

Глазной рубцовый пемфигус

Е. Г. Михеева, Г. М. Новиков

г. Екатеринбург

Синонимами заболевания являются пемфигус (пузырчатка), эссенциальное сморщивание конъюнктивы, доброкачественный пемфигонд слизистых и др. Впервые оно описано в 1958 г. В. Купером. Рубцовый пемфигус (РП) относится к числу редких заболеваний. Еще более редки случаи изолированного поражения глаз без изменений со стороны других слизистых и кожных покровов.

Этиология: в последние годы РП рассматривается как аутоиммунное заболевание (М. И. Чернявская и др., 1993 г.) чаще встречается у женщин, начинается, как правило, после 40-50 лет. Характеризуется появлением немногочисленных пузырей на фоне нормальной или гиперемизированной слизистой с серозным или геморрагическим содержимым. Эрозии после вскрытия пузырей не кровоточат, мало болезненны. На местах эрозий образуются рубцы или атрофические участки.

При РП может поражаться конъюнктива глаза, слизистая рта, зева, глотки, гортани, пищевода, уретры, малых половых губ, вульвы, ануса, а иногда и кожи.

Конъюнктива век поражается при РП в 78%, изолированное ее поражение наблюдается в 16%. Клинически отмечается гиперемия конъюнктивы, утолщение ее, эрозии на месте легко вскрывающихся при движении глаз пузырей, инфильтрация, пролиферация, рубцовое укорочение сводов, симблефарон, энтропион, трихиаз. В роговой оболочке возможны эрозии, кератопатии, помутнение стромы, ксероз.

В течение рубцового пемфигуса глаза принято различать 4 стадии: (Б. С. Аксенов и др., 1990 г.)

1 - хроническое воспаление конъюнктивы, эрозии, возможен субэпителиальный фиброз, слизистое отделяемое.

2 - начало рубцевания

3 - симблефарон, трихиаз, кератопатия, васкуляризация роговой оболочки

4 - анкилоблефарон, ксероз роговицы.

Ранняя диагностика РП достаточно сложна. Диагноз может быть подтвержден цитологическим исследованием соскоба с конъюнктивы и обнаружением клеток Цанка (Thapck) : темная окраска

и увеличение ядра, наличие двух и более крупных ядрышек, окраска цитоплазмы более темная по периферии и более светлая вокруг ядра.

Течение заболевания медленно прогрессирующее. Терапия РП симптоматическая: кортикостероиды внутрь. Местно: стероиды в виде субконъюнктивальных инъекций и инстилляций, антибиотиковые капли и мази. Хирургическое лечение в 4 стадии заболевания.

Эффективность терапии невысока, часто улучшение только временное. Нам представилась возможность наблюдать больного с изолированной формой глазного пемфигуса.

Больной С., 49 лет, поступил в глазную клинику 20 марта 1996 г. с жалобами на покраснение и гнойные выделения из обоих глаз. В течение 2 лет лечился амбулаторно по поводу конъюнктивита. При поступлении острота зрения правого глаза с $-1,5D = 1,0$; левого глаза $= 1,0$. При осмотре глаз: конъюнктивка век и сводов умеренно гиперемированы и рубцово изменены. Своды укорочены из-за сращений конъюнктивы век с конъюнктивной склеры. В правом глазу частичный заворот нижнего века. Диагноз пемфигуса конъюнктивы обоих глаз подтвержден цитологическим исследованием соскоба с конъюнктивы, обнаружены клетки Цанка. Стадия пемфигуса переходная от 2 к 3: симблефарон обоих глаз, рубцовый заворот нижнего века правого глаза.

В анамнезе - аллергическая реакция на тетрациклин в виде крапивницы. Анализы мочи и крови в норме, кроме СОЭ - 32 мм/час. При осмотре дерматолога других проявлений пемфигуса не обнаружено как со стороны слизистых, так и на коже.

Больному проведено общее и местное лечение кортикостероидами, такевилл внутрь. Отмечается положительная динамика: уменьшилась гиперемия и отечность конъюнктивы, прогрессирование рубцевания замедлилось. Больной находится под динамическим наблюдением окулиста и дерматолога.