

Priekinio uveito etiologijos, klinikos, diagnostikos bei gydymo ypatybės KMUK

ETIOLOGY, CLINICAL FINDINGS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ANTERIOR UVEITIS IN KAUNAS UNIVERSITY OF MEDICINE

Rima Boguševičienė, Aurija Kalasauskienė, Jurgita Valiūnaitė–Mickevičienė, Tomas Mickevičius*

KMU Akių ligų klinika, * KMU Biomedicininų tyrimų instituto Elektrofiziologijos laboratorija



Santrauka

Atlikta retrospektyvioji 2004–2005 m. Kauno medicinos universiteto Akių ligų klinikoje gydytų 299 ligonių, sirgusių priekiniu uveitu, gydymo stacionare istorijų analizė. Moterų buvo 48,2 proc. ($n=144$, amžiaus vidurkis $64,29 \pm 16,73$ metų), vyrų – 51,8 proc. ($n=155$, amžiaus vidurkis $54,31 \pm 17,41$ metų). 47,8 proc. ligonių priekinis uveitas diagnozuotas kairėje, 46,5 proc. – dešinėje, o 5,7 proc. – abiejose akyse. 15,38 proc. ligonių priekinį uveitą sukėlė akies trauma; 31,44 proc. – infekcinės (bakterinės, virusinės, grybelinės, parazitinės) ligos; 13,71 proc. ligonių sisteminės neinfekcinės ligos (ankilozinis spondilioartritas, Reiterio sindromas, psoriazinis artritas, juvenilinis lėtinis artritas). Ligos priežastis nebuvo nustatyta 39,47 proc. tirtųjų. Stacionare praleistų dienų vidurkis buvo $7,09 \pm 3,33$ dienos. Dažniausias pacientų skundas – akies skausmas, kuris vargino 80,94 proc. ligonių. Vyzdžio sąaugos tarp rainelės ir lęšiuko (užpakalinės sąaugos) nustatytos 49,16 proc. sergančiųjų. Po gydymo 23,75 proc. ligonių sąaugos nutrūko, dalinai nutrūko 16,05 proc., nenutrūko 9,36 proc. ligonių. Dažniausiai priekinio uveito sisteminiam gydymui skirti nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo – 87,29 proc. sergančiųjų, kortikosteroidų lašai – 80,27 proc. ir midriatikai – 81,30 proc. Antibiotikais gydyta 71,24 proc. ligonių, sergančių infekciniais ir trauminiais uveitais. 94,00 proc. pacientų akių būklė po gydymo stacionare pagerėjo (klinikiniai simptomai sumažėjo), 4,33 proc. ligonių pasveiko (klinikiniai simptomai visiškai išnyko, pacientai visiškai pasveiko), 1,67 proc. akies būklė pagerėjo nežymiai.

Reikšminiai žodžiai: priekinis uveitas, intraokulinis uždegimas, sąaugos, gydymas.



Summary

Retrospective study of 299 cases of patients with anterior uveitis treated in Kaunas University of Medicine Eye department during 2004–2005 years was done. There were 48.2 % women ($n=144$, medium age 64.29 ± 16.73 years), men – 51.8 % ($n=155$, medium age 54.31 ± 17.41 years). 47.8 % patients had anterior uveitis in left eye, 46.5 % – in right, 5.7 % – in both eyes. Eye traumas caused anterior uveitis in 15.38 % cases, different infection (bacteria, viruses, fungi, parasites) in 31.44 %, systemic noninfection diseases in 13.71 %. In 39.47 % cases, cause of uveitis was not detected. The patients were treated (spent) in hospital for average 7.09 ± 3.33 days. The most common complaint (for 80.94 % pa-



Rima Boguševičienė, KMUK gydytoja oftalmologė. 1982 m. baigė Kauno medicinos institutą (KMI), 1983 m. baigė KMI oftalmologijos internatūrą. 2000 m. apgynė daktaro disertaciją „Kompleksinis akių traumų baigčių prognozavimas“. Domėjimosi sritys: akių traumos, uždegimai, akies mikrochirurgija. Dirba KMU Akių ligų klinikoje, Eivenių g. 2, 50009 Kaunas. El. paštas rimabogus@yahoo.com

Aurija Kalasauskienė, KMUK gydytoja oftalmologė. 1986 m. baigė Kauno medicinos institutą (KMI), 1987 m. baigė KMI oftalmologijos internatūrą. Spaudoje paskelbė 17 straipsnių. Domėjimosi sritys: akių uždegiminiai susirgimai, akies mikrochirurgija. Dirba KMU Akių ligų klinikoje, Eivenių g. 2, 50009 Kaunas. El. paštas aurijak@gmail.com

Jurgita Valiūnaitė–Mickevičienė, KMU Akių ligų klinikos rezidentė, 2006 m. baigė KMU, Medicinos fakultetą, 2007 m. baigė medicinos internatūrą. Spaudoje paskelbė 3 straipsnius. Domėjimosi sritis – oftalmologija. Dirba KMU Akių ligų klinikoje, Eivenių g. 2, 50009 Kaunas. El. paštas v.jurgita@gmail.com

Tomas Mickevičius, KMUK rezidentas, BMTI Elektrofiziologijos laboratorija, j. m. d. 2006 m. baigė KMU, medicinos fakultetą, 2007 m. baigė medicinos internatūrą. Spaudoje paskelbė 10 mokslinių straipsnių. Domėjimosi sritys: elektrofiziologija, oftalmologija. Dirba KMU Biomedicininio tyrimų instituto Elektrofiziologijos laboratorijoje, Eivenių g. 4, 50009 Kaunas. El. paštas tomas.mickevicius@gmail.com.

tients) was pain. Adhesions between lens and iris were identified in 49.16 % cases. After treatment there were no adhesions in 23.75 % cases, they stayed partly in 16.05 % cases and severe were identified in 9.36 % cases. The most common treatment was nonsteroid anti-inflammatory drugs (in 87.29 % cases), corticosteroids (80.27 %) and mydriatics (81.30 %). Antibiotics were used for 71.24 % patients with infectious and traumatic uveitis. After treatment disease was cured in 4.33 % patients, in 94 % cases eye's condition was better and 1.67% changed marginally.

Key words: anterior uveitis, intraocular inflammation, adhesions, treatment.



IVADAS

Priekinio akies segmento (rainelės ir krumplyno) uždegimas, arba priekinis uveitas, yra dažniausia (iki 71proc.) intraokulinio uždegimo forma [1,2]. Oftalmologų tikslas – tiksliai diagnozuoti šią ligą, nustatyti jį sukėlusias priežastis bei tinkamai parinkti gydymą, norint išvengti ligos komplikacijų ir atkryčių, pagerinti ligonių gyvenimo kokybę. Skirtingos etiologijos priekinių uveitų klinikinis vaizdas įvairus, tačiau jiems būdingi visi klasikiniai uždegimo požymiai. Priekiniais uveitais gali sirgti visų amžiaus grupių žmonės, nors dažniausiai serga jauno ir vidutinio amžiaus (25–44 metų) [1]. Skirtingai nuo užpakalinio uveito priekinis uveitas pasireiškia dažniau (28–66 proc.), bet rečiau sukelia aklumą [2]. Visgi 2,8 proc. sergančiųjų šios ligos pasekmė būna visiškas apakimas [3]. Sergantieji priekiniais uveitais skundžiasi neryškiu matymu, šviesos baimė ir ašarojimu, akies skausmu. Kliniškai priekiniai uveitai pasireiškia ląsteline ofusacija ir proteinine eksudacija priekinėje kameroje, rainelės hiperemija, precipitais ant ragenos užpakalinio paviršiaus ir užpakalinėmis rainelės sąaugomis, krumplyno spazmu ir mioze, krumplyno kraujagyslių išsiplėtimu (ciliarinė injekcija), krumplyno disfunkcija– intraokulinė hipertenzija ar hipotenzija. Pagal eigą priekiniai uveitai gali būti ūminiai ir lėtiniai su paūmėjimo epizodais. Pagal etiologinius veiksnius priekiniai uveitai skirstomi į infekcinius ir neinfekcinius (autoimuninius: idiopatinis, susijusius su sisteminėmis ligomis, susijusius su chirurgija, trauma ar toksiniais veiksniais) [1,2]. Kartais ligos priežastis nenustatoma. Paprastai priekiniai uveitai gydomi medikamentiniu būdu. Medikamentinio gydymo tikslas – sumažinti akies skausmą ir šviesos baimę, panaikinti uždegimą, užkirsti kelią komplikacijoms (užpakalinės rainelės sąaugos, antrinė glaukoma, antrinė katarakta) ir išsaugoti arba atkurti geras regėjimo funkcijas.

niais) [1,2]. Kartais ligos priežastis nenustatoma. Paprastai priekiniai uveitai gydomi medikamentiniu būdu. Medikamentinio gydymo tikslas – sumažinti akies skausmą ir šviesos baimę, panaikinti uždegimą, užkirsti kelią komplikacijoms (užpakalinės rainelės sąaugos, antrinė glaukoma, antrinė katarakta) ir išsaugoti arba atkurti geras regėjimo funkcijas.

DARBO TIKSLAS

Nustatyti dažniausias priekinio uveito priežastis, klinikinius simptomus bei hospitalizavimo trukmę. Įvertinti skirto gydymo veiksmingumą, įtaką regėjimo aštrumui ir ligos simptomų išnykimui.

TYRIMŲ MEDŽIAGA IR METODIKA

Atlikta 299 ligonių, sirgusių priekiniu uveitu ir gydytų KMU Akių ligų klinikoje 2004–2005 m., gydymo stacionare istorijų retrospektyvioji analizė. Vertinta ligos priežastys, klinikiniai simptomai, medikamentinis gydymas, jo reikšmė klinikinių požymių regresijai ir regėjimo aštrumo pagerėjimui, gydymo stacionare trukmė. Statistinei analizei naudotas Stjudento (t) testas, chi kvadrato (χ^2) kriterijus. Duomenys išanalizuoti naudojant kompiuterinį duomenų statistinės analizės paketą „SPSS 12.0.“ Skirtumas statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$.

REZULTATAI

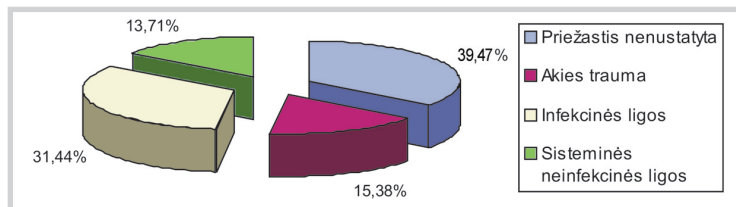
Išnagrinėtos 299 ligonių, sirgusių priekiniu uveitu 2004–2005 metais, ligos is-

torijos (2004 m. – 157, 2005 m. – 142). Moterų buvo 48,2 proc. (n=144, amžiaus vidurkis – $64,29 \pm 16,73$ metų), vyrų – 51,8 proc. (n=155, amžiaus vidurkis – $54,31 \pm 17,41$ m.) (1 lentelė).

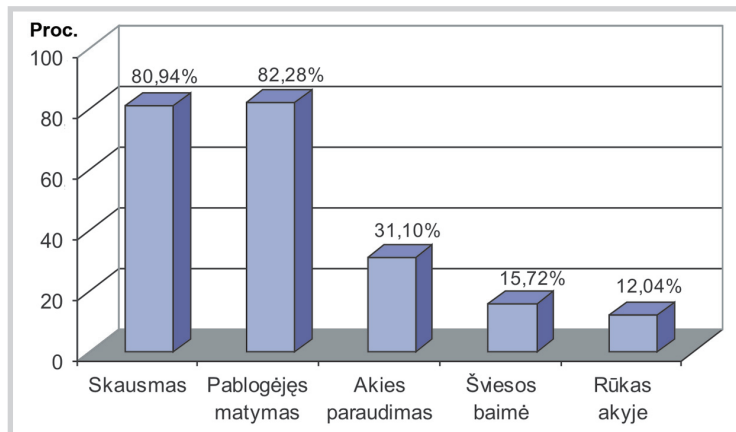
143 (47,8 proc.) ligoniams priekinis uveitas diagnozuotas kairėje akyje, 139 (46,5 proc.) – dešinėje), o 17 (5,7 proc.) abiejose

1 lentelė. Ligonų pasiskirstymas pagal lytį ir jų amžiaus vidurkis

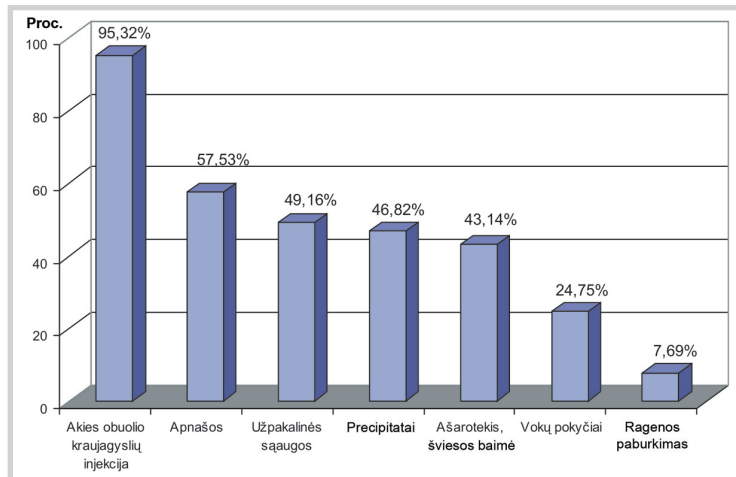
Lytis	Moterys	Vyrai	p
Ligonų skaičius (n)	144	155	>0,05
Ligonų kiekis (proc.)	48,2	51,8	
Amžiaus vidurkis (m.)	$64,29 \pm 16,73$	$54,31 \pm 17,41$	<0,05



1 pav. Priekinių uveitų priežastys



2 pav. Ligonų skundai



3 pav. Objektyvaus akių tyrimo duomenys

akyse. Atsižvelgiant į ligos simptomų pasireišimo pobūdį ir trukmę, 270 (90,45 proc.) sergančiųjų nustatytas ūminis, 29 (9,55 proc.) – lėtinis paūmėjęs priekinis uveitas. Vertinant etiologinius veiksnius, rasta, kad dažniausia priekinio uveito priežastis – įvairi infekcija (bakterinė, virusinė, grybelinė, parazitinė) 94 ligoniams, o tai sudarė 31,44 proc. sergančiųjų, 46 (15,38 proc.) ligoniams priekinį uveitą sukėlė akies trauma; sisteminės neinfekcinės ligos (ankilozinis spondilioartritas, Reiterio sindromas, psoriazinis artritas, juvenilinis lėtinis artritas) – 41 ligoniui (13,71 proc.). Ligos priežastis liko nenustatyta 118 (39,47 proc.) tirtųjų (1 pav.).

Hospitalizavimo trukmės vidurkis – $7,09 \pm 3,33$ dienos. Ilgiausiai gydyti ligoniai, kuriems ligos priežastis nenustatyta – $7,52 \pm 3,59$ dienos, trumpiausiai – sergantys priekiniu uveitu, kurį sukėlė infekcinės ligos – $6,28 \pm 3,59$ dienos, $p < 0,05$.

235 (78,6 proc.) ligoniai stacionare buvo gydomi pirmą kartą, 64 (21,4 proc.) – hospitalizuoti pakartotinai dėl ligos atkryčio.

Analizuojant pacientų skundus, nustatyta, kad skausmu skundėsi 242 (80,94 proc.), pablogėjusiu matymu – 252 (82,28 proc.), akies paraudimu – 89 (31,10 proc.), šviesos baimė – 47 (15,72 proc.) ligoniai, 36 (12,04 proc.) įvardijo tik „rūkas akyje“ simptomą (2 pav.).

Vertinant klinikinius oftalmologinius simptomus, ašarotekis ir šviesos baimė nustatyta 129 (43,14 proc.), nedidelis vokų paburkimas ir uždegiminė pseudoptozė – 74 (24,75 proc.), ciliarinė, perikornealinė arba mišri akies obuolio injekcija – 285 (95,32 proc.) ligoniams, ragenos precipitai nustatyti 140 (46,82 proc.), apnašos – 172 (57,53 proc.), ragenos paburkimas – 23 (7,69 proc.), užpakalinės sąaugos 147 (49,16 proc.) ligoniams. Šie duomenys grafiškai pavaizduoti 3 paveiksle.

Atsižvelgiant į priekinius uveitus sukėlusias priežastis, 213 (71,24 proc.) ligonių buvo gydyti sistemškai antibiotikais (ampicilinu, gentamicinu, tobramicinu ir kt.), 261 (87,29 proc.) – nesteroidiniais vaistais nuo uždegimo (NVNU) (diklofenaku ir kt.), 22 (7,36 proc.) – priešvirusiniais vaistais (acicloviru). Antihistamininių vaistų skirta – 72 (24,08 proc.). 90 (30,1 proc.) sergančiųjų priekiniu uveitu vartojo įvairius vitaminus ir maisto papildus (4 pav.).

Vietinio veikimo vaistų, t. y. M–cholino receptorių blokatorių– midriatikų (plečiantys vyzdį) skirta 243 ligoniams (81,30 proc.), gliukokortikoidų – 240 (80,27 proc.), iš jų subkonjunktivalinėmis injekcijomis – 230 (76,9 proc.), injekcijų skaičiaus vidurkis – $5,29 \pm 3,97$ karto ($p < 0,05$); gliukokortikoidų su antibiotikais (sudėtiniai vaistai) – 140 (46,82 proc.), NVNU lašais skirti 143 (47,79 proc.) ligoniams (5 pav.).

Akies hipertenzijai mažinti buvo skirta β adrenoblokatorių (BAB) – 79 (26,42 proc.) bei vietinio veikimo karboanhidrazės inhibitorių (KAI) 47 (15,72 proc.). Fizioterapinės procedūros skirtos 119 (39,8 proc.) ligonių.

Ligoniams, sergantiems priekiniu uveitu, gydyti skirtas kompleksinis gydymas. Sisteminius nesteroidinius vaistus nuo uždegimo kartu su M–cholino receptorių blokatoriais (lašais, midriatikais) vartojo – 222 (74,26 proc.) ligoniai. Trijų grupių vaistus: sisteminis nesteroidinius vaistus nuo uždegimo kartu su M–cholino receptorių blokatoriais (lašais) ir gliukokortikoidų lašais vartojo 177 (59,20 proc.) ligoniai. Keturių grupių vaistai skirti 86 (28,76 proc.) ligoniams: sisteminio veikimo nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo, M–cholino receptorių blokatoriai (midriatikai) ir gliukokortikoidai su antibiotikais (lašais), 23 (7,69 proc.) ligoniams skirta net penkių grupių vaistų: sisteminio veikimo nesteroidinių vaistų nuo uždegimo, M–cholino receptorių blokatorių (midriatikų), gliukokortikoidų su antibiotikais (lašais) ir sisteminio veikimo antihistamininių preparatų (6 pav.).

Pirmos apžiūros metu užpakalinių vyzdžių sąaugų (tarp rainelės vyzdinio krašto ir priekinio lęšiuko paviršiaus) rasta 147 (49,16 proc.) ligoniams. Išrašant pacientus iš stacionaro, jos buvo visiškai nutrūkusios 71 (23,75 proc.), dalinai nutrūkusios 48 (16,05 proc.), o nenutrūkusios 28 (9,36 proc.) ligoniams (7 pav.).

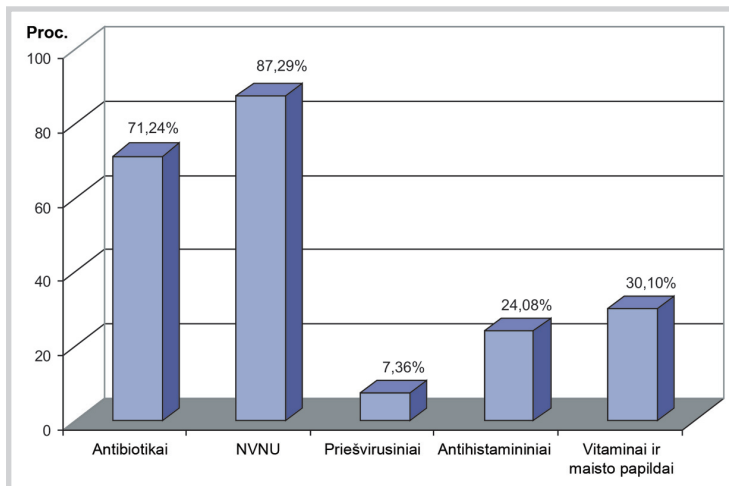
Ligonių sergančios akies regėjimo aštrumas stacionare buvo $V 0,42 \pm 0,39$, išrašant pacientus iš stacionaro – $V 0,49 \pm 0,35$, ($p < 0,05$).

94 proc. pacientų akių būklė po gydymo stacionare pagerėjo (klinikiniai simptomai sumažėjo), 4,33 proc. pasveiko (klinikiniai simptomai visiškai išnyko, pacientas visiškai pasveiko), 1,67 proc. būklė pagerėjo nežymiai (varginantys simptomai:

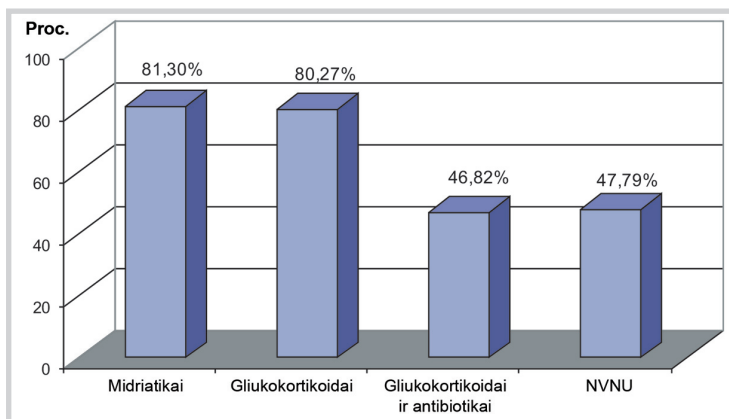
pablogėjęs matymas, vyzdinės užpakalinės sąaugos išliko).

REZULTATŲ APTARIMAS

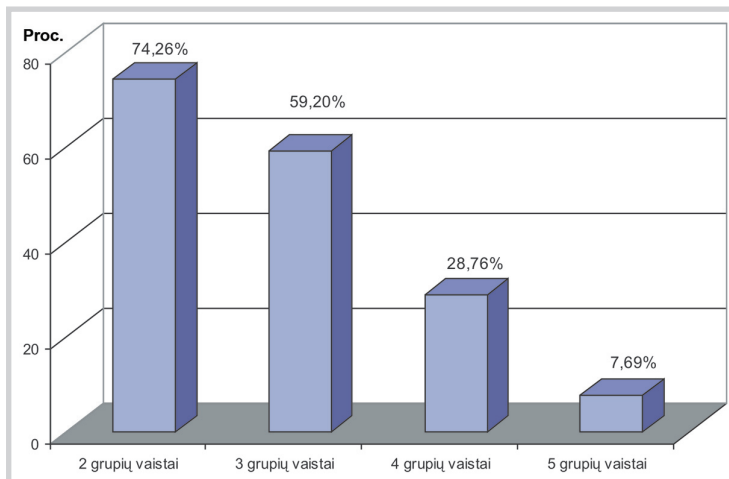
Vien JAV daugiau kaip 280 tūkst. žmonių kasmet serga uveitais. Įrodyta, kad uveitų etiologija tiesiogiai susijusi su ekologiniais, socialiniais ir ekonominiais



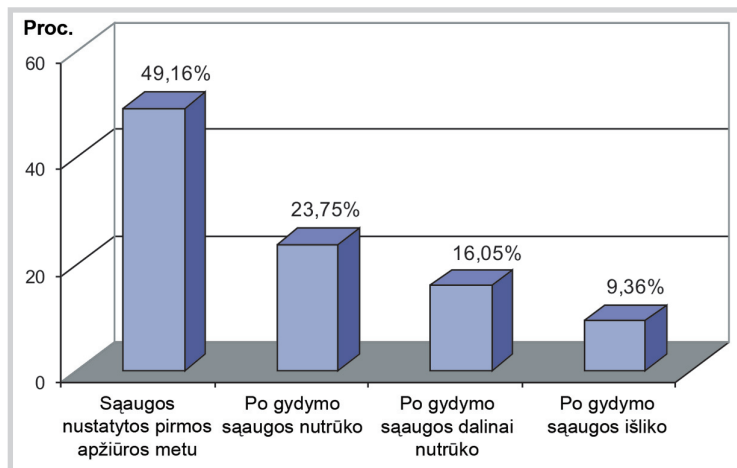
4 pav. Sisteminių vaistų vartojimas



5 pav. Vietinio veikimo vaistų vartojimas



6 pav. Priekinių uveitų gydymo vaistų grupių skaičius



7 pav. Vyzdžio sąaugos tarp rainelės ir lęšiuo (proc.)

veiksniais [3,4,5,6,21]. Todėl skirtingose šalyse uveitų priežastys nevienodos. Tropinės šalys yra priklausomos nuo savo klimatinės sąlygų, dominuojančių patogenų bei paplitusių ligų, kurie daro įtaką epidemiologiniams ir geografiniams specifinių sukėlėjų paplitimams [4]. Tropicinėse šalyse vyrauja infekcinės kilmės uveitai [4]. Irane ir kitose vidurio Rytų šalyse infekcinės kilmės uveitai sudaro 16,5 proc., dažniausia jų priežastis – herpesinė infekcija, o Saudo Arabijoje – tuberkuliozė ir toksoplazmozė. Neaiškios kilmės uveitai šiose šalyse pasitaiko 27 proc. ir daugiau. Autorių duomenimis, šiame regione uveitų paplitimas ir etiologiniai veiksniai koreliuojasi su Europos šalių analogiškais duomenimis [14,15,16,17,18,19,20]. Epidemiologinių tyrimų apie priekinių uveitų paplitimą nedaug, jie apsiriboja daugiausia išsivysčiusių šalių populiacija [2]. Įvairių autorių duomenimis, nepaisant atliktų tyrimų, vis dėlto daugiausia (38–56 proc.) priekinių uveitų išlieka neaiškios etiologijos. Didelę dalį uveitų (iki 37 proc.) sukelia įvairios akies traumos ar infekcinės ligos. 6–10 proc. uveitų diagnozuojama herpesinė kilmė. Apie 12,5 proc. uveitų sukelia sisteminės neinfekcinės ligos, iš jų 21–23 proc. uveitų sukelia seronegatyvios spondilartropatijos, 9–11 proc. – juvenilinis reumatoidinis artritas [7].

Mūsų duomenimis, priekinio uveito priežastis nenustatyta 39,47 proc. sergančiųjų. Dažniausiai pacientai sirgo infekcinės kilmės uveitais (bakterinės, virusinės, grybelinės, parazitinės) – 31,44 proc. Akies trauma sukėlė 15,38 proc. priekinio uveito, mažiausia dalis uveitų sukelta sisteminių neinfekcinių ligų (ankilozinio

spondilioartrito, Reiterio sindromo, psoriatinio artrito, juvenilinio reumatoidinio artrito) – 13,71 proc. Šie duomenys labai panašūs su literatūroje pateiktais įvairių epidemiologinių uveitų tyrimų duomenimis.

Uveitai nėra su lytimi susijusios ligos. Vyrai ir moterys šia liga serga vienodai dažnai. Iki 10 metų ir vyresni nei 70 metų asmenys serga rečiau [1,6], dažniausiai serga vidutinio amžiaus, t. y. 30–40 metų asmenys [14,15,16,17,18,19]. Mūsų duomenimis, sergančiųjų priekiniu uveitu moterų buvo 48,2 proc. ($n=144$, amžiaus vidurkis – $64,29 \pm 16,73$ metų), vyrų – 51,8 proc. ($n=155$, amžiaus vidurkis $54,31 \pm 17,41$ metų). Taigi pagal KMU Akių ligų klinikoje gydytų sergančiųjų priekinių uveitų skaičių vyrai ir moterys vienodai dažnai sirgo priekiniu uveitu. Sergantieji priekiniais uveitais ir gydyti stacionare buvo vyresnio nei vidutinio amžiaus. Priekiniai uveitai dažniausiai gydomi konservatyviai, tik tokios komplikacijos kaip glaukoma arba katarakta gali būti gydomos chirurgiškai. Konservatyviam gydymui 38,6 proc. ligonių skiriamas tik vietinis gydymas ir 50,3 proc. ligonių jis derinamas su sisteminiu gydymu [22]. Konservatyvus gydymas priklauso nuo ligos etiologijos, t. y. ar uždegimas yra infekcinės ar neinfekcinės kilmės [1,2,8,11]. Literatūros duomenimis, priekinių uveitų gydymui dažniausiai skiriama vietinio veikimo (lašais) M–cholino receptorių blokatorių cikloplegikų–midriatikų užpakalinių vyzdinių sąaugų nutraukimui. KMU Akių ligų klinikos duomenimis, M–cholino receptorių blokatorių cikloplegikų–midriatikų skirta 81,30 proc. sergančiųjų priekiniais uveitais.

Cerqueti P.M., Sacca S.C., Allegri P., Ciurlo G. ir kiti autoriai atliko 66 ligonių, sirgusių ūminiu ir lėtiniu uveitu, vertino gliukokortikoidų veiksmingumą bei galimą šalutinių reiškinių pasireiškimą. Jie teigia, kad vieni pagrindinių veiksmingų vaistų, gydant šią ligą, yra gliukokortikoidai [9].

Yang P.Z., Wang H., Zhou H.Y. ir kiti mokslininkai atliko retrospektyviąją gydymo analizę. Gydymui dažniausiai skirta antibiotikų: lašais gydyti 97,0 proc. ligonių, subkonjunktyvalinėmis injekcijomis – 71,6 proc., geriamaisiais ar leidžiamaisiais (sisteminio poveikio vaistais) – 83,8 proc. Gliukokortikoidų (lašais)

skirta 90,3 proc., injekcijomis (subkonjunktyvalinėmis arba retrobulbarinėmis) – 84,0 proc., intraveninėmis – 92,9 proc. Šios studijos autoriai teigia, kad, skiriant gliukokortikoidus, svarbu atsižvelgti į vaisto dozę bei vartojimo trukmę, jei uveitą sukėlė infekcija, gydymui skiriama antibiotikų [10]. KMU Akių ligų klinikoje 87,29 proc. sirgusiųjų priekiniu uveitu gydymui skirta sisteminio veikimo nesteroidinių vaistų nuo uždegimo (NVNU), nes jie inhibuoja ciklooksigenazę, todėl slopinama prostaglandinų sintezė. 80,27 proc. ligonių skirta gliukokortikoidų (lašais), subkonjunktyvalinėmis injekcijomis – 76,9 proc. ligonių. Gliukokortikoidais ir antibiotikais (sudėtiniai vaistai, lašai) gydyta 46,82 proc. sergančiųjų. Mes nustatėme, kad sisteminiais antibiotikais (ampicilinu, gentamicinu, tobramicinu ir kt.) buvo gydyta 71,24 proc. ligonių. Taigi antibiotikai ir kortikosteroidai yra vieni dažniausiai skiriamų vietinio veikimo vaistų priekiniams uveitams gydyti KMU Akių ligų klinikoje. Sisteminiams gydymui KMUK dažniausiai skiriama NVNU, o ne gliukokortikoidų – skirtingai nuo literatūros duomenų. Mūsų atlikto retrospektyviojo tyrimo duomenimis, sisteminio veikimo gliukokortikoidų priekinių uveitų gydymui nebuvo skirta. Net 24,08 proc. ligonių sisteminiams gydymui skirta antihistamininių preparatų. Literatūroje apie šios grupės vaistų vartojimą uveitų gydymui duomenų neradome. Sergant idiopatiniais, neinfekciniais uveitais skiriami sisteminiai imunosupresantai [1,2], tačiau KMU Akių ligų klinikoje imunosupresantų uveitų gydymui nebuvo skiriama. Akių hipertenzijai gydyti skirta beta adrenoblokatorių ir vietinio veikimo karboanhidrazės inhibitorių (lašai).

Van Rooij J, Schwartzberg S. ir kt. tyrė vitaminų C bei E įtaką sergant ūminiu priekiniu uveitu. Ištirti 145 ligoniai, kuriems aštuonias savaites skirta vitamino C (500 mg du kartus per dieną) ir vitamino E (100 mg du kartus per dieną). Autoriai rekomenduoja sergantiesiems skirti antioksidantus, kurie mažina laisvųjų radikalų kiekį uždegimo židinyje [13].

Mes nustatėme, kad 30,1 proc. sergančiųjų priekiniais uveitais vartojo vitaminus (C, E, A) ir maisto papildus, tačiau statistiškai reikšmingo ligos simptomų sumažėjimo, lyginant su antioksidantų nevartojusiais ligoniais, nebuvo.

Po skirto gydymo regėjimo aštrumas ir savijauta pagerėjo 98,33 proc. ligonių. Daliai jų (25,41 proc.) išliko įvairių užpakalinių vyzdinių sąaugų. Regėjimo aštrumas, išrašant pacientus iš stacionaro, pagerėjo nežymiai, tačiau taip yra dėl vyzdžio midriazės ir prasidėjusios lęšiuko reakcijos (pradėjo drumstėti lęšiukas). Akies skausmo, šviesos baimės, ašarotekio ir uždegiminio vokų paburkimo neužfiksuota nė vienam išrašomam iš stacionaro po gydymo pacientui. Nedideli akies dirginiai daugiausia išliko dėl subkonjunktyvalinių injekcijų. 1,67 proc. ligonių, sergančių pasikartojančiais uveitais, būklė pagerėjo nežymiai (labiausiai varginantis ligonius simptomas, bloginantis jų gyvenimo kokybę – pablogėjęs matymas išliko). Šiems ligoniams išliko senos vyzdinės užpakalinės sąaugos ir seni precipitatai.

IŠVADOS

1. Didžiausiai daliai ligonių priekinių uveitų priežastis liko nenustatyta.
2. Iš nustatytos etiologijos vyravo infekcinės kilmės uveitai.
3. Ilgesnį pacientų gydymo stacionare laiką lemia nenustatyta priekinių uveitų etiologija (atliekama daugiau tyrimų priežastčiai nustatyti, gydymas būna ilgesnis, be to, mažiau veiksmingas).
4. Priekinių uveitų gydymui dažniausiai skiriama sisteminio veikimo NVNU ir vietinio veikimo gliukokortikoidų ir cikloplegikų–midriatikų, o infekcinės kilmės uveitų gydymui–antibiotikų ir (ar) priešvirusinių vaistų.
5. Gliukokortikoidai sisteminiams gydymui neskirti.
6. 98,33 proc. ligonių gydymas buvo veiksmingas.
7. 1,67 proc. ligonių, sergančių neaiškios etiologijos pasikartojančiais uveitais, būklė pagerėjo nežymiai.

Literatūra

1. BenEzra D, Ohno S, Secchi GA, Alio JL. Anterior segment intraocular inflammation guidelines. London: Informa Healthcare; 2000.
2. Yanoff M, Duker JS. Ophthalmology. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 2004.
3. Bora NS, Kaplan HJ. Intraocular diseases - anterior

- uveitis. *Chem Immunol Allergy* 2007;92:213-20.
4. **Rathinam SR, Namperumalsamy P.** Global variation and pattern changes in epidemiology of uveitis. *Indian J Ophthalmol* 2007;55(3):173-83.
 5. **Gritz DC, Wong IG.** Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California Epidemiology of Uveitis Study. *Ophthalmology* 2004;111(3):491-500.
 6. **Singh R, Gupta V, Gupta A.** Pattern of uveitis in a referral Eye Clinic in North India. *Indian J Ophthalmol* 2004;52(2):121-5.
 7. **Santin M, Badrinan F, Mascaro J, Nolla JM, Pujol O, Roca G, et al.** [Uveitis: an etiological study of 200 cases following a protocol]. *Med Clin (Barc)* 1991;96(17):641-4.
 8. **Blužienė A, Jašinskas V, sudaryt.** Akių ligų vadovas. Šiauliai: A. S. Narbuto leidykla; 2005.
 9. **Cerqueti PM, Sacca SC, Allegri P, Ciurlo G, Zingirian M, Buscaglia S, et al.** Deflazacort in the treatment of uveitis: a comparative study versus prednisone. *Institute of Clinica Oculistica, University of Genoa, Italy. Allergol Immunopathol (Madr)* 1993;21(3):107-10.
 10. **Yang PZ, Wang H, Zhou HY, Yu Q, Zhong H, Huang XK, et al.** [Evaluation of the problems in the treatment of uveitis]. *Zhonghua Yan Ke Za Zhi* 2004;40(10):679-82.
 11. **Bachta A, Tlustochowicz M.** [Systemic management of autoimmune anterior uveitis]. *Klin Oczna* 2005;107(10-12):710-4.
 12. **Weiner A, BenEzra D.** Clinical patterns and associated conditions in chronic uveitis. *Am J Ophthalmol* 1991;112(2):151-8.
 13. **Van Rooij J, Schwartzberg SG, Mulder PG, Baarsma SG.** Oral vitamins C and E as additional treatment in patients with acute anterior uveitis: a randomised double masked study in 145 patients. *Br J Ophthalmol* 1999;83(11):1277-82.
 14. **Sengun A, Karadag R, Karakurt A, Saricaoglu MS, Abdik O, Hasiripi H.** Cases of uveitis in referral hospital in Ankara, Turkey. *Ocul Immunol Inflamm* 2005;13(1):45-50.
 15. **Rodriguez A, Calonge M, Pedroza-Seres M, Akova YA, Messmer EM, D'Amico DJ, et al.** Referral patterns of uveitis in tertiary eye care center. *Arch Ophthalmol* 1996;114(5):593-9.
 16. **Soheilian M, Soheilian M, Yazdani S, Shahsavari M, Ahmadi H, Dehghan M.** Patterns of uveitis in tertiary eye care center in Iran. *Ocul Immunol Inflamm* 2004;12(4):297-310.
 17. **Islam SM, Tabbara KF.** Causes of uveitis at The Eye Center in Saudi Arabia: a retrospective review. *Ophthalmic Epidemiol* 2002;9(4):239-49.
 18. **Khairallah M, Yahia SB, Ladjimi A, Messaoud R, Zaouali S Attia S, et al.** Pattern of uveitis in referral center in Tunisia. North Africa. *Eye* 2007;21(1):33-9.
 19. **Yang P, Zhang Z, Zhou H, Li B, Huang X, Gao Y, et al.** Clinical patterns and characteristics of uveitis in tertiary center for uveitis in China. *Curr Eye Res* 2005;30(11):943-8.
 20. **Tran VT, Auer C, Guex-Crosier Y, Pittet N, Herbort CP.** Epidemiological characteristics of uveitis in Switzerland. *Int Ophthalmol* 1994-1995;18(5):293-8.
 21. **Chang JH, Wakefield D.** Uveitis: a global perspective. *Ocul Immunol Inflamm* 2002;10(4):263-79.
 22. **Wakabayashi T, Morimura Y, Miyamoto Y, Okada AA.** Changing patterns of intraocular inflammatory disease in Japan. *Ocul Immunol Inflamm* 2003;11(4):277-86.

Gauta: 2007 08 24

Priimta spausdinti: 2007 11 15