



Клинические особенности, факторы риска и прогноз симпатической офтальмии

Доц. Зорина М.Б

Симпатическая офтальмия – это полиэтиологическая патология органа зрения в офтальмологии, которая протекает по типу гранулематозного uveита.

Термин «**симпатическая офтальмия**» впервые был предложен в 1835 году шотландским офтальмологом В. Макензи.

Согласно статистическим данным, в 0,2-0,4% случаев заболевание возникает на фоне проникающих ранений глазного яблока.

В 0,01-0,06% причиной развития являются интраорбитальные хирургические вмешательства.

Симпатическая офтальмия может диагностироваться в любом возрасте, но, как правило, патология наиболее часто обнаруживается в 25-50 лет. Мужчины болеют чаще женщин, что связано с большей распространенностью травм органа зрения среди представителей мужского пола.

СО — своеобразная форма двустороннего гранулематозного увеита, возникшего после проникающей травмы одного глаза.

В клинике для характеристики воспаления на травмированном глазу применяют термин **симпатизирующее воспаление (симпатизирующий глаз)**. Для парного последовательно заболевшего глаза- **симпатическое воспаление (симпатический глаз)**.

В настоящее время СО составляет 0,01-0,06 % после внутриглазной хирургии и 0,2- 0,4 % после проникающих ранений.

СО может возникнуть в любые сроки после травмы — от 10 дней до нескольких десятков лет

Симпатическая офтальмия это аутоиммунное заболевание.

- **Клинические факторы риска:**

- проникающая рана преимущественно в корнеосклеральной зоне, с выпадением в рану увеальных оболочек, развитие посттравматического увеита
- повторные хирургические вмешательства на ранее травмированных или оперированных глазах
- поздняя ПХО ран с грубыми спаянными рубцами, реобработка
- недостаточно активная и адекватная терапия посттравматического увеита, позднее или неадекватное лечение кортикостероидами

Зачастую симпатическая офтальмия развивается на фоне придоциклита, 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 сенсibilизированных Т-клеток и специфических антител к антигенам увеального тракта, а также положительная динамика регрессии патологии при применении иммуносупрессоров.

Клинические формы СО

- Передний увеит (серозный, серозно-пластический увеит)
- Пластический увеит (фибринозно-пластический иридоциклит)
- Панувеит (увеонейроретинит, генерализованный увеит)
- Задний увеит

Увеит на парном глазу возникает остро, без продромальных признаков на фоне выраженного затяжного посттравматического или п/о увеита

На парном глазу преципитаты появляются при всех формах СО

При серозном и серозно-пластическом увеите склонность к гипотонии за счет снижения секреции водянистой влаги

При пластическом увеите повышение ВГД за счет синехий

Наибольшая склонность к пластическому процессу наблюдается у детей.

Преципитаты



Как правило, симпатическая офтальмия развивается спустя 10-12 дней после травматического повреждения глаза или оперативного вмешательства. Вовлечение в патологический процесс второго интактного глаза может происходить через 8-10 недель после появления клинических симптомов на стороне первичного поражения.

Заболевание в большинстве случаев протекает в форме переднего серозного, пластического или генерализованного увеита, реже – заднего увеита или нейроретинита. Различают легкую, среднюю и тяжелую степени тяжести симптоматической офтальмии. При развитии симптоматики переднего серозного воспаления увеального тракта больные предъявляют жалобы на фотофобию, гиперемию глаз и слезотечение.

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 и невритом зрительного нерва.

Больные жалуются 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 и офтальмогипертензия.

Самые первые симптомы обычно начинают проявляться очень медленно. Болезнь может не давать о себе знать несколько дней или даже недель. На начальной стадии развития патологии симптоматика довольно неясная и расплывчатая. **К начальным признакам относятся:**

- небольшая боль;
- фотофобия;
- слабо выраженное снижение зрительной функции.

Симптомы чаще всего наблюдаются в симпатизирующем глазу. При этом в пораженном органе отмечается снижение зрения и небольшой хронический дискомфорт. Данные явления повышают необходимость проведения обследования и постоянного наблюдения нетравмированного глаза, особенно при наличии в нем продолжительного воспаления и болевых ощущений после оперативного вмешательства.

Помимо признаков раздражения зрительного органа (болевые ощущения, спазм век, слезотечение, фоточувствительность) возникает:

- инъекция глазного яблока;
- отек радужной оболочки;
- сужение зрачка;
- образование задних спаек;
- затуманивание стекловидного тела;
- скопление жидкости в передней оболочке глаза.

После этого начинается плоскостное соединение радужной оболочки с верхней областью хрусталика, полное или частичное заращивание зрачка, образование передних синехий, закрывающих угол между радужкой и роговицей.

Со временем в глазной полости повышается давление и начинается развитие глаукомы. В некоторых случаях наблюдается сильное снижение внутриглазного давления, что, в свою очередь, может привести к субатрофии глаза.

Симптомы симпатической офтальмии



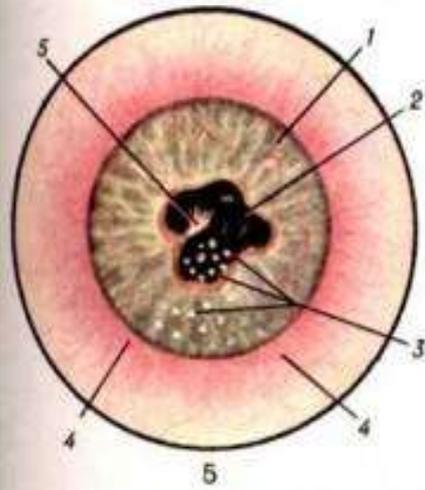
2



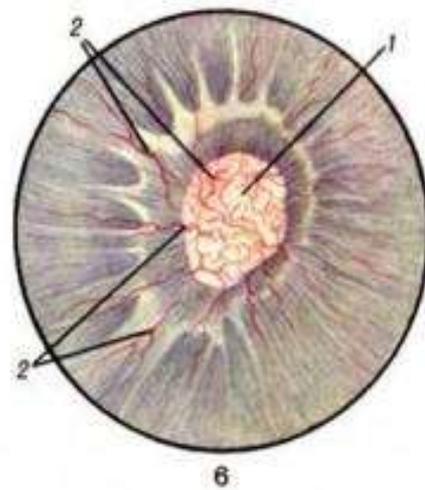
3



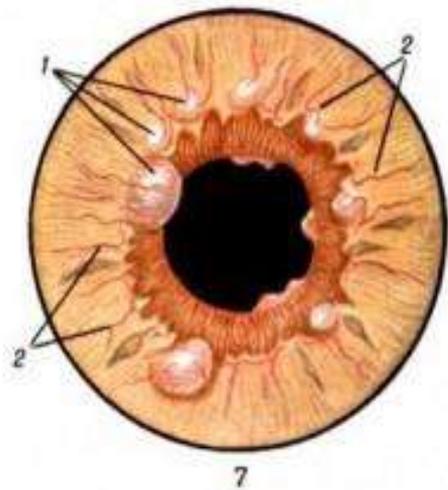
4



5



6



7

При симпатическом пануветие в процесс вовлекаются оба отдела увеального тракта и ДЗН (иридоциклит, нейроретинит и хориоретинит). Характерна триада симптомов: гиперемия ДЗН, смазанность его границ и расширение вен.

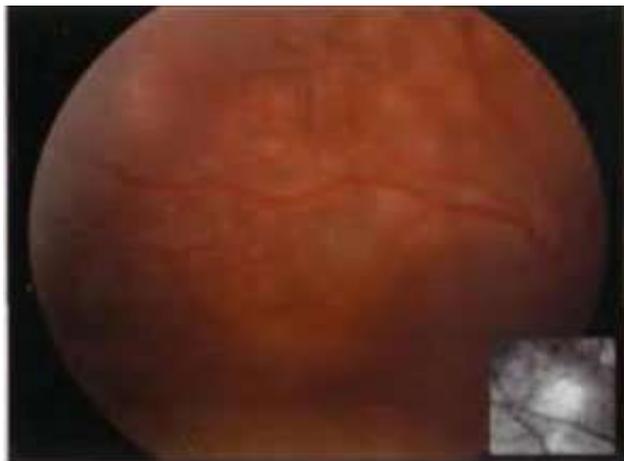
Характерно формирование на глазном дне через 1-2 мес. после начала воспаления мелких желтовато-белых округлых очажков, расположенных субретиально (очаги Далена-Фукса)

В развитой стадии присоединяются воспалительные явления в стекловидном теле с формированием витреоретинальных пролифераций.

Другая форма поражения хориоидеи в виде крупноочагового экссудативного хориоидита

Общие симптомы: головная боль, нарушение слуха, шум в ушах, глухота, нарушение равновесия, нистагм

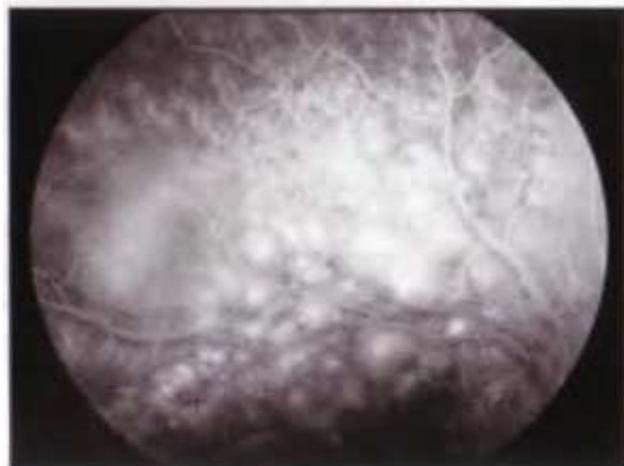
Множественные глубоколежащие субретинальные очаги при нейроретинопатии



A



Б



В

Диагностика

Трудности возникают при развитии увеита на парном глазу через длительный промежуток времени после ранения или операции.

Важное значение имеют:

- клиническая картина и факторы риска СО
- клиническая картина парного глаза с учетом сроков появления первых признаков воспаления
- данные морфологической картины энуклеированного симпатизирующего глаза
- соматическое состояние больного для исключения эндогенной природы увеального процесса
- эффективность лечения кортикостероидами

Дифференциальная диагностика

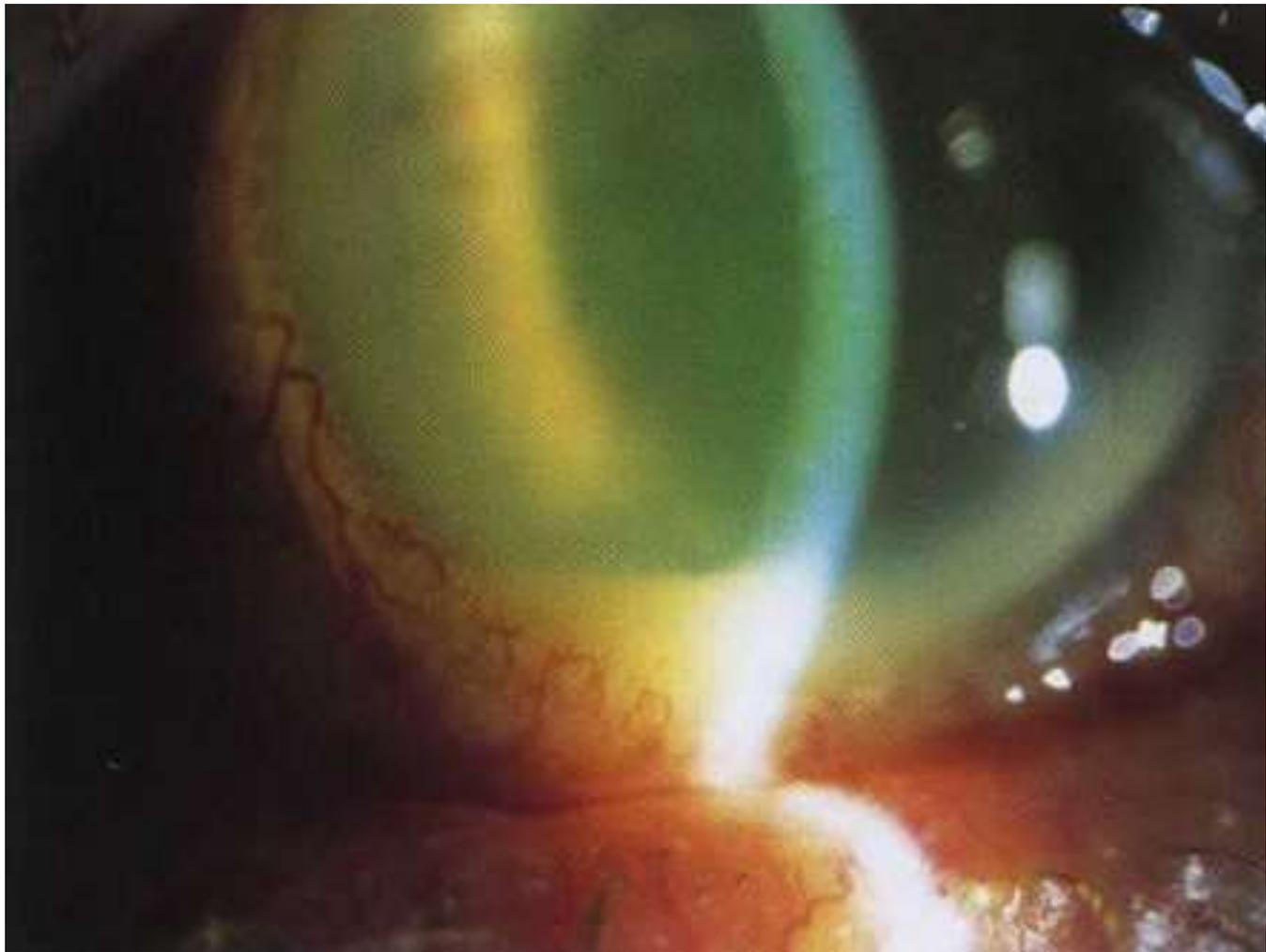
Симпатическое раздражение: отсутствуют объективные признаки увеального воспалительного процесса. Его возникновение связано с наличием окуло-окулярного рефлекса

Синдром Фогта-Коянаги-Харада: в анамнезе отсутствует проникающая травма. Отмечается картина двустороннего панuveита, экссудативная отслойка сетчатки в сочетании с экстраокулярными симптомами со стороны ЦНС, слуха, кожи, волос.

Двусторонний факогенный увеит: Имеется картина переднего увеита на обоих глазах после ЭК на одном глазу и наличии катаракты на другом.

Для диффдиагностики СО и эндогенных увеитов важное значение имеет совокупность анамнеза, клиники, иммунологических и инструментальных методов исследования

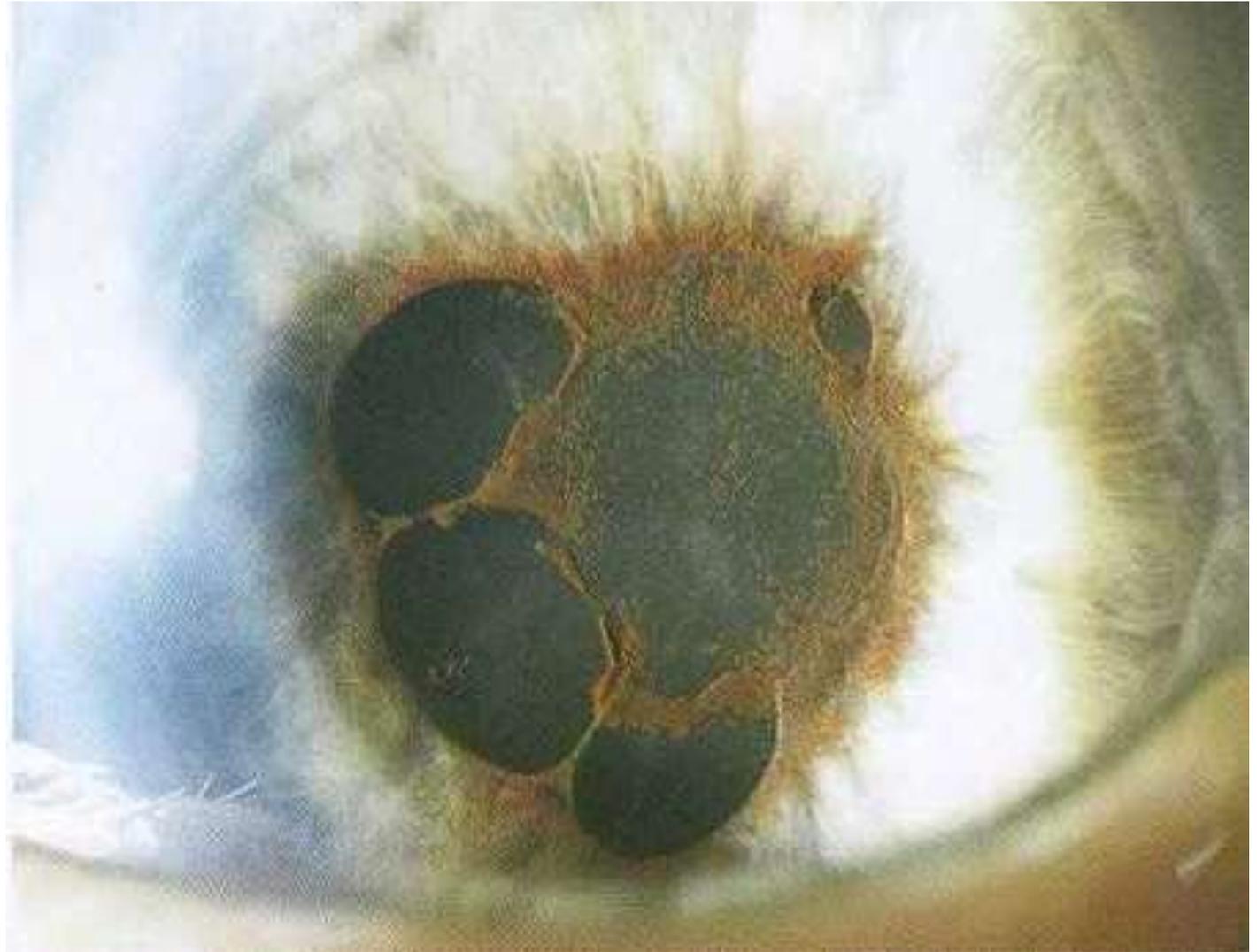
Гипопион при переднем увеите



Фибринозный экссудат при переднем увеите



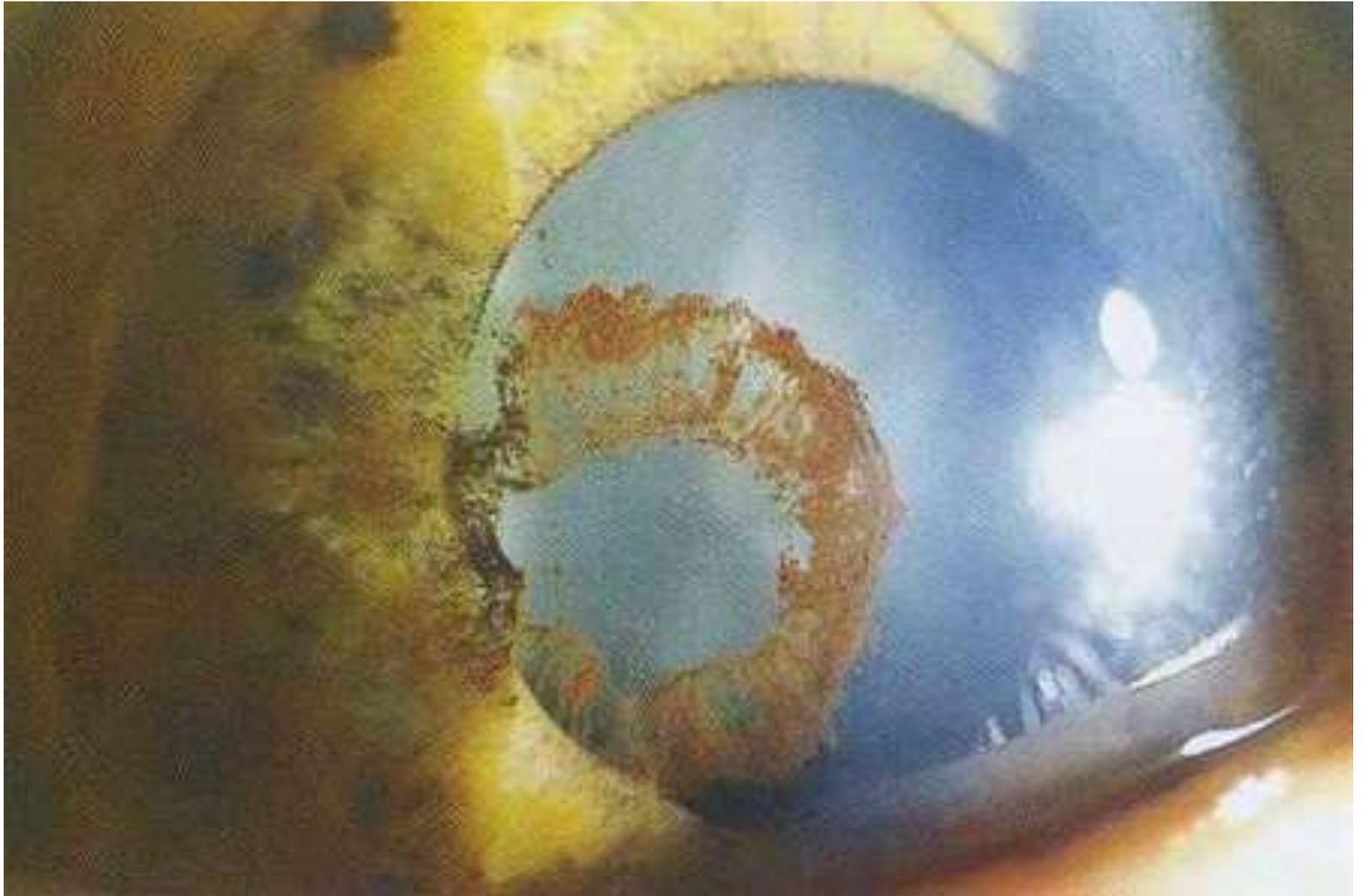
Задние синехии



Серозная форма симпатической офтальмии



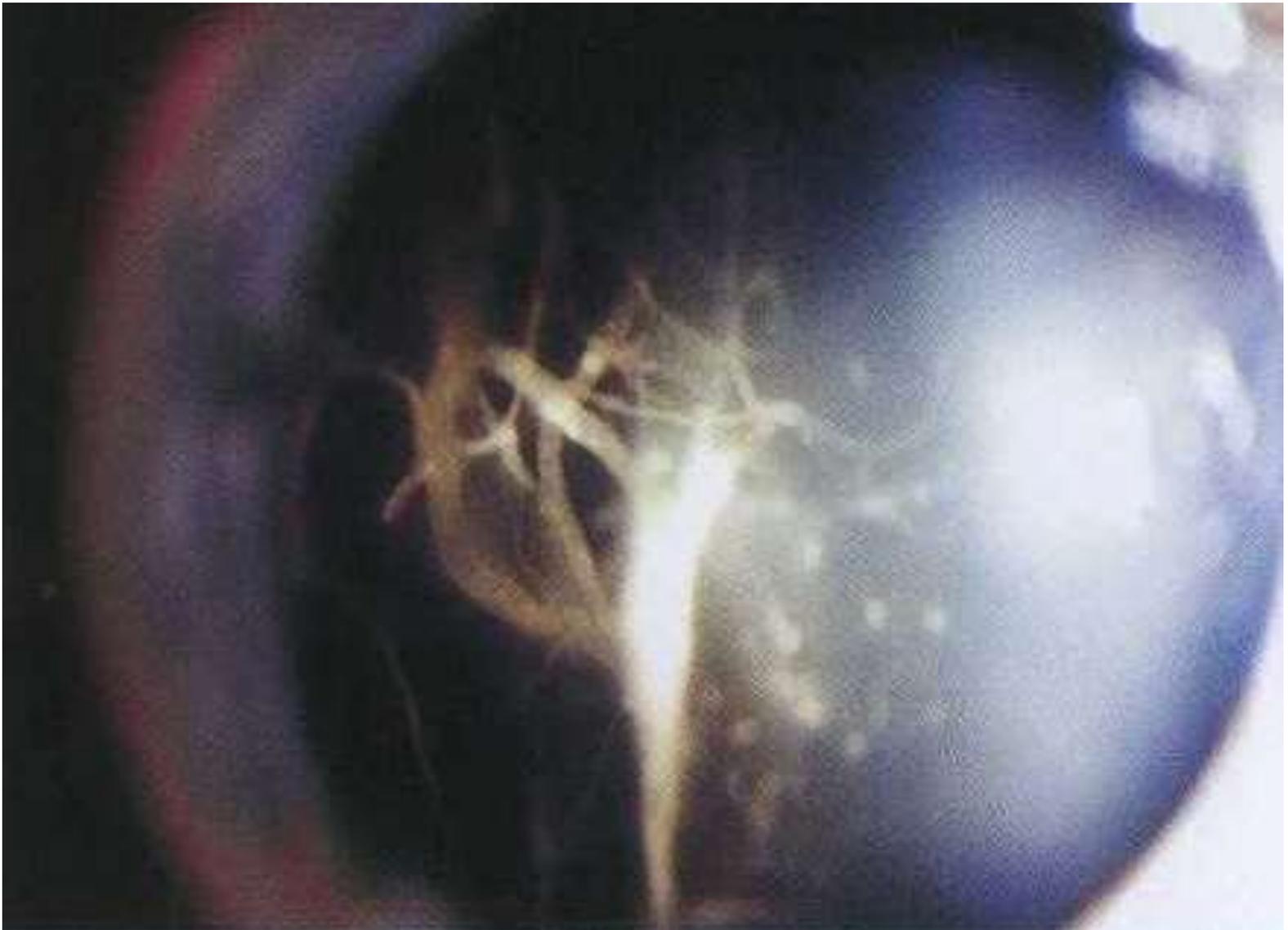
Разрыв синехий



Бомбаж радужки



Помутнение стекловидного тела



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. 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.

Энуклеация

Энуклеация симпатизирующего глаза – устранение источника первичной антигенной сенсibilизации организма.

Если симпатизирующий глаз слепой или бесперспективен для зрения и в нем тяжелый воспалительный процесс, то его следует удалять в первые дни после появления СО

В поздние сроки после начала СО вопрос об энуклеации решается индивидуально

Если решается вопрос об операции на симпатическом глазу, то перед операцией симпатизирующий глаз лучше удалить независимо от давности процесса

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. 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.

Глаукома, как осложнение симпатической офтальмии





Прогноз симпатической офтальмии во многих случаях неблагоприятен и зависит от многих факторов.

Использование кортикостероидов, антибиотиков, сульфаниламидных препаратов и иммунодепрессантов уже на начальной стадии недуга позволяет улучшить сценарий его течения.

При серозной форме заболевания и нейроретините прогноз более благоприятен.