

ПАТОЛОГИЯ СОСУДИСТОГО ТРАКТА ГЛАЗА

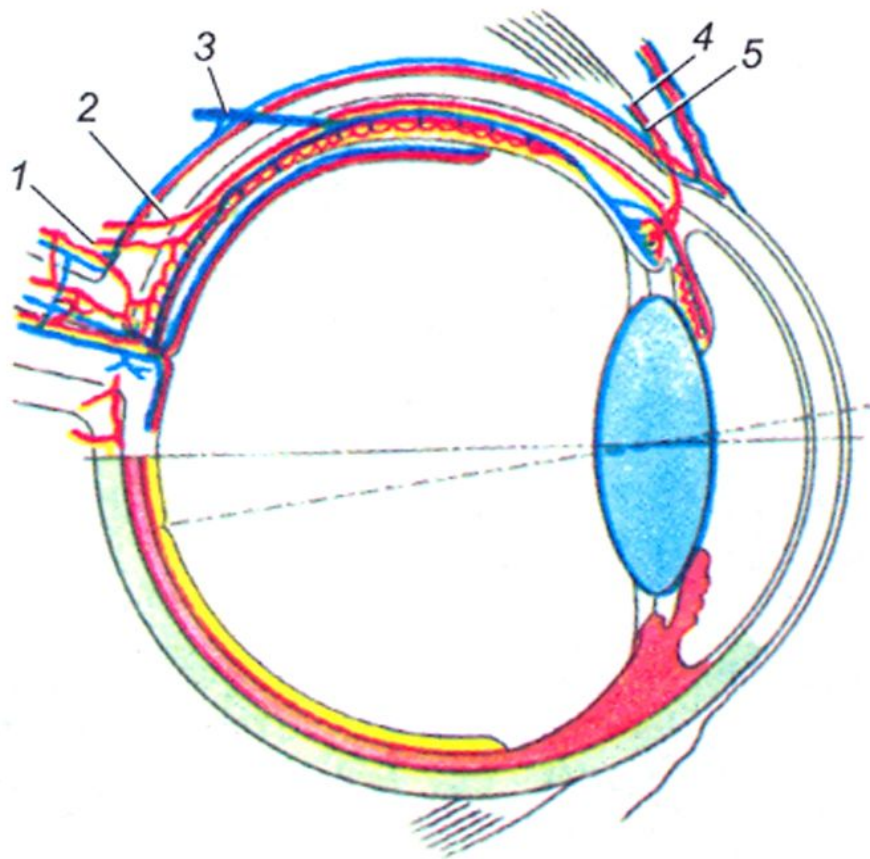
Якубова Р.Р
Турки Д.М

Воспалительные заболевания сосудистой оболочки (увеиты)

- Заболеваемость увеитами детей составляет **5-12%** в структуре общей глазной заболеваемости.
- Увеиты являются одной из частых причин слабовидения и слепоты (25%).
- Большая частота увеитов связана с выраженной разветвленностью кровеносных сосудов и связи с этим замедленным током крови в сосудистой оболочке.

- Все это благоприятствует задержке в нем микробов, вирусов и др. патологических агентов, которые при определенных условиях вызывают воспалительные процессы.

- Кровоснабжение собственно сосудистой оболочки осуществляется из задних коротких ресничных артерий, а радужки и цилиарного тела – из передних и задних длинных ресничных артерий.
- Это способствует тому, что передний и задний отделы сосудистой оболочки поражаются обычно раздельно.



Сосудистая система глаза (схема):
1 — сетчатка; 2 — передняя ресничная вена;
3 — вортикозная вена; 4 — задняя длинная рес-
ничная артерия; 5 — задняя короткая ресничная
артерия

- Это способствует тому, что передний и задний отделы сосудистой оболочки поражаются обычно раздельно.
- В связи с этим встречаются
иридоциклиты или передние увеиты и
хориоидиты или задние увеиты.

- Первенство в этиологии этих заболеваний принадлежит **эндогенным увеитам**
- **Экзогенные увеиты** являются вторичными и бывают лишь при прободных ранениях глаза, после операции и язв роговицы.

По характеру процесса увеиты целесообразно делить на:

- 1) серозные
- 2) фибринозные
- 3) гнойные
- 4) геморрагические
- 5) смешанные. Кроме того, их можно характеризовать как экссудативные и пролиферативные.

Классификация иридоциклитов

- По клиническому проявлению они делятся на 2 большие группы:
 - 1) Диффузные
 - 2) Очаговые

В настоящее время единой классификации увеитов нет.

- В основе ранних классификаций увеитов лежал клинико-анатомический принцип и они делились на **ириты, иридоциклиты, хориоидиты с выделением очаговых, диффузных и генерализованных форм.**
- При этом учитывались этиология и течение заболевания (острое и хроническое).
- Это разделение используется как у нас, так и за рубежом.

- В 1956 г. А. С. Woods предложил руководствоваться анатомо-патогенетическим принципом, разделив на **гранулематозные** и **негранулематозные**, рассматривая первые как очаговые метастазы инфекционного агента в ткань увеа с перифокальным воспалением, а вторые — как токсико-аллергические.

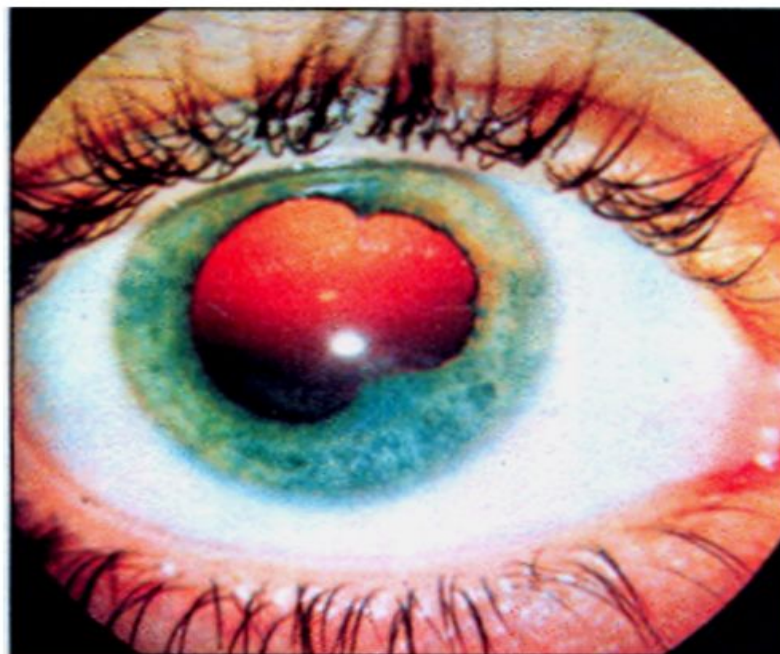
Согласно этиопатогенетической классификации (Н. С. Зайцева с соавт., 1974),

выделяют:

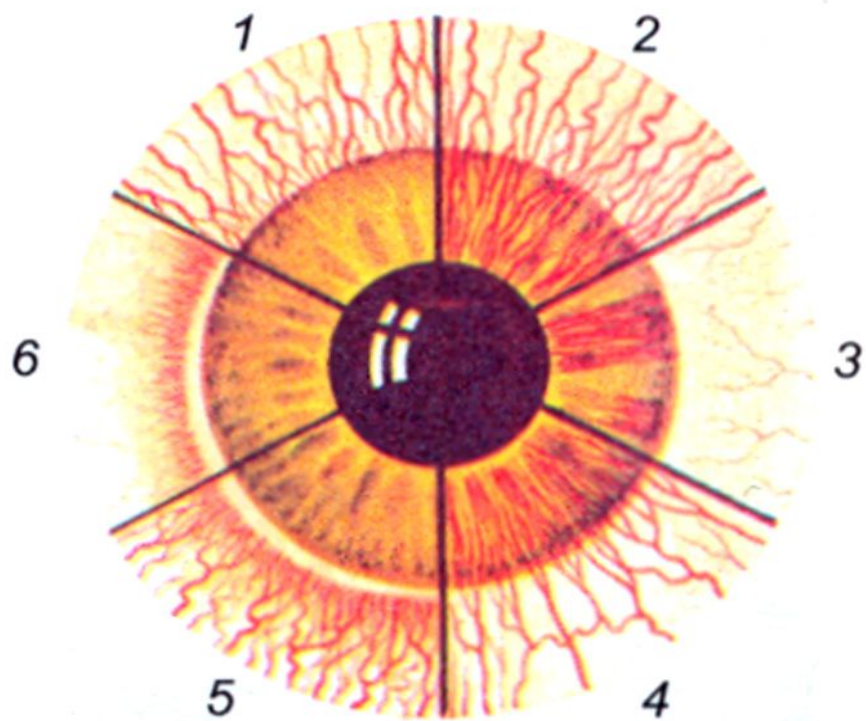
- 1) Инфекционные и инфекционно-аллергические увеиты:
 - а) вирусные;
 - б) бактериальные;
 - в) паразитарные;
 - г) грибковые.
- 2) Аллергические неинфекционные увеиты.
- 3) Увеиты при системных и синдромных заболеваниях.
- 4) Посттравматические увеиты.
- 5) Увеиты при других патологических состояниях: при нарушениях обмена и функций нейрогормональной системы, токсико-аллергические иридоциклиты.

Диффузный иридоциклит встречается 4-х видов:

- 1) *iridocyclitis acuta* (острый) или пластический (или фибринозная форма иридоциклита).



Иридоциклит. Зрачок медикаментозно расширен, неправильной формы из-за задних синехий на 12, 30, 3 и 5 ч. Наиболее мощная стромальная синехия на 5 ч окаймлена зоной сероватого экссудата на передней капсуле хрусталика. Рефлекс с глазного дна яркий



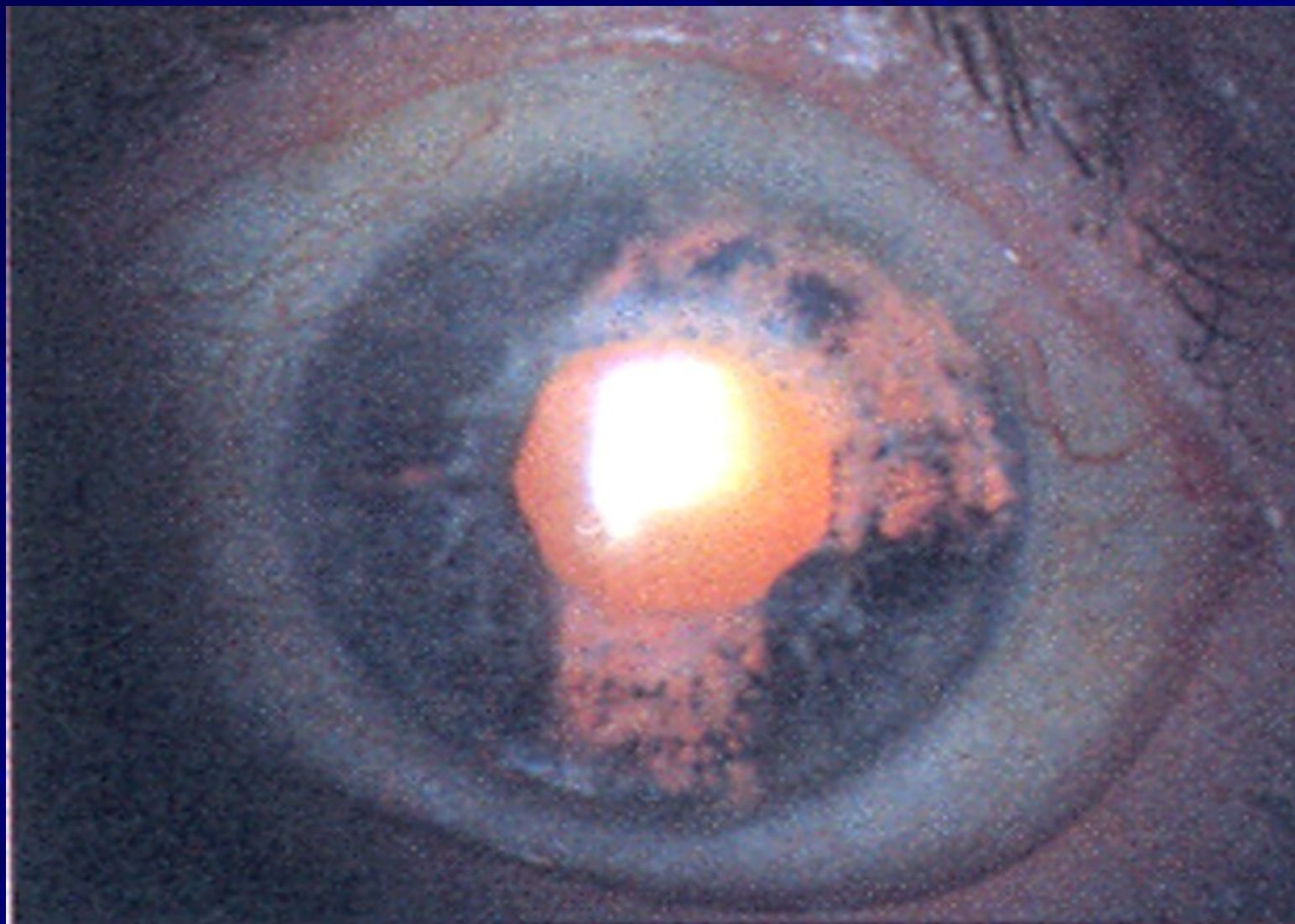
Виды инъекций переднего глаза:

1 — конъюнктивальная инъекция; 2 — смешанный тип васкуляризации роговицы; 3 — глубокая; 4 — поверхностная; 5 — смешанная; перикорнеальная инъекция



Прогрессирующие осложнения хронического переднего увеита, ассоциирующегося с юношеским хроническим артритом:

а — увеличение числа задних синехий и ранней дистрофии роговицы; *б* — задние синехии; *в* — интенсивная кератопатия и зрелая катаракта



Ревматоидный увеит

- Одно из проявлений юношеского ревматоидного артрита.
- Частота от 5,5 до 17% (болезнь Стилла).
- Заболевание чаще встречается в возрасте до 3 лет. Реже 11-15 лет.

Клиника

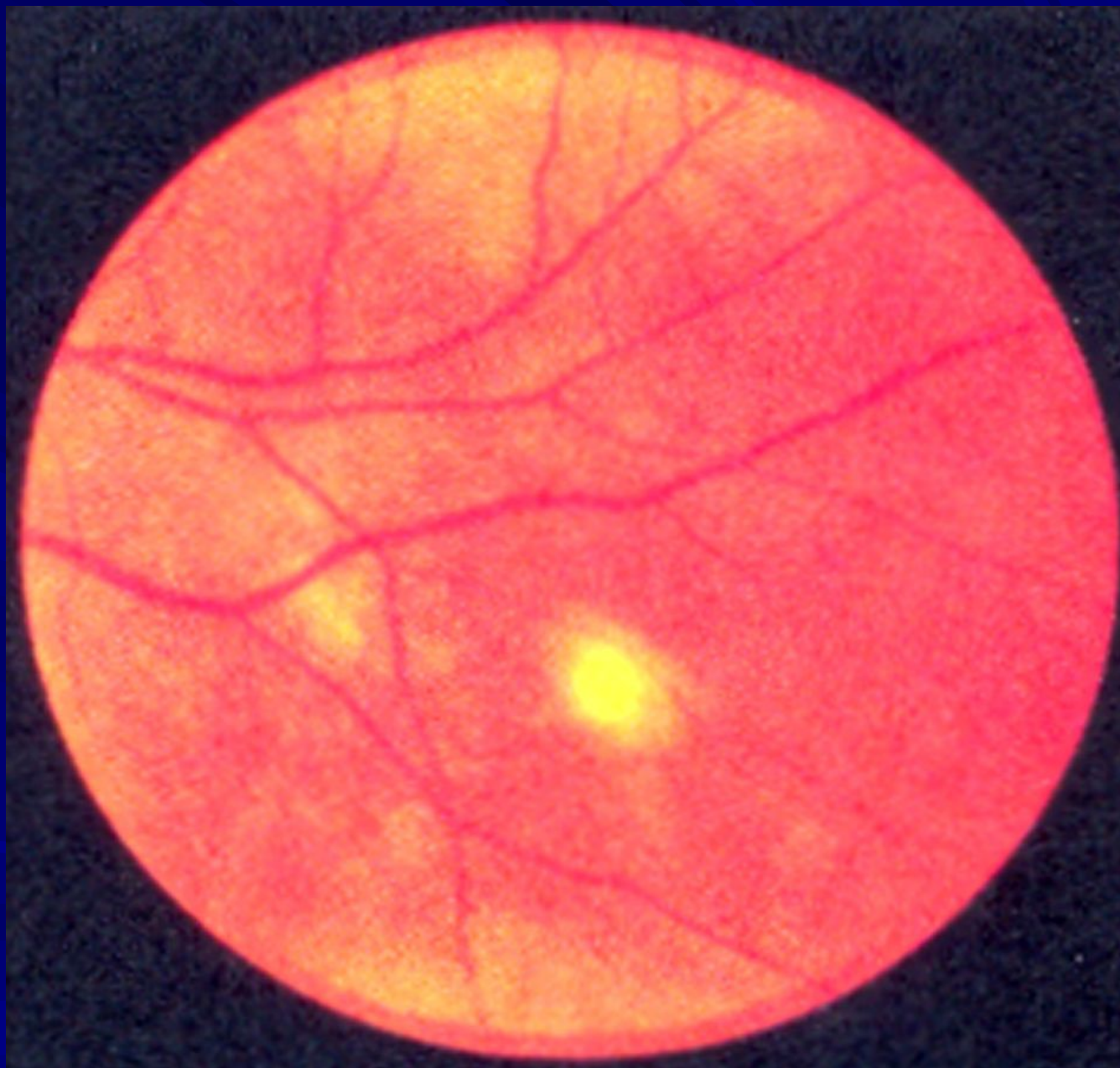
- Резкое снижение зрения.
- Чаще поражаются оба глаза.
- Определяют мелкие преципитаты.
- Деструкция и разжижение стекловидного тела.
- Позднее образуются задние спайки радужки, затем распад радужки, осложненная катаракта
- Триада – увеит, дистрофия роговицы, катаракта.

- 2) *Iridocyclitis serosae*.

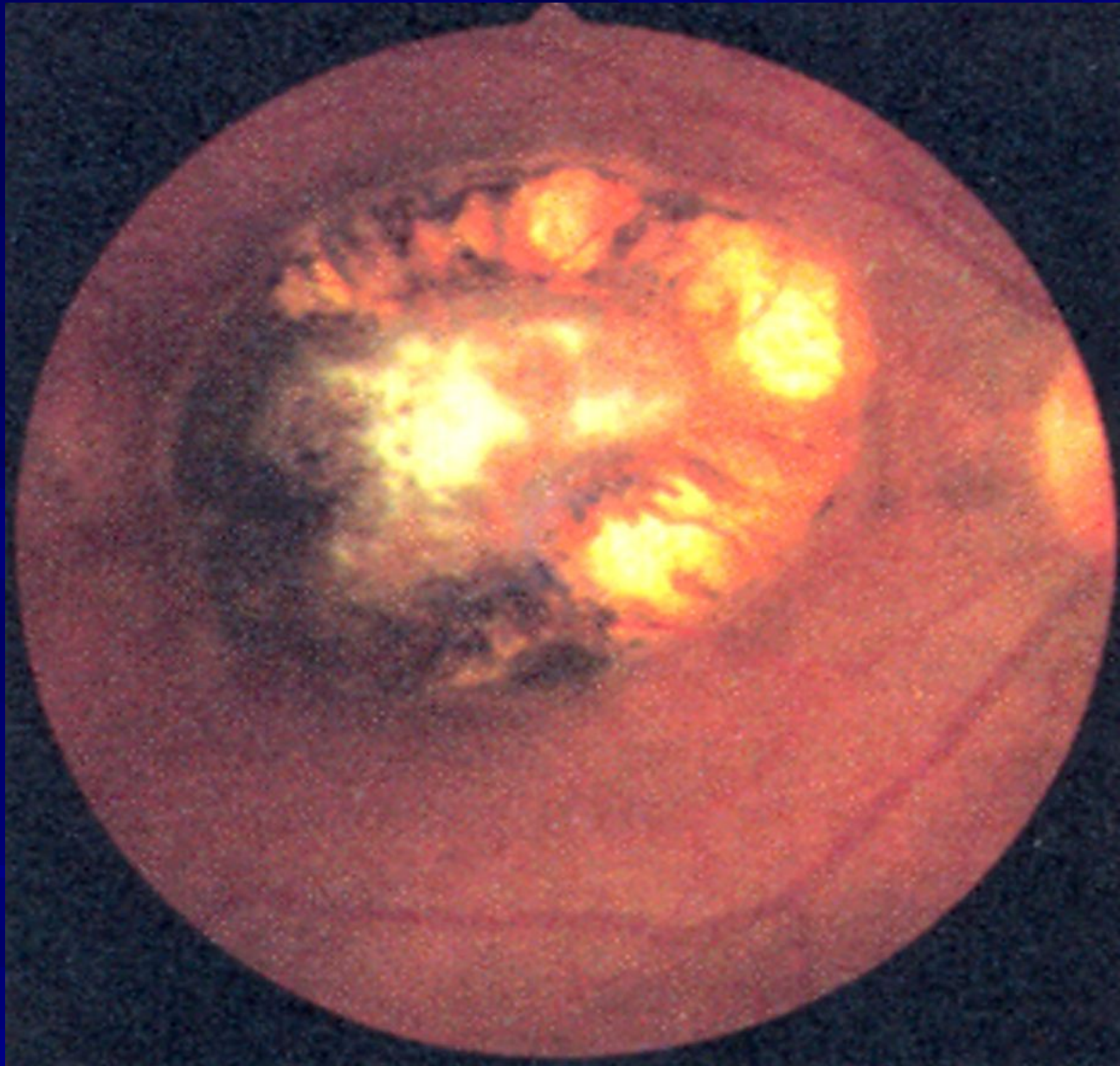
Это форма чаще
хроническая.

Все симптомы острого
иридоциклита выражены
слабее.

- **Приобретенный токсоплазмоз возникает у детей любого возраста, но чаще у дошкольников путем заражения от домашних животных (кошей, собак), а также от голубей и др.**







- **Клиника приобретенного токсоплазмозного увеита в отличие от врожденного характеризуется развитием панuveита, изредка с явлениями конъюнктивита и кератита.**

Для диагностики токсоплазмоза применяют

целый ряд иммунологических лабораторных и лабораторно-клинических методов исследования:

- РСК,
- реакция флюоресцирующих антител,
- реакция непрямой гамагглютинации,
- реакция микропреципитации в агаре и др.

Гнойные иридоциклиты или метастатический эндофтальмит (метастатическая офтальмия)

- Это заболевание чаще одного глаза, связанное с заносом микробов в сосудистую оболочку или сетчатку.

Очаговые иридоциклиты

- 1) iridocyclitis
tuberculosae — это
метастаз, который
может быть и в
хориоидею.

- В радужке видим серые бугорки,
- атрофичная,
- слегка расширены сосуды,
- бугорки серого цвета, округлой формы, слегка возвышающиеся размером больше булавочной головки.

- 2) Iritis sifilitica.

Делят на а) иритис
папулоза.

У детей редко, так как
дети сифилисом не
болеют.

I стадия

- Серологические реакции положительные.
- Радужка атрофична, рубеоз.
- Появляются розоватого цвета бугорки с конопляное зерно больше в центре и в лучковом крае.

- **Iritis humoza**

Появляются раздражение радужки, рубеоз, светобоязнь.

Гумма растет с угла ПК, имеет вид беловато-крошкообразный, быстро растет, прорастает роговицу и внутрь глаза и глаз погибает.