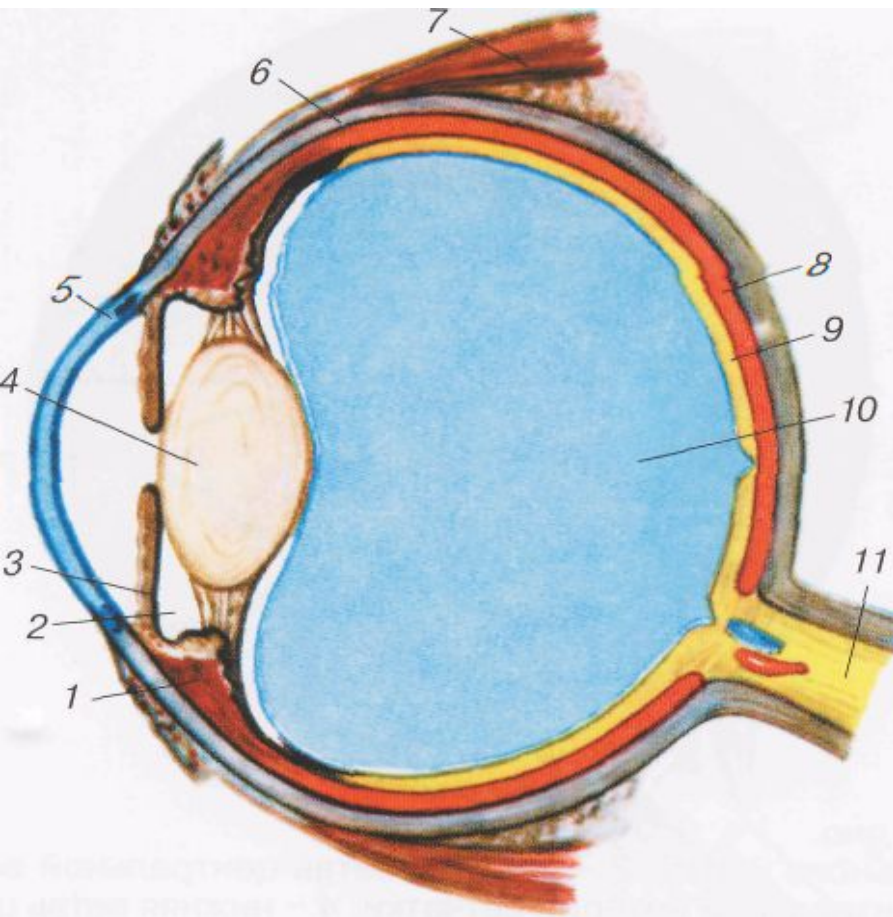


Заболевания сосудистого тракта (увеиты) Лечебный факультет

Лектор: зав.кафедрой офтальмологии ИГМА,
докт.мед.наук, профессор
Жаров Виктор Владимирович

Анатомические особенности сосудистого тракта



- **Радушка:**

- Рисунок и цвет формируется к 10-12 годам;
- Узкий зрачок и слабо реагирует на свет до 1-2 лет;
- Кровоснабжение: задние длинные и передние ресничные артерии;
- Иннервация – сужение зрачка – расширение зрачка –

- **Цилиарное тело:**

- Очень чувствительно к раздражению, но меньше, чем у взрослых;
- Слабая аккомодативная функция у детей до 2 лет в норме к 7 годам;
- Кровоснабжение общее с радужкой и изолировано от хориоидеи;

- **Хориоидея:**

- Кровоснабжение – задние короткие цилиарные артерии;
- Отсутствует чувствительная иннервация;
- Замедленный кровоток при избыточном поступлении крови.

Функции сосудистого тракта

- *Радужка:*
 - Регулирует поступление света в глаз;
 - Регулирует температуру влаги в п/камере;
- *Цилиарное тело:*
 - Продукция ВГЖ и поддержание ВГД;
 - Аккомодация;
- *Хориоидея:*
 - Питает сетчатую оболочку и фотохимические процессы в ней для зрительного восприятия.

Частота проявления и слабовидения при увеитах

- Увеиты 12% - всей глазной патологии;
- В 25% увеиты являются причиной слепоты и слабовидения.

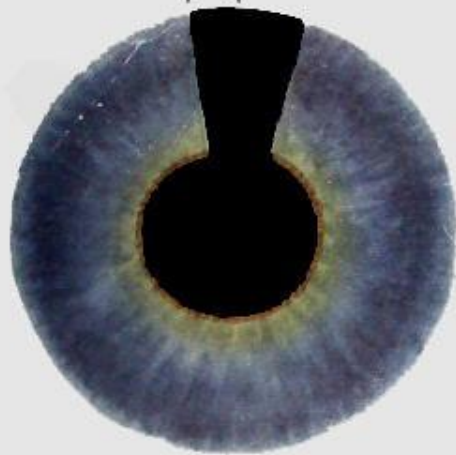
Классификация патологии сосудистого тракта

- Воспалительные – инфекционные и токсико-аллергические заболевания (увеиты);
- Дистрофии;
- Опухоли;
- Травмы;
- Врожденные аномалии.

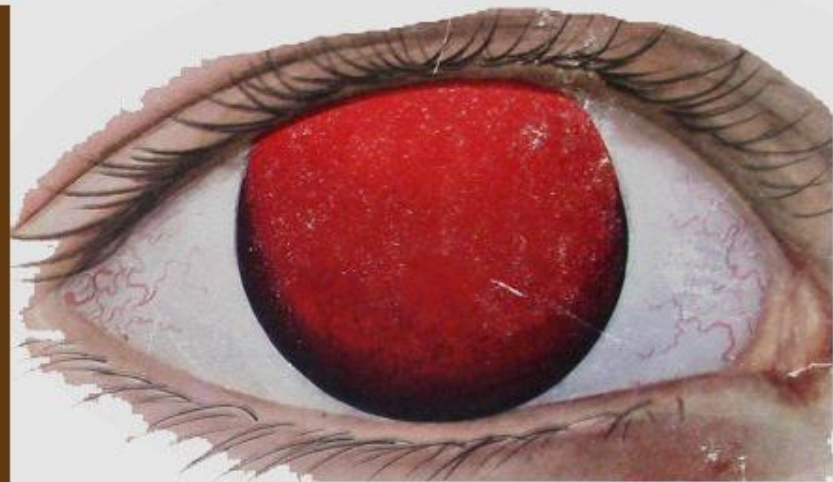
ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ РАДУЖНОЙ ОБОЛОЧКИ



Колобома
врожденная



Колобома
послеоперационная



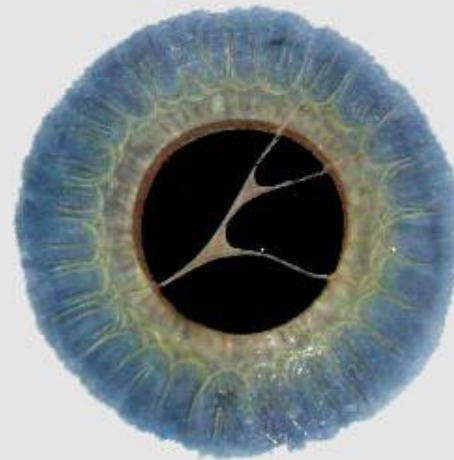
АНИРИДИЯ



КОРЭКТОПИЯ



ПОЛИКОРИЯ



ОСТАТОЧНАЯ ЗРАЧКОВАЯ
МЕМБРАНА



Воспаления сосудистой оболочки

1. Передние увеиты – ириты, иридоциклиты;
2. Задние увеиты – хориоидиты;
3. Панувеит – воспаления всех отделов сосудистой оболочки.



УВЕИТОВ

- Экзогенные причины – при прободных ранениях глаза, после операций, язв роговицы, ожогов глаза;
- Эндогенные причины – метастазирование возбудителя (бактерии, вирусы) в сосудистое русло;
- Токсико-аллергические факторы сенсibilизации организма и тканей глаза к различным токсинам;
- Аутоиммунная сенсibilизация.

Частота увеитов

- Частота эндогенных увеитов за последние 20 лет возросла в 5 раз;
- В 68% увеиты встречаются у школьников;
- Преобладают:
 - Вирусные – 25%;
 - Стрепто-стафилококковые, токсико-аллергические при очагах хронической инфекции – 25%;
 - Туберкулезной этиологии – 24%;
 - Бактериально-вирусные- 26%;

В раннем возрасте преобладают вирусные и бактериально-вирусные увеиты. Передний увеит – в 58%; задний увеит – в 42% случаев.

Классификация

УВЕИТОВ

I. По течению: острые, подострые, хронические, рецидивирующие.

II. По патоморфологии:

а) серозные

б) серозно-фибринозные

в) фибринозно-пластические

г) гнойные

д) геморрагические

е) смешанные

III. По этиологии:

а) негранулематозные – ревматический, гриппозный, факогенный, при локальной инфекции, при болезни Стилла;

б) гранулематозные – сифилитический, туберкулезный, токсоплазмозный

Диагностика увеитов

1. Анамнез жизни, болезни;
2. Общее клиническое исследование организма (ЛОР, пульмонолог, терапевт, фтизиатр, стоматолог, рентгенография, ЭКГ);
3. Обследование органа зрения (visus, периметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, тонометрия, цветовое зрение);
4. Клинико-лабораторные исследования;
5. Иммунологические исследования гуморального и клеточного иммунитета;
6. Вирусологические исследования;

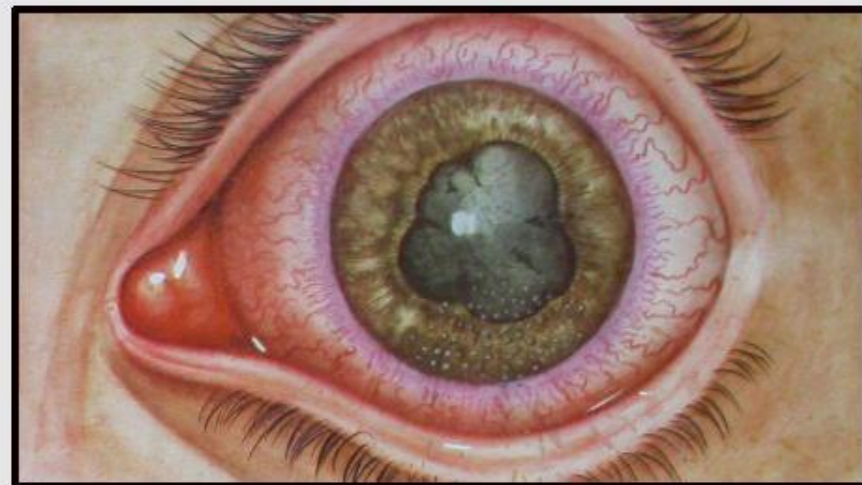
Общая клиническая картина передних увеитов (иридоциклитов)

- **Жалобы:** ноющие боли в глазу, особенно ночью, жжение, болезненность, при пальпации глаза, снижение зрения, у детей до 5 лет боли слабые, снижения зрения нет.
- **Общие клинические симптомы:**
 - Перикорнеальная инъекция;
 - Изменение цвета радужки;
 - Сужение зрачка и вялая реакция его на свет;
 - Неправильная форма зрачка (при расширении его) из-за спаек;
 - Помутнение влаги передней камеры;
 - Гипопион, гифема;
 - Преципитаты на задней поверхности роговицы;
 - Снижение ВГД;
 - Seclusio (сращение) и occlusio (заращение) зрачка – при организации эксудата → Бомбаж радужки и вторичная глаукома;
 - Снижение зрения, зрительный дискомфорт;
 - Формирование катаракты → помутнение стекловидного тела.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ



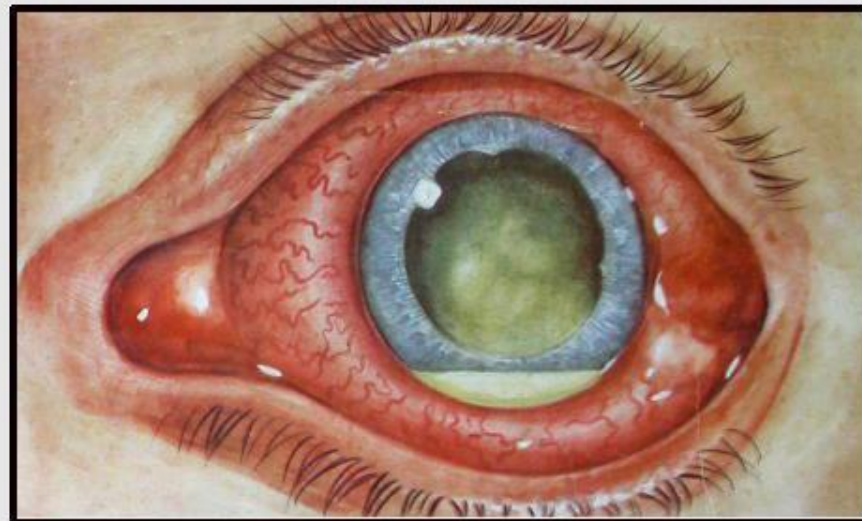
ОСТРЫЙ ИРИДОЦИКЛИТ
до закапывания мидриатиков



ОСТРЫЙ ИРИДОЦИКЛИТ
после закапывания мидриатиков



центральный хориоретинит (свежий и центральные очаги)

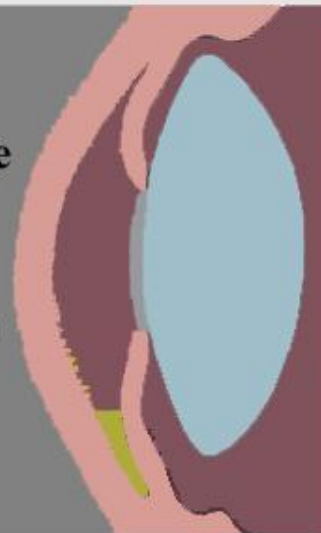


ГНОЙНЫЙ ЭНДОФТАЛЬМ

ИРИДОЦИКЛИТ



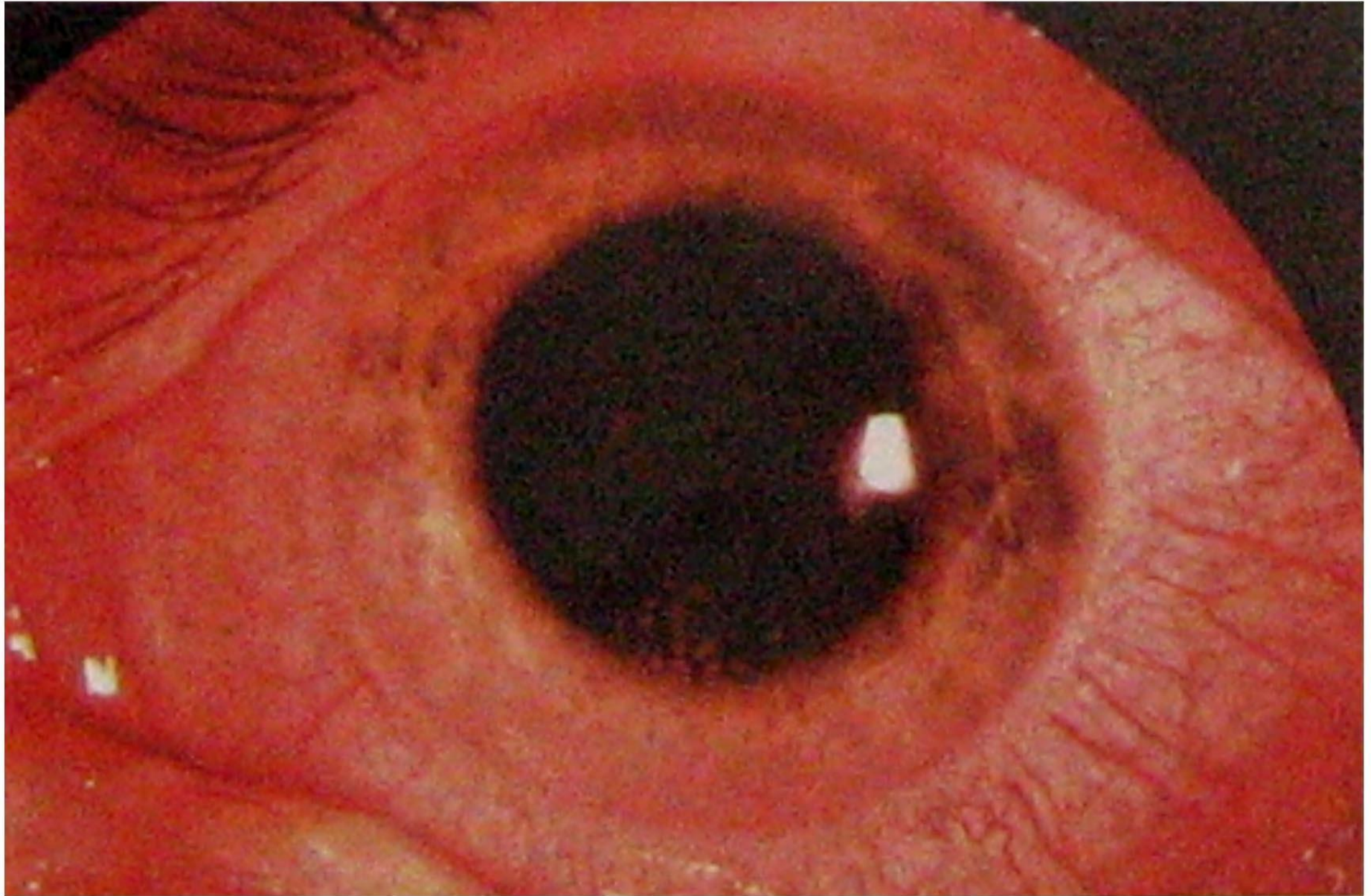
**сращение и заращение
зрачка, бомбаж
радужной оболочки
(вторичная глаукома)**



**удаление пленки
с поверхности
хрусталика в области
зрачка, колобома
радужной оболочки**



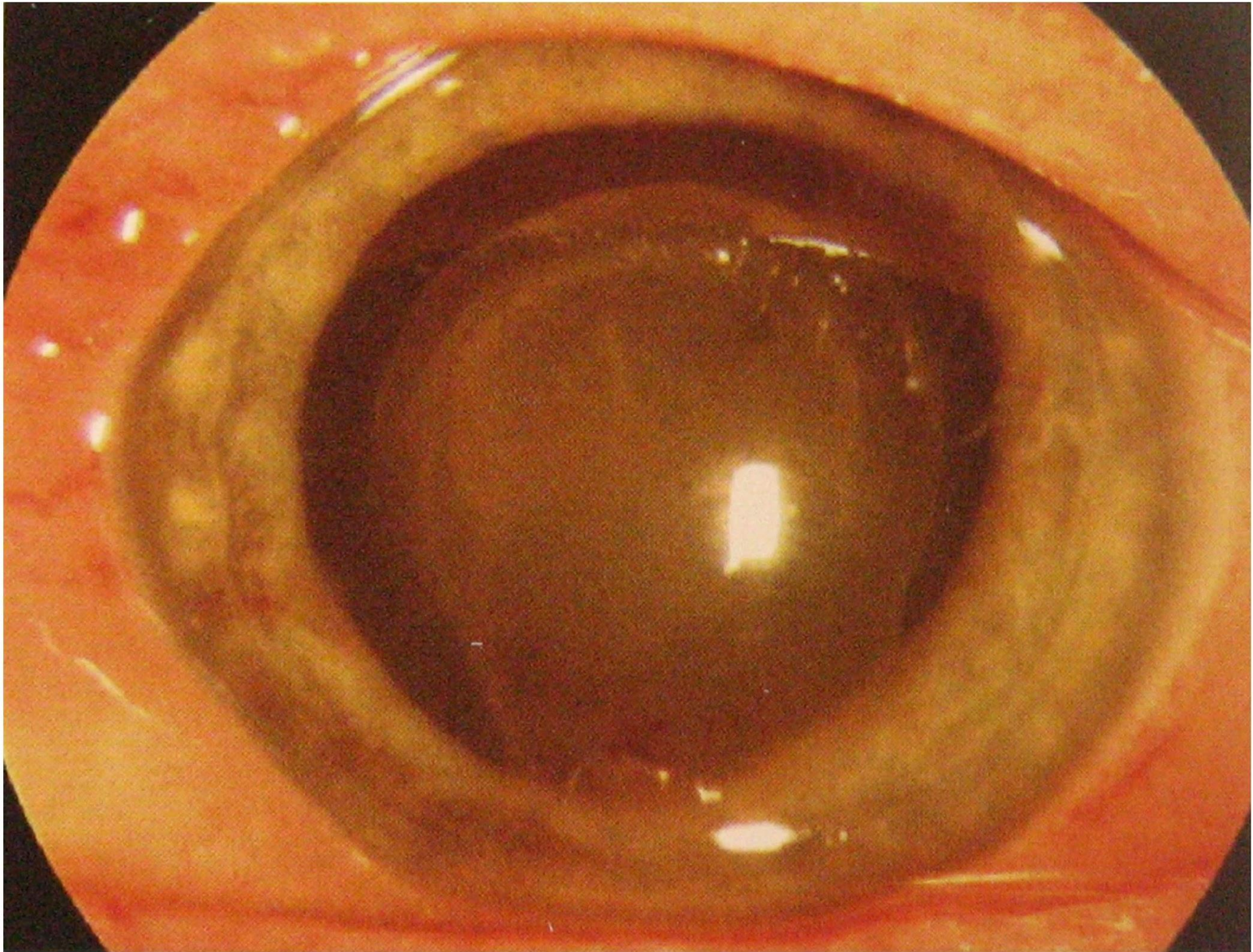
Преципитаты



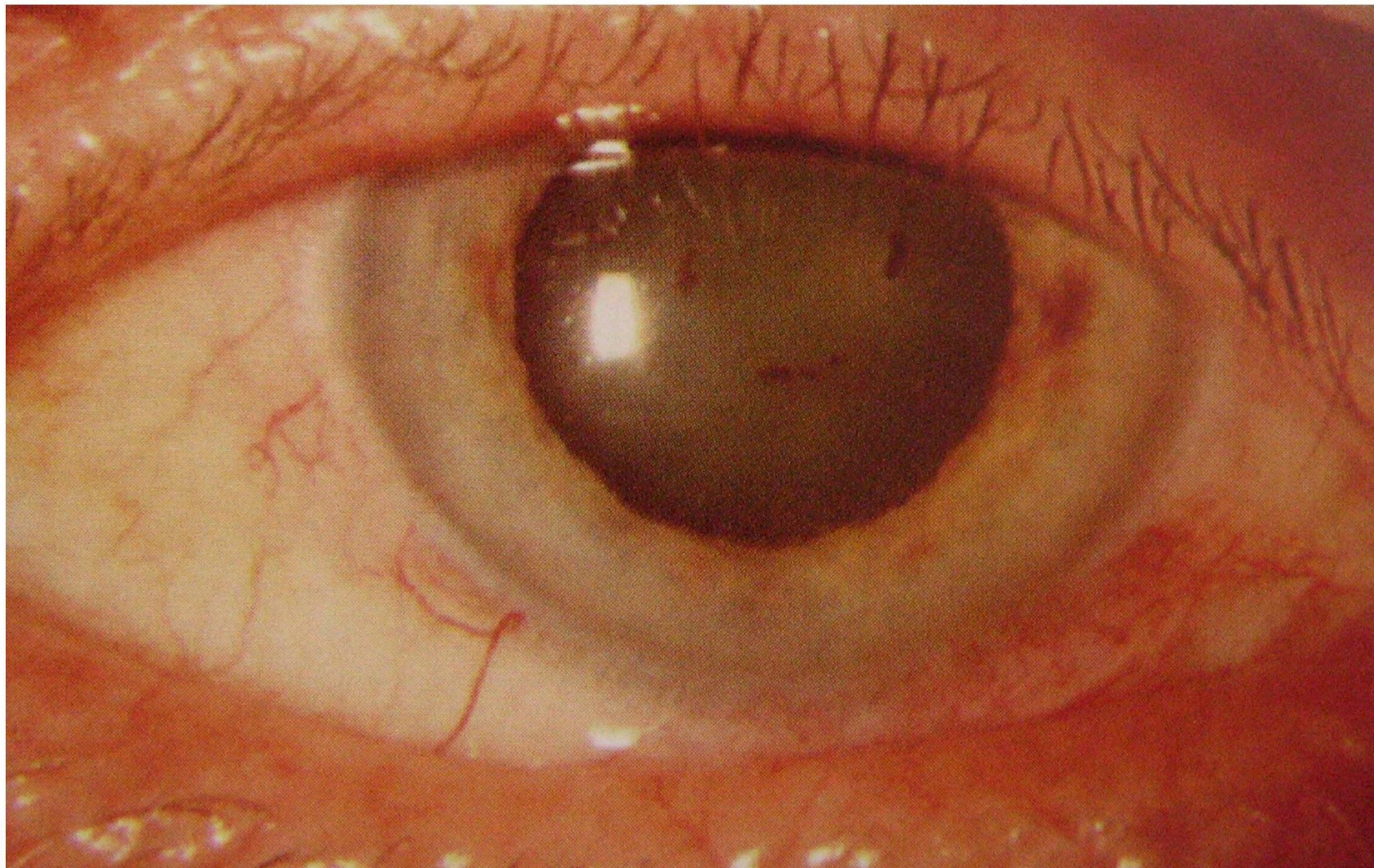
Иридоциклит



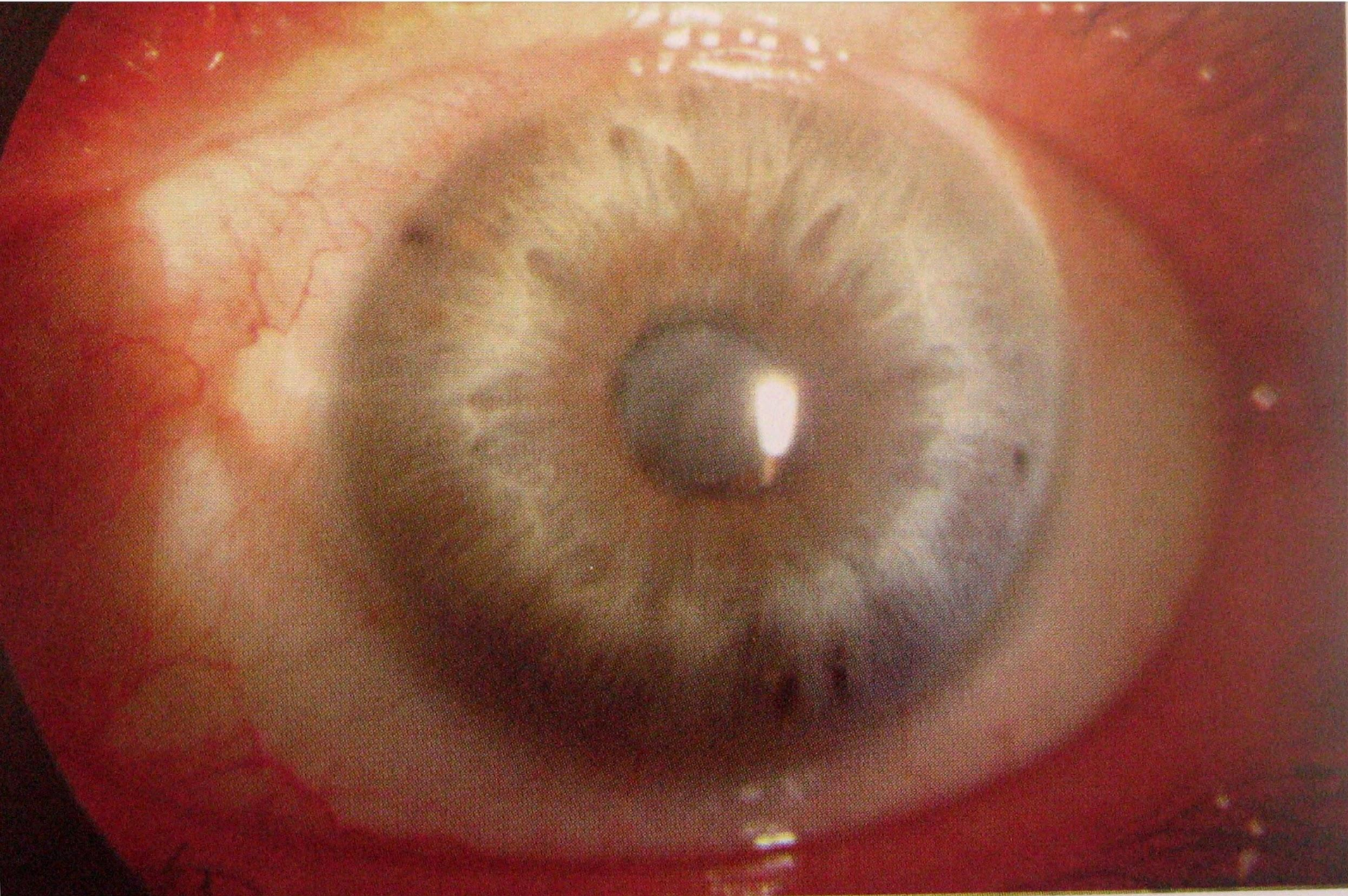
Экссудативный иридоциклит



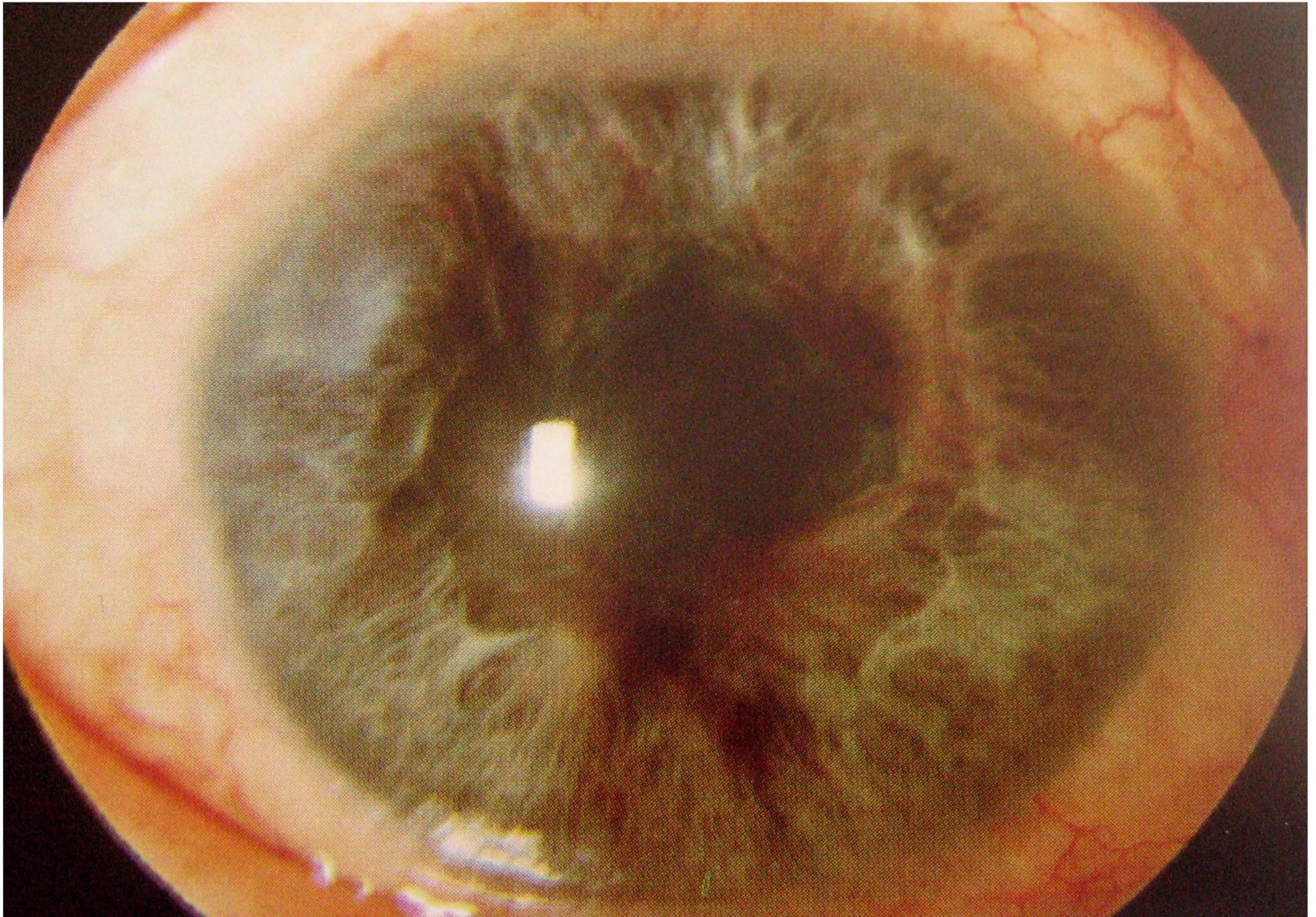
Серозно-пластичекий иридоцикли



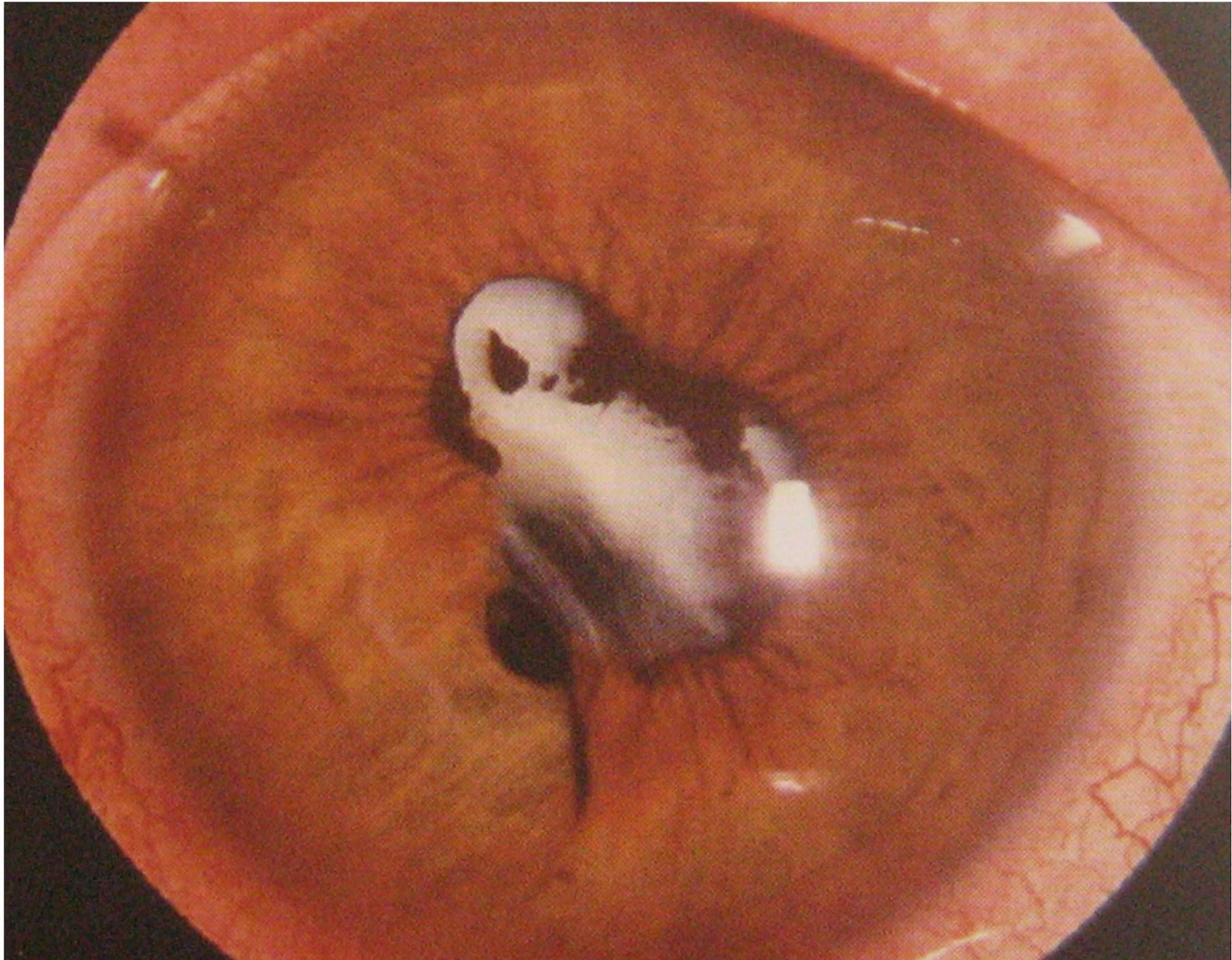
Бомбаж радужной оболочки



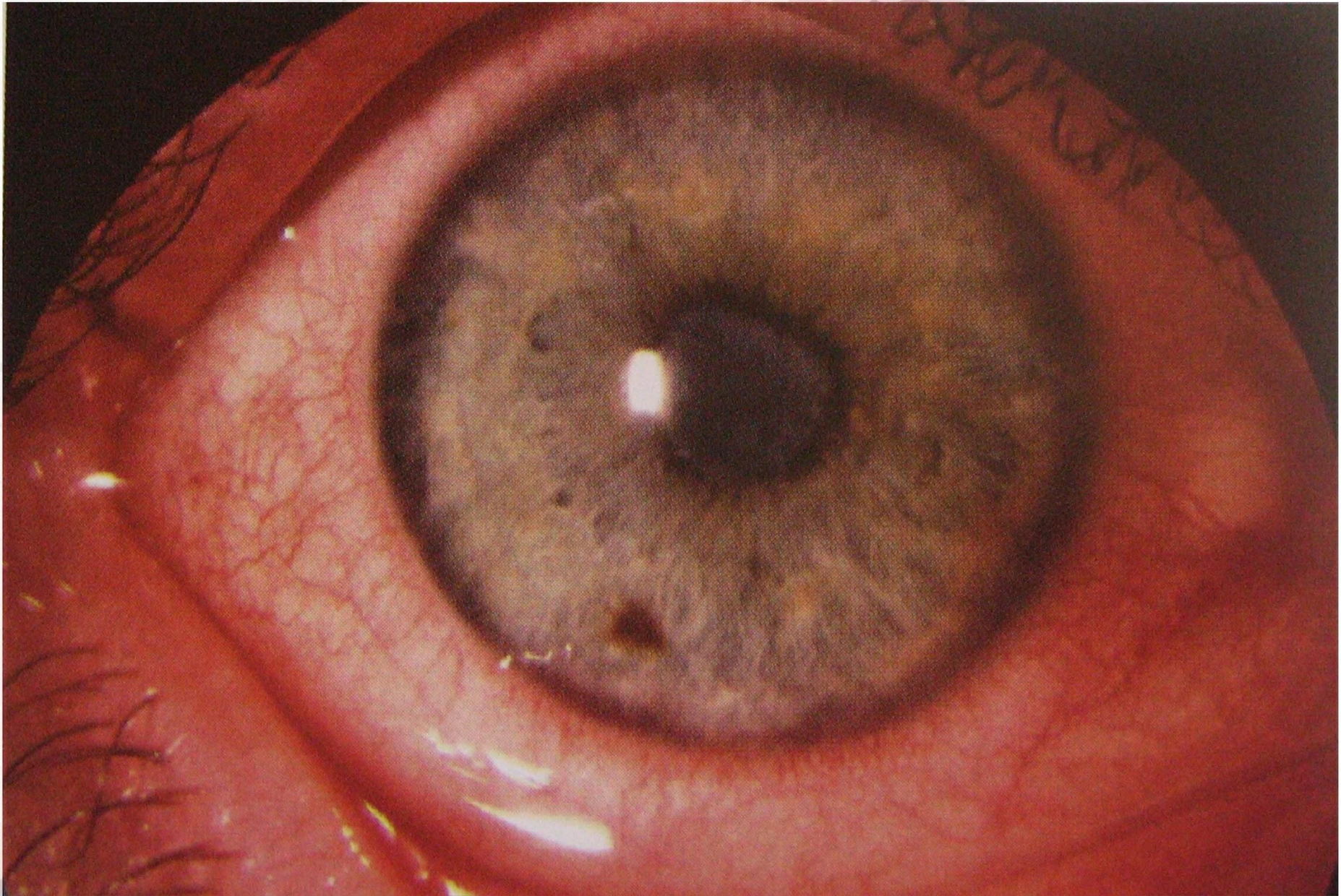
Сращение и заращение зрачка. Бомбаж радужной оболочки



Симпатизирующий иридоциклит



Симпатическая офтальмия



Общая клиническая картина задних увеитов (хориоидиты)

Ареактивное, вялое течение, особенно у маленьких детей
Делятся на очаговые и диффузные → хориоретиниты.

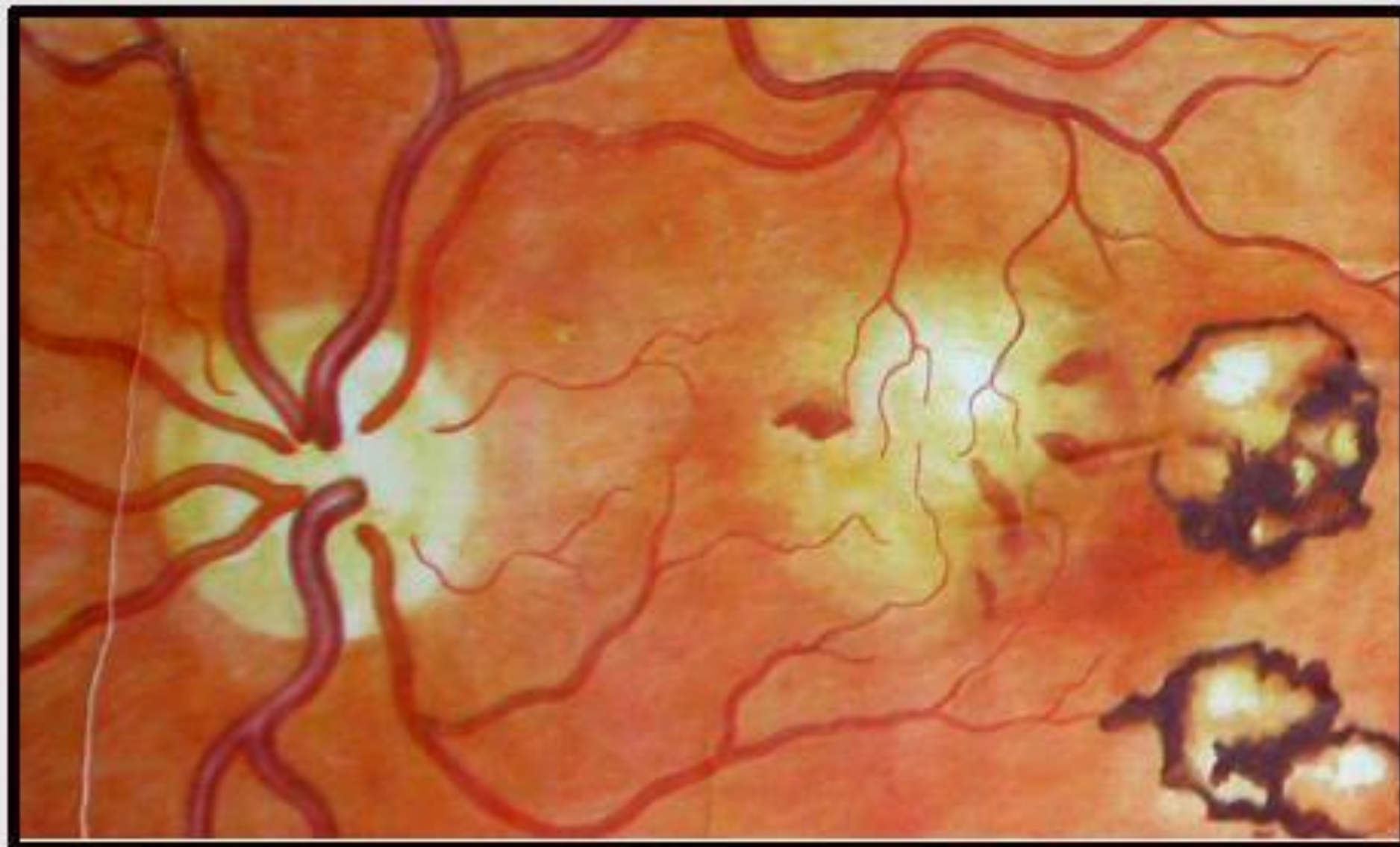
Очаговые: ограниченные фокусы воспаления на глазном дне: беловато-желтые проминируют границы нечеткие → затем четкие.

Симптомы: понижение зрения, метаморфопсии, фотопсии, сужение поля зрения, скотомы, ночная слепота.
ВГД в норме.

Диффузные: поражаются все отделы сосудистого тракта.
Признаки: преципитаты; задние синехии; помутнения в стекловидном теле на спокойном глазу; вторичная глаукома.

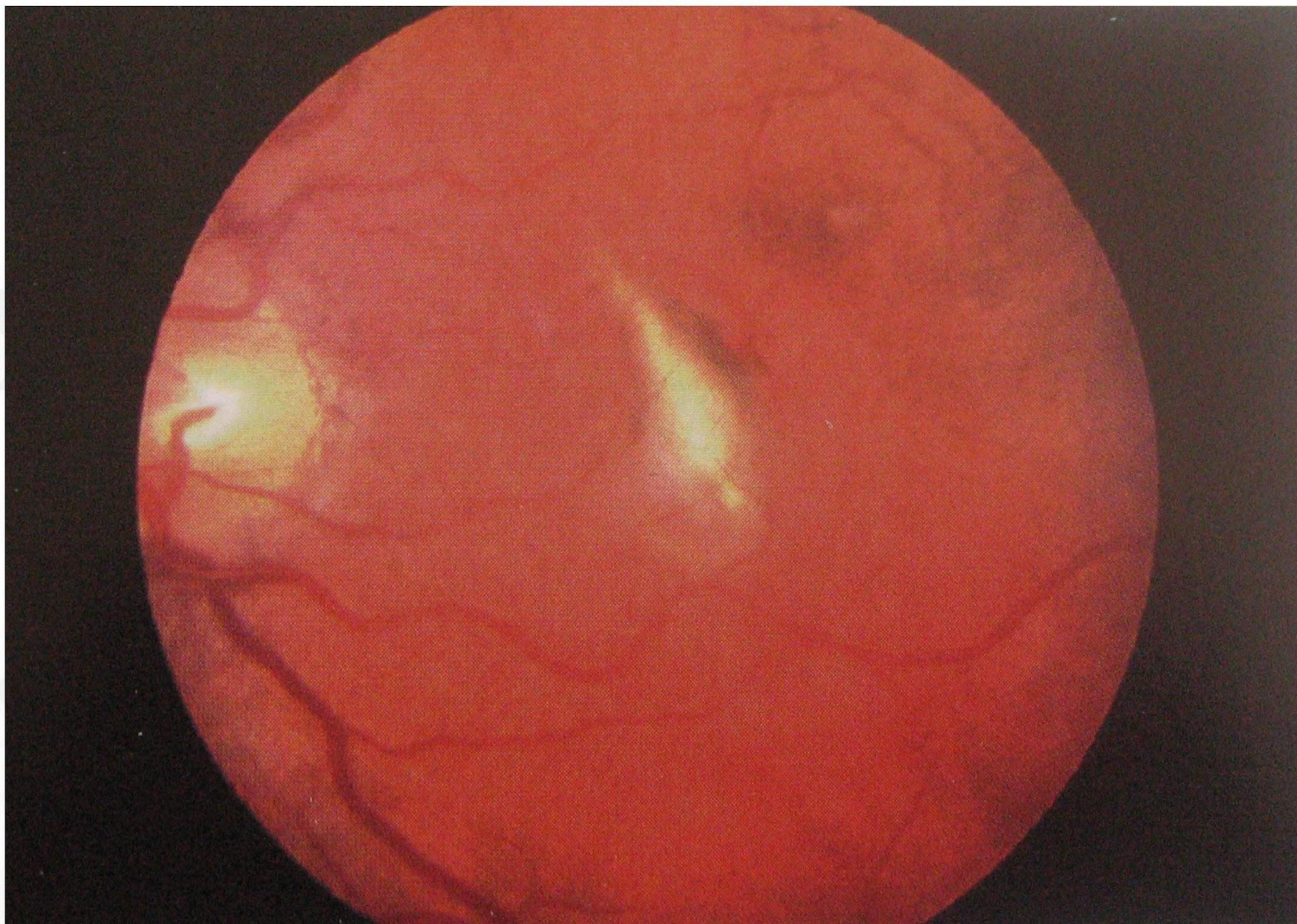
Течение многолетнее с ремиссиями и обострениями

Исход хориоидитов: светлые плоские атрофические очаги с четкими границами и пигментом.



центральный хориоретинит (свежий и центральные очаги)

Центральный хориоретинит



Особенности увеитов различной

ЭТИОЛОГИИ

I. Негранулематозные увеиты:

- Ревматоидный увеит:

- Часть проявлений сложного синдрома ревматизма как инфекционно-аллергического заболевания;

Развивается на фоне хронического процесса, чаще вне обострения;

Протекает остро, бурно;

Относительно легкое течение;

Склонен к рецидивам;

ит при болезни Стилла:

Возникает в 0,5-30% этого генерализованного инфекционного неспецифического полиартрита;

Возникает незаметно, протекает вяло;

Отличает особая тяжесть процесса в виде пластического одно-двух стороннего иридоциклита;

Часто развивается вторичная глаукома, осложненная катаракта, лентовидная дегенерация роговицы



поражение глаза при болезни Стилла,
начальные изменения



поражения глаза при болезни Стилла
выраженные изменения

Ревматический увеит. Болезнь Стилла



ЭТИОЛОГИИ

- **Вирусный увеит:**
 - Развивается при гриппе, герпесе;
 - В 25% случаев воспалительных заболеваний сосудистого тракта;
 - Протекает в форме острого серозного иридоциклита;
 - Характерно снижение тактильной чувствительности роговицы;
- **Увеит при фокальной инфекции:**
 - Возникает при метастазировании инфекции в глаз из пазух носа, зубов, миндалин;
 - Синусогенные – обычно генерализованные (полуувеит);
 - Одонтогенные – в форме пластических и серозных иридоциклитов;
 - Течение острое;
 - В лечении акцент на санацию очагов.

Особенности увеитов различной

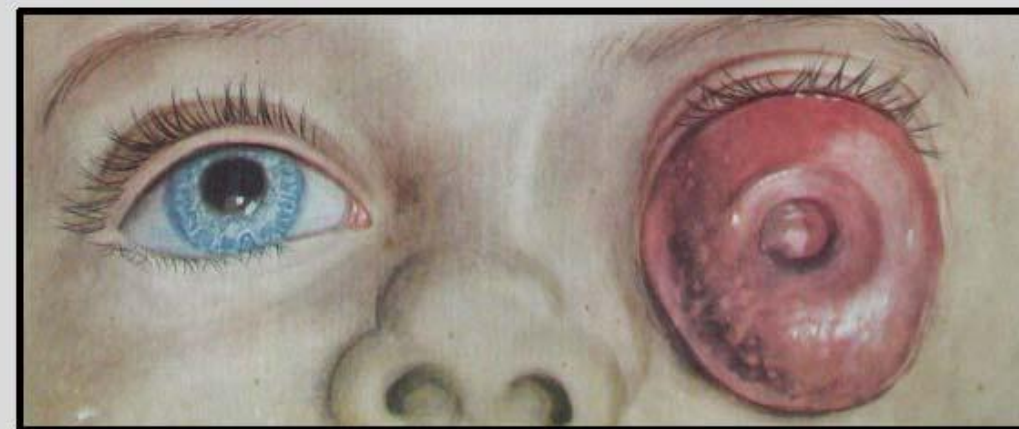
ЭТИОЛОГИИ

Метастатический увеит:

- Занос инфекции при менингите, пневмонии, сепсисе;
- В виде эндофтальмита и панофтальмита:
 - эндофтальмит – поражение всех внутренних оболочек глаза с абсцедированием стекловидного тела; хемоз конъюнктивы, гипопион, падение функций, желтый рефлекс в области зрачка;
 - Панофтальмит – гнойное воспаление всех оболочек глаза и ретробульбарной клетчатки. Клиника: выраженный хемоз, выпячивание глаза, отсутствие подвижности, высокая температура, лейкоцитоз, септические проявления;
 - В исходе атрофия глазного яблока.

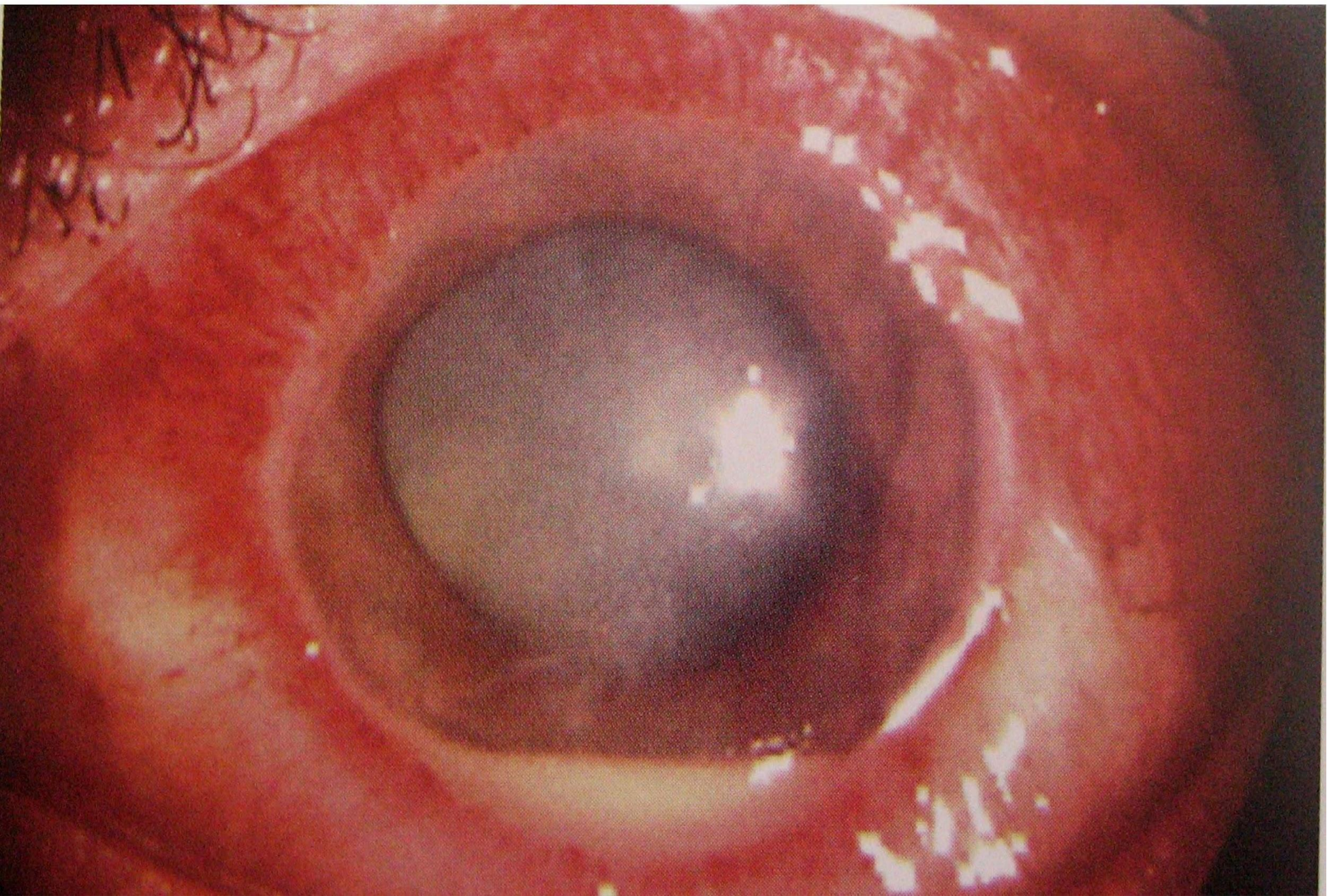


гнойный эндофтальм



РАЗРУШЕНИЕ ГЛАЗА

Эндофтальмит



Особенности увеитов различной этиологии (продолжение)

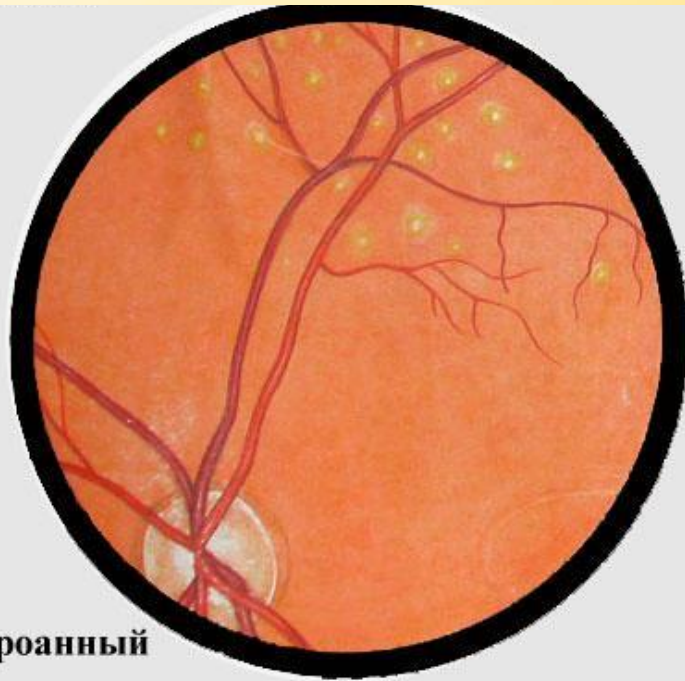
II. Гранулематозные увеиты:

• Туберкулезный увеит:

- чаще токсико-аллергический характер;
- преимущественно у подростков;
- формы: 1) узелковый иридоциклит с сальными преципитатами; 2) хориоретинит очаговый в виде единичных очагов в папило-макулярной области; 3) хориоретинит диссеминированный с массой очагов по всему глазному дну;

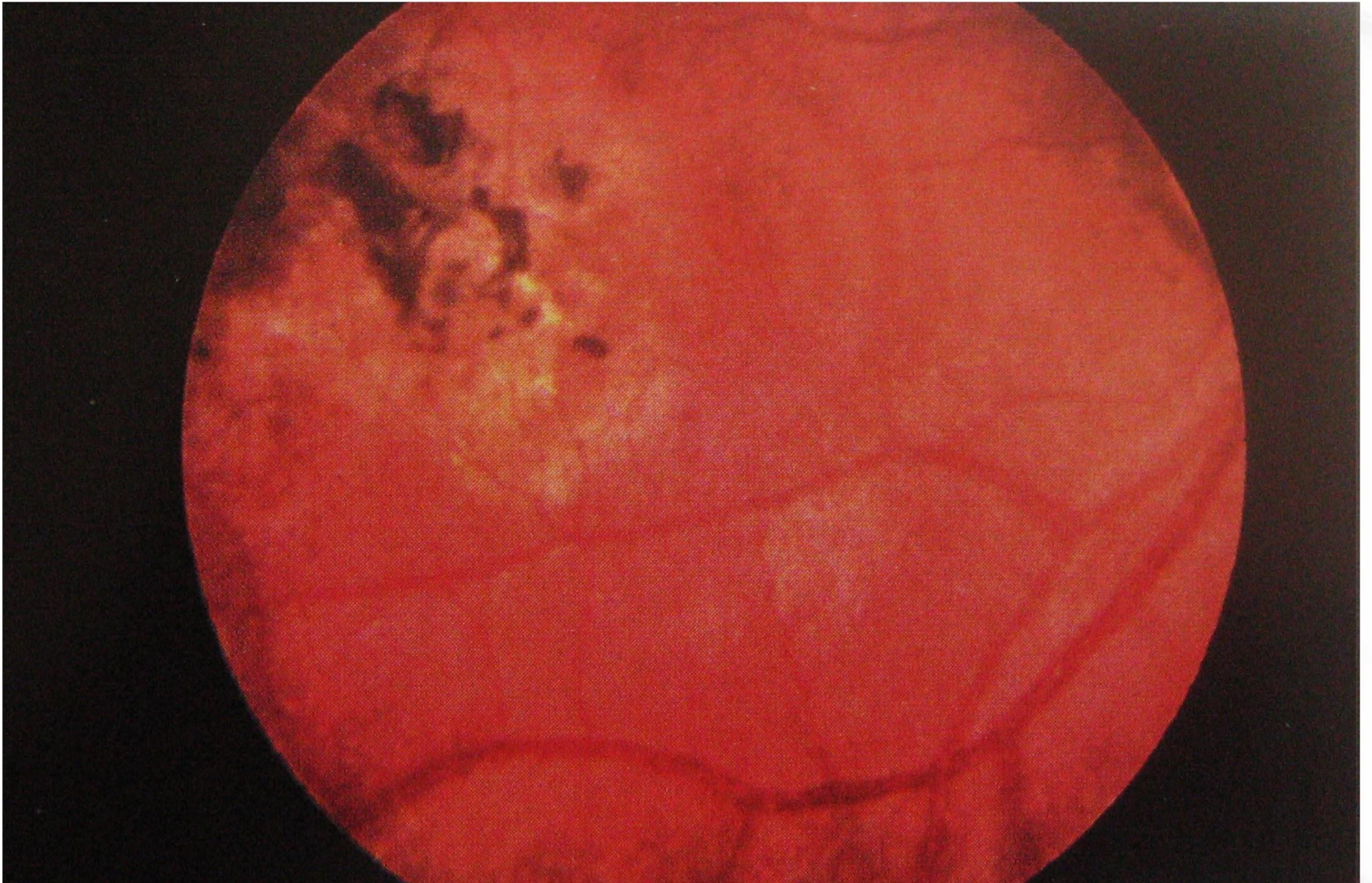


туберкулезный иридоциклит



диссеминированный хориоидит

Туберкулезный хориоретинит



Особенности увеитов различной этиологии

- Сифилитический увеит:

- Встречается во II-III стадиях сифилиса;
- Формы: 1) розеолезная с ограниченной гиперемией;
 - 2) популезная – сосудистые очажки в радужке;
 - 3) гуммозная – гуммы в цилиарном теле в виде псевдоопухолей;
- При врожденном люисе – в виде диссеминтированного хориоретинита с множеством мелких очажков («соль с перцем»);



центральный токсоплазмозный хориоидит

- Токсоплазмозные хориоретиниты:

- Врожденные или приобретенные;
- В виде крупного желто-белого или беловато-коричневого очага.

Люетический увеит



Основные принципы лечения увеитов

Цель:

- Устранение признаков воспаления;
- Восстановление зрительных функций;
- Предотвращение рецидивов.

Неотложная помощь при о.иридоциклите

Расширение зрачка: закапывание 2-6 раз в сутки - мидриатиков: 1) холиномиметиков

0,5-1% гоматропин; 1% атропин; 0,25% скополамин.

Они блокируют холинореактивные системы сфинктера, поэтому превалирует дилататор зрачка и расширяет его.

Цель: предупредить образование спаек и развитие вторичной глаукомы;

2) Адрено миметиков – 0,1% адреналин, 2-4% эффедрин.

Они стимулирует сокращение водокон дилататора

Воздействие на звенья воспалительного процесса

- На повышенную проницаемость сосудистой стенки;
- На экссудацию в ткани глаза;
- На нарушения общего иммунного статуса.

Местное лечение увеитов:

- Мидриатики – до полного расширения зрачка и разрыва спаек;
- Кортикостероиды – часто до 10-12 раз в день 0,5%-1% дексазон, дексаметазон, кортизон, гидрокортизон;
- Антибактериальные средства (антибиотики, сульфаниламиды, салицилаты);
- Ингибиторы протеолиза – Гордокс (фонофорез, в кап.);
- Улучшение трофики – 4% тауфон в кап.;
- Фибринолитики – лидаза, каллолизин, фибринолизин, трипсин методом фонофореза.

Общее лечение увеитов

Должно учитывать:

- **Этиологию заболевания (санацию очагов инфекции, антибиотики, неспецифическую противовирусную, противотуберкулезную, противотоксоплазмозную);**
- **Иммунный статус (гипосенсибилизация организма - кортикостероиды длительным курсом; иммуностимуляторы при снижении защитных сил – Т-активин, полудан, гипериммунный глобулин;**
- **Снижение биосинтеза простагландинов – индометацин, аспирин, бутодион, вольтарен;**
- **Снижение проницаемости сосудов, улучшение микроциркуляции – дицинон в возрастных дозах, стугерон; - ангиопротекторы (доксум, продектин, вит.Р, С);**
- **Антигистаминные препараты- производные фенотиазина, пипольфен, дипразин;**
- **Ингибиторы протеолиза, выброса фибрина - Гордокс по 0,5 мл в/м, в/венно;**
- **Улучшение метаболизма – карбоген (вдыхание), тауфон 4%, трентал.**

Опухоли сосудистого тракта

Первичные В.Г. опухоли

*в 70-80% растут из
сосудистого тракта;*

*в 20-30% - из
сетчатки;*

в 2-3% - метастазы.



Меланобластома сосудистого тракта (М)

Нейроэктодермальная опухоль из клеток шванновых оболочек цилиарных нервов.

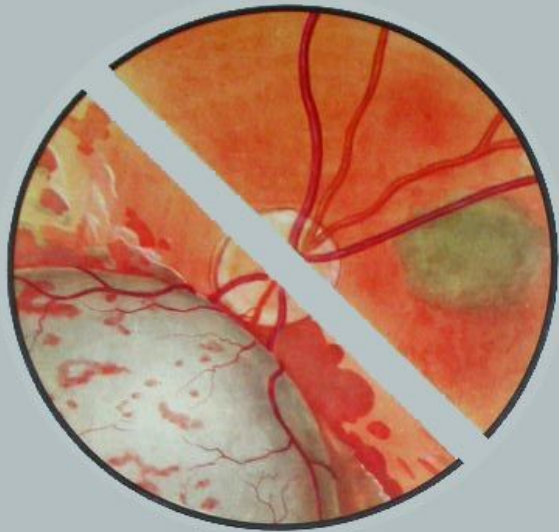
Встречаются в возрасте старше 10 лет. Поражают обычно один глаз.

Меланобластома радужки – коричневый возвышающийся узелок с розовым оттенком.

Меланобластома цилиарного тела – темно-бурый узел опухоли прорастает в переднюю камеру тогда и чаще находят;

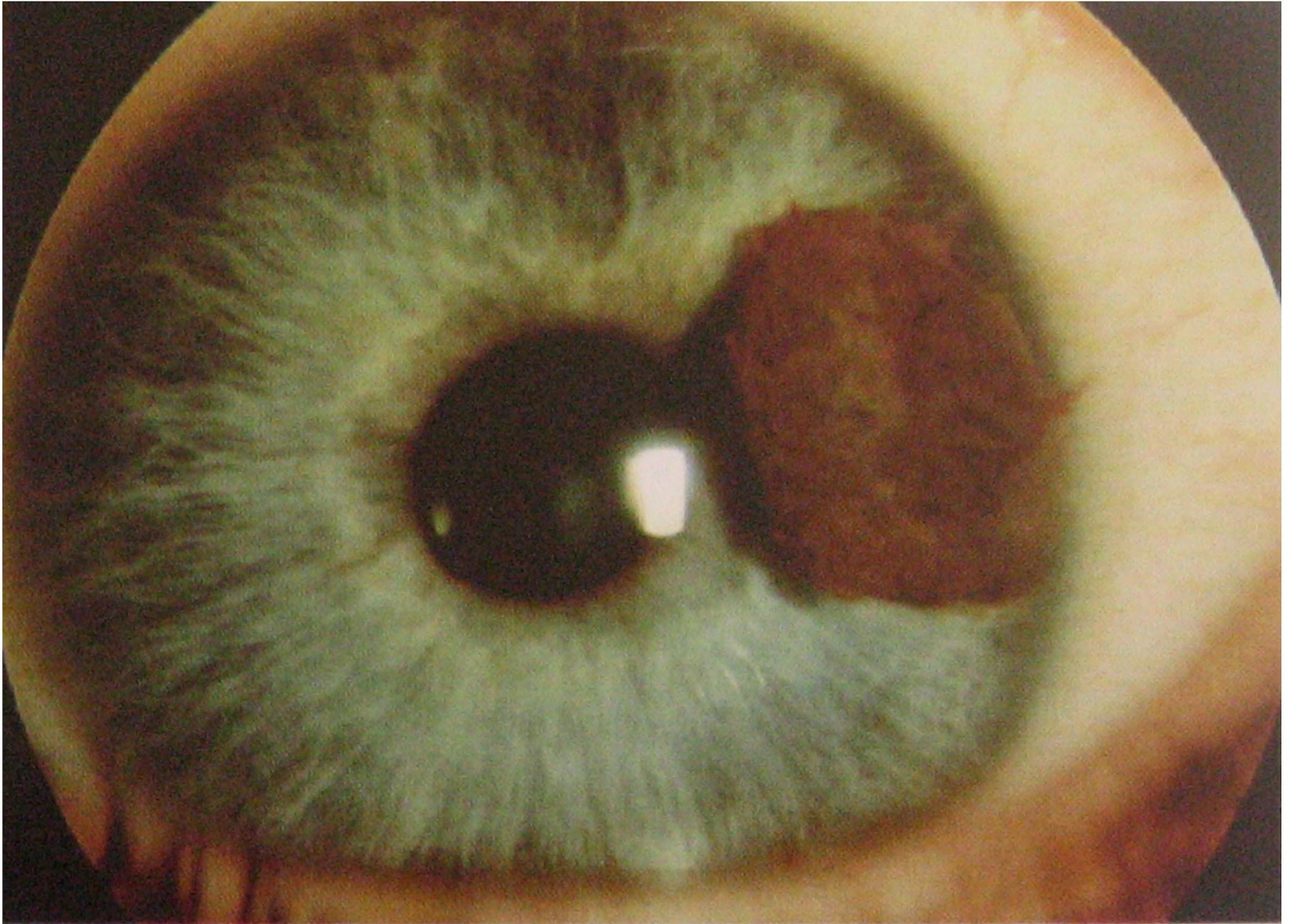
Меланобластома хориоидеи – сероватый округлый участок плюс ткани в любом отделе глазного дна.

НЕВУС ХОРИОИДЕИ

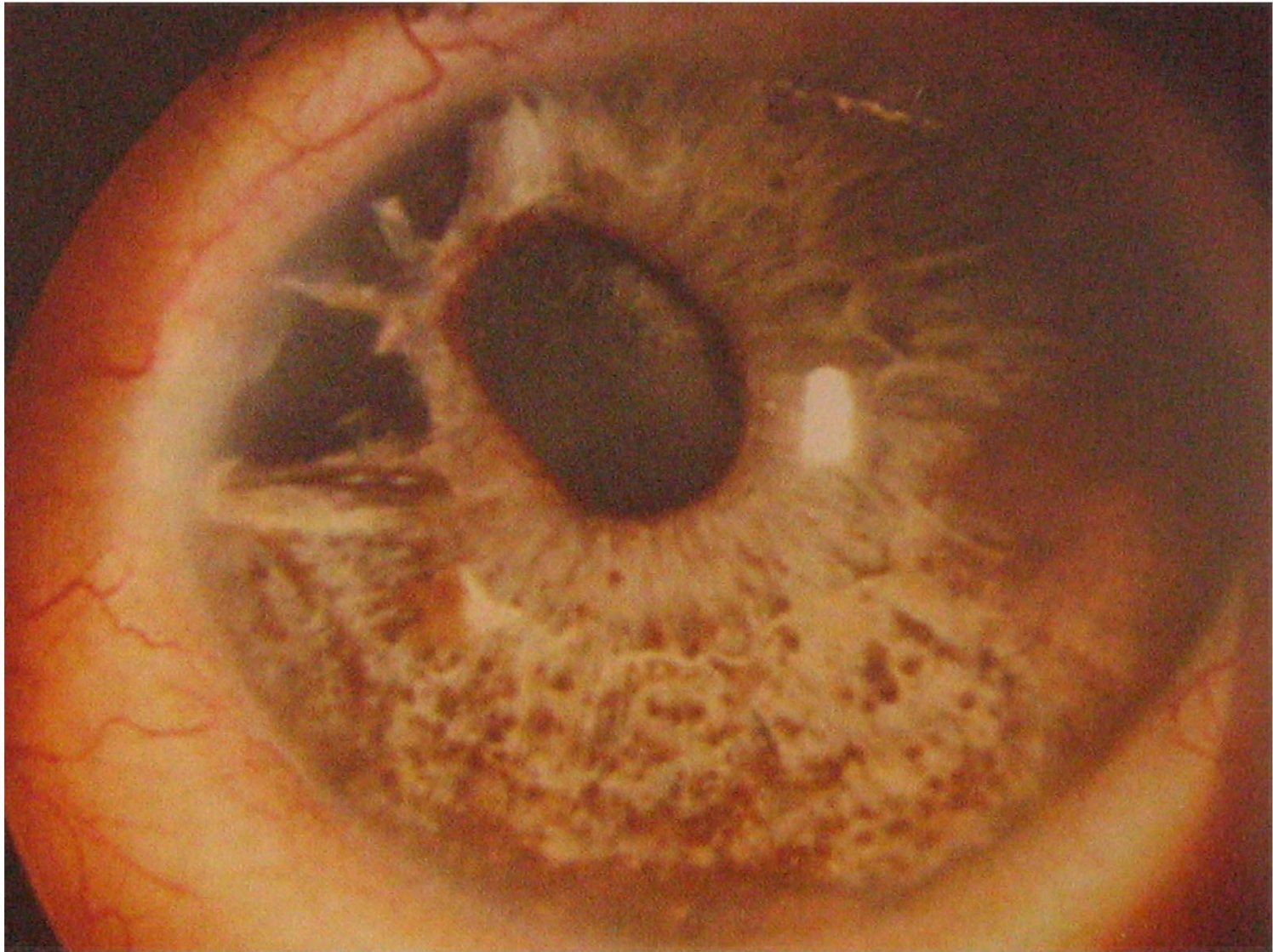


МЕЛАНОБЛАСТОМА ХОРИОИДЕИ

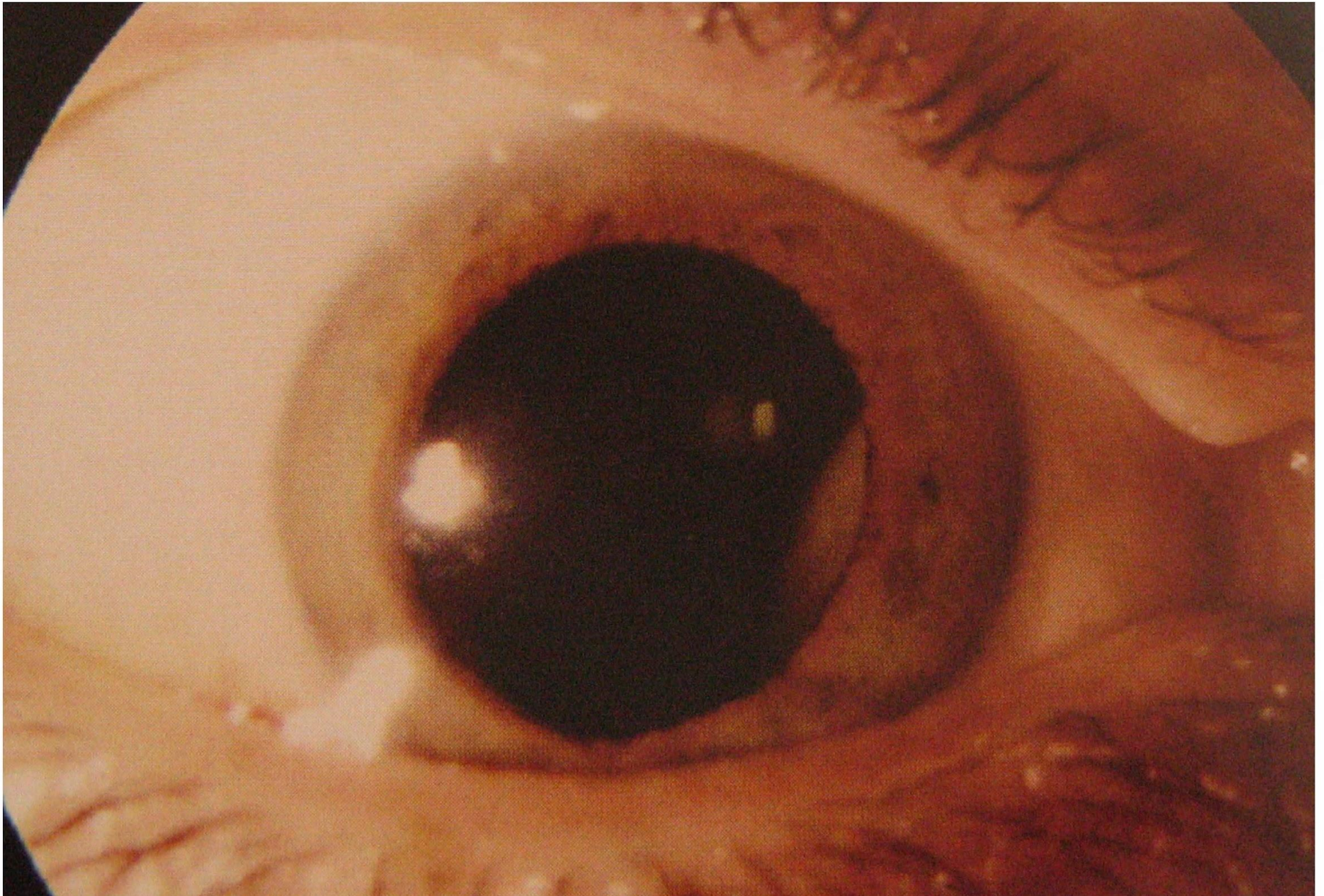
Меланобластома



Меланобластома радужки



Меланобластома цилиарного тела



Прорастание меланобластомы сосудистой оболочки



Стадии динамического роста меланобластомы

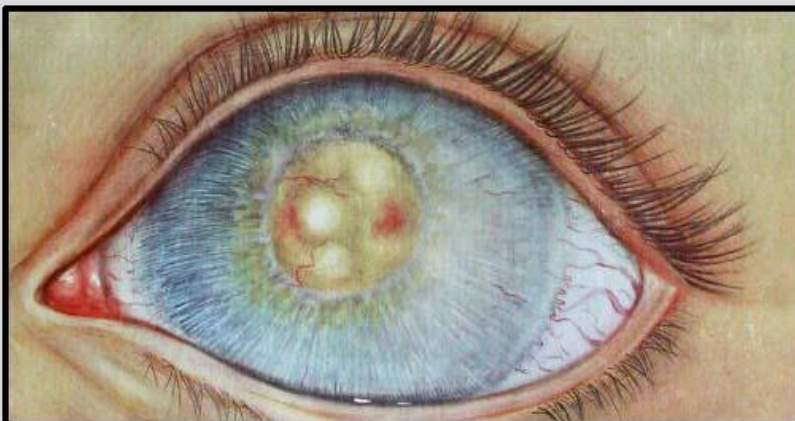
- 1 стадия – опухоль не превышает 5 мм. в пределах анатомической зоны;
- 2 стадия – прорастание в соседние ткани (склеру, сетчатку) до 10 мм.;
- 3 стадия – узел на поверхности склеры → прорастает в глазницу, возникают в глазу вторичные реакции (отслойка сетчатки, вторичная глаукома, катаракта) размер до 15 мм.;
- 4 стадия – метастазирование опухоли в печень, мозг, желудок.

Ретинобластома

Это глиома ретинального происхождения из нейроглии. Часто наследственная. Стадии развития:



“АМАВРОТИЧЕСКИЙ КОШАЧИЙ ГЛАЗ”



ВТОРИЧНЫЙ ГЕМОФТАЛЬМ

1 стадия – желто-розовое свечение расширенного зрачка («кошачий глаз») у новорожденного или в 1-е месяцы жизни;

2 стадия – занимает полость глаза;

3 стадия – выходит за пределы глаза метастазы редко.

Методы диагностики новообразований

Клинические офтальмологические:

- передний отдел – застой вен конъюнктивы, стафилома склеры, смещение зрачка, темные узлы на радужке
- биомикроскопия, гониоскопия (осмотр угла передней камеры);
- диафаноскопия увеальн.тракта;
- радиоизотопная д-ка опухолевой ткани;
- УЗИ плюс ткани для дифференциальной диагностики с отслойкой сетчатки.

Общие принципы лечения опухолей сосудистого тракта

Абсолютное показание к хирургии – рост истинной опухоли.

В 1 стадии – иссечение О. в пределах здоровой ткани (иридэктомия, фото и лазеркоагуляция);

Во 2 стадии – энуклеация;

В 3 стадии – экзентерация глазницы с опухолью и глазом.

В комплексном лечении – лучевая терапия (рентгено и гамма лечения 5000 рад); химиотерапия (цитотоксические средства).



Спасибо за внимание