

ФГБОУ ВПО ТюмГМУ Минздрава РФ  
Кафедра офтальмологии

Зав. Кафедрой: д.м.н.,  
профессор Коновалова Н.А.

# ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ.

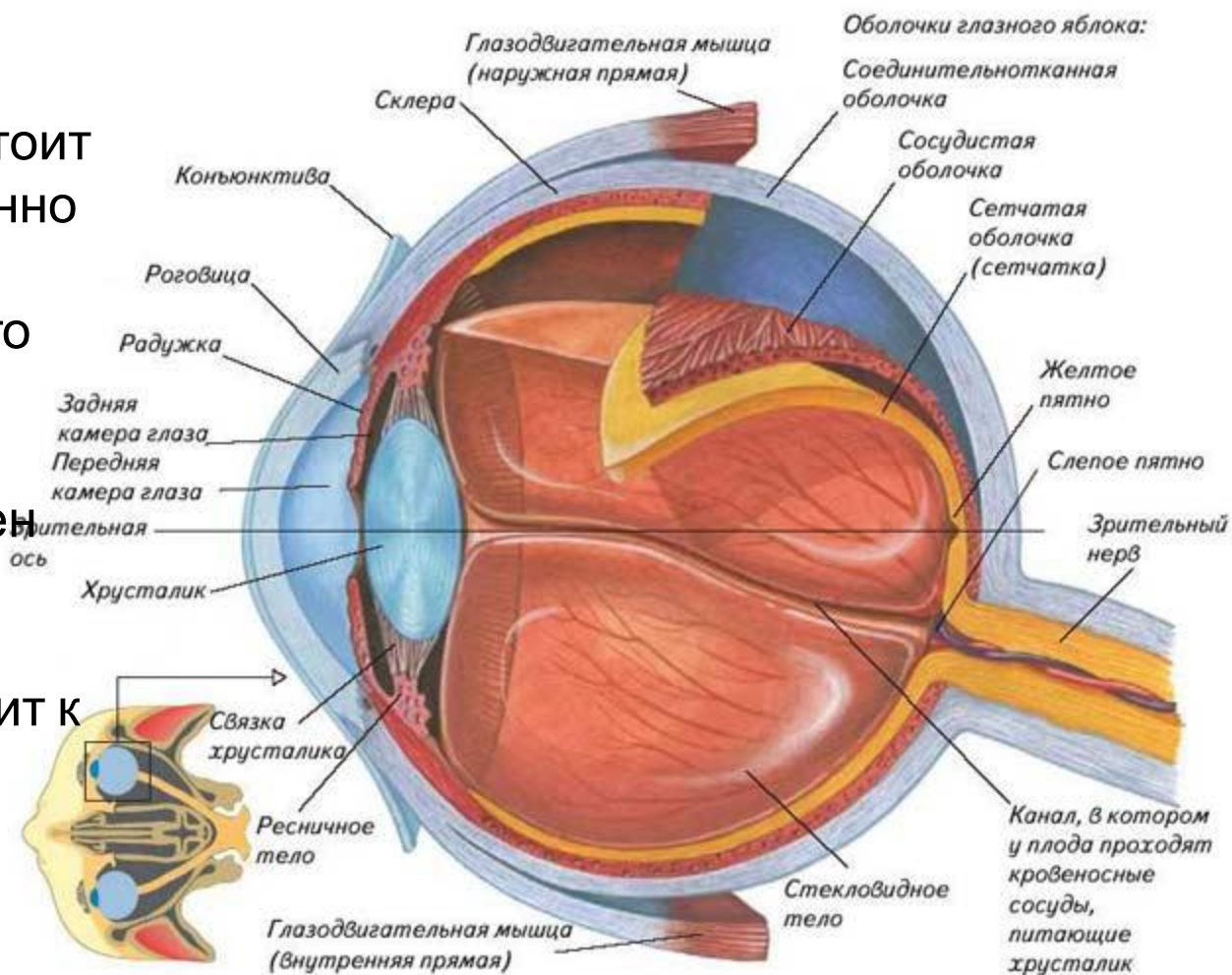
Выполнила:  
врач-интерн  
Калинина Е.И.

---

Тюмень, 2016-2017 учебный год.

# АНАТОМИЯ УВЕАЛЬНОГО (СОСУДИСТОГО) ТРАКТА

**Средней оболочкой глаза является сосудистый тракт глаза (uvea), который эмбриогенетически соответствует мягкой мозговой оболочке и состоит из трех частей: 1. собственно сосудистой оболочки (хориоидеи), 2. цилиарного тела (corpus ciliare) и 3. радужной оболочки (iris). Сосудистый тракт отделен от склеры супрахориоидальным пространством и прилежит к ней, но не на всем протяжении.**



# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

- Воспалительные заболевания сосудистой оболочки глаза встречаются у 15-38 человек на 100 тыс. населения.
- Встречаются повсеместно, в любом возрасте, пик заболеваемости на 3-4 декаду жизни.
- На частоту встречаемости и этиологическое распределение большое влияние оказывают социальные и экономические условия.
- Соц. И эконом. Значимость проблемы увеитов обусловлена тем, что снижение зрения и слепота возникает у молодого трудоспособного возраста.
- Наиболее частой причиной снижения зрения является панuveит (40%) и задний увеит (43%), далее следует острый увеит.
- Увеиты детского возраста занимают 5-10% от всей группы больных увеитами.

# ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

---

Среди причин развития увеитов, согласно частоте различают следующие:

1. бактериальная инфекция (возбудитель туберкулеза, сифилиса, стрептококки, стафилококки, гонореи, бруцеллеза и др.)
2. вирусы (herpes simplex, zoster, гриппа, аденовирусы, урогенитальные);
3. простейшие (токсоплазмоз, плазмодии малярии и др.)
4. гельминты и продукты их жизнедеятельности (аскарида, цистицерк);
5. общие заболевания невыясненной этиологии (саркоидоз, лимфогранулез, увеоэнцефалиты, коллагенозы и др.)
6. эндокринные и болезни обмена (диабет, тиреотоксикоз, подагра)

Воспаление возникает при миграции в ткани глаза воспалительных клеток в ответ на воздействие различных экзогенных и эндогенных стимулов.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

---

## □ А. По этиологии:

### І. Инфекционные увеиты:

- 1) вирусные;
- 2) бактериальные;
- 3) паразитарные;
- 4) грибковые.

### III. Увеиты при системных и синдромных заболеваниях:

- 1) при ревматизме;
- 2) при ревматоидном артрите;
- 3) при болезни Бехтерева;
- 4) при синдроме Рейтера;
- 5) при болезни Бехчета;
- 6) при синдроме Сегрена (Шегрена);
- 7) при рассеянном склерозе;
- 8) при псориазе;
- 9) при гломерулонефрите;
- 10) при язвенном колите;
- 11) при саркоидозе;
- 12) при синдроме Фогта-Коянаги-Харады;
- 13) при других поражениях.

### IV. Посттравматические увеиты:

- 1) после проникающего ранения глаза;
- 2) контузионный;
- 3) постоперационный;
- 4) факогенный;
- 5) симпатическая офтальмия.

### V. Увеиты при других патологических состояниях организма:

---

□ **Б. По локализации процесса:**

**I. Передний увеит:**

- ирит;
- иридоциклит;
- циклит;
- кератоувеит.

**II. Периферический увеит.**

**III. Задний увеит (очаговый, мультифокальный, диссеминированный):**

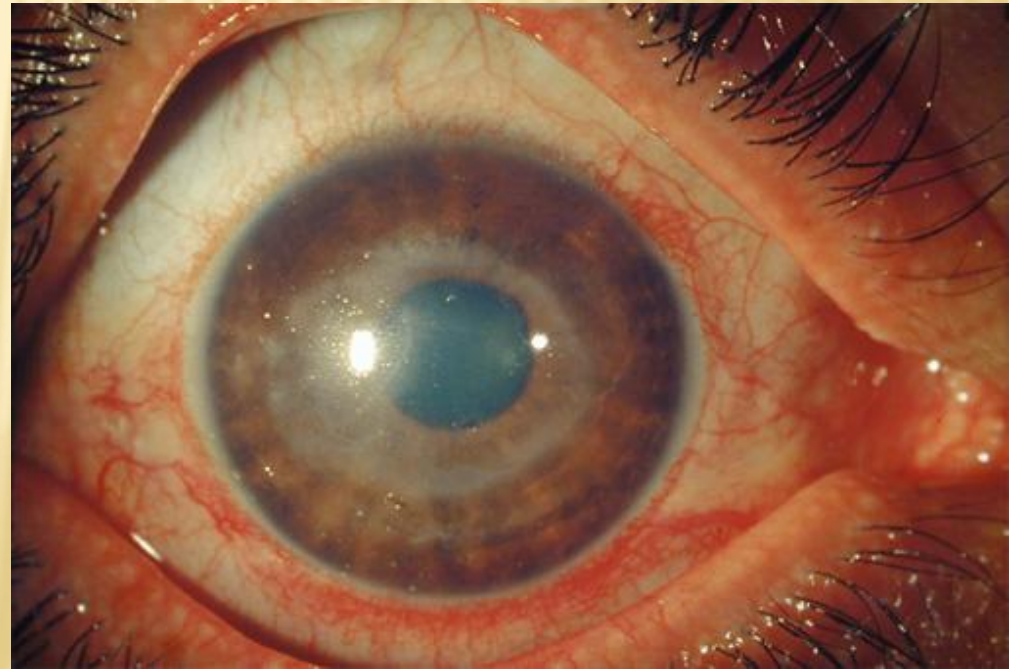
- нейроретинит;
- эндофтальмит.

**IV. Панувеит:**

- генерализованный увеит;
- увеакератит;
- панофтальмит.

# ЖАЛОБЫ ПРИ ПЕРЕДНЕМ УВЕИТЕ

- Покраснение глаз
- Светобоязнь
- Боль в глазу
- Затуманивание или снижение остроты зрения





# ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПЕРЕДНЕГО УВЕИТА:

- снижение остроты зрения;
- боль в глазном яблоке и соответствующей половине головы
- наличие роговичного синдрома (светобоязнь, слезотечение, блефароспазм)
- смешанная и перикорниальная инъе́кция
- изменение цвета радужной оболочки
- сужение зрачка, формирование задних синехий
- помутнение влаги передней камеры и стекловидного тела
- появление преципитатов на эндотелии роговицы
- боль при пальпации глазного яблока
- изменение офтальмотонуса (чаще снижение ВГД, реже – повышение)

□

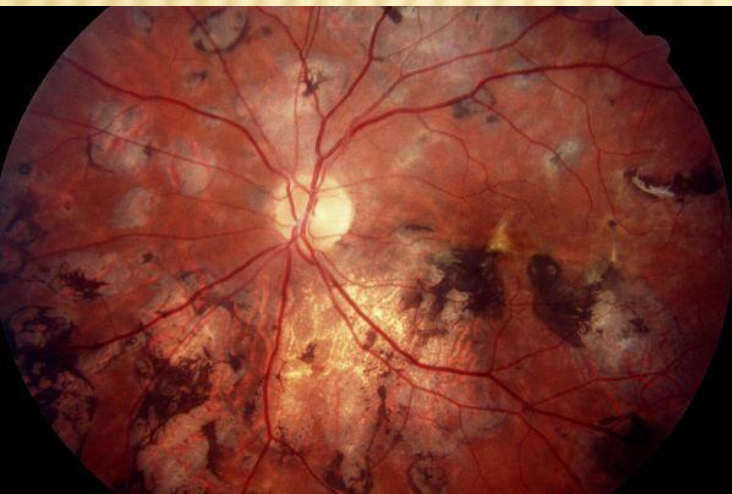
# ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ УВЕИТЕ.

- При формировании кругового сращивания зрачка с капсулой хрусталика и тем более при его заращении возникает зрачковый блок, повышается ВГД. Другой причиной повышения ВГД может быть блок угла передней камеры экссудатом с последующей его организацией. В таких случаях осложнением является вторичная увеальная глаукома.
- При ослабленной реактивности организма и высокой вирулентности инфекции воспалительная экссудация может распространиться на стекловидное тело. Такое осложнение носит эндофтальмит.
- При рецидивирующем характере воспаления переднего отдела сосудистого тракта может развиваться осложненная катаракта.
- При хроническом течении передний увеит может осложниться глубоким кератитом (кератоувеит), для которого характерно появление отека стромы роговицы и складчатости десцеметовой оболочки.
- Наиболее серьезным осложнением в плане прогноза сохранения зрительных функций является швартообразование стекловидного тела и развитие тракционной отслойки сетчатки.

# ЗАДНИЙ УВЕИТ.

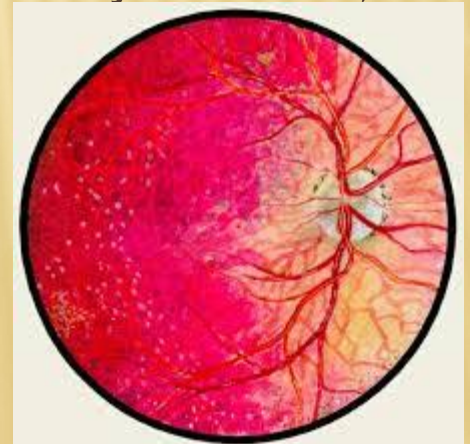
Основной жалобой больных в первую очередь является **снижение остроты зрения**, степень которого зависит от величины и локализации очага, вовлечения сетчатки (хориоретинит) и зрительного нерва, помутнения стекловидного тела. Кроме того, при центральной локализации патологического процесса возникают жалобы на **метаморфопсию (искажение предметов)**, невозможность или затруднения при чтении, мерцание перед глазами, появление искр, вспышек (фотопсия).

При периферической локализации **ухудшается сумеречное зрение (гемералопия)**. В поле зрения определяется **относительная или абсолютная скотома**; цветоощущение нарушено по приобретенному типу.



# СИФИЛИТИЧЕСКИЙ ХОРИОИДИТ (ХОРИОРЕТИНИТ)

Сифилитический хориоидит (хориоретинит) развивается при врожденном и приобретенном сифилисе. При врожденном сифилисе уже в раннем детстве можно обнаружить характерные изменения в сосудистой (хориокапиллярный слой) и сетчатой (пигментный эпителий) оболочке. На глазном дне видны обесцвеченные мелкоточечные участки хориоидеи, чередующиеся с участками, содержащими пигментные зернышки (глазное дно как бы посыпано солью с перцем), могут встречаться и более крупные пигментные очаги. Диск зрительного нерва бледный, сосуды узкие. Эти симптомы нередко помогают диагностировать врожденный сифилис и вовремя начать специфическое лечение. Среди осложнений следует отметить атрофию зрительного нерва, фиброз стекловидного тела, тракционную отслойку сетчатки, вторичную глаукому, атрофию глаза.



# ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ХОРИОРЕТИНИТ

- При определении туберкулезного генеза увеита необходимо учитывать: анамнез заболевания (контакт с больным туберкулезом); перенесенное в прошлом туберкулезное заболевание других органов (легкие, кожа, суставы); данные рентгенологических, томографических исследований легких и других органов; обнаружение в сыворотке крови больных антител к туберкулину; усиление кожных и внутрикожных туберкулиновых реакций при обострении воспалительного процесса; очаговые реакции на внутрикожное введение и электрофорез туберкулина, результаты экспресс-диагностики; снижение титров антител сенсибилизации лимфоцитов в процессе лечения. Туберкулезный хориоретинит чаще имеет вид диссеминированного процесса или характеризуется образованием солитарных туберкул.
- Из осложнений следует отметить атрофию зрительного нерва, фиброз стекловидного тела, тракционную отслойку сетчатки, рецидивирующий гемофтальм.



# ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ ХОРИОРЕТИНИТ

- При герпесвирусной инфекции преобладают очаговые хориоретиниты с преимущественной локализацией процесса в парацентральной и центральной области.
  - В начальной стадии заболевания во время офтальмоскопии обнаруживают проминирующий фокус с нечеткими границами, беловатого или беловато-желтого цвета, с перифокальными ретинальными гемorragиями.
  - Затем фокус уплощается, границы его становятся более четкими, однако по краям очага сохраняются кровоизлияния, которые медленно резорбируются, что может свидетельствовать в пользу вирусной этиологии.
  - В конечной стадии заболевания очаг пигментируется, формируется ретинальный фиброз, иногда развивается субретинальная неоваскулярная мембрана.
- При герпетических хориоретинитах, как и при задних увеитах другой этиологии, в стекловидном теле выявляют воспалительные клетки. Процесс может рецидивировать, тогда рядом с пигментированным очагом или на некотором удалении от него появляется свежий рыхлый фокус.

# ЛЕЧЕНИЕ УВЕИТОВ (ИРИЛОЦИКЛИТОВ, ХОРИОИДИТОВ)

## 1. Противовоспалительная терапия:

### а) глюкокортикоиды:

- закапывают в конъюнктивальный мешок 4-6 раз в день, на ночь закладывают мазь. Наиболее часто используют 0,1 % раствор дексаметазона (глазные капли «Максидекс», «Декса-Пос», «Офтан-дексаметазон»);
- вводят субконъюнктивально или парабульбарно по 0,3-0,5 мл раствора, содержащего 4 мг/мл дексаметазона (раствор для инъекций «Дексаметазон»), При тяжелых процессах и для профилактики рецидивов применяют пролонгированные формы кортикостероидов; триамцинолон (кеналог), бетаметазон (дипроспан), которые вводят 1 раз в 7-10 дней парабульбарно;
- в особо тяжелых случаях назначают системную терапию;

### б) нестероидные противовоспалительные препараты:

- применяют местно в виде инстилляций 0,1 % раствора индометацина (индоколлир), дикло-Ф, униклофен;
- назначают в виде таблеток, внутримышечно (индометацин, мовалис, диклофенак и т. д.);

в) при тяжелых формах увеитов и неэффективности противовоспалительной терапии проводят иммуносупрессивную терапию (циклоспорин, азатиоприн, метотрексат).

2. Назначение мидриатиков в виде глазных капель (2,5 % и глазные капли «Ирифрин», 0,5 % или 1 % раствор мидриадила, цикломед, 1 % раствор тропикамида, 1 % раствор атропина сульфата) или субконъюнктивальных инъекций (0,1 % раствор для инъекций атропина или 1 % раствор для инъекций мезатона) при лечении передних увеитов.

3. Назначение фибринолитических препаратов (лидаза, гемаза, вобэнзим) - при фибринозно-пластической форме увеита.

4. Дезинтоксикационная терапия: внутривенно гемодез по 200-300 мл, 400 мл 5-10 % раствора глюкозы с 2,0 мл аскорбиновой кислоты в случае тяжелого течения увеита.

5. Десенсибилизирующая терапия (внутривенно 10 % раствор кальция хлорида; внутрь - лоратадин, кларитин).

6. Этиологическая противомикробная терапия (зависит от причины заболевания):

а) антибактериальная терапия: кларитромицин, азитромицин, доксициклин, офлоксацин, цiproфлоксацин, цефтриаксон, ампициллин или оксациллин в виде внутримышечных, внутривенных инъекций;

б) противовирусная терапия: ацикловир (внутрь по 200 мг 5 раз в день в течение 5 дней) или валацикловир (внутрь по 500 мг 2 раза в день в течение 5-10 дней). При тяжелой герпетической инфекции ацикловир назначают внутривенно капельно медленно 5-10 мг/кг каждые 8 ч в течение 7-11 дней или интравитреально в дозе 10-40 мкг/мл.

7. Физиотерапевтические и эфферентные методы лечения.