

УДК - 617.735-002-036-022.7:579.835.12

© П.А. Бездітко, І.М. Лагоржевська, О.В. Заволока, 2013.

ОСОБЛИВОСТІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ НА ЦЕНТРАЛЬНУ СЕРОЗНУ ХОРИОРЕТИНОПАТІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМИ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ІНФІКУВАННЯ ЗБУДНИКОМ HELICOBACTER PYLORI

П. А. Бездітко, І. М. Лагоржевська, О. В. Заволока

*Харківський національний медичний університет, кафедра офтальмології (зав. кафедрою – д.мед.н., проф. Бездітко П.А.);
Україна, м. Харків, проспект Леніна, 4; E-mail: olesya_zavoloka@mail.ru*

PECULIARITIES OF PATIENTS WITH CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY CHARACTERISTICS DEPENDING ON THE FORM OF THE DISEASE AND HELICOBACTER PYLORI INFECTION

P. Bezditko, I. Lahorzhevskaja, O. Zavoloka

SUMMARY

144 patients (152 eyes) with central serous chorioretinopathy were examined. Acute form was diagnosed in 93 patients, primary chronic - in 15, secondary chronic - in 36 patients. High Helicobacter pylori infection degree was found in patients with central serous chorioretinopathy (72.9 % patients), which was depended on the form of the disease. The highest level was found in case of secondary chronic form (92,8 %). In patients with primary and acute form the degree of Helicobacter pylori infection was in 1.2 ($p < 0.01$) and 1.4 times ($p < 0.001$) lower. High level of gastrointestinal pathology was found in patients with central serous chorioretinopathy (65,3 % patients): among Hb-positive patients (82,9 %) was 4.6 times higher, than in Hb-negative patients ($p < 0,001$).

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИНФИЦИРОВАНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ HELICOBACTER PYLORI

П. А. Бездетко, И. Н. Лагоржевская, О. В. Заволока

РЕЗЮМЕ

Проведено обстеження 144 хворих (152 очей) з центральною серозною хориоретинопатією. Остру форму захворювання діагностували у 93 хворих, первично хронічну - у 15, вторично хронічну - у 36 хворих. У хворих з центральною серозною хориоретинопатією виявили високу ступінь інфікування возбудителем Helicobacter pylori (72,9 % хворих), що залежало від форми захворювання: найбільш висока при вторично хронічній формі (92,8 %), при первично хронічній і гострій формі - в 1,2 ($p < 0,01$) і 1,4 рази ($p < 0,001$) менше відповідно. У хворих з центральною серозною хориоретинопатією відзначається висока частота гастроентерологічної патології (65,3% хворих), причому середі Hb-позитивних хворих (82,9 %) в 4,6 рази частіше, ніж у Hb-негативних хворих ($p < 0,001$).

Ключові слова: центральна серозна хориоретинопатія, гостра форма, хронічна форма, Helicobacter Pylori.

Центральна серозна хориоретинопатія (ЦСХ) - це стан, що характеризується ідіопатичним локальним відшаруванням нейросенсорної сітківки в макулярній ділянці та здебільшого регресує спонтанно на протязі декількох місяців з практично повним відновленням гостроти зору [1]. Однак, у 20-50 % хворих захворювання набуває рецидивуючого, а у 5-10 % - довготривалого перебігу та приводить до патології фоторецепторів макулярної зони зі стійкою втратою гостроти зору [7]. Серед основних ускладнень центральної серозної хориоретинопатії - вторинна дистрофія сітківки, дифузна атрофія пігментного епітелію, субретинальна неоваскуляризація хоріоїдеї, кистоподібна макулярна дегенерація та субретинальний фіброз [5].

Незважаючи на велику кількість наукових праць, питання етіопатогенезу ЦСХ до сих пір залишається

відкритим, що є причиною відсутності його ефективного лікування. На сьогодні серед зарубіжних авторів велика увага приділяється ролі бактерії Helicobacter Pylori (Hb) у розвитку ЦСХ [3, 4]. По різних відомостях частота інфікування серед хворих на ЦСХ складає 39,7 - 86,2 %, що значно перевищує таку у загальній популяції [2-4, 6]. На нашу думку, таке коливання у показниках потребує уточнення з урахуванням форми ЦСХ. Крім того не було виявлено особливостей характеристики хворих на ЦСХ залежно від інфікування збудником Helicobacter Pylori та форми захворювання.

Мета роботи: визначити особливості характеристики хворих на центральну серозну хориоретинопатію залежно від форми захворювання та інфікування Helicobacter Pylori.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Під наглядом знаходилось 144 хворих (152 ока) на центральну серозну хоріоретинопатію. Діагноз центральної серозної хоріоретинопатії був виставлений у разі ідіопатичного локального відшарування нейросенсорної сітківки в макулярній ділянці після виключення інших причин ексудації: хоріоїдальної неоваскуляризації, запалення, інфільтрації. Гостру форму визначили у 93 хворих (64,6 % хворих на ЦСХ) при одній чи декількох «точках фільтрації» на ФАГ та відмежованому серозному відшаруванні сітківки правильної форми. У всіх хворих захворювання було однобічне, тому дослідження включало 93 ока. Хронічну форму діагностували у 51 хворого (35,4 % хворих на ЦСХ) при дифузних альтераціях пігментного епітелію сітківки, персистенції невисокого серозного відшарування сітківки та поширених зонах ураження. Для деталізації термінології нами була розроблена робоча класифікація ЦСХ, згідно якої хронічну форму підрозділяли на первинно хронічну (що виникала на початку захворювання) та вторинно хронічну (що виникала, як результат довготривалого перебігу). Первинно хронічну форму було виявлено у 15 хворих, що склало 10,4 % хворих на ЦСХ та 29,4 % хворих на хронічну форму захворювання. У всіх хворих цієї групи захворювання було монолатеральним, тому у дослідження було включено 15 очей. Вторинно хронічну форму діагностували у 36 хворих, що склало 25 % хворих на ЦСХ та 70,6 % хворих на хронічну форму захворювання. Слід відзначити, що у 8 хворих на вторинно хронічну форму ЦСХ захворювання було білатеральне, тому у дослідження було включено 44 ока.

Усім хворим була призначена консультація гастроентеролога та терапевта для виявлення патології шлунково-кишкового тракту та серцево-судинної системи, а також скринінгу на *Helicobacter pylori*. Для виявлення збудника *Helicobacter pylori* проводили уреазний тест, у разі його негативності – ендоскопію шлунку з біопсією. Крім стандартних, методи офтальмологічного дослідження включали спектральну оптичну когерентну томографію, флюоресцеїнову ангіографію.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Збудник *Helicobacter pylori* був виявлений у більшості хворих на ЦСХ (72,9 %, 105 осіб), але 27,1 % хворих (39 осіб) були Нб-негативними. Тобто інфікованих осіб серед хворих на ЦСХ було у 2,7 рази більше, ніж неінфікованих.

Проводячи характеристику форми ЦСХ залежно від інфікування збудником Нб, відмітили, що у більшості очей (54,9 %) Нб-інфікованих хворих на ЦСХ відмічалась гостра форма захворювання (62 ока та хворих), у 34,5 % очей – вторинно хронічна (39 очей, 31 хворий), у 10,6 % очей – первинно хронічна (12 очей та хворих). Серед Нб-негативних хворих на ЦСХ також переважала гостра форма – 79,5 %

очей (31 око та хворих), вторинно хронічна форма зустрічалась у 12,8 % очей - (5 очей та хворих), первинно хронічна – у 7,7 % очей (3 ока та хворих). При порівнянні двох підгруп між собою відмітили статистично значиму різницю у показниках. Так, серед Нб-позитивних хворих гостра форма ЦСХ зустрічалась у 1,5 разів рідше, а хронічна форма - у 2,2 рази частіше, ніж серед Нб-негативних хворих: первинно хронічна – у 1,4 разів, вторинно хронічна – у 2,7 разів частіше ($p < 0,001$).

Аналізуючи частоту виявлення збудника *Helicobacter pylori* при різних формах центральної серозної хоріоретинопатії, встановили, що найрідше збудник виявляється серед хворих на гостру форму (66,7 %, 62 ока), а найчастіше (92,8 %, 39 очей) – серед хворих на вторинно хронічну форму ЦСХ. Так, частота виявлення *Helicobacter pylori* серед хворих на вторинно хронічну форму у 1,4 рази, а при первинно хронічній (80 %, 12 очей) – у 1,2 рази перевищує таку при гострій формі захворювання ($p < 0,001$). Слід також відзначити, що при вторинно хронічній формі ЦСХ інфікування бактерією спостерігалось у 1,2 рази частіше, ніж при первинно хронічній формі ($p < 0,01$).

Аналізуючи перебіг захворювання щодо інфікування збудником *Helicobacter pylori* відмітили, що у більшості очей (65,5 %) Нб-інфікованих хворих на ЦСХ відмічався гострий перебіг хвороби (74 ока та хворих), у 23,9 % очей – рецидивуючий (27 очей, 19 хворих), у 10,6 % очей – довготривалий (12 очей та хворих). Серед Нб-негативних хворих на ЦСХ також переважав гострий перебіг – 87,2 % очей (34 ока та хворих), рецидивуючий перебіг зустрічався тільки у 12,8 % очей - (5 очей та хворих). При порівнянні двох підгруп відмітили статистично значиму різницю показників. Так, довготривалий перебіг спостерігали тільки серед Нб-позитивних хворих. Крім того, у цієї групи частота рецидивуючого перебігу була у 1,9 разів вище, а гострого перебігу – у 1,3 рази менше такої серед Нб-негативних хворих ($p < 0,001$).

Провівши уточнення щодо форми захворювання встановили, що у всіх хворих на гостру та первинно хронічну форму, незалежно від інфікування збудником *Helicobacter pylori*, перебіг ЦСХ був гострим, тобто захворювання тривало менше 6 місяців. У хворих на вторинно хронічну форму відмічався довготривалий (тривалість захворювання перевищувала 6 місяців) та рецидивуючий (наявність 2 та більше рецидивів за останні 6 місяців) перебіг захворювання, причому його характер залежав від інфікування збудником *Helicobacter pylori*. Так, тільки у Нб-позитивних хворих на вторинно хронічну форму відмічався довготривалий перебіг ЦСХ, його частота складала 30,8 % очей серед цієї підгрупи (12 хворих та очей). Рецидивуючий перебіг був відмічений у 69,2 % очей (19 хворих, 27 очей) підгрупи Нб-позитивних та у 100 % хворих (5 хворих, 5 очей) підгрупи Нб-негативних хворих на вторинно хронічну ЦСХ.

Характеристика хворих на ЦСХ щодо статі не залежала від інфікування бактерією *Helicobacter pylori*. Так, процентне співвідношення чоловіки : жінки серед Нб-позитивних хворих на ЦСХ становило 4,5 : 1 (чоловіків було 81,9 %, 86 осіб, жінок – 18,1 %, 19 осіб), що статистично значимо не відрізнялось від показника Нб-негативних хворих - 3,9 : 1 (чоловіків було 79,5 %, 31 особа, жінок - 20,5 %, 8 осіб), $p > 0,05$.

Провівши уточнення щодо форми захворювання, не виявили залежності статевого розподілу від інфікування збудником *Helicobacter pylori* в межах однієї форми. Так, серед Нб-позитивних хворих на гостру форму чоловіків було 85,5 % (53 особи), жінок – 14,5 % (9 осіб), що статистично значимо не відрізнялось від показників Нб-негативних хворих (чоловіків – 83,9%, 26 осіб, жінок – 16,1%, 5 осіб) ($p > 0,05$). Серед Нб-позитивних хворих на первинно хронічну форму ЦСХ чоловіків було 75 % (9 осіб), жінок – 25 % (3 особи), що статистично значимо не відрізнялось від показників підгрупи Нб-негативних хворих (чоловіків – 66,7 %, 2 особи, жінок – 33,3 %, 1 особа), $p > 0,05$. Серед Нб-позитивних хворих на вторинно хронічну форму ЦСХ чоловіків було 77,4 % (24 особи), жінок – 22,6% (7 осіб), що статистично значимо не відрізнялось від показників підгрупи Нб-негативних хворих (чоловіків – 60 %, 3 особи, жінок – 40 %, 2 особи), $p > 0,05$.

Вік хворих на ЦСХ не залежав від інфікування збудником Нб. Так, середній вік Нб-позитивних хворих ($36,4 \pm 8,1$ років) статистично значимо не відрізнявся від показника Нб-негативних хворих ($34,8 \pm 7,8$ років), $p > 0,05$.

При уточненні щодо форми захворювання також не виявили статистично значимої різниці показників віку хворих залежно від інфікування збудником *Helicobacter pylori* в межах однієї форми. У Нб-позитивних хворих на гостру форму ЦСХ середній вік ($31,7 \pm 6,5$ років) статистично значимо не відрізнявся від такого у Нб-негативних хворих ($32,8 \pm 6,6$ років), $p > 0,05$. У Нб-позитивних хворих на первинно хронічну форму цей показник ($43,6 \pm 7,2$ років) також статистично значимо не відрізнявся від відповідного у Нб-негативних хворих ($44,9 \pm 8,7$ років), $p > 0,05$. Середній вік серед Нб-позитивних хворих на вторинно хронічну форму ($42,8 \pm 6,6$ років) статистично значимо не відрізнявся від показника Нб-негативних хворих ($42,5 \pm 6,8$ років), $p > 0,05$.

Аналізуючи частоту та характер патології шлунково-кишкового тракту у хворих на ЦСХ виявили залежність щодо інфікування збудником *Helicobacter pylori*. Так, серед Нб-позитивних хворих на ЦСХ частота гастроентерологічної патології (82,9 %, 87 хворих) була у 4,6 разів вище від такої у Нб-негативних хворих (17,9 %, 7 хворих) ($p < 0,001$).

Крім того відрізнявся і характер патології. Пептичну виразку діагностували тільки серед Нб-позитивних хворих, частота її складала 23,8 %

осіб цієї підгрупи (25 хворих). Хронічний гастрит спостерігали серед хворих обох підгруп, однак, середня його частота була у 3,3 рази вищою серед Нб-позитивних хворих (59,1 %, 62 хворих) у порівнянні до Нб-негативних (17,9 %, 7 хворих), $p < 0,001$.

Провівши уточнення щодо форми ЦСХ, виявили залежність частоти та характеру патології шлунково-кишкового тракту до інфікування збудником Нб в межах однієї форми. Так, у Нб-позитивних хворих на гостру форму ЦСХ частота гастро-ентерологічної патології (79,0 %, 49 хворих) була у 4,9 разів вище від такої у Нб-негативних хворих (16,1%, 5 хворих), $p < 0,001$. При первинно хронічній формі 91,6 % Нб-позитивних хворих мали гастроентерологічну патологію (11 хворих), що було у 2,8 разів вище показника Нб-негативних хворих цієї групи (33,3 %, 1 хворий), $p < 0,001$. При вторинно хронічній формі у 87,1 % (27 хворих) Нб-позитивних хворих була виявлена гастроентерологічна патологія, тобто у 4,4 рази вище показника Нб-негативних хворих (20 %, 1 хворий), $p < 0,001$.

Щодо відмінностей у характері патології, то пептичну виразку діагностували тільки серед Нб-позитивних хворих. Частота її складала 19,3 % (12 хворих) Нб-інфікованих хворих на гостру форму, 33,3 % (4 хворих) – на первинно хронічну та 29 % (9 хворих) – на вторинно хронічну форму ЦСХ. Хронічний гастрит відмічали серед хворих обох підгруп. Однак, при гострій формі середня його частота була у 3,7 разів вище у Нб-позитивних хворих (59,7 %, 37 хворих), порівнюючи до Нб-негативних (16,1 %, 5 хворих), $p < 0,001$. При первинно хронічній формі хронічний гастрит зустрічався у 1,8 разів частіше у Нб-позитивних хворих (58,3 %, 7 хворих), ніж у Нб-негативних (33,3 %, 1 хворий), $p < 0,01$. При вторинно хронічній формі його частота була у 2,9 разів вище у Нб-позитивних хворих (58,1 %, 18 хворих) у порівнянні до Нб-негативних хворих (20 %, 1 хворий), $p < 0,001$.

Слід відзначити, що частота та характер патології шлунково-кишкового тракту також відрізнялися залежно від форми захворювання. Так, у Нб-позитивних хворих на гостру форму гастроентерологічна патологія (79 % хворих) зустрічалася у 1,2 рази рідше, ніж у Нб-позитивних хворих на первинно хронічну форму ЦСХ (91,7 % хворих), $p < 0,01$. Середня частота патології шлунково-кишкового тракту при вторинно хронічній формі статистично значимо не відрізнялась від такої при гострій та первинно хронічній формі ЦСХ ($p > 0,05$). Середня частота захворюваності на пептичну виразку у Нб-позитивних хворих на гостру форму (19,3 % хворих) була у 1,6 разів менше показника Нб-позитивних хворих на первинно (33,3 % хворих) та вторинно хронічну форму ЦСХ (29 % хворих) $p < 0,01$, що статистично значимо не відрізнялось між собою ($p > 0,05$).

Аналізуючи частоту та характер патології серцево-судинної системи у хворих на ЦСХ, виявили

взаємозв'язок з інфікуванням збудником *Helicobacter pylori*. Так, серед Нб-позитивних хворих атеросклероз (26,7 %, 28 хворих) та ішемічна хвороба серця (14,3 %, 15 хворих) зустрічались у 2,1 та 5,5 разів частіше, ніж у Нб-негативних хворих (12,8 %, 5 хворих та 2,6 %, 1 хворий відповідно) ($p < 0,001$). Стан після ішемічного інсульту був відмічений тільки серед Нб-позитивних хворих, його частота складала 2,9 % (3 хворих).

Провівши аналіз з уточненням форми ЦСХ, виявили, що при гострій формі захворювання серед Нб-позитивних хворих атеросклероз (22,6 %, 14 хворих) та ішемічна хвороба серця (9,7 %, 6 хворих) зустрічались у 2,3 та 3 рази частіше, ніж у Нб-негативних хворих (9,7 %, 3 хворих та 3,2 %, 1 хворий відповідно) ($p < 0,001$).

При первинно хронічній формі ішемічна хвороба серця (25,0 %, 3 хворих) та стан після ішемічного інсульту (8,3 %, 1 хворий) були відмічені тільки у підгрупі Нб-позитивних хворих; атеросклероз зустрічався з однаковою частотою 33,3 % як у Нб-позитивних хворих (4 хворих), так і Нб-негативних (1 хворий). При вторинно хронічній формі ішемічна хвороба серця (19,4 %, 6 хворих) та стан після ішемічного інсульту (6,5 %, 2 хворих) також були відмічені тільки у підгрупі Нб-позитивних хворих; атеросклероз у підгрупі Нб-позитивних хворих (32,3 %, 10 хворих) зустрічався у 1,6 рази частіше, ніж у Нб-негативних (20 %, 1 хворий), $p < 0,05$.

Слід відзначити, що частота та характер патології серцево-судинної системи також відрізнялися залежно від форми захворювання. Так у Нб-позитивних хворих на гостру форму атеросклероз зустрічався у 1,5 разів, а ішемічна хвороба серця – у 2,6 разів рідше, ніж у Нб-позитивних хворих на первинно хронічну форму та у 1,4 рази та 2 рази рідше, ніж при вторинно хронічній формі ЦСХ, $p < 0,001$. Стан після ішемічного інсульту спостерігався тільки при хронічних формах захворювання, та не був виявлений при гострій формі. Досліджувані показники у Нб-позитивних хворих на первинно та вторинно хронічну форму ЦСХ статистично значима не відрізнялись між собою ($p > 0,05$).

ВИСНОВКИ

1. У хворих на ЦСХ відмічається високий ступінь інфікування збудником *Helicobacter pylori* (72,9 % хворих), що залежить від форми захворювання: найвищий при вторинно хронічній формі (92,8 %), при первинно хронічній та гострій формі – у 1,2 ($p < 0,01$) та 1,4 рази ($p < 0,001$) менше відповідно.

2. У хворих на ЦСХ відмічається висока частота гастроентерологічної патології (65,3% хворих), що залежить від інфікування збудником *Helicobacter pylori*: серед Нб-позитивних хворих (82,9 %) у 4,6 рази частіше, ніж у Нб-негативних хворих ($p < 0,001$).

3. Характер патології шлунково-кишкового тракту у хворих на ЦСХ залежить від форми захворювання та інфікування збудником *Helicobacter pylori*: пептичну виразку діагностували тільки серед Нб-позитивних хворих з частотою 23,8 % хворих, причому середня частота захворюваності у Нб-позитивних хворих на хронічну форму (31,2 % хворих) була у 1,6 разів менше такої при гострій формі ЦСХ ($p < 0,01$).

4. У хворих на ЦСХ відмічається висока частота серцево-судинної патології (36,5 % хворих), причому серед Нб-позитивних хворих атеросклероз (26,7 %) та ІХС (14,3 %) зустрічається у 2,1 та 5,5 разів частіше, ніж у Нб-негативних хворих ($p < 0,001$), а стан після ішемічного інсульту був відмічений тільки серед Нб-позитивних хворих (2,9 % хворих).

5. Частота та характер серцево-судинної патології залежить від форми ЦСХ: при гострій формі атеросклероз (22,6 % хворих) та ІХС (9,7 %) зустрічається у 1,5 та 2,3 рази рідше, ніж при хронічній формі ($p < 0,001$); стан після ішемічного інсульту був відмічений тільки у хворих на хронічну форму ЦСХ (7,4 % хворих).

ЛІТЕРАТУРА

1. Чиковани К. Р. Диагностические критерии и дифференцированный подход к лечению различных форм центральной серозной хориоретинопатии: дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.08 / К. Р. Чиковани. – Москва, 2011. – 137 с.
2. Abreu R. *Helicobacter pylori* and central serous chorioretinopathy / R. Abreu, J. Nadal, P. Abreu ; Arch Soc Esp Ophthalmol. – 2008. – Vol. 83 (11). – P. 637–638.
3. Central serous chorioretinopathy and *Helicobacter pylori* / L. Cotticelli, M. Borrelli, A.C. D'Alessio [et al.] ; European journal of ophthalmology. – 2006. – Vol. 16 (2). – P. 274 – 278.
4. Coriorretinopatía serosa central como manifestación extradigestiva de infección gástrica por *Helicobacter pylori* / V.M. Asensio-Sánchez, B. Rodríguez-Delgado, E. García-Herrero [et al.] ; Arch Soc Esp Ophthalmol. – 2008. – Vol. 83 (3). – P. 177–182.
5. Gemenetzi M. Central serous chorioretinopathy: an update on pathogenesis and treatment / M. Gemenetzi, G. De Salvo, A. J. Lotery // Eye (Lond). – 2010. – Vol. 24. – P. 1743–1756.
6. Misiuk-Hojło M. *Helicobacter pylori* - a risk factor for the development of the central serous chorioretinopathy / M. Misiuk-Hojło, M. Michałowska, A. Turno-Krecicka // A Klin Oczna. – 2009. – Vol. 111 (1-3). – P. 30–32.
7. The foveal photoreceptor layer and visual acuity loss in central serous chorioretinopathy / F. C. Piccolino, R. R. de la Longrais, G. Ravera [et al.] // Am. J. Ophthalmol. – 2005. – Vol. 139. – P. 87–99.