

98. Хориоидит

Хориоидит – это воспаление сосудистой оболочки глаза. При хориоидите обычно вовлекается в процесс и сетчатка (хориоретинит). Это форма заднего увеита. Если воспаляется только сосудистая оболочка и не воспаляется сетчатка, состояние называется хориоидит.

Классификация задних увеитов

- Подобно передним увеитам, хориоидиты также принято классифицировать на эндогенные и экзогенные.
- 1. Эндогенные составляют подавляющее большинство и возникают обычно в результате воздействия на увеальную ткань различных вирусов, бактерий, паразитов и простейших, циркулирующих в крови больного.
- 2. Экзогенные хориоидиты являются следствием вредного влияния на глаз различных повреждающих факторов или результатом генерализации патологического процесса, протекающего, например, в наружной его оболочке.

Основной причиной воспаления является попадание инфекции – микобактерии туберкулеза, стрептококков, стафилококков, вируса сифилиса и др. Как правило, развитие инфекционного процесса связано со снижением иммунитета. Этому могут способствовать переохлаждение, травмы глаза, общие инфекционные заболевания, аллергия.

Основными симптомами хориоидита являются:

- + снижение зрения
- + мерцание перед глазами (фотопсия)
- + искажение предметов (метаморфопсия)
- + скотомы в поле зрения, при периферической локализации процесса - гемералопия

Диагностика хориоидита и лечение

КАК ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕ



При наличии хориоидита пациент не ощущает боли, отсутствует зрительное расстройство. Выявить заболевание можно, пройдя офтальмоскопию. Если в патологический процесс вовлечены прилежащие отделы сетчатки, происходит нарушение зрительной функции. При расположении хориоретинального очага в центральном отделе глазного дна, будет резко снижаться зрительная функция, искажаться рассматриваемые предметы. Кроме этого, наблюдается появление вспышек и мерцаний.



Если поражены периферические отделы
глазного дна, произойдет снижение
сумеречного зрения. В отдельных случаях
появляются мушки. Можно выявить
ограниченный дефект в зрительном поле –
скотома. Они расположены в том месте, где
локализуется воспаление.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ



Специфическая гипосенсибилизация способна понизить чувствительность тканей зрительного органа при туберкулезном, токсоплазмозном, вирусном, стафилококковом и стрептококковом хориоидите. Необходимо неоднократное введение малой дозы антигена. Это перспективный метод лечения, благодаря которому снижается риск возникновения рецидива.

Неспецифическую гипосенсибилизацию проводят на любом этапе лечебных мероприятий. Это и активный воспалительный процесс, и рецидив, и профилактика обострений. Пациента назначается прием антигистаминных препаратом. Это может быть лечение димедролом, супрастином, тавегилом, диазолином и т.д.

Особое значение при лечении хориоидита имеют антибактериальные препараты. Антибактериальную терапию назначают для санации инфекционного очага, в зависимости от этиологии процесса. Если этиологию не установили, используется антибиотик с широким спектром действия.

Прием кортикостероидов (дексаметазона, преднизолона, кортизона, гидрокортизона) показан параллельно с остальными медикаментами. Такой комплекс необходим, когда воспалительный процесс находится в активной стадии или произошел рецидив. Также, в такие периоды пациенту могут назначать прием иммунодепрессивных средств. А именно: имурана, метатрексата, фторурацила, циклофосфана.

Чтобы рассосался экссудат и кровоизлияние, необходимо использование ферментов (трипсина, фибринолизина, лидазы, папаина, лекозима, стрептод



Введение

Застойный диск зрительного нерва (застойный сосок) — невоспалительный отёк зрительного нерва, в большинстве случаев обусловленный повышением внутричерепного давления. Почти всегда он является двухсторонним, хотя может быть и односторонним. Все прочие причины отека диска при отсутствии повышенного внутричерепного давления касаются собственно отека и обычно вызывают зрительные нарушения. У всех пациентов с застойным диском следует подозревать внутричерепное новообразование, пока не доказана иная причина. Однако не у всех пациентов с повышенным внутричерепным давлением развивается застойный диск. Опухоли полушарий склонны вызывать застойный диск позже, чем опухоли задней черепной ямки. У пациентов, имевших застойный диск в прошлом, внутричерепное давление может существенно повыситься без повторного развития застойного диска из-за глимального рубцевания диска зрительного нерва.

ЗДЗН характеризуется определённой офтальмоскопической картиной и состоянием функций глаза, а также своеобразной динамикой патологического процесса

Этиология

- **Объёмные образования головного и спинного мозга:** опухоли, внутримозговые, субдуральные, индуральные гематомы и субарахноидальные кровоизлияния, отёк мозга: а/в мальформации; абсцессы: паразитарные заболевания;
- **блокада желудочковой системы мозга:** окклюзионная гидроцефалия (стеноз водопровода мозга врождённого, воспалительного или опухолевого генеза), синдром Арнольда-Киари;
- **нарушение продукции/резорбции ликвора:** открытая гидроцефалия (арезорбтивная водянка), повышение венозного давления (артериосинусные соустья, а/в мальформации), тромбоз синусов головного мозга, воспалительные заболевания мозговых оболочек; синдром идиопатической доброкачественной внутричерепной гипертензии;
- **черепно-мозговая травма;**
- **врождённое утолщение и деформация костей черепа;**
- **метаболическая и гипоксическая энцефалопатия.**

КЛАССИФИКАЦИЯ

В клинической практике применяют различные градации степени развития ЗДЗН.

1. По классификации А. Я. Самойлова выделяют:

- **начальный отёк;**
- **стадию максимального отёка;**
- **стадию обратного развития отёка.**

2. Е. Ж. Трон определил следующие стадии развития ЗДЗН:

- **начальный ЗДЗН;**
- **выраженный ЗДЗН;**
- **резко выраженный ЗДЗН;**
- **стадию перехода в атрофию.**

Им также был выделен осложнённый ЗДЗН - вариант развития ЗДЗН в сочетании с признаками непосредственного воздействия патологического процесса на зрительный путь.

3. N. Miller приводит классификацию, предложенную Hoyt. Knight в котором различают четыре стадии развития ЗДЗН:

- ❖ раннюю;
- ❖ стадию полного развития;
- ❖ стадию хронического отёка;
- ❖ атрофическую стадию.

4. Н. М. Елисеева. И. К. Серова выделяют следующие стадии развития ЗДЗН:

- ✓ начальный ЗДЗН;
- ✓ умеренно выраженный ЗДЗН;
- ✓ выраженный ЗДЗН;
- ✓ стадия обратного развития;
- ✓ вторичная атрофия ДЗН.

Повышения внутричерепного давления

Блокируется ток тканевой жидкости у места входа в полость черепа из-за придавливания складки твёрдой мозговой оболочки к интракраниальной части зрительного нерва

Интракраниальная часть зрительного нерва придавливается к костям основания черепа веществом лобной доли

Тканевая жидкость, оттекающая из глаза по зрительному нерву, задерживается в орбитальной и внутриканальной частях зрительного нерва

Отек, распространяющийся на ДЗН. Отёк усиливается развитием венозного стаза. Он резко выражен в периферических пучках нервных волокон, далее он распространяется к центральным пучкам.

Клиническая картина

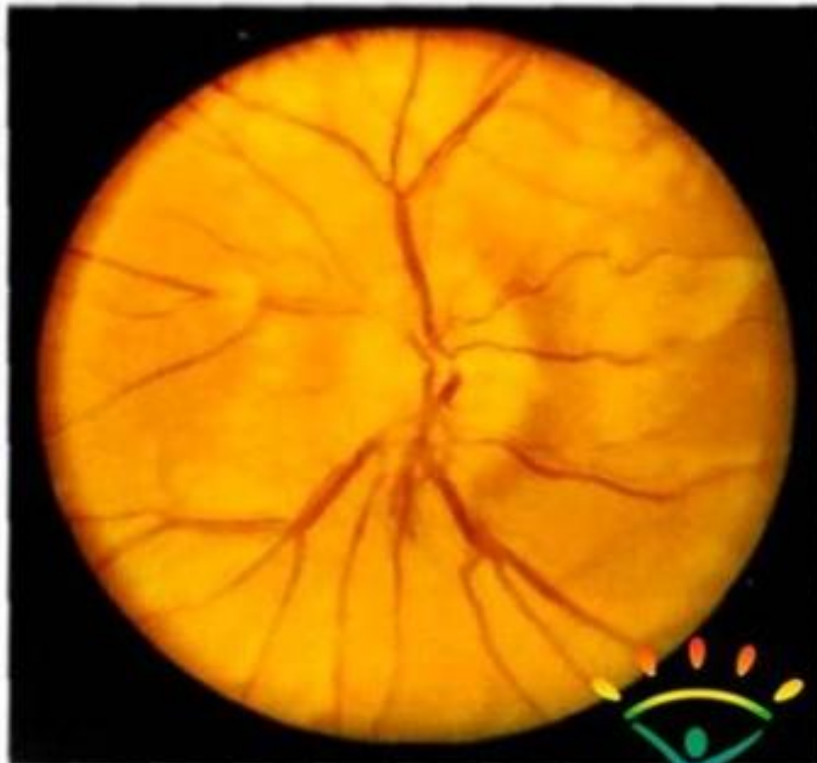


Рис. 38-8. Глазное дно: застойный диск зрительного нерва, начальная стадия.

zreni.ru
Всё о зрении

При стадии начального застойного соска (I стадия) краевой отёк нарастает, распространяясь от краёв к центру диска. Одновременно с этим увеличиваются размеры диска и степень его выстояния в стекловидное тело. Вены становятся расширенными и извитыми. Артерии несколько сужены. Распространением отёка на область сосудистой воронки заканчивается I стадия застойного соска.

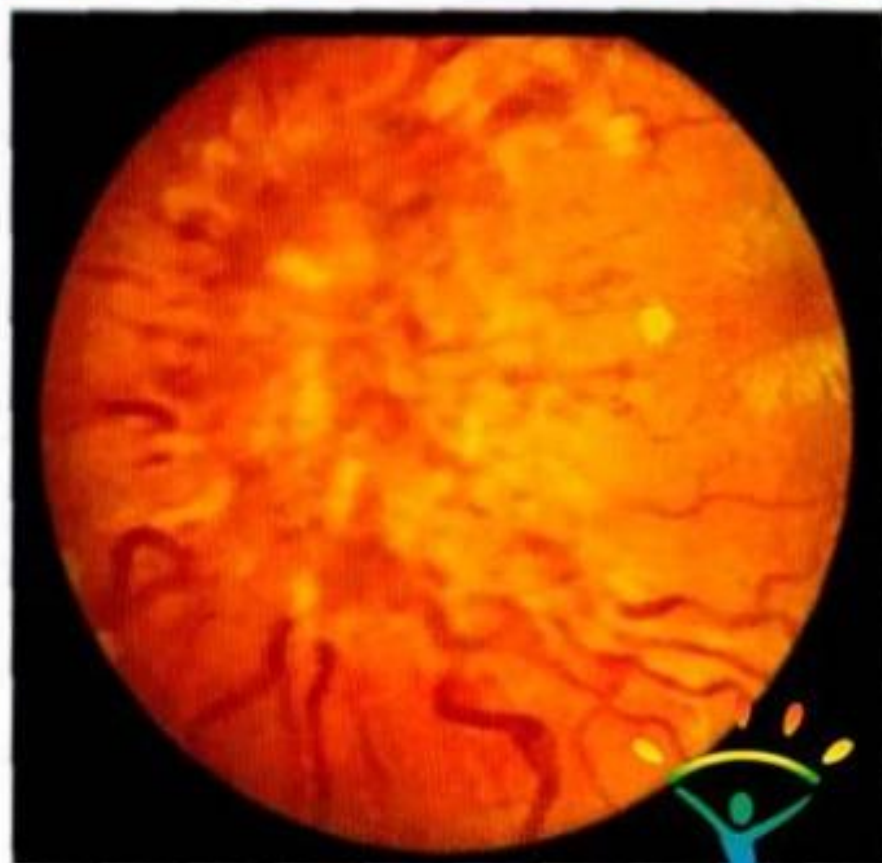


Рис. 38-9. Глазное дно: выраженный застойный диск зрительного нерва.

Всё о зрении

При выраженном застойном соске (II стадия) диск зрительного нерва гиперемирован, значительно увеличен в диаметре, выстает в стекловидное тело, границы его размыты. Вены расширены и извиты. Сосуды могут быть прикрыты отёчной тканью диска. Возможны кровоизлияния в ткань диска и сетчатку, а также появление белых очажков, представляющих собой перерождённые участки нервных волокон диска зрительного нерва.



Рис. 38-10. Глазное дно: выраженный застойный диск зрительного нерва с кровоизлияниями.

Всё о зрении

Резко выраженный застойный сосок (III стадия) характеризуется тем, что диск резко отёчен и сильно выстает над окружающей сетчаткой. Диаметр резко увеличен, иногда до того, что весь диск можно увидеть, только расширив мидриатиками зрачок. Сосуды почти на всём протяжении прикрыты отёчной тканью диска и становятся видны только у их перехода с диска на сетчатку. Вся поверхность диска густо усеяна мелкими и крупными кровоизлияниями и белыми очажками.

Множественные крупные кровоизлияния окаймляют диск, местами сливаясь в кровавые лужи.

В IV стадии (застойный сосок в стадии атрофии) гиперемизированный диск зрительного нерва приобретает лёгкий, но отчётливый сероватый оттенок, который затем становится более чётким. Уменьшается отёк ткани диска. Вены становятся менее расширенными. Кровоизлияния, если они были раньше, рассасываются, а белые очажки исчезают. Итак, для застойного соска в стадии атрофии характерен бледный с сероватым оттенком диск зрительного нерва, немного увеличенный в диаметре, границы которого размыты. В центре и по краю диска видны остаточные явления отёка с выстоянием в стекловидное тело. Вены немного расширены и извиты. Артерии сужены. Кровоизлияний обычно нет.



Рис. 38-11. Глазное дно: офтальмоскопическая картина вторичной атрофии зрительного нерва. www.eyes.ru

Вторичная атрофия диска зрительного нерва после застоя (V стадия течения застойного соска) имеет характерный вид: сосок бледный, границы его размыты, очертания диска не совсем правильные, артерии и вены узкие. Явления вторичной атрофии могут держаться долго, если не было операции — несколько лет. Постепенно размытость границ диска уменьшается, они становятся чёткими, возникает картина простой атрофии. Если была операция, то картина простой атрофии возникает уже через 1—2 месяца.

ДИАГНОСТИКА

1. Анамнез

Важны данные о неврологических заболеваниях, черепно-мозговых травмах, воспалительных заболеваниях головного мозга, симптомах, характерных для внутричерепной гипертензии.

2. Инструментальные методы исследования

- ❖ Определение остроты и поля зрения;
- ❖ Офтальмоскопия ;
- ❖ Квантитативная периметрия ;
- ❖ УЗИ зрительного нерва ;
- ❖ Лазерная ретинотомография ;
- ❖ Биомикроскопия ;
- ❖ ФАГ ;
- ❖ КТ и/или МРТ головного мозга.

Лечение :

1. Сосудорасширяющие препараты (кавинтон и др.);
2. Витаминотерапия (гр.В);
3. Электростимуляция зрительного нерва.

Может быть чрезкожная и непосредственная стимуляция зрительного нерва.

Лечение

- Медикаментозная терапия:
 - Диуретики: тиазидные, петлевые, ингибиторы карбоангидразы
 - ГКС
 - Заболевание воспалительной природы - АБ ШСД
 - Тромбозы венозных синусов головного мозга – вазоактивные препараты
- Хирургическое лечение – шунтирующие операции на ликворной системе.