

УДК 617.721

***ДИСТРОФИЯ РАДУЖКИ И ЦИЛИАРНОГО ТЕЛА: СОВРЕМЕННЫЕ
ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ***

Черепанова Е.В.

Клинический ординатор

Кемеровский государственный медицинский университет,

Кемерово, Россия

Басова Г.Г.

к.м.н., доцент

Кемеровский государственный медицинский университет,

Кемерово, Россия

Аннотация: дистрофия радужки и цилиарного тела (ДРЦТ) характеризуются дегенеративными изменениями в тканях радужки и цилиарного тела, что может повлиять на функции глаза, такие как аккомодация, внутриглазное давление и контроль зрачкового ответа. В связи с развитием технологий диагностики и лечения дистрофий радужки и цилиарного тела, а также необходимостью поддержания зрительных функций, в статье рассматриваются современные методы диагностики, клинические проявления и терапевтические подходы к лечению, основанные на последних научных данных и клинических рекомендациях.

Ключевые слова: увеопатия Фукса, псевдоэксфолиативный синдром, глаукомоциклитический криз (синдром Краупа - Познера -Шлоссмана), иридокорнеальный эндотелиальный синдром, синдром пигментной дисперсии, вторичная глаукома, синдром Чандлера.

***DYSTROPHY OF THE IRIS AND CILIARY BODY: MODERN
APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT***

Cherepanova E.V.

Clinical Resident

Kemerovo State Medical University

Kemerovo, Russia

Basova G.G.

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Kemerovo State Medical University,

Kemerovo, Russia

Abstract: Iris and ciliary body dystrophy (ICBD) is characterized by degenerative changes in the tissues of the iris and ciliary body, which can affect eye functions such as accommodation, intraocular pressure, and pupillary response control. With advancements in the diagnosis and treatment of iris and ciliary body dystrophies, as well as the need to maintain visual functions, this article explores current diagnostic methods, clinical manifestations, and therapeutic approaches based on the latest scientific evidence and clinical recommendations.

Keywords: Fuchs' uveopathy, pseudoexfoliative syndrome, glaucomatocyclitic crisis (Kraup-Posner-Schlossman syndrome), iridocorneal endothelial syndrome, pigment dispersion syndrome, secondary glaucoma, and Chandler syndrome.

Дистрофия радужки и цилиарного тела (увеопатии) характеризуются дегенеративными изменениями в тканях радужки и цилиарного тела. К ним относят ряд заболеваний увеального тракта глаза, имеющих признаки, как хронического воспалительного процесса, так и неуклонно прогрессирующей дистрофии с последующим повышением внутриглазного давления [5, 9].

Цель исследования – изучить особенности клиники, диагностики и лечения дистрофий радужки и цилиарного тела, основываясь на анализе данных, полученных из различных информационных баз.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ литературных источников и публикаций, использованы информационные базы посвященные дистрофиям радужки и цилиарного тела: eLIBRARY.RU, <http://www.studmedlib.ru/> (Электронная библиотека медицинского вуза), Cyberleninka, Российский офтальмологический журнал.

Результаты и их обсуждение

Выделяют пять основных групп иридоцилиарных дистрофий: гетерохромная увеопатия Фукса, псевдоэксфолиативный синдром, глаукомоциклитические кризы (синдром Краупы - Познера -Шлоссмана), иридокорнеальный эндотелиальный синдром, синдром пигментной дисперсии [3].

Для большинства увеопатий характерно: поражение радужки (субатрофия и атрофия стромы и пигментного листка) и цилиарного тела (преципитаты); осложненная катаракта и помутнения стекловидного тела деструктивного характера в связи с нарушением метаболизма; вторичная дистрофическая, рефрактерная глаукома ретенционного характера, которая особенно часто наблюдается при иридокорнеальном эндотелиальном синдроме, гетерохромной увеопатии Фукса и псевдоэксфолиативном синдроме. Существует общность патогенетических механизмов в развитии иридоцилиарных дистрофий, о чем свидетельствует возможность перехода одной формы увеопатии в другую [5,9,3].

На сегодняшний день *гетерохромная увеопатия Фукса* является наиболее известной формой из числа хронических иридоцилиарных дистрофий. Заболевание чаще одностороннее, но в 8-12% случаев имеет двухсторонний характер. Л.М. Мирошникова (1969) отметила, что чаще встречается малозаметная гетерохромия, которая не всегда диагностируется. При *heterochromia inversa* изменения обнаруживаются в глазу с более темной радужкой вследствие атрофии стромы радужки и просвечивания пигментного

листка [5]. Объективно: сначала появляется небольшое количество мелких преципитатов, чувствительность роговицы сохранена. Постепенно формируется деструкция пигментной зрачковой каймы, снижение чувствительности роговицы, легкое помутнение под задней капсулой хрусталика; из-за поражения сфинктера радужки возникает мидриаз. Далее чувствительность роговицы значительно снижается. Количество преципитатов увеличивается, отмечается дистрофия радужки, выраженная пигментация в углу передней камеры. На передней поверхности радужки появляются тельца Рассела, возникновение которых связано с агрегацией иммуноглобулинов [5,9,3].

К наиболее распространенным осложнениям синдрома Фукса относятся офтальмогипертензия, глаукома, задняя субкапсулярная катаракта [3].

Псевдоэксфолиативный синдром – это увеопатия, сопровождающаяся отложением амилоидоподобного вещества на передней капсуле хрусталика, по краю зрачка и на всех других структурах переднего отрезка глаза: радужке, цилиарном теле, цинновой связке, элементах угла передней камеры и дистрофического перерождения всех этих структур. Псевдоэксфолиации, представляющие собой включения грязно-белого цвета, следует отличать от истинных эксфолиаций, которые встречаются крайне редко и являются следствием расщепления передней поверхности хрусталика. Причинами развития глаукомы является вторичная блокада трабекулы псевдоэксфолиативным материалом и дисфункция трабекулярных эндотелиальных клеток [4,5,7]. У пациентов с ПЭС чаще наблюдалась дисфункция мейбомиевых желез, выражена атония нижних век, снижение времени разрыва слезной пленки и выраженное повреждение поверхности конъюнктивы [6].

Глаукомоциклитический криз (синдром Крауна-Познера- Шлоссмана) - характеризуется периодическими приступами односторонней вторичной открытоугольной глаукомы, ассоциированной с подострым передним увеитом.

Гетерохромия радужки слабо выражена, отмечается наличие мелких преципитатов. Характерно отсутствие болей в глазу даже при очень высоких цифрах внутриглазного давления. Синдром глаукомоциклитических кризов по своему течению напоминает острый приступ глаукомы, но угол передней камеры всегда открыт и цифры внутриглазного давления значительно выше при неплохой субъективной переносимости процесса [3, 4, 9].

Синдром пигментной дисперсии (СПД) – преимущественно двустороннее заболевание, характеризующееся вымыванием гранул пигмента из эпителия пигментного слоя радужной оболочки с последующим их отложением в структурах переднего отрезка глаза. При проведении гониоскопии - угол передней камеры (УПК) открыт. В литературе описаны случаи СПД у детей. По данным разных авторов [2] у 33-50% пациентов с этим синдромом при отсутствии лечения в течение 5-15 лет развивается офтальмогипертензия или пигментная глаукома (ПГ). Жалобы пациентов при СПД появляются только в стадии пигментной глаукомы. Клинически заболевание протекает по типу простой открытоугольной глаукомы [2,3,5].

Иридокорнеальный эндотелиальный синдром. Для группы заболеваний с набором определенных клинических признаков G. Yanoff, 1979г., применил термин «иридокорнеальный эндотелиальный синдром». К клиническим проявлениям относятся отёк роговицы, вторичную глаукому, атрофию радужной оболочки и аномалии зрачка от деформации до поликории. Основными подтипами этого синдрома являются: Эссенциальная прогрессирующая атрофия радужной оболочки; Ирис-невус синдром Когана – Риза; Синдром Чандлера или «синдром льда» [3,5,7,8,9].

К основным методам обследования пациентов с подозрением на иридоцилиарную дистрофию относятся: визометрия для дали с коррекцией пробными линзами, рефрактометрия (авторефрактометрия, скиаскопия), периметрия. Исследуют чувствительность роговицы, проводят тонометрию,

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ «ДНЕВНИК НАУКИ»

четырёхминутную тонографию по Нестерову, биомикроскопию переднего отрезка глаза - оптических сред и радужки, исследование радужки в трансформированном свете, гониоскопию, стереоофтальмоскопию при помощи асферической линзы 60 диоптрий.

В случаях, когда у врача возникает подозрение на наличие увеопатии и надо подтвердить диагноз, возможно проведение дополнительных исследований: В-сканирование, ультразвуковую биомикроскопию и оптическую когерентную томографию переднего сегмента глаза, компьютерную периметрию, флюоресцентную ангиографию глазного дна, электрофизиологические исследования, пахиметрию. Однако именно по сочетанию клинических симптомов можно заподозрить определенную разновидность увеопатий [3,5,9,10].

Лечение дистрофий радужки и цилиарного тела зависит от клинической картины, стадии заболевания и может включать медикаментозную терапию, хирургические методы и комплексное лечение воспалительных заболеваний [1,3,5,9,10].

Выводы

Дистрофии радужки и цилиарного тела — это сложные офтальмологические заболевания, требующие точной диагностики и комплексного подхода к лечению. Современные методы диагностики, такие как генетические исследования и высокоточные визуализирующие технологии, позволяют своевременно выявлять эти патологии. Раннее начало лечения может значительно улучшить прогноз и предотвратить развитие тяжелых осложнений.

Библиографический список

1. Брежнев А.Ю. Особенности медикаментозного лечения псевдоэксфолиативной глаукомы // РМЖ. Клиническая офтальмология – 2016. – № 4. – С. 220–223.

2. Загидуллина А.Ш. Синдром пигментной дисперсии и пигментная глаукома / А.Ш. Загидуллина, Р.Р. Ямгутдинов, Л.И. Гилемзянова, В.У. Галимова // Медицинский вестник Башкортостана – 2020. – Том 15, № 4 (88).
3. Иридоцилиарные дистрофии (увеопатии): этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения: практическое пособие для врачей / Т.В. Бобр, И.Г. Мацак – Гомель: ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2022. – 50 с.
4. Национальное руководство по глаукоме: для практикующих врачей / под ред. Е. А. Егорова, В. П. Еричева // М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 384 с.
5. Офтальмология: национальное руководство / Под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 904с.
6. Потемкин В.В., Агеева Е.В. Причины поражения тканей глазной поверхности при псевдоэкзофалиативном синдроме // Российский офтальмологический журнал.– 2017; 10 (3): 62-68.
7. Редкие формы глаукомы. Издание 2-е, дополненное / под ред. проф. А.Г. Щуко и проф. Т.Н. Юрьевой // И.: Иркутский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, 2021. - 224 с. ил.
8. Соболев Н.П. «Оптико-реконструктивное лечение пациента с эссенциально-мезодермальной дистрофией радужки / Н.П. Соболев, С.А. Борзенков, М.А. Соболева, Ю.В. Шкандина, Е.П. Судакова // Российский офтальмологический журнал – 2021. – 14(3): 88-92.
9. Увеопатии. Особенности диагностики и течения / А.Д. Чупров, Л.И. Попова, Л.В. Демакова — Киров : Апрель, 2017. — 99 с .
10. Diagnosis and Management of Iridocorneal Endothelial Syndrome / M. Sacchetti [et al.] // Biomed Res Int. – 2015. – Vol. 2015. – P. 1–9.