ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ««Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» «Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

ГБОУ ВПО КРАСГМУ ИМ. ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО МЗ и СР РФ

Кафедра офтальмологии имени профессора М.А.Дмитриева с курсом ПО

Реферат:

Симпатическая офтальмия

Выполнила:

Потемкина К.С., ординатор первого года обучения

Проверила: ассистент кафедры Балашова П.М.

Красноярск 2023

Оглавление

Симпатическая офтальмия. Определение.………………………………………………………

Общие сведения…………………………………………………………………………………

## Причины и симптомы …………………………………………………….………………………

Диагностика…………………………………………………….………………………………..

Лечение…………………………………………………….………………………………………

Список литературы………………………………………………………………………………..

Симпатическая офтальмия является одним из самых тяжелых осложнений проникающих повреждений глазного яблока. Это своеобразная форма двустороннего гранулематозного увеита, возникающего после проникающей травмы (ранения или операции) одного глаза.

Понятие о том, что травма одного глаза может привести к заболеванию парного глаза, было известно еще со времен Гиппократа. Однако детальное описание клинической картины симпатического воспаления дал в своем руководстве шотландский офтальмохирург W. Mackenzie в 1840 году, применив впервые термин «ophthalmia sympathica», который с тех пор прочно вошел в офтальмологию. В клинике для характеристики воспаления на травмированном глазу применяют термин симпатизирующее воспаление (симпатизирующий глаз), для парного последовательно заболевшего глаза - симпатическое воспаление (симпатический глаз).

Зачастую симпатическая офтальмия развивается на фоне [иридоциклита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/ophthalmology/iridocyclitis), вызванного прободным ранением органа зрения, прободением [язвы роговицы](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/ophthalmology/corneal-ulcer), 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.

Патогенетическая роль аутоиммунных нарушений при симпатической офтальмии подтверждается эффективностью иммуносупрессивной терапии кортикостероидами, цитостатиками, а в последние годы селективным иммуносупрессивным препаратом циклоспорином А.

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](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/herpetic-infection) может приводить к развитию клинической картины симпатической офтальмии, которая сменяется клиникой [эндофтальмита](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/ophthalmology/endophthalmitis).

Дифференциальная диагностика проводится между симпатическим раздражением, синдромом Фогта-Коянаги-Харада, двусторонним факогенным увеитом и эндогенными увеитами различной этиологии. При симпатическом раздражении, в отличие от симпатической офтальмии, отсутствуют объективные признаки увеального воспалительного процесса, и возникновение его связано с наличием окуло-окулярного рефлекса. При синдроме ФогтаКоянаги-Харада в анамнезе отсутствует указание на проникающую травму, клинически отмечается картина двустороннего панувеита, осложненного экссудативной отслойкой сетчатки в сочетании с экстраокулярными симптомами со стороны центральной нервной системы, органа слуха, кожи и волос. При двустороннем факогенном увеите имеется картина переднего увеита на обоих глазах, возникающего чаще всего после экстракции катаракты одного глаза при наличии катарактальных изменений на другом глазу.

## Симптомы симпатической офтальмии

Симпатическая офтальмия может возникнуть в любые сроки после проникающей травмы-от 10 дней до нескольких десятков лет, чаще всего (65%) через 1-3 месяца и в течение первого года (92%) после травмы.

Пластический увеит характеризуется тяжелым течением. Пациенты отмечают снижение остроты зрения, появление «мушек» или «тумана» перед глазами, головную боль, общую слабость. Особенностью генерализованного увеита является склонность к частым рецидивам. Данная форма симпатической офтальмии часто осложняется экссудативной [отслойкой сетчатки](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/ophthalmology/retinal-detachment) и [невритом зрительного нерва](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/optic-neuritis). Жалобы на быстро прогрессирующее снижение остроты зрения. Развитие заднего увеита или нейроретинита длительное время имеет латентное течение и проявляется в форме выраженного снижения зрительных функций и появления «пелены» перед глазами. Наиболее распространенные осложнения симпатической офтальмии – вторичная [катаракта](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/ophthalmology/cataract) и офтальмогипертензия.

Диагностика симпатической офтальмии

Основывается на анамнестических данных, результатах наружного осмотра, [биомикроскопии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/eye-structures/biomicroscopy), [визометрии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/ophthalmic-test/visual-acuity), [тонометрии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/intraocular-pressure/non-contact-tonometry), [гониоскопии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/eye-structures/gonioscopy), [офтальмоскопии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/eye-structures/direct-ophthalmoscopy), ультразвукового исследования в [В-режиме](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/ultrasound-ophthalmology/AB-scan), 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.

Выделяются следующие клинические формы: передний увеит (серозный, серознопластический увеит), пластический увеит (фибринозно-пластический иридоциклит), панувеит (увеонейроретинит, генерализованный увеит) и задний увеит.

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 визиометрии 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.

При симпатическом панувеите вовлекаются в процесс оба отдела увеального тракта - передний и задний. Нередко при панувеите вовлекается в процесс диск зрительного нерва, и тогда чаще употребляется термин увеонейроретинит (нейроувеит). Увеонейроретинит является наиболее частой клинической формой симпатической офтальмии и в начальной стадии обнаруживается у 50-60% больных. Клинически он характеризуется симптомами иридоциклита, нейроретинита и хориоретинита. В отдельных случаях могут быть явления переднего увеита, витриита и нейроретинита без хориоретинита.

При увеонейроретините нейроретинит возникает чаще параллельно с явлениями переднего увеита, иногда он является первым признаком симпатической офтальмии, иногда диагностируется позднее увеальных явлений. Для него характерна триада симптомов - гиперемия диска зрительного нерва, смазанность его границ и расширение вен. Характерно для симпатической офтальмии формирование на глазном дне через 1-2 месяца после начала воспаления мелких беловатых или желтовато-белых округлых друзоподобных очажков, расположенных субретинально на уровне пигментного эпителия, так называемых очагов Далена-Фукса, которые обнаруживаются у 45-60% больных. Края очажков обычно не пигментированы, иногда пигмент располагается в центре. Обычно их бывает немного, склонности к слиянию не наблюдается и глазное дно в промежутках чаще нормально. При биомикроскопии с помощью трехзеркальной линзы Гольдмана они бывают видны у зубчатой линии. В активной или субактивной стадии симпатической офтальмии очажки могут быть с нечеткими границами.

## Лечение симпатической офтальмии

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](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/ophthalmic-injection/parabulbar). 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](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/ophthalmology/secondary-cataract). При этом проводится [факоэмульсификация катаракты](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/cataract/soft-IOL) с последующей имплантацией интраокулярной линзы. Устранить клинические проявления [офтальмогипертензии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/ophthalmology/ocular-hypertension)  при окклюзии зрачка и вовлечении в патологический процесс радужки можно путем лазерной мембранотомии.

### Прогноз и профилактика симпатической офтальмии

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](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-ophthalmology/ophthalmologist). 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.

Список литературы

1. Научно-практическое издание. Клинические рекомендации. Офтальмология под редакцией Л.К. Мошетовой, А.П. Нестерова, Е.А. Егорова.
2. Офтальмология руководство под ред. Джастиса П.Элерса Чирега П.Шаха
3. Травмы глаза / под общ. ред. Р. А. Гундоровой, В. В. Нероева, В. В. Кашникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014
4. Клинические лекции по офтальмологии. Редакция: Е.А.Егоров, С.Н. Басинский
5. Nisha R Acharya MD, MS, Associate Professor Department of Ophthalmology F.l. Proctor Foundation University of California San Francisco, CA, USA Электронный ресурс. 2023.
6. Офтальмология. Редакция: Е.Е. Сомов.