

УВЕИТЫ

- **Увеит** — воспаление сосудистой оболочки глазного яблока. Анатомически сосудистую оболочку глазного яблока разделяют на радужку, ресничное тело и собственно сосудистую оболочку, расположенную позади ресничного тела и составляющую почти $2/3$ сосудистой оболочки (фактически выстилает сетчатку снаружи). Кровоснабжение собственно сосудистой оболочки осуществляют в основном задние короткие ресничные артерии, а радужки и ресничного тела — передние и задние длинные ресничные артерии, т.е. кровоснабжение этих двух отделов происходит из разных источников, поэтому передний и задний отделы сосудистой оболочки обычно поражаются раздельно, что послужило причиной разделения увеитов на передний и задний.



- **Этиология**

- ● Вирусы, бактерии, простейшие, грибки
- ● Иммунные факторы — предполагают участие аутоиммунного и иммунокомплексного механизмов при диффузных заболеваниях соединительной ткани
- ● Идиопатические причины (примерно 25%).

■ Генетические аспекты. В 50—70% выявляют Аг HLA-B27 (при анкилозирующем спондилите, болезни Рейтера).

■ Факторы риска — диффузные заболевания соединительной ткани, очаги хронической инфекции.

- **Эпидемиология**

- Частота — 0,3—0,5 случаев на 1000 населения, примерно 40% случаев увеита возникает на фоне системного заболевания.

- Возраст. Заболевание в основном возникает среди лиц молодого возраста и пожилых (за исключением случаев заболевания на фоне васкулита, лимфомы, инфекции вирусом простого герпеса), редко у детей (за исключением случаев заболевания на фоне хронического ювенильного артрита).

- Рецидивирование. Острый иридоциклит имеет склонность к рецидивированию (поражая один глаз, через некоторое время может перейти на другой).

- Преобладающий пол: при переднем увеите, ассоциированном с наличием в крови Аг HLA-B27, мужчины заболевают чаще (2,5:1).

• Классификация

Увеиты подразделяют по этиологии, локализации, активности процесса и течению (в основу положена классификация, предложенная Н.С. Зайцевой).

• ■ По этиологии

- Инфекционные и инфекционно-аллергические увеиты: вирусные, бактериальные, паразитарные, грибковые.
- Аллергические неинфекционные увеиты: при наследственной аллергии к факторам внешней и внутренней среды (атонические); при лекарственной аллергии, при пищевой аллергии, сывороточные увеиты при введении различных вакцин и сывороток, гетерохромный циклит Фукса, глаукомоциклитические кризы.
- Увеиты при системных и синдромных заболеваниях: ревматизме, болезни Бехтерева, синдроме Рейтера, болезни Бехчета, синдроме Шегрена, рассеянном склерозе, псориазе, гломерулонефрите, язвенном колите, саркоидозе, синдроме Фогта—Коянаги—Харады, болезни Стилла у детей и Фелти у взрослых, других поражениях.
- Посттравматические увеиты: после проникающего ранения глаза, контузионный, постоперационный, факогенный, симпатическая офтальмия.
- Увеиты при других патологических состояниях организма: при нарушениях обмена; при нарушении функций нейроэндокринной системы (менопауза); токсико-аллергические иридоциклиты (при распаде опухоли, сгустков крови, отслойке сетчатки, болезнях крови).
- Увеиты неустановленной этиологии.

- **■ По локализации процесса:** передний увеит (ирит, иридоциклит, циклит, кератоувеит), периферический увеит, задний увеит [хориоретинит (очаговый, мультифокальный, диссеминированный), нейрохориоретинит, эндофтальмит), панувеит (генерализованный увеит, увеакератит, панофтальмит)].

■ По активности процесса: активный, субактивный, неактивный.

■ По течению: острый, подострый, хронический (ремиссия, рецидив).

Передний увеит

- Развивается характерный симптомокомплекс, включающий следующие жалобы и клинические признаки.

Жалобы

■ Боль в глазу

- Наиболее выраженный симптом переднего увеита, связанный с поражением окончаний тройничного нерва. Боль при воспалительном процессе характеризуется как острая спазматическая цилиарная невралгия, усиливающаяся в острой стадии. В поздних фазах переднего увеита болевые приступы могут возникать из-за механической ирритации, вызываемой синехиями.

- Боль в глазу обычно иррадирует в область носа, щеки, зубов, виска и лба. Болевая реакция наиболее выражена при иридоциклитах герпетической этиологии и при вторичной глаукоме.

- При пальпации отмечается цилиарная болезненность глазного яблока.

- Фотофобия (слезотечение, блефароспазм), которая связана с тригеминальной ирритацией.

- Нарушение зрения (в начале заболевания может быть нормальным).

Осмотр

- Наблюдается перикорнеальная инъекция, реже смешанная инъекция глазного яблока. В острых случаях могут наблюдаться петехиальные геморрагии.

- На роговице (в центральной или нижней части) появляются преципитаты — клеточные скопления, осаждающиеся на эндотелии роговой оболочки. Они могут быть точечными, фибриноидными, хлопкообразными и реже пластическими. В начале процесса преципитаты серовато-белые, затем становятся пигментированными и теряют округлую форму.

- Во влаге передней камеры появляется экссудативная реакция: симптом Тиндаля различной степени выраженности (в зависимости от количества клеток в поле зрения в передней камере).

При биомикроскопическом исследовании **воспалительные клетки выглядят как гранулы беловатого цвета**. Среди них могут быть лимфоциты, гистиоциты, моноциты, лейкоциты и плазмциты. При выраженном воспалении в передней камере наблюдается гипопион или фибрин. Цвет гипопиона обычно белый или жёлтый. Большое количество фибрина придает ему серый оттенок. Для «пластического» ирита характерна фибринозная экссудация.

- В радужке наблюдается **отёк и ступёванность рисунка**. Происходит изменение цвета: глаза с тёмной радужкой приобретают ржавый оттенок, с серой — зеленоватый. Вследствие расширения собственных сосудов радужки они становятся видны как радиальные линии, возникает гиперемия радужки. В случаях подострого или хронического воспаления на радужке возможно появление узелков, располагающихся по краю зрачка (узелки Кеппе) или в средней зоне радужки (узелки Буссака). При локализации у корня радужки узелки приводят к образованию гониосинехий, которые облитерируют угол передней камеры с последующим развитием вторичной глаукомы.

- Наблюдается миоз, реакция на свет ослаблена или отсутствует.

- Возможно образование задних синехий вследствие сращения между задней поверхностью радужки и передней поверхностью хрусталика, при этом зрачок может принимать неправильную форму. При заращении зрачка (круговая синехия) происходит блокирование оттока влаги из задней камеры в переднюю, возникновение бомбажа радужки и развитие вторичной глаукомы.

- Для ВГД характерна нормо- или гипотония (при отсутствии развития вторичной глаукомы).

Ирит

- Ирит – это заболевание, при котором воспаляется радужная оболочка глаза. Вызывают воспаление инфекции или токсико-аллергические реакции. Токсико-аллергический ирит провоцируют хронические артриты, ревматизм, болезни обмена веществ. Инфекционный ирит может возникнуть при кариесе, заболеваниях миндалин и носовых пазух, герпесе, туберкулезе, сифилисе и прочих инфекционных болезнях. При ирите часто диагностируют [конъюнктивит](#).
- Ириты бывают хроническими и острыми.



Симптомы ирита

- Первые симптомы ирита – сильные боли в области глаза, которые со временем могут захватить височную область и всю голову. Следует отметить, что боль при ирите усиливается на свету, а также при надавливании на глаз. Со временем у больного появляется светобоязнь, зрачки сужаются, человек часто моргает.
- Обычно диагностируют ирит по изменившемуся цвету радужки: голубая или серая радужка становится зеленоватой, а коричневая приобретает более темный оттенок. Для подтверждения диагноза сравниваются цвета радужки здорового и больного глаза. Иногда может изменяться форма радужки, ее рисунок становится нечетким, зрачок недостаточно быстро реагирует на свет, снижается острота зрения. Между капсулой хрусталика глаза и зрачком могут образоваться спайки, которые представляют серьезную опасность. Спайки не будут давать глазной жидкости проходить через зрачок в переднюю камеру глаза, в результате чего в глазу будет скапливаться глазная жидкость, которая способствует повышению внутриглазного давления.

- Дифференциальная диагностика обычно проводится с глаукомой. При глаукоме зрачок расширен и не реагирует на свет, больной глаз становится более твердым. При ирите зрачок, напротив, сужен, не реагирует на свет, и больной глаз становится мягче здорового.
- При хроническом ирите больные жалуются на ощущение инородного тела в глазу, воспаление слизистой глаза. Острый ирит обычно продолжается от 2 недель до месяца, а хронический ирит будет мучить больного несколько месяцев. Хронический ирит имеет тенденцию к рецидивам в холодное время года.
- Практически всегда воспалительный процесс при данном заболевании распространяется на ресничное (цилиарное) тело, и возникает иридоциклит.

- Лечение ирита направлено на основное заболевание, вызвавшее иридоциклит:
- Раннее назначение мидриатических средств - инсталляции 1 % раствора сульфата атропина, на ночь 1 % атропиновая мазь. Для лучшего расширения зрачка за нижнее веко закладывают тампон, смоченный 0,1% раствором адреналина гидрохлорида и 1% раствором кокаина гидрохлорида, применяют электрофорез атропина или закладывают за нижнее веко 1-2 кристаллика(!) сухого атропина.
- Обычно на глаз рекомендуется тепло, на кожу виска ставят пиявки. Слюна пиявок обладает обеззараживающим действием и нормализует микроциркуляцию крови в тканях. 2-4 экземпляра пиявок приставляются на височную область, на уровне разреза глаз по горизонтальной линии, и на сосцевидные отростки за ушами. Иногда показана постановка пиявок на выйную ямку подзатылочной области. Благоприятно действует на зрительный аппарат постановка пиявок по обеим сторонам VII шейного позвонка.
- В остром периоде назначаются инстилляции 1 % эмульсии гидрокортизона, закладывание гидрокортизоновой мази, субконъюнктивальные инъекции эмульсии кортизона или гидрокортизона 1-2 раза в неделю. Для уменьшения воспалительных явлений, рассасывания экссудата, устранения свежих синехий назначают папаин в виде субконъюнктивальных инъекций или электрофореза.

- Проводят общее противоаллергическое и противовоспалительное лечение. Внутрь, как правило, назначается бутадион, реопирин с исследованием крови, салициламид; препараты кальция внутрь, внутримышечно и внутривенно; димедрол, пипольфен. При токсико-аллергических процессах внутрь прописывают кортикостероиды.
- В случаях острых гнойных иридоциклитов для лечения применяют антибиотики и сульфаниламиды, витамины С, В1, В2, В6, РР. При иридоциклитах туберкулезной, токсоплазмозной, сифилитической, ревматической этиологии проводят специфическое лечение.
- Лечение заражения зрачка проводится путем удаления под микроскопом организовавшейся пленки с поверхности хрусталика. Если при этом вмешательства будет повреждена сумка, единственная возможность - удаление



Циклиты – воспалительные заболевания цилиарного (ресничного) тела.

- **Циклит** с точки зрения жалоб не отличается от ирита: то же покраснение глаза, слезотечение, снижение зрения, болезненность; характерны также ночные боли в глазу.
- Циклит характеризуется тремя признаками: двумя объективными - 1) преципитатами на задней поверхности роговицы, 2) помутнением стекловидного тела, и одним объективно-субъективным - болезненностью при пальпации области ресничного тела (3). Все это на фоне - четвертого, перикорнеальной инъекции - тоже объективного симптома. Последний, однако, как и болезненность ресничного тела - явления не постоянные.

-

- Преципитаты - отложения на эндотелии роговой оболочки клеточных элементов (лимфоцитов, макрофагов, пигментных частиц и пр.), свидетельствующих о повышении проницаемости сосудов цилиарного тела. Располагаются преципитаты в основном в нижнем сегменте роговицы, что обусловлено током внутриглазной жидкости: вверх вдоль передней поверхности радужной и вниз вдоль задней поверхности роговой оболочек. Размеры преципитатов различны. Крупные достаточно четко видны при боковом освещении, мелкие - только биомикроскопически.
- Помутнение стекловидного тела связано в основном с попаданием в него белка клеток крови, выходящих из сосудов. Помутнения в стекловидном теле обнаруживаются не только биомикроскопически, но и в проходящем свете. При значительной выраженности они мешают офтальмоскопии.
- Болезненность при пальпации цилиарного тела названа субъективно-объективным признаком потому, что касание к главному яблоку нередко заставляет непроизвольно отдергивать голову.
- Еще один - не постоянный, но частый признак циклита: снижение внутриглазного давления. Вместе с тем необходимо иметь в виду и противоположную возможность - повышение офтальмотонуса при циклите.

- **ЛЕЧЕНИЕ**

- В первую очередь лечение циклитов должно быть направлено на устранение причины, приведшей к воспалению цилиарного тела. С этой целью назначаются антибактериальные препараты, противовирусные, противогрибковые – в зависимости от вида возбудителя. Для подавления воспалительного процесса применяют нестероидные противовоспалительные средства и глюкокортикоиды в виде местной терапии (глазные капли, мази, инъекции). При тяжелом течении возможно системное введение данных препаратов.
- Также консервативное лечение включает применение средств, расширяющих зрачок, препятствующих образованию преципитатов и устраняющих симптомы интоксикации.

Иридоциклит

- Иридоциклит— сочетанное воспаление радужки и ресничного (цилиарного) тела глаза. Иридоциклит может быть в любом возрасте, но чаще наблюдается у молодых, трудоспособных людей в возрасте от 20 до 4



- Характерным признаком иридоциклита являются изменение цвета радужки и сглаженность ее рисунка. Радужка приобретает зеленоватый или ржавый оттенок по сравнению со здоровым глазом. Зрачок сужен (миоз), плохо реагирует на свет. Между воспаленной радужкой и передней капсулой хрусталика образуются спайки (задние синехии). Зрачок становится неправильной формы. Может образовываться круговая спайка, и даже полное заращение зрачка. Внутриглазное давление при иридоциклитах чаще пониженное, так как внутриглазная жидкость секретируется цилиарным телом, а при его воспалении секреция угнетается. Но при наличии выраженного спаечного процесса между зрачковым краем радужки с хрусталиком происходит нарушение оттока жидкости и внутриглазное давление повышается.



Кератоувеит

- Кератоувеит – одно из воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза. При этом происходит распространение патологического процесса с роговицы на сосудистую оболочку



- Кератоувеит обычно развивается на фоне системного заболевания. Имеет односторонний характер воспаления, последовательное распространение процесса с роговицы на более глубокие структуры. Часто процесс переходит в хроническую форму с периодическими обострениями. Характерна резистентность к терапии. Мужчины заболевают примерно в два раза чаще женщин.
- Жалобы:
- покраснение и отек глаза;
- ощущение сухости глаза и боль, усиливающаяся при зрительном напряжении и движениях глазных яблок;
- светобоязнь;
- слезотечение;
- ухудшение зрения.
- Осмотр выявляет гиперемию конъюнктивы, отек периорбитальных тканей, блефароспазм, тусклую роговицу, изменение цвета радужки. Наблюдается узкий, часто неправильной формы, зрачок, боль при пальпации, резкое падение остроты зрения. Возможны очаги воспаления, эрозии, язвы, рубцы на роговице, помутнение стекловидного тела, отек, инфильтрация радужки.

Лечение

- Этиологическая терапия – антибиотики, противовирусные или противогрибковые препараты в зависимости от выявленного возбудителя.
- Противовоспалительное лечение:
 - мидриатики;
 - иммуномодуляторы.
- Антиглаукомная терапия:
 - препараты, ускоряющие эпителизацию роговицы
 - заживление язв;
 - витамины, особенно А, Е и группы В, в том числе в виде капель;
 - препараты искусственной слезы.
- При неэффективности консервативного лечения проводится лазерная терапия, трансплантация роговицы.
- **Осложнения**
 - Патология опасна своими последствиями. Возможно развитие следующих осложнений:
 - язва роговицы;
 - перфорация роговицы на фоне язвенного дефекта;
 - вторичная глаукома;
 - слепота.

