

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат

«Увеиты»

Работу выполнила:
ординатор кафедры офтальмологии
с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева
Сафронова А.С.

Работу проверила:
заведующая кафедрой офтальмологии
с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева
д.м.н., проф. Козина

Красноярск 2018г.

Увеит – общее понятие, обозначающее воспаление различных частей сосудистой оболочки глаза (радужки, цилиарного тела, хориоидеи). Увеит характеризуется покраснением, раздражением и болезненностью глаз, повышенной светочувствительностью, нечеткостью зрения, слезотечением, появлением плавающих пятен перед глазами. Офтальмологическая диагностика увеита включает визометрию и периметрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, измерение внутриглазного давления, проведение ретинографии, УЗИ глаза, оптической когерентной томографии, электроретинографии. Лечение увеита проводят с учетом этиологии; общими принципами являются назначение местной (в виде глазных мазей и капель, инъекций) и системной лекарственной терапии, хирургическое лечение осложнений увеита.

Увеит или воспаление увеального тракта встречается в офтальмологии в 30-57% случаев воспалительных поражений глаза. Увеальная (сосудистая) оболочка глаза анатомически представлена радужной оболочкой (iris), цилиарным или ресничным телом (corpus ciliare) и хориоидеей (chorioidea) - собственно сосудистой оболочкой, лежащей под сетчаткой. Отсюда основными формами увеита являются ирит, циклит, иридоциклит, хориоидит, хориоретинит и др. В 25-30% наблюдений увеиты приводят к слабовидению или слепоте.

Большая распространенность увеитов связана с разветвленной сосудистой сетью глаза и замедленным кровотоком в увеальных путях. Данная особенность в определенной мере способствует задержке в сосудистой оболочке различных микроорганизмов, которые при определенных условиях могут вызывать воспалительные процессы. Другая принципиально важная особенность увеального тракта заключается в раздельном кровоснабжении его переднего отдела, представленного радужкой и ресничным телом, и заднего отдела – хориоидеи. Структуры переднего отдела снабжаются кровью задними длинными и передними ресничными артериями, а хориоидея - задними короткими ресничными артериями. За счет этого поражение переднего и заднего отделов увеального тракта в большинстве случаев происходит раздельно. Иннервация отделов сосудистой оболочки глаза также различна: радужку и ресничное тело обильно иннервируют цилиарные волокна первой ветви тройничного нерва; хориоидея не имеет чувствительной иннервации.

Причины увеитов.

Причинными и пусковыми факторами увеитов служат инфекции, аллергические реакции, системные и синдромные заболевания, травмы, нарушения обмена и гормональной регуляции.

Самую большую группу составляют инфекционные увеиты – они встречаются в 43,5 % случаев. Инфекционными агентами при увеитах чаще всего выступают микобактерии туберкулеза, стрептококки, токсоплазма, бледная трепонема, цитомегаловирус, герпесвирус, грибки. Такие увеиты обычно связаны с попаданием инфекции в сосудистое русло из любого инфекционного очага и развиваются при туберкулезе, сифилисе, вирусных заболеваниях, синуситах, тонзиллите, кариесе зубов, сепсисе и т. д.

В развитии аллергических увеитов играет роль повышенная специфическая чувствительность к факторам среды – лекарственная и пищевая аллергия, сенная лихорадка и пр. Нередко при введении различных сывороток и вакцин развивается сывороточный увеит.

Увеиты могут быть этиологически связаны с системными и синдромными заболеваниями: ревматизмом, ревматоидным артритом, спондилоартритом, псориазом, саркоидозом, гломерулонефритом, аутоиммунным тиреоидитом, рассеянным склерозом, язвенным колитом, синдромом Рейтера, синдромом Фогта-Коянаги-Харада (увеоменингоэнцефалитом) и др.

Увеиты посттравматического генеза возникают после ожогов глаз, вследствие проникающих или контузионных повреждений глазного яблока, попадания в глаза инородных тел.

Развитию увеита могут способствовать нарушения обмена и гормональная дисфункция (при сахарном диабете, климаксе и т. д.), болезни системы крови, заболевания органа зрения (отслойка сетчатки, кератиты, конъюнктивиты, блефариты, склериты, прободение язвы роговицы) и др. патологические состояния организма.

Классификация увеитов.

Увеиты классифицируются по: (а) анатомическому расположению процесса, (б) клиническим симптомам, (в) этиологии.

- Классификация по анатомическому расположению процесса:
 1. Передние увеиты подразделяются на:
 - а) ириты — поражение радужной оболочки;
 - б) иридоциклиты — поражение радужной оболочки и передней части цилиарного тела
 2. Периферические увеиты характеризуются воспалительный процесс задней части цилиарного тела, периферического отдела сетчатки и подлежащей части хориоидеи.
 3. Задние увеиты (хориоидит, хориоретинит) при которых происходит поражение хориоидеи и сетчатой оболочки за основанием стекловидного тела.
 4. Панувеиты характеризуются развитием поражения всей сосудистой оболочки.
- Классификация по клиническим признакам:

В зависимости от характера воспалительного процесса и его длительности различают острые и хронические увеиты.

 1. Острые увеиты обычно возникают внезапно, с выраженными клиническими проявлениями и длительностью течения до 3 мес. Если после первой атаки возникает повторное воспаление, то такой увеит является рецидивирующим.
 2. Хронические увеиты протекают более 3 мес. Клинические проявления чаще всего маловыражены или вообще бессимптомны. Тем не менее, возможно острое или подострое течение болезни.

- **Классификация по этиологии:**

Экзогенные увеиты вызваны поражением сосудистой оболочки или инвазией микроорганизмов извне. При эндогенных увеитах носителем микроорганизмов или других повреждающих факторов является сам пациент.

Наиболее часто встречающиеся типы увеитов:

1. Увеиты при системных заболеваниях (например, саркоидоз).
2. Инфекционные увеиты, вызванные бактериями (например, туберкулез), грибковыми поражениями (например, кандидоз) и вирусами (например, герпес).
3. Инвазивные увеиты, вызванные протозоинной инфекцией (например, токсоплазмоз) или нематодами (например, токсокароз).
4. Идиопатический специфический увеит — группа заболеваний, не связанных с основным системным поражением, но имеющих характерные проявления.
5. Идиопатический неспецифический увеит встречается в 25% случаев.

Симптомы увеита.

Проявления увеитов могут различаться в зависимости от локализации воспаления, патогенности микрофлоры и общей реактивности организма.

В острой форме передний увеит протекает с болью, покраснением и раздражением глазных яблок, слезотечением, светобоязнью, сужением зрачка, ухудшением зрения. Перикорнеальная инъекция приобретает фиолетовый оттенок, часто повышается внутриглазное давление. При хроническом переднем увеите течение нередко бессимптомное или со слабо выраженными признаками – незначительным покраснением глаз, «плавающими» точками перед глазами.

Показателем активности передних увеитов служат роговичные преципитаты (скопление клеток на эндотелии роговицы) и клеточная реакция во влаге передней камеры, выявляемая в процессе биомикроскопии. Осложнениями передних увеитов могут являться задние синехии (сращения между радужной оболочкой и капсулой хрусталика), глаукома, катаракта, кератопатия, макулярный отек, воспалительные мембраны глазного яблока.

При периферических увеитах отмечается поражение обоих глаз, плавающие помутнения перед глазами, снижение центрального зрения. Задние увеиты проявляются ощущением затуманивания зрения, искажением предметов и «плавающими» точками перед глазами, снижением остроты зрения. При задних увеитах может возникать макулярный отек, ишемия макулы, окклюзия сосудов сетчатки, отслойка сетчатки, оптическая нейропатия.

Наиболее тяжелой формой заболевания служит распространенный иридоциклохориоидит. Как правило, данная форма увеита возникает на фоне сепсиса и часто сопровождается развитием эндофтальмита или панофтальмита.

При увеите, ассоциированном с синдромом Фогта-Коянаги-Харада, наблюдаются головные боли, нейросенсорная тугоухость,

психозы, витилиго, алопеция. При саркоидозе, кроме глазных проявлений, как правило, отмечается увеличение лимфоузлов, слезных и слюнных желез, одышка, кашель. На связь увеита с системными заболеваниями может указывать узловатая эритема, васкулиты, кожная сыпь, артриты.

Диагностика увеита.

Офтальмологическое обследование при увеитах включает проведение наружного осмотра глаз (состояния кожи век, конъюнктивы), визометрии, периметрии, исследование зрачковой реакции. Поскольку увеиты могут протекать с гипо- или гипертензией, необходимо измерение внутриглазного давления (тонометрия).

С помощью биомикроскопии выявляются участки лентовидной дистрофии, преципитаты, клеточная реакция, задние синехии, задняя капсулярная катаракта и т. д. Гониоскопия при увеитах позволяет выявить экссудат, передние синехии, неоваскуляризацию радужки и угла передней камеры глаза.

В процессе офтальмоскопии устанавливается наличие очаговых изменений глазного дна, отека сетчатки и ДЗН, отслойки сетчатки. При невозможности проведения офтальмоскопии (в случае помутнения оптических сред), а также для оценки площади отслойки сетчатки используется УЗИ глаза.

Для дифференциальной диагностики задних увеитов, определения неоваскуляризации хориоидеи и сетчатки, отека сетчатки и ДЗН показано проведение ангиографии сосудов сетчатки, оптической когерентной томографии макулы и ДЗН, лазерной сканирующей томографии сетчатки.

Важные диагностические сведения при увеитах различной локализации могут давать реоофтальмография, электроретинография. Уточняющая инструментальная диагностика включает парацентез передней камеры, витреальную и хориоретинальную биопсию.

Дополнительно при увеитах различной этиологии может потребоваться консультация фтизиатра с проведением рентгенографии легких и реакции Манту; консультация невролога, КТ или МРТ головного мозга, люмбальная пункция; консультация ревматолога, рентгенография позвоночника и суставов; консультация аллерголога-иммунолога с проведением проб и др.

Из лабораторных исследований при увеитах по показаниям выполняется RPR-тест, определение антител к микоплазме, уреоплазме, хламидиям, токсоплазме, цитомегаловирусу, герпесу и т. д., определение ЦИК, С-реактивного белка, ревматоидного фактора и др.

Лечение увеита.

Лечение увеита осуществляется офтальмологом при участии других специалистов. При увеитах необходима ранняя дифференциальная диагностика, своевременное проведение этиотропного и патогенетического лечения, корригирующая и заместительная иммунотерапия. Терапия увеитов направлена на предупреждение осложнений, которые могут привести к потере зрения. Одновременно требуется лечение заболевания, вызвавшего развитие увеита.

Основу лечения увеитов составляет назначение мидриатиков, стероидов, системных иммуносупрессивных препаратов; при увеитах инфекционной этиологии - противомикробных и противовирусных средств, при системных заболеваниях – НПВС, цитостатиков, при аллергических поражениях – антигистаминных препаратов.

Инстилляции мидриатиков (тропикамида, циклопентолата, фенилэфрина, атропина) позволяют устранить спазм цилиарной мышцы, предупредить образование задних синехий или разорвать уже сформировавшиеся сращения.

Главным звеном в лечении увеитов является применение стероидов местно (в виде инстилляций в конъюнктивальный мешок, закладывания мазей, субконъюнктивальных, парабульбарных, субтеноновых и интравитреальных инъекций), а также системно. При увеитах используют преднизолон, бетаметазон, дексаметазон. При отсутствии лечебного эффекта от стероидной терапии показано назначение иммуносупрессивных препаратов.

При повышенном ВГД используются соответствующие глазные капли, проводится гирудотерапия. По мере стихания остроты увеита назначается электрофорез или фонофорез с ферментами.

В случае неблагоприятного исхода увеита и развития осложнений может потребоваться рассечение передних и задних синехий радужки, хирургическое лечение помутнений стекловидного тела, глаукомы, катаракты, отслойки сетчатки. При иридоциклохориоидите нередко прибегают к проведению витреоректомии, а при невозможности спасти глаз - энвисцерации глазного яблока.

Прогноз и профилактика увеита.

Комплексное и своевременное лечение острых передних увеитов, как правило, приводит к выздоровлению через 3-6 недель. Хронические увеиты склонны к рецидивам в связи с обострением ведущего заболевания. Осложненное течение увеита может привести к формированию задних синехий, развитию закрытоугольной глаукомы, катаракты, дистрофии и инфаркта сетчатки, отека ДЗН, отслойки сетчатки. Вследствие центральных хориоретинитов или атрофических изменений сетчатки значительно снижается острота зрения.

Профилактика увеита требует своевременного лечения болезней глаз и общих заболеваний, исключения интраоперационных и бытовых травм глаза, аллергизации организма и т. д.

Список литературы.

Тахчиди Х.П., Вьюхин В.П., Ерман Б.А. Клинико-морфологическая характеристика экспериментального кератоувеита, вызванного вирусом гриппа группы А2 // Эпидемиология и профилактика вирусных заболеваний.- Свердловск, 1987.- С. 38-40.

Устинова Е.И. Туберкулез глаза и сходные с ним заболевания.- СПб., 2002.-275 с.

Зайцева Н.С., Кацнельсон А.А. Увеиты.- М.: Медицина, 1984.-320 с.

Зайцева Н.С., Слепова О.С., Теплинская Л.Е. и др. Иммунологические методы в диагностике увеитов:Метод.рекомендации.-М.,1989.-39с.

Катаргина Л.А., Семенова О.С., Кричевская Г.И. и др. Клинико-иммунологические особенности периферических увеитов у детей и подростков // Вестн. офтальмологии.- 1997.- №3.- С. 23-25.

Рецензия

на реферат по офтальмологии
Ординатора Сафроновой Анны Сергеевны.
на тему: «Увеиты»

Работа посвящена актуальной проблеме увеита. Актуальность данной темы обуславливается тем, что воспалительные заболевания сосудистого тракта глаза представляют собой обширную и полиморфную группу заболеваний различной этиологии, локализации и степени тяжести. Распространенность увеитов может достигать 15-38 случаев на 100000 человек, а слепота составляет 10-15% всех случаев.

В основной части работы автор последовательно и доходчиво излагает теоретический материал. Материал излагается от общего к частному. Дается понятие увеит, указываются все причины возникновения этой патологии, а так же полная классификация увеитов. Описываются все методы диагностики, лечения и профилактики.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованы, обладают важным теоретическим значением. Реферат написан хорошим литературным языком, правильно оформлен.

Считаю, что реферат Сафроновой Анны Сергеевны «Увеиты» полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ, а его автор заслуживает оценки «отлично».

Заведующая кафедрой офтальмологии
с курсом ПО им. Проф. М.А. Дмитриева
д.м.н., проф. Козина Е.В.

