

Задние увеиты

Коростелёва Ольга Михайловна,
клинический ординатор

Классификация задних увеитов

- 0 Подобно передним увеитам, хориоидиты также принято классифицировать на эндогенные и экзогенные.
- 1. Эндогенные составляют подавляющее большинство и возникают обычно в результате воздействия на увеальную ткань различных вирусов, бактерий, паразитов и простейших, циркулирующих в крови больного.
- 2. Экзогенные хориоидиты являются следствием вредного влияния на глаз различных повреждающих факторов или результатом генерализации патологического процесса, протекающего, например, в наружной его оболочке.

Классификация задних увеитов

- 0* В локализационном отношении принято все хориоидиты подразделять на
- 1.* Центральные (очаг воспаления находится в макулярной области сетчатки),
 - 2.* Парапапиллярные (в этом случае патологический фокус расположен у диска зрительного нерва),
 - 3.* Экваториальные,
 - 4.* Периферические (у зубчатого края сетчатки).

Классификация задних увеитов

- 0 В соответствии же с клинической картиной течения патологического процесса различают хориоидиты
 1. очаговые,
 2. диссеминированные (мультифокальные)
 3. диффузные.
- 0 В первом и во втором случае в слоях собственно сосудистой оболочки глаза образуются различной величины воспалительные инфильтраты с нечеткими границами, состоящие из лимфоидных клеток и окруженные сетью расширенных сосудов.
- 0 Диффузный хориоретинит характеризуется наличием уже сливных воспалительных инфильтратов, в состав которых входят лимфоциты, эпителиоидные и гигантские клетки.

Клиника хориоидитов

- В изолированном виде хориоидиты встречаются достаточно редко.
- Обычно в процесс вовлекается и сетчатка, с которой собственно сосудистая оболочка глаза имеет теснейшую связь и участвует в питании ее нейроэпителиального слоя.
- В результате возникают хориоретиниты.

Клиника хориоидитов

- 0 Клиника хориоретинитов резко отличается от клиники передних увеитов.
- 0 В частности, отсутствуют два типичных их симптома - перикорнеальная инъекция и болевые ощущения.
- 0 Кроме того, если воспалительный очаг или множественные очаги локализируются не в центральном отделе глазного дна, то больные, как правило, не предъявляют жалоб и на зрительные расстройства.
- 0 Поэтому в подобных случаях только офтальмоскопия позволяет выявить возникшее заболевание.

Клиника хориоидитов

- Внешняя интактность глаза и безболезненность объясняются особенностями анатомического строения собственно сосудистой оболочки глаза.
- Напомним, что она образована задними короткими ресничными артериями, которые не анастомозируют с его интра- и эписклеральными сосудами, и лишена чувствительных нервных окончаний.

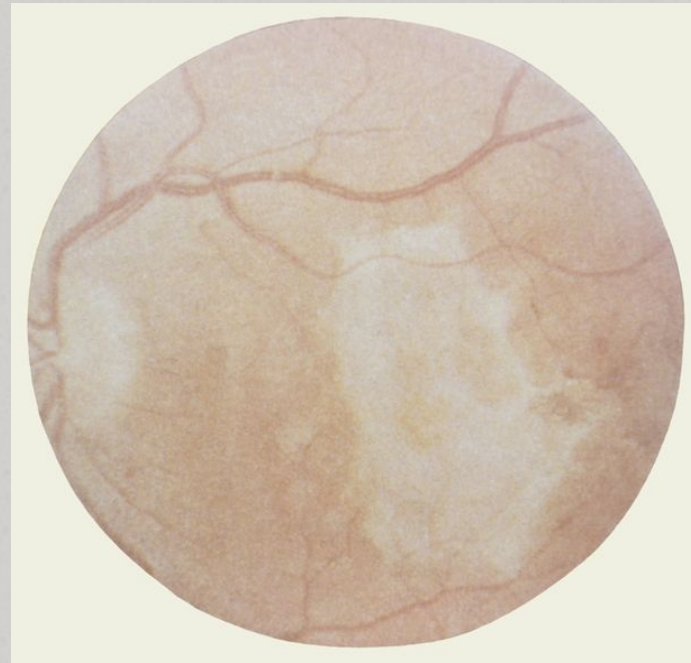
Клиника хориоидитов

- Свежие хориоретинальные очаги могут иметь различные размеры.
- При округлой форме с нечеткими границами и серовато-желтоватой окраске они проминируют в стекловидное тело, иногда с нежной экссудацией.
- Сосуды сетчатки проходят над очагами не прерываясь, но с определенной проминенцией.
- При усилении воспалительной реакции экссудация в стекловидное тело и помутнение сетчатки также усиливаются.

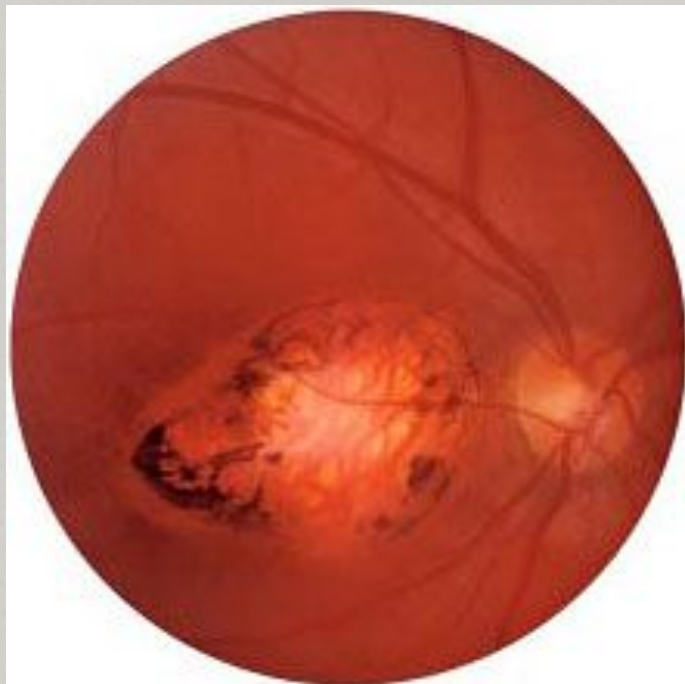
Клиника хориоидитов

- В фазе разрешения воспалительного процесса хориоретинильный очаг уплощается и приобретает четкие контуры.
- На его месте исчезают мелкие и средние сосуды хориоидеи и скапливаются глыбки пигмента.
- В результате при офтальмоскопии врач видит плоский белый очаг (за счет просвечивания склеры) с пересекающими его крупными сосудами хориоидеи и беспорядочно разбросанные глыбки пигмента.

Офтальмоскопическая картина при центральном хориоретините



Последствия
хориоретинита на
глазном дне

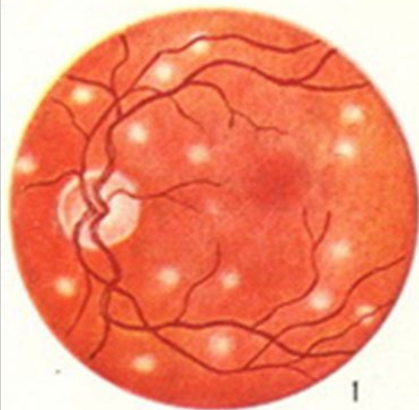


Хориоретинит

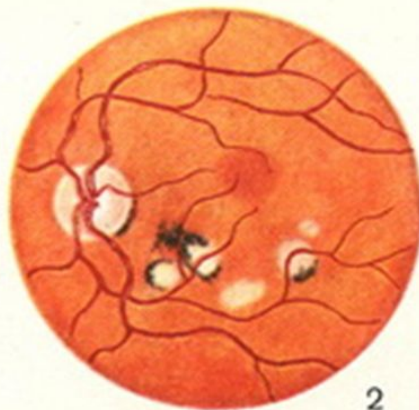




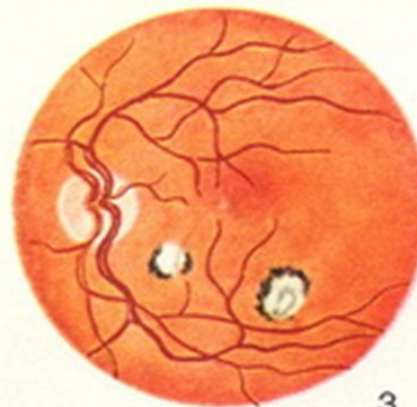
Рис. 7-4. Мультифокальный хориоретинит. Множественные округлые беловато-сероватые очаги, расположенные под ретинальными сосудами. В центральной зоне глазного дна сливные очаги с вторичными дистрофическими изменениями.



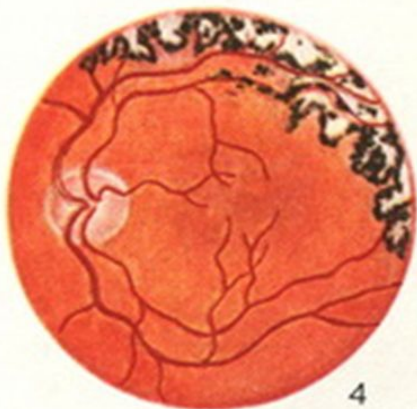
1



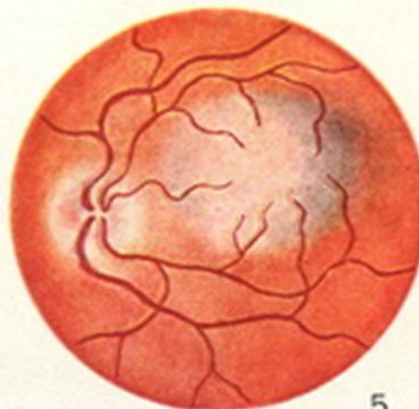
2



3



4



5



6

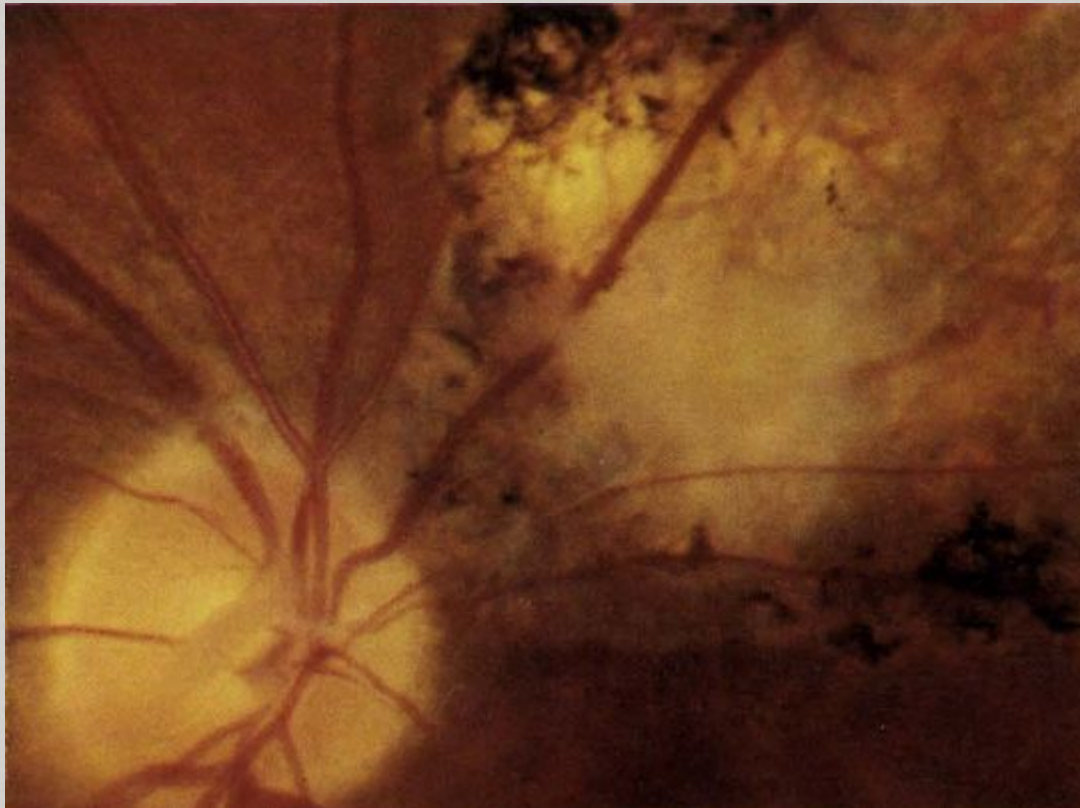
- 0 Рис. 1. Милиарный туберкулезный хориоидит.
- 0 Рис. 2. Диссеминированный туберкулезный хориоидит.
- 0 Рис. 3. Старые рубцующиеся хориоретинальные очаги

- 0 Рис. 4. Сифилитический хориоретинит.
- 0 Рис. 5. Солитарный туберкул хориоидеи.
- 0 Рис. 6. Хориоретинальный очаг при токсоплазмозе.

Диссеминированный хориоретинит



Юкстапапиллярный хориоретинит



Диагностика

- Диагноз «хориоретинит» устанавливают, в основном, по результатам тщательной офтальмоскопии и флюоресцентной ангиографии.
- Определение этиологического диагноза требует проведения серии специальных исследований.

Туберкулезный хориоретинит

- Встречается более чем у половины больных этой категории.
- Может протекать в милиарной, очаговой и диссеминированной форме.
- При милиарном хориоидите на глазном дне вблизи от ДЗН появляются мелкие (до 2 мм) желтоватые или серо-белые очажки (от 3 до 12) с размытыми границами. Иногда одновременно они возникают и в корневой части радужки.

Туберкулезный хориоретинит

- Очаговый туберкулезный хориоретинит характеризуется появлением на глазном дне нескольких (не более 3) крупных очагов (гранулем), которые могут находиться в различных его отделах. Они имеют сероватый цвет и отчетливо проминируют в стекловидное тело. При этом в той или иной мере проявляет себя и перифокальная воспалительная реакция.

Туберкулезный хориоретинит

- Диссеминированный туберкулезный хориоретинит отличается от очагового тем, что гранулемы развиваются в значительно большем числе и часто не затрагивают центральную зону сетчатки и крайнюю ее периферию. В исходе на месте воспалительных очагов формируются атрофические очаги белого цвета (просвечивает склера), окруженные пигментным кольцом.



o Офтальмоскопическая картина при диссеминированном туберкулезном хориоретините: видны множественные хориоретинальные очаги с темными отложениями пигмента.

Сифилитический хориоретинит

- 0 Сифилитический хориоретинит при врожденном люэсе распознается по весьма характерной офтальмоскопической картине - наличие на периферии глазного дна большого количества мелких пигментированных и беспигментных очажков.
- 0 В целом они похожи на своеобразную смесь из соли и перца.
- 0 При приобретенном сифилисе хориоретинит развивается во втором и третьем периодах заболевания и может протекать как в очаговом, так и диффузном виде.

Сифилитический хориоретинит



- o Вторичный Сифилис с плоской отслойкой на периферии и множественными четко очерченными желтыми очагами в сетчатке.

Врожденный сифилитический хориоретинит



- 0 На всем глазном дне, кроме зоны фовеа, видны грубые сливные хориоретинальные рубцовые очаги с обширными зонами атрофии и выраженной пролиферацией пигментного эпителия.

Сифилитический хориоретинит, последствия



- Атрофия зрительного нерва и множественные гиперпигментированные хориоретинальные рубцы.

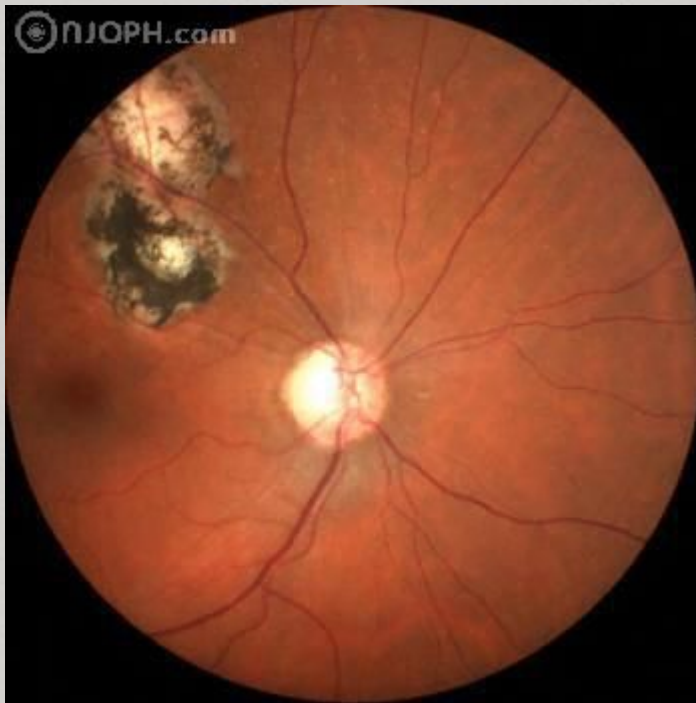
Токсоплазмозный хориоретинит

- 0 Возбудитель заболевания (токсоплазмы) относится к семейству трипаносомид и имеет особое сродство к нервным клеткам.
- 0 Носители паразита - кошки, собаки, дикие животные.
- 0 Типичный путь заражения - алиментарный.
- 0 Соответственно времени заражения различают токсоплазмоз врожденный и приобретенный.
- 0 При врожденном токсоплазмозе патологический процесс локализуется не только в глазу, но и в центральной нервной системе.

Токсоплазмозный хориоретинит

- На глазном дне в макулярной области сетчатки и у диска зрительного нерва имеются большие белые атрофические очаги, содержащие в большом количестве пигмент.
- Через них проходят сосуды сетчатки и хориоидеи.
- Для приобретенного токсоплазмоза характерно появление в центральном отделе глазного дна крупного очага серого или серо-зеленоватого цвета, окруженного кровоизлияниями.

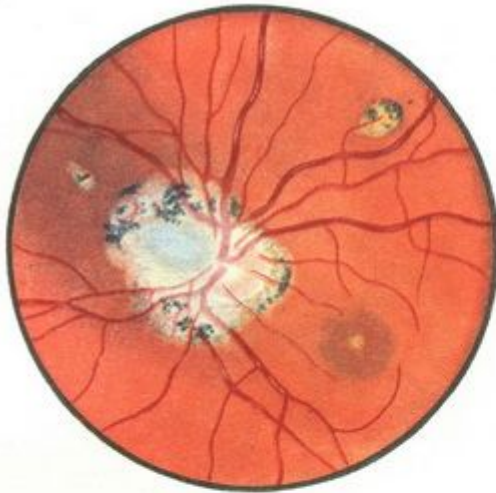
Токсоплазмоз, хориоретинальный рубцовый очаг



- Парацентральные расположенные хориоретинальные рубцы с четкими границами. Четкость границ указывает на неактивное поражение. Частичная атрофия зрительного нерва.



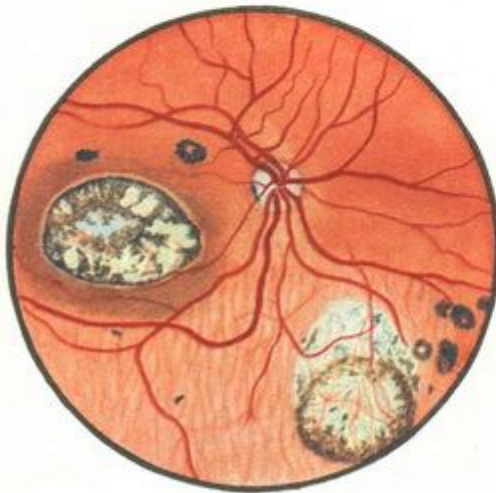
Рис. 7-8. Центральный хориоретинит токсоплазмозной этиологии. В центральной зоне глазного дна атрофический фокус округлой формы с четкими границами размером 4 ДД с отложением пигмента.



1



2



3



4

0 Токсоплазмозный хориоретинит

Токсокарозный хориоретинит

- Вызывается личинками *Toxocara cards* (гельминт из группы аскарид).
- Как правило, возбудитель оседает в парамакулярной зоне сетчатки и вокруг него формируется очаг гранулематозного воспаления.
- В острой фазе он выглядит белесовато-мутным и сильно проминирует с сопутствующей экссудацией в стекловидное тело.
- В исходе очаг уплотняется, границы его становятся четкими, а поверхность блестящей.
- Погибшие личинки гельминта рассасываются, но иногда остатки их имеют вид темного пятнышка.
- В стекловидном же теле формируются шварты, связанные с сетчаткой, а порой и диском зрительного нерва.