

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

Кафедра офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А.Дмитриева

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

«Хориоретинит».

Выполнила: клинический ординатор

Селихова О.Ф.

Проверила: заведующая кафедрой,
д.м.н, проф. Козина Е.В.

Красноярск, 2018 год

Содержание:

Этиология и патогенез.....	3
Патологическая анатомия.....	4
Симптомы.....	5
Диагностика.....	7
Лечение.....	8
Осложнения.....	11
Список литературы.....	12

Хориоретинит —воспаление сосудистой оболочки (тонкого пигментированного сосудистого слоя глаза) и сетчатки глаза. Это форма заднего увеита. Возникновение хориоретинита объясняется тем, что питание наружных слоев сетчатки обеспечивается преимущественно за счет хориокапиллярных сосудов.

Этиология и патогенез

Почти все хориоидиты являются метастатическими гематогенными инфекционными заболеваниями. Особенности анатомического строения и чрезвычайно обильная и разветвленная сосудистая сеть хориоидеи создают здесь очень благоприятные условия для возникновения гематогенного воспалительного очага. Возбудителями хориоидита могут явиться самые различные патогенные микроорганизмы, заносимые током крови в сосудистую сеть хориоидеи.

Причины хориоретинита

К развитию заболевания приводят следующие состояния:

- общие инфекционные заболевания (грипп, пневмония, тиф, бруцеллез, цереброспинальный менингит) и инфекции (токсоплазмоз, туберкулез, сифилис, вирус герпеса), в том числе локальные (ЛОР-органы, ротовая полость);
- радиация;
- некоторые токсины (например, длительный гемофтальм приводит к хориоретиниту, т.к. разрушившиеся элементы крови могут быть токсичными);
- аллергические реакции;
- аутоиммунные состояния;
- иммунодефициты (у ВИЧ-инфицированных, у ослабленных людей, после длительного лечения);
- травмы глаза
- осложненная близорукость.

Предрасполагающим фактором для метастатического поражения сосудистой оболочки служат некоторые особенности кровообращения этой области: широкое ложе сосудов, замедленный кровоток, способствующие задержке здесь патогенных агентов. При этом возбудитель сначала может метастазировать в сосуды сетчатки, и лишь затем в процесс вовлекается сосудистая оболочка.

Патологическая анатомия

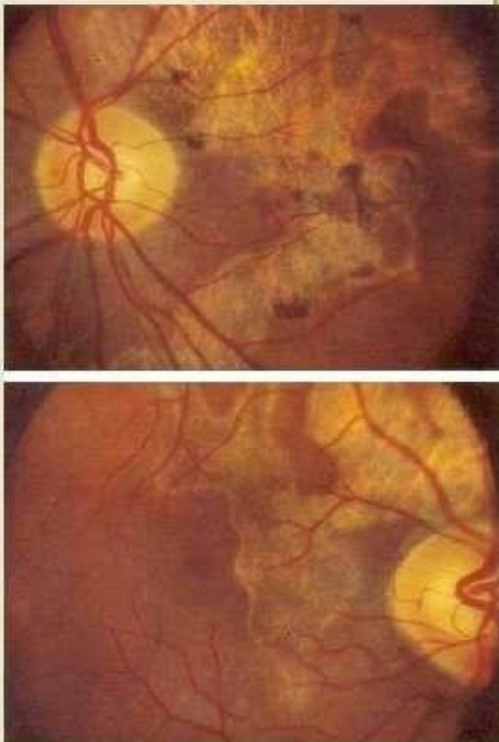
Из-за тесной связи хориоидеи с основной, световоспринимающей частью глаза — сетчаткой любая вспышка хориоидита сразу же вызывает реактивное воспаление в сетчатке, что всегда проявляется теми или иными нарушениями зрения. Если хориоидит протекает не слишком бурно, реакция сетчатой оболочки может ограничиться небольшой гиперемией, набухлостью и отеком.

Возникающие при этом зрительные расстройства имеют преходящий характер; как только наступает некоторое ослабление хориоидита, все симптомы раздражения сетчатой оболочки исчезают и зрение восстанавливается. При более тяжелых и длительно текущих хориоидитах реакция со стороны сетчатки бывает выражена гораздо резче. Она не ограничивается уже гиперемией и отечностью, а проявляется инфильтрацией и частичным распадом клеток пигментного эпителия. При офтальмоскопическом исследовании таких больных даже в моменты относительного ослабления воспалительного процесса в хориоидее видны единичные или множественные очажки светло-розового или желтоватого цвета с нечеткими границами. О глубоком расположении этих очагов можно судить по тому, что ретинальные сосуды проходят над ними, не прерываясь, нередко образуя у их края легкий перегиб, указывающий на существование некоторого взбухания ретинальной ткани над очагами. Уже в начальных стадиях развития хориоидита на самих очажках и вокруг них встречаются отдельные скопления мелкой пигментной пыли. При более тяжелых длительно текущих хориоидитах по краям очагов появляются более массивные пигментные глыбки; в то же время сами очажки становятся почти белыми и четче контурируются. Все эти офтальмоскопические изменения говорят о более грубых деструктивных изменениях клеток пигментного эпителия и о перемещении их пигмента в

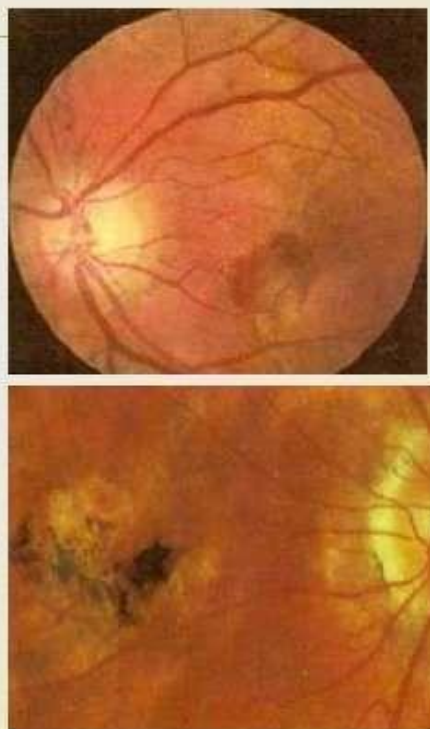
окружающую инфильтративную ткань, а также о наступающем рубцевании, ведущем к постепенному замещению воспалительного инфильтрата новообразованной соединительной тканью. Такие изменения, захватывающие как хориоидею, так и глубокие слои сетчатки, бывают нередко необратимыми. Тогда можно говорить о смешанном процессе — хориоретините, хотя как патологоанатомические, так и клинические различия между тем и другим процессом довольно условны. Важнейшим субъективным признаком поражения сетчатки при хориоидите является то, что функциональные зрительные расстройства теряют свой ремиттирующий характер и становятся при хориоретинитах стойкими. Стихание воспалительного процесса в хориоидальном очаге не приводит уже к восстановлению зрения и к исчезновению парацентральных скотом.

Симптомы хориоретинита

**Географический
хориоретинит**



**Центральный
хориоретинит
(приобретенный
токсоплазмоз)**



При возникновении воспалительного процесса в оболочках заднего отдела глазного яблока может возникнуть один очаг или множественные очаги. Они могут располагаться в центральной зоне или на крайней периферии. От расположения и от количества очагов зависит проявление данного заболевания. Наиболее частые жалобы больных: понижение зрения в той или иной степени, фотопсии (вспышки перед глазами), метаморфопсии (искажение формы предметов), что бывает при центральном расположении очага; гемералопия (ухудшение сумеречного зрения, в народе — «куриная слепота»), что наблюдается при периферическом и множественном поражении оболочек; «летающие мушки» перед глазами. Ограниченные очаги, расположенные на периферии сосудистой оболочки и сетчатки, не ухудшают зрение.

Передний отдел глазного яблока при этом заболевании не изменен. В исходе заболевания после рассасывания продуктов воспаления остается атрофический очаг в толще хориоидеи. При диффузном хориоидите участок воспаления более обширный и в исходе остаются более грубые изменения на глазном дне в виде развития соединительной ткани, замещающей большие участки хориоидеи и сетчатки.

Гнойный хориоидит сопровождается быстрым понижением остроты зрения. Обычно процесс заканчивается атрофией хориоидеи и сетчатки. В тяжелых случаях процесс переходит на стекловидное тело с развитием эндофтальмита и панофтальмита.

В зависимости от локализации процесса хориоретиниты могут быть центральные (в макулярной зоне), перипапиллярные (область вокруг диска зрительного нерва), экваториальные (в районе экватора) и периферические (возле зубчатой линии). По распространенности подразделяются на очаговые, мультифокальные диссеминированные (несколько очагов), диффузные. По течению бывают острые (до 3 месяцев) и хронические (часто рецидивируют).

Диагностика хориоретинита

Для подтверждения диагноза проводятся следующие исследования:

- определение остроты зрения (снижается при центральном хориоретините, не корригируется);
- периметрия, в том числе компьютерная (возможно появление скотом, или темных пятен, снижается контрастная чувствительность сетчатки);
- рефрактометрия – не изменяется при хориоретините;
- биомикроскопия – выявляют изменения стекловидного тела;
- исследование в проходящем свете – возможны помутнения в стекловидном теле;
- офтальмоскопия при широком зрачке и с линзой Гольдмана. В зависимости от формы и стадии различная картина глазного дна. Классические изменения: серовато-желтоватые очаги с нечеткими границами, выступающие в стекловидное тело (в стадии инфильтрации), вдоль сосудов экссудат, возможны кровоизлияния. Далее границы становятся четкими, и появляется пигментация в области очага. Со временем развивается атрофия сетчатки и сосудистой оболочки в пораженной области. Офтальмоскопическая картина других хориоидитов будет описана далее;
- флуоресцентная ангиография выявляет изменение сосудов глазного дна (микроаневризмы, шунты и др.);
- электроретинография позволяет определить функциональное состояние сетчатки;
- оптическая когерентная томография сетчатки – определяют морфологию воспалительного очага;
- УЗИ выявляет изменения и помутнения сред глаза

Для установки причины хориоретинита пользуются следующими методами: общеклинические анализы крови и мочи, кровь на RW, гепатит, ВИЧ-инфекцию, токсоплазмоз, герпес, цитомегаловирус, флюорография органов грудной клетки, реакция Манту по показаниям. Если необходимо, проводят консультации терапевта, педиатра, инфекциониста, иммунолога, аллерголога, венеролога, фтизиатра, ЛОР-врача, стоматолога.

Особенности клинической картины некоторых хориоретинитов

Токсоплазмозный хориоретинит почти всегда врожденный. Инфицирование происходит внутриутробно. Поражения выявляют также в центральной нервной системе и других органах. Периоды ремиссии чередуются с обострениями. Хронические очаги имеют четкие границы с грубой пигментацией. При активном процессе инфильтрация появляется по краям старых поражений. Свежие очаги проминируют в стекловидное тело, возможна отслойка сетчатки, ретинальные кровоизлияния с последующим образованием неоваскулярной мембраны.

Туберкулезный хориоретинит – вторичный, то есть возникает при наличии первичного очага, чаще в легких. На глазном дне появляются диссеминированные туберкулы, после лечения остаются хориоретинальные рубцы. Туберкулезно-аллергические воспаления сосудистой оболочки не имеют характерных отличительных признаков.

Сифилитический хориоретинит характеризуется картиной «соли и перца» на глазном дне. При этом очаги пигментации чередуются с очагами фиброза и атрофии.

Хориоретинит при ВИЧ-инфекции возникает на фоне иммунодефицита и часто имеет цитомегаловирусную причину. Характеризуется обширным распространенным поражением, имеет некротический и геморрагический характер, трудно поддается лечению и приводит к слепоте.

Лечение хориоретинита

Учитывая отсутствие ярких внешних проявлений заболевания, сложность диагностики (использование специальных методов обследования больного), помощь необходимо оказывать в условиях специализированного глазного стационара. Прежде всего необходимо выявить и лечить основное заболевание, вызвавшее хориоидит или хориоретинит.

Местное лечение заключается в подконъюнктивальных, пара- или ретробульбарных инъекциях кортикостероидов и антибиотиков широкого спектра действия в виде ежедневных инъекций дексазона или 0,5-1% эмульсии гидрокортизона с канамицином (мономицином, линкомицином, гентамицином). Применяют физиотерапевтическое лечение: электрофорез с папаином для рассасывания помутнений в стекловидном теле, с 2% раствором кальция хлорида, с антибиотиками, магнитотерапию для ускорения рассасывания продуктов воспаления.

Общее лечение включает противоаллергическую, противовоспалительную и специфическую терапию. При выявлении туберкулезной или прочей этиологии хориоретинита к лечению добавляют специфическую терапию.

Используют следующие группы препаратов:

- этиотропные – направлены на устранение причины хориоретинита. При бактериальных применяют антибиотики широкого спектра до выявления возбудителя. Затем в зависимости от чувствительности назначают определенные антибиотики. При вирусных хориоретинитах применяют интерфероны, индукторы интерфероногенеза и противовирусные препараты. При сифилитическом хориоретините назначают антибиотики пенициллиновой группы длительным курсом до 1 месяца (если непереносимость, то доксициклин, макролиды или цефалоспорины). Если процесс вызван токсоплазмой, то применяют сульфадимезин и пириметамин с фолиевой кислотой и витамином В12. Туберкулезный хориоретинит лечится совместно с фтизиатром. Примерный перечень препаратов при хроническом процессе: изониазид и рифампицин, стрептомицин, канамицин и гормональные средства. Герпетическая инфекция лечится ацикловиром 0,2 грамма 5 раз в день, цитомегаловирусная – ганцикловиром внутривенно капельно
- противовоспалительные препараты, в том числе и гормональные. Например, индометацин, диклофенак или гидрокортизон и дексаметазон внутрь,

внутримышечно, внутривенно или местно (продолжительный препарат для парабульбарного введения 1 раз в 2 недели - Дипроспан)

- дезинтоксикационная терапия – например, гемодез или раствор глюкозы 5% по 400 мл внутривенно капельно

- иммунотерапия – в зависимости от выраженности процесса используют иммуносупрессоры (при активном хориоретините фторурацил, меркаптопурин) или иммуностимуляторы (например, при ВИЧ-инфекции левамизол)

- гипосенсибилизирующая терапия проводится с помощью антигистаминных препаратов (Супрастин, Кларитин, Эриус и др.)

- для повышения сопротивляемости организма показаны витамины (С, группы В, желательно поливитаминные препараты)

- местно применяют ферменты для ускорения рассасывания воспалительного очага, например ретробульбарно фибринолизин, гемазу, гистохром или лидазу

- при отсутствии реакции на лечение, тяжелом или длительном течении хориоретинита, показано использовать экстракорпоральные методы детоксикации, такие как гемосорбция, плазмаферез.

Физиотерапевтическое лечение имеет большое значение для скорейшего выздоровления. Хороший эффект бывает от электрофореза с лидазой или фибринолизином.

Для замедления распространения воспаления используют лазеркоагуляцию сетчатки, тем самым отграничивая хориоретинальные очаги от здоровых тканей. При образовании хориоретинальной мембраны или отслойке необходима витрэктомия.

Осложнения хориоретинита

Хориоретинит – серьезное заболевание, приводящее при несвоевременном или неадекватном лечении к таким осложнениям, как отслойка сетчатки, неоваскулярная мембрана, рецидивирующие ретинальные кровоизлияния, тромбоз вен сетчатки и другим, при которых можно ослепнуть.

Список литературы:

1. «Глазные болезни. Полный справочник» Передерий В.А. – М.: Эксмо, 2008. – стр. 350-358;
2. «Национальное руководство» под ред. С.Э.Аветисова, Е.А.Егорова, Л.К.Мошетовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. – М.: ГЕОТАР- медиа, 2008;
3. <http://www.medicalj.ru/diseases/ophthalmology/815-horioretinit>;
4. <http://proglaza.ru/bolezni-glaz/horioretinit.html>.

Рецензия на работу
Селиховой Ольги Фёдоровны

«Хориоретинит».

При лечении большинства заболеваний органов зрения главное – это своевременность. Промедление может привести к развитию осложнений и значительному ухудшению зрения, а то и к полной слепоте. Одним из таких заболеваний, требующих оперативности в выборе офтальмолога, является хориоретинит. Это воспалительное заболевание заднего отдела оболочки глаза, пронизанного обширной сетью сосудов. Поначалу человек может не замечать появления темных пятен или вспышек, небольшого искажения форм, размеров предметов и того, что зрение ухудшается в сумерки. Игнорирование хориоретинита может привести к неоваскулярной мембране, отслойке сетчатки, рецидивирующим ретинальным кровоизлияниям, тромбозам вен сетчатки и другим осложнениям, итогом которых может стать потеря зрения.

Поскольку к развитию хориоретинита могут привести такие заболевания, как токсоплазмоз, туберкулез, сифилис и другие, терапия заболевания глаз всегда производится в сочетании с привлечением врачей других необходимых профилей.

Подобранные в реферате материалы структурированы, позволяют получить краткие и в тоже время ёмкие знания о причинах развития, симптомах, диагностике, методах лечения различных форм хориоретинитов, и применить их в практике не только врачам-офтальмологам, но и врачам смежных специальностей.

Рецензент: д.м.н., профессор, заведующая кафедрой офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева, Козина Е.В.

