

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 темы: «Симпатическая офтальмия»

Выполнил: клинический ординатор
кафедры офтальмологии с курсом ПО
Лукьянова И. В.

Красноярск

2019 г

Введение.

Симпатическая офтальмия – вялотекущий негнойный воспалительный процесс, который возникает в здоровом глазу при ранении парного органа. Реже симпатическая офтальмия развивается в здоровом глазу после операций на парном. Заболевание протекает по типу увеита, может возникать через неделю и даже несколько лет после повреждения второго глаза. Считается, что при развитии в травмированном глазу гнойного воспалительного процесса симпатическая офтальмия не возникает. Также наблюдения показывают, что в случаях, когда постраневой процесс протекает с явлениями офтальмигипотензии, вероятность симпатической офтальмии возрастает.

Этиология.

Зачастую симпатическая офтальмия развивается на фоне иридоциклита, вызванного прободным ранением органа зрения, прободением язвы роговицы, подконъюнктивальным разрывом склеры, внутриорбитальными новообразованиями. Реже триггером является ятрогения. Ключевую роль в патогенезе заболевания играет аутоиммунное поражение структур глазного яблока. При этом вырабатываются антитела к S-антигенам сетчатки, пигментного эпителия и увеального тракта. Экспериментальным путем доказано, что развитие симпатической офтальмии может быть обусловлено иммуногенетической взаимосвязью с антигенами HLA II класса. Иммуноморфологические особенности воспалительного процесса протекают по типу гиперчувствительности замедленного типа с вовлечением Т-лимфоцитов Th 1-го типа. Эту теорию патогенеза подтверждает обнаружение сенсибилизированных Т-клеток и специфических антител к антигенам увеального тракта, а также положительная динамика регрессии патологии при применении иммуносупрессоров.

Этиологическими факторами развития симпатической офтальмии могут выступать эндогенные эндотоксины, образующиеся после апоптоза клеток увеального тракта. Токсемия провоцирует вовлечение в патологический процесс интактного глаза. Также триггерами могут становиться такие ферменты, как трипсин и зимаза. Инфицирование структур глазного яблока вирусом герпеса может приводить к развитию клинической картины симпатической офтальмии, которая сменяется клиникой эндофтальмита.

Симптомы.

Пластическая форма симпатической офтальмии протекает как фибринозный иридоциклит. При этом в здоровом глазу появляется блефароспазм, слезотечение, имеет место светобоязнь. Признаком патологии является слабая перикорнеальная инъекция, некоторая запотелость эндотелия роговицы глаза, расширенные сосуды радужки, замедление реакции зрачка на свет. При осмотре глазного дна определяется расплывчатость контуров, а также матовость диска зрительного нерва. Венозные сосуды расширены, темнее, чем должны быть в норме. В раннем периоде заболевания появляется приобретенное нарушение цветоощущения, ухудшается темновая адаптация, время восстановления четкости зрения после светостресса увеличивается.

Далее к описанным симптомам симпатической офтальмии присоединяются выраженные признаки иридоциклита:

- глаз становится болезненным при пальпации;
- на задней поверхности роговицы появляются серые крупные преципитаты, которые иногда могут локализоваться и в стекловидном теле;
- выраженная гиперемия, изменение цвета, ступенчатость рисунка радужки;
- неправильная форма, сужение зрачка;
- задние синехии радужки;
- отложение экссудата в зоне передней поверхности хрусталика.

При прогрессировании патологии возможно возникновение грубых помутнений в стекловидном теле, явления папиллита, нарушение оттока внутриглазной жидкости с развитием вторичной офтальмогипертензии.

Заболевание иногда протекает как тяжелый задний пластический увеит с выраженной экссудацией в хориоидеа, сетчатку, стекловидное тело. Вследствие рубцового процесса сморщивается стекловидное тело, возможна отслойка сетчатки, снижение офтальмотонуса, квадратная атрофия глаза (под воздействием наружных прямых мышц), практически полная потеря зрения. Патология протекает вяло, медленно, периодически возможны обострения, однако даже при комплексной терапии потеря зрения неотвратима.

Формы симпатической офтальмии.

Серозная – протекает с развитием серозного иридоциклита; встречается реже, чем пластическая, протекает легче. В половине случаев лечение может привести к приостановлению процесса, сохранению остаточных функций глаза.

Невритическая – редкая форма, являющаяся самостоятельным заболеванием. Характерно незаметное начало, отсутствие изменений переднего отрезка глаза. На глазном дне определяются явления папиллита, нерезко выраженный неврит. Перипапиллярная область сетчатки и диск зрительного нерва гиперемизированы, выявляется матовость ткани, нарушается четкость контуров. Артерии и вены расширены. Цветовосприятие резко нарушено, размеры слепого пятна увеличены, выражен феномен светостресса. Патология при своевременной терапии протекает относительно благоприятно, в более чем 50% случаев зрение сохраняется.

Смешанная – наиболее частая форма симпатической офтальмии. На фоне тяжелого пластического иридоциклита развиваются серозная экссудация или неврит зрительного нерва. Редко регистрируются смешанные формы с благоприятным течением, которые заканчиваются полным выздоровлением. В большинстве случаев прогноз патологии неблагоприятный – развивается слепота.

С целью предупреждения развития симпатической офтальмии необходимо своевременное длительное правильное лечение (и медикаментозное, и хирургическое) проникающих ранений глаз. Согласно данным статистики, у большей части детей с симпатической офтальмией обнаруживается инфицированность туберкулезом, поэтому целесообразно применение антибактериальных специфических препаратов (тубазид, стрептомицин, циклосерин и другие).

Радикальная операция, которая дает возможность практически полностью исключить развитие симпатической офтальмии, - энуклеация слепого поврежденного глаза. При сохранении в травмированном глазу остаточного зрения (не менее 0,1) можно не удалять его при определенных условиях. Энуклеация не проводится, если раневой процесс протекает относительно благоприятно, есть уверенность в сохранении зрения травмированного глаза. При хроническом необратимом течении посттравматического процесса с вялым травматическим увеитом на фоне непрерывного снижения зрения (при условии проведения комплексного лечения) энуклеация обязательна. В ранних сроках данную операцию проводят, если поврежденный глаз неполноценен и косметически. При решении вопроса о целесообразности проведения энуклеации следует учитывать, что в парном (изначально здоровом) глазу с симпатической офтальмией полная слепота рано или поздно наступит с большой вероятностью, и остаточное зрение в травмированном глазу может остаться единственным.

Диагностика заболевания.

Диагностика симпатической офтальмии основывается на анамнестических данных, результатах наружного осмотра, биомикроскопии, визометрии, тонометрии, гониоскопии, офтальмоскопии, ультразвукового исследования в В-режиме, оптической когерентной томографии (ОКТ). Пациенты отмечают взаимосвязь между развитием заболевания и травмой глазного яблока или проведением интраокулярных хирургических вмешательств. При наружном осмотре выявляется умеренная инъекция сосудов глаз.

При переднем серозном увеите методом биомикроскопии определяется небольшое количество мелких преципитатов. Острота зрения и внутриглазное давление (ВГД) при данной форме симпатической офтальмии в пределах возрастной нормы. Биомикроскопия при пластическом увеите позволяет выявить большое количество преципитатов, перикорнеальную инъекцию сосудов. Методом гониоскопии визуализируется экссудат в передней камере глаза. Также при данной форме симпатической офтальмии образуется множество задних синехий. При проведении визометрии отмечается снижение остроты зрения. Офтальмотонус соответствует норме.

При генерализованной форме симпатической офтальмии методом гониоскопии в передней камере обнаруживаются гранулематозные очаги Далена-Фукса. Их также можно выявить при помощи УЗИ в В-режиме в передних отделах стекловидного тела. Проведение офтальмоскопии позволяет подтвердить отек сетчатки, ее экссудативное отслоение, признаки неврита зрительного нерва. При этой форме заболевания острота зрения значительно снижена и варьирует от 0,01 до 0,02 дптр. Задний увеит и нейроретинит можно диагностировать при помощи ОКТ. Наблюдается большое количество задних синехий и окклюзия зрачка. УЗИ глаза при этих формах симпатической офтальмии указывает на нарушение прозрачности зрачка из-за образования большого количества преципитатов.

Лечение.

Тактика лечения симпатической офтальмии зависит от формы и степени тяжести заболевания. При переднем серозном увеите показано локальное применение кортикостероидов в виде капель или парабульбарных инъекций. Продолжительность

курса консервативной терапии составляет 6 месяцев. После проведения лечебных мероприятий рецидивов, как правило, не наблюдается. Развитие пластического увеита является показанием к назначению курса местной и системной глюкокортикостероидной терапии. Длительность применения глюкокортикостероидов – 5-6 месяцев. После их отмены на протяжении 3-4 недель необходимо принимать нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).

Развитие генерализованной формы симпатической офтальмии требует системного назначения пульс-терапии кортикостероидами в высоких дозировках на протяжении 3-4 дней и иммунодепрессантами в стандартной дозе. Далее дозировки препаратов постепенно снижаются. Показанием к отмене курса лечения является стойкая ремиссия симпатической офтальмии. Хирургическое вмешательство показано при развитии вторичной катаракты. При этом проводится факоэмульсификация катаракты с последующей имплантацией интраокулярной линзы. Устранить клинические проявления офтальмогипертензии при окклюзии зрачка и вовлечении в патологический процесс радужки можно путем лазерной мембранотомии.

Профилактика.

Специфическая профилактика симпатической офтальмии отсутствует. Неспецифические превентивные меры сводятся к соблюдению техники безопасности (ношение защитных очков и каски) на производстве, профилактике вирусных заболеваний, своевременному лечению эрозивных повреждений органа зрения. Пациенты с симпатической офтальмией должны находиться под динамическим наблюдением у лечащего офтальмолога. Своевременная диагностика и лечение обеспечивают полное восстановление зрительных функций. Тем не менее, при тяжелой форме заболевания с бинокулярным поражением существует высокий риск полной потери зрения и последующей инвалидизации пациента. Прогноз для жизни и трудоспособности зависит от тяжести течения и эффективности проводимой терапии.

Клинический случай.

33-летняя женщина получила сильный удар кулаком в правый глаз, после чего ощутила мгновенную и полную потерю зрения. Было проведено офтальмологическое обследование с подозрением на разрыв глаза. Пациентку перевели в операционную, где нашли рваную склеральную 8 мм рану и провели ее ПХО. Пациентка для повторного осмотра не явилась. Спустя месяц после хирургического вмешательства она обратилась с жалобами на значительное снижение зрения и боль в левом глазу в течение 3 дней. Острота зрения на правый глаз равнялась светоощущению, а на левый составляла 20/200. Осмотр на щелевой лампе показал мелкую, но сформированную переднюю камеру с остаточной гифемой и плотную катаракту, затруднявшую обзор заднего сегмента на правом глазу, роговичные преципитаты, опалесценцию и клеточную взвесь в передней камере, а также задние синехии на 360°- на левом глазу. Осмотр глазного дна левого глаза выявил отек и гиперемию диска зрительного нерва. При осмотре заднего отрезка были обнаружены множественные кремовые хориоидальные очаги и участки серозной отслойки сетчатки. С помощью оптической когерентной томографии (ОКТ) подтвердилась мультифокальная серозная отслойка. Пациентка получала стероиды внутривенно, затем была выписана с

назначением стероидов для приема внутрь. Вследствие плохого социального положения и борьбы с наркотической зависимостью пациентка не являлась для наблюдения и не соблюдала режим лечения. Через год после первого обращения зрение на правый глаз оставалось равным движениям руки у лица, на левый составляло 20/200.

Список литературы

1. Крючков А. Курс глазных болезней / А. Крючков. – М., 1904.
2. Руководство по глазной хирургии / Под ред. М.Л. Краснова, В.С. Беляева.
3. 30. Семёновская, Е.И. Электрофизиологические исследования в офтальмологии
4. Хватова, А.В. О частоте симпатической офтальмии // Офтальмологический журнал
5. – 1960 – №8 – С. 465–468.
6. 38. Черикчи, Л.Е. Электрофорез лекарственных веществ при глазных заболеваниях:
7. Методическое письмо / Л.Е. Черикчи. – Одесса, 1961.