious uveitis: a retrospective analysis. *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2023;18(1):42. DOI:10.1186/s12348-023-00360-3

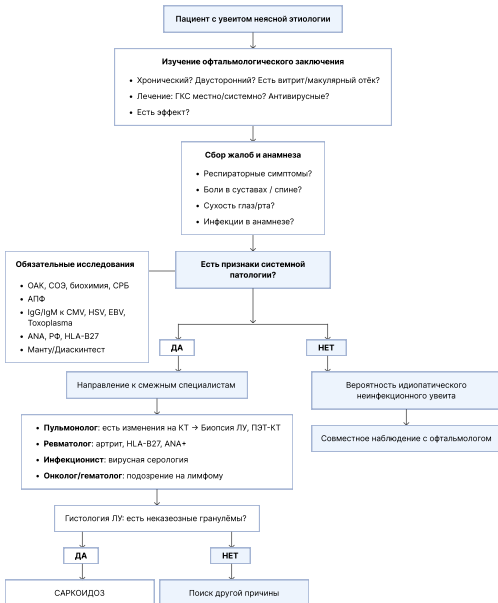
Приложение 1. Связь увеита и саркоидоза

Этиология увеитов			Особенности		
	40-45%	инфекционные		50-60%	увеитов имеют хроническое течение
	25-30%	неинфекционные		20-50%	
	35-40%	идиопатические			
Неинфекционные увеиты			Частота осложнений		
	49%	передний		64%	катаракта
	24%	задний		28%	глаукома
	23%	панувеит		25%	макулярный отек
	10%	промежуточный		24%	эпиретинальная мембрана

Appendix 1. The relationship between uveitis and sarcoidosis

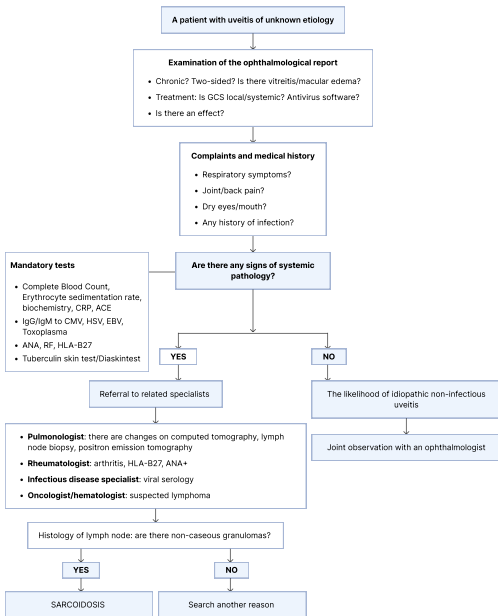
Uveitis's etiology			Features		
	40-45%	infectious		50-60%	uveitis has a chronic course
	25-30%	non-infectious		20-50%	of cases, ocular symptoms are at their onset
	35-40%	idiopathic			
Non-infectious uveitis			The frequency of complications		
	49%	Frontal		64%	Cataract
	24%	Back		28%	Glaucoma
	23%	Pauveit		25%	Macular edema
	10%	Intermediate		24%	Epiretinal membrane

Приложение 2. Алгоритм дифференциального диагноза при увеите неясной этиологии



Примечания: ГКС – глюкокортикостероиды, OAK – общий анализ крови, СОЭ – скорость оседания эритроцитов, СРБ – С-реактивный белок, АПФ – ангиотензин-превращающий фермент, КТ – компьютерная томография, ЛУ – лимфатический узел, ПЭТ – КТ – позитронно-эмиссионная томография

Appendix 2. Algorithm of differential diagnosis for uveitis of unknown etiology



Notes: GCS – glucocorticosteroids, CRP – C-reactive protein, ACE – angiotensin-converting enzyme, CMV – Cytomegalovirus, HSV – Herpes Simplex Virus, EBV – Epstein-Barr Virus, RF – rheumatoid factor, HLA – Human Leukocyte Antigens, ANA – Antinuclear Antibodies