



Карагандинский государственный медицинский университет
Кафедра офтальмологии и отоларингологии

СРС на тему: «Увеиты»

Подготовила: студентка группы 4-105 ОМ
Каукербекова К.Д.
Проверила: преподаватель Кузнецова В.И.

Караганда, 2016 г.

Содержание

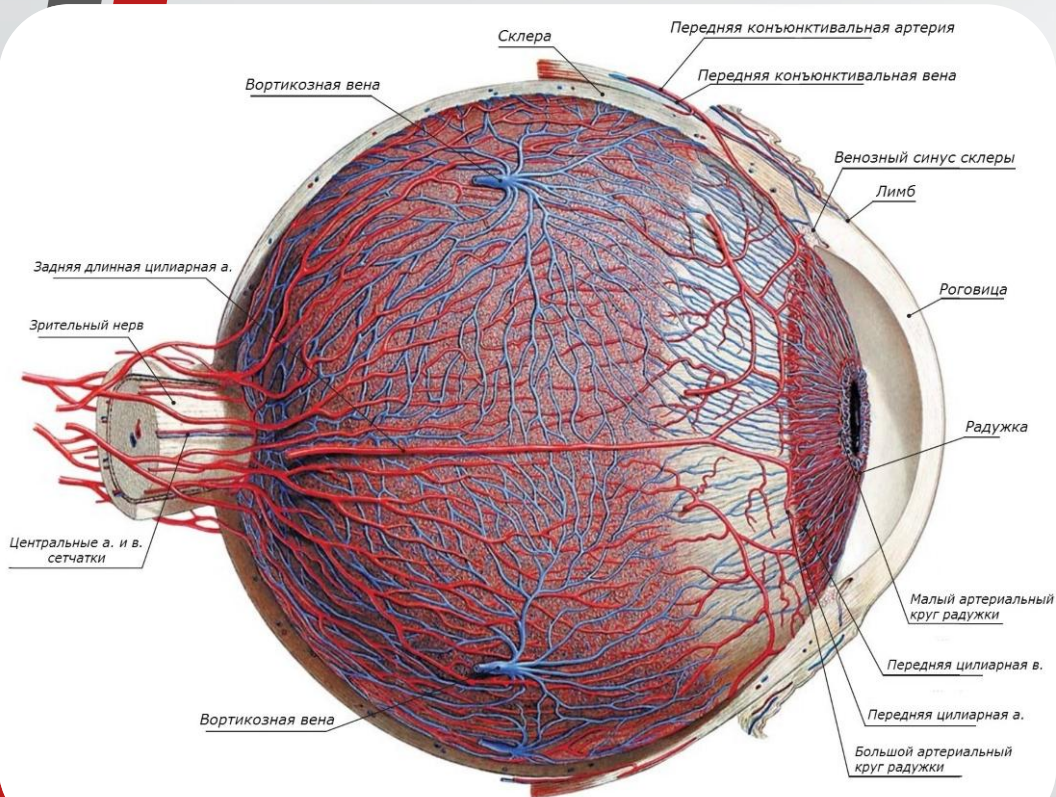
- Введение
- Особенности анатомии сосудистого тракта
- Классификация увеитов
- Патогенез увеитов
- Клиника увеитов
- Диагностика увеитов
- Лечение заболеваний сосудистой оболочки
- Список использованной литературы

Введение

В данный момент одной из частых причин слабовидения и слепоты являются увеиты. Более того по статистическим данным выявляется тенденция к увеличению заболеваемости вирусными увеитами. Социальная значимость увеитов связана также с тем, что заболевания сосудистого тракта наиболее часто возникают у лиц молодого, трудоспособного возраста и могут привести к резкому снижению остроты зрения и слепоте.

Особенно тяжелы изменения при внутриутробной патологии глаз у детей. Как правило, они резко снижают зрение и делают невозможным обучение в школах общего профиля. Подобные исходы установлены в 75—80% таких детей.

Особенности анатомии сосудистого тракта



- Передний и задний отделы хориоидеи имеют различное кровоснабжение. Таким образом, радужка и цилиарное тело кровоснабжаются от задних длинных и передних цилиарных артерий, а задний отдел от задних коротких артерий
- В хориоидее резко замедляется кровоток из-за наличия большого количества разветвлений на капилляры, в результате чего общий суммарный просвет намного больше. Оттоку крови также препятствует внутриглазное давление. Эта особенность приводит к тому, что сосудистая оболочка считает «отстойным бассейном» для инфектантов.
- Радужка и цилиарное тело иннервируются от первой ветви тройничного нерва, а в хориоидее чувствительная иннервация отсутствует.

Классификация увеитов

Увеиты

```
graph TD; A[Увеиты] --> B[Передние]; A --> C[Задние];
```

Передние:

Ирит, циклит, иридоциклит.

Передние в свою очередь делятся на серозные, экссудативные, фиброзно-пластические и геморрагические

Задние:

Хориоидит. Задние увеиты, или хориоидиты, классифицируются по локализации процесса на центральный, парацентральный, экваториальный и периферический увеит или парспланит

По этиологии увеиты делятся на эндогенные и экзогенные.

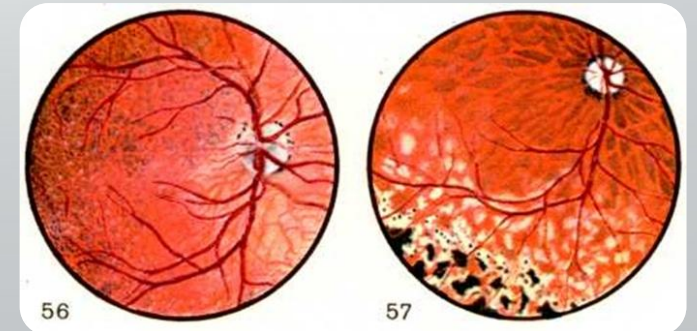
По клиническому течению - на острые и хронические.

По морфологическому субстрату – на гранулематозные и негранулематозные.

Патогенез увеитов

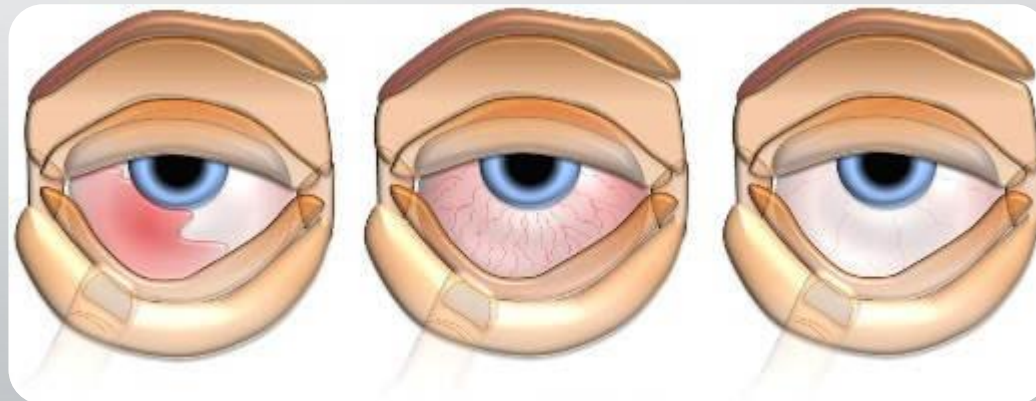
При внедрении инфекционных агентов иммунный ответ на чужеродные субстанции выражается в быстром действии неспецифических факторов, интерферона и воспалительной реакции. Они направлены на локализацию и обезвреживание антигена, а также на его разрушение с вовлечением в процесс лимфоидных клеток глаза. Большая концентрация тучных клеток в хориоиде и высвобождение ими иммунных факторов способствуют входу в депо и выходу Т-лимфоцитов из этого депо.

Причиной рецидива может быть циркулирующий в крови антиген. Важными факторами развития хронического увеита являются нарушение гематофтальмического барьера, задерживающего антигены. Это эндотелий сосудов, пигментный эпителий, эпителий цилиарного тела.



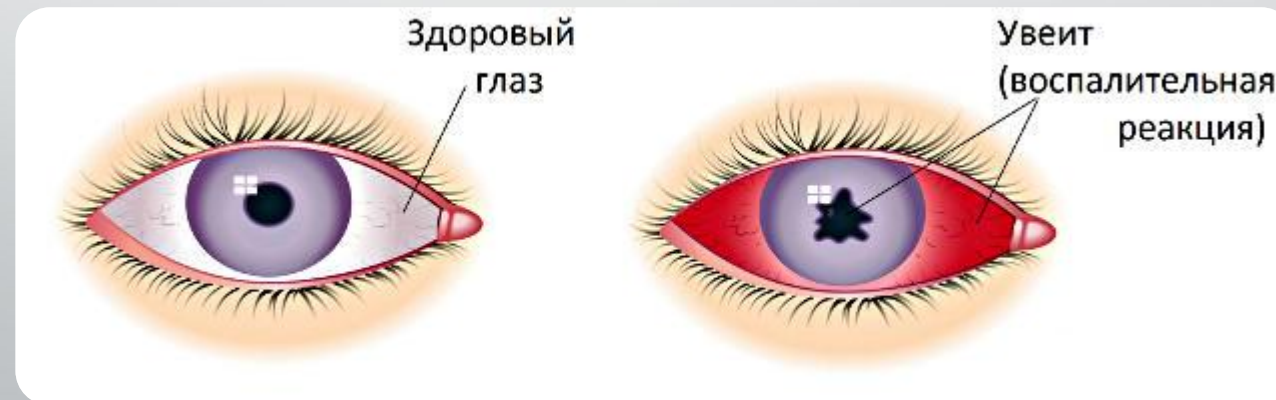
Клиническая картина увеитов

- К основным жалобам при увеите относятся боль, появление плавающих помутнений и снижение остроты зрения.
- К симптомам воспаления относятся перикорнеальная реакция (при остром переднем увеите или генерализованном увеите), преципитаты роговицы (скопление воспалительных клеток на задней поверхности роговицы и в трабекулярной зоне угла передней камеры).
- Воспаление в передней камере нередко сопровождается появлением фибрина, который принимает участие в образовании спаек между радужкой и передней капсулой хрусталика (задние синехии) или радужкой и роговицей в зоне трабекулы (передние синехии). Наличие синехий обычно указывает на хронический процесс, хотя они могут появиться и при тяжелом остром воспалении. Спаечный процесс в переднем отрезке глаза служит одной из основных причин повышения внутриглазного давления при увеитах.



Клиническая картина увеитов

- При задних увеитах могут быть жалобы на искривление изображения предметов, изменение их размеров(метаморфопсии), вспышки света и мерцания(фотопсии), резкое ухудшение зрения в сумерках(гемералопия)
- Острые сосудистые нарушения приводят к развитию отека сетчатки, кровоизлияний (венозные окклюзии), появлению мягкого экссудата (окклюзия прекапиллярных артериол). Возникающая ишемия вызывает рост новообразованных сосудов сетчатки (неоваскуляризации сетчатки) или сосудистой оболочки (субретинальная неоваскулярная мембрана)



Диагностика увеитов

- Клиническая диагностика увеитов строится на тщательном сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни, пальпации, осмотре и дополнительных методах исследования (общие анализы, биохимические анализы и т.д.)
- Визометрия – снижение остроты зрения различной степени выраженности, нередко быстро прогрессирующее, в зависимости от активности воспалительной реакции, локализации хориоретинального фокуса, а также развития осложнений и их тяжести.
- Биомикроскопия глаза – позволяет выявить помутнение хрусталика, очаговое или диффузное помутнение стекловидного тела, клетки, геморрагии в стекловидном теле, а при вовлечении в процесс переднего отрезка - роговичные преципитаты, клетки в передней камере, экссудат, гипопион.
- Тонометрия – используется для оценки исходного внутриглазного давления и определения необходимости назначения местных гипотензивных препаратов при развитии вторичной глаукомы
- Офтальмоскопия – позволяет выявлять изменения в заднем сегменте глаза, воспалительные фокусы, полосы сопровождения, муфты по ходу сосудов, интравитреальные геморрагии, отложение твердого экссудата, зоны капилляроокклюзии, макулярный отёк, нейропатию или атрофию ЗН, возникающие при хориоретинальном воспалении

Дифференциальная диагностика иридоциклитов

Острый иридоциклит следует дифференцировать в первую очередь с острым приступом закрытоугольной глаукомы и острым конъюнктивитом.

Клинический признак	Острый конъюнктивит	Острый иридоциклит	Острый приступ закрытоугольной глаукомы
Острота зрения	Не изменена	Не изменена или снижена	Резко снижена
Боль	Нет	Умеренная	Очень сильная, с выраженной иррадиацией
Цилиарная болезненность	Нет	Выраженная	Нет
Отделяемое из конъюнктивальной полости	Слизистое или слизисто-гнойное	Нет	Нет
Инъекция глазного яблока	Поверхностная	Глубокая	Смешанная, застойная
Среды	Прозрачны	Преципитаты, экссудация во влаге передней камеры	Отек роговицы
Глубина передней камеры	Средняя	Средняя	Малая (щелевидная камера)
Радужка	Не изменена	Отек, гиперемия, изменение цвета	Может быть секторальная атрофия
Зрачок	Не изменен, реакция на свет сохранена	Мноз, изменение формы (задние синехии), реакция на свет ослаблена	Мидриаз, на свет не реагирует
Внутриглазное давление	Нормальное	Нормальное или гипотония (иногда гипертензия)	Высокое
Изменение общего состояния	Нет	Нет	Головная боль, рвота, повышение АД

Лечение увеитов

Применяют консервативную терапию с обязательным использованием глюкокортикостероидов и экстракорпоральные методы (гемосорбция, плазмаферез, квантовая аутогемотерапия).

Общие принципы фармакотерапии увеитов:

- противовоспалительная терапия;
- наиболее эффективными препаратами являются глюкокортикостероиды. Для лечения передних увеитов ГКС применяются в основном местно или в виде субконъюнктивных инъекций, в терапии задних увеитов используются парабульбарные инъекции. При тяжелых процессах ГКС применяют системно;
- ГКС закапывают в конъюнктивный мешок 4—6 раз в день, на ночь закладывают мазь. Наиболее часто используют 0,1% раствор дексаметазона [МНН] (глазные капли и мазь Максидекс);
- субконъюнктивно или парабульбарно вводят по 0,3—0,5 мл раствора, содержащего 4 мг/мл дексаметазона [МНН] (раствор для инъекций Дексаметазон). Кроме того, используют пролонгированные формы ГКС: триамцинолон [МНН] вводится 1 раз в 7—14 дней (раствор для инъекций по 10 мг/мл Кеналог), комплекс динатрия фосфата и дипропионата бетаметазона [МНН] вводится 1 раз в 15—30 дней (раствор для инъекций дипроспан

Лечение увеитов

- Помимо указанных средств, при неэффективности противовоспалительной терапии используют иммуносупрессоры (циклоспорин, азатиоприн, метотрексат).
- Также проводят десенсибилизирующую терапию антигистаминными препаратами и дезинтоксикационную терапию (гемодез, раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой)
- Противомикробные препараты применяют с учетом характера возбудителя.

Список использованной литературы

- Офтальмология: учебник для вузов / Под ред. Е.А. Егорова - 2010. - 240 с.
- Клинические лекции по офтальмологии: Учебное пособие. - Егоров Е. А., Басинский С.Н. 2007. - 288 с.
- Офтальмология Учебник под ред. Е.И. Сидоренко 2002 г., 408 с.