

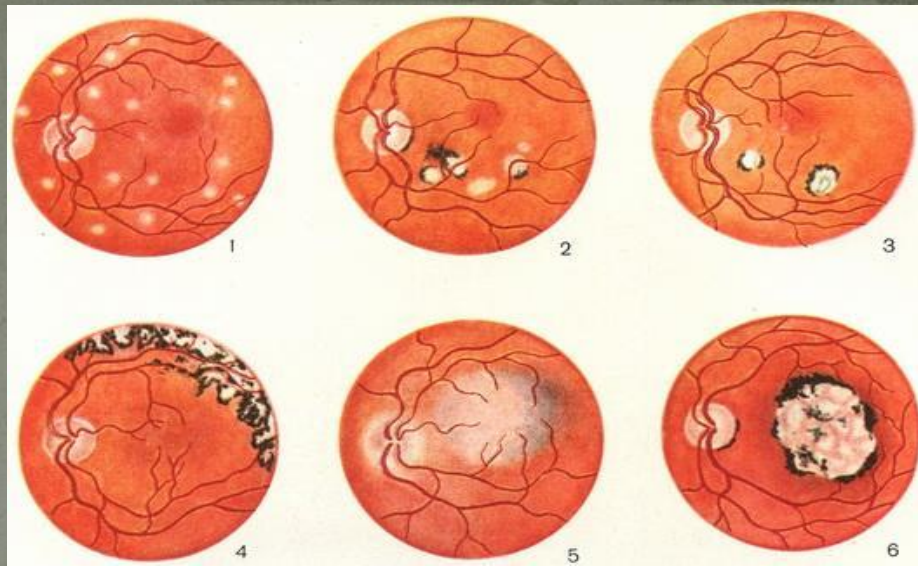
Туберкулезные увеиты

Подготовила Седова Ксения Николаевна

Туберкулезные увеиты

- Заболеваемость туберкулезом в России за последние десятилетия сохраняется на высоком уровне. Среди туберкулезных поражений глаза наиболее часто встречаются передние и задние увеиты. Особенности строения сосудистой оболочки создают благоприятные условия для фиксации микобактерий туберкулеза и возникновения метастатических туберкулезных очагов.
- Туберкулезный иридоциклит характеризуется вялым началом заболевания и рецидивирующим течением. Боли и инъекция глазного яблока выражены слабо. Характерны крупные сальные преципитаты на задней поверхности роговицы, новообразованные сосуды радужки, опалесценция влаги передней камеры, помутнение стекловидного тела. По зрачковому краю радужки образуются желтовато-серые или розоватые воспалительные бугорки, к которым подходят новообразованные сосуды — истинные туберкулы (метастатические очаги инфекции). Микобактерии туберкулеза могут быть занесены как в первичной, так и в послепервичной стадии туберкулеза. Бугорки на радужке могут существовать несколько месяцев и лет, размер и количество их постепенно увеличиваются. Помимо истинных туберкулезных инфильтратов, по краю зрачка периодически появляются и быстро исчезают летучие мелкие пушинки — преципитаты, похожие на комочки ваты, располагающиеся по краю вялого малоподвижного зрачка. При хроническом неблагоприятном течении иридоциклита образуются грубые плоскостные синехий вплоть до сращения и зарращения зрачка. Развиваются полная обездвиженность и атрофия радужки.

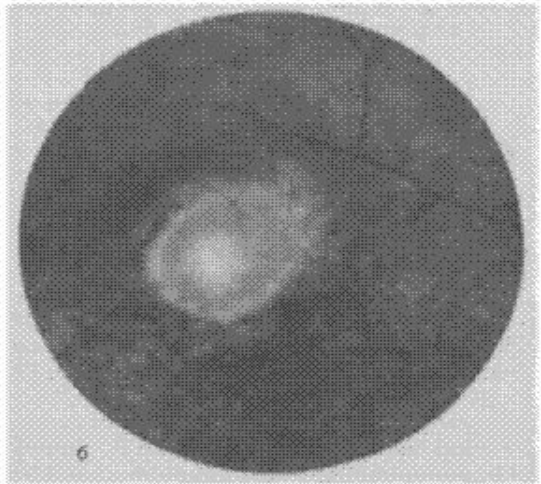
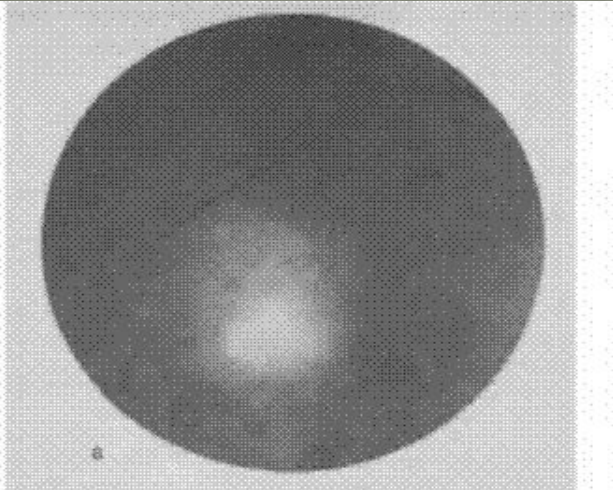
- Туберкулезные метастатические поражения заднего отдела глаза включают: хориоретиниты (очаговые, диссеминированные, диффузные); туберкул хориоидеи (конглобированный туберкулез) и хориоидиты (милиарный, юкстапапиллярный).
- По локализации они подразделяются на: центральные, парацентральные, перипапиллярные, периферические, экваториальные; по характеру течения – острые, хронические; по морфологии – гранулематозные, негранулематозные, экссудативные и геморрагические формы.
- При вовлечении в процесс сетчатки и ее сосудов возникают перифлебиты, периферические увеиты, тромбозы, при поражении зрительного нерва – туберкулезный неврит, папиллит, при туберкулезном менингите – застойный диск .
- Этиологическую диагностику должны проводить совместно офтальмолог и фтизиатр. Она основывается на результатах кожных туберкулиновых проб, оценке состояния иммунитета, характера течения общего заболевания и особенностей глазной симптоматики.



● Диссеминированный туберкулезный хориоретинит –

самая частая форма , начинается парамакулярно с развития множественных, не сливающихся очагов различных размеров и формы в собственно сосудистой оболочке. Офтальмоскопически выявляются более свежие желтовато–серого цвета, с нечеткими границами, слегка проминирующие, окруженные перифокальным отеком очаги и старые – имеющие четкие границы и выраженную пигментацию по краю. Иногда начинается в юные годы и может протекать стационарно. Обычно поражаются оба глаза . При распространении воспалительного процесса на центральный отдел сетчатки больные отмечают снижение зрения, искривление предметов, фотопсии . При этом в макулярной области обнаруживается серо–аспидного цвета очаг под приподнятой сетчаткой со светлой зоной, с мелкими кровоизлияниями по его периферии и с желтоватыми очажками в других участках глазного дна .

Конглобированный туберкул



- Конглобированный туберкул (туберкулема собственно сосудистой оболочки) – желтовато–серое образование нескольких слившихся гранулем, проминирующее в стекловидное тело и отслаивающее сетчатую оболочку, чаще развивается в центральном отделе глазного дна. Может сопровождаться выраженными воспалительными изменениями в переднем отделе глаза. Туберкулемы могут рубцеваться, инкапсулироваться, обызвествляться. Нередко туберкул похож на меланобластому, однако белая пористая масса указывает на его воспалительное происхождение.

Рис. 96. Конглобированный туберкул собственно сосудистой оболочки:
а — свежий очаг, б — обратное развитие очага.

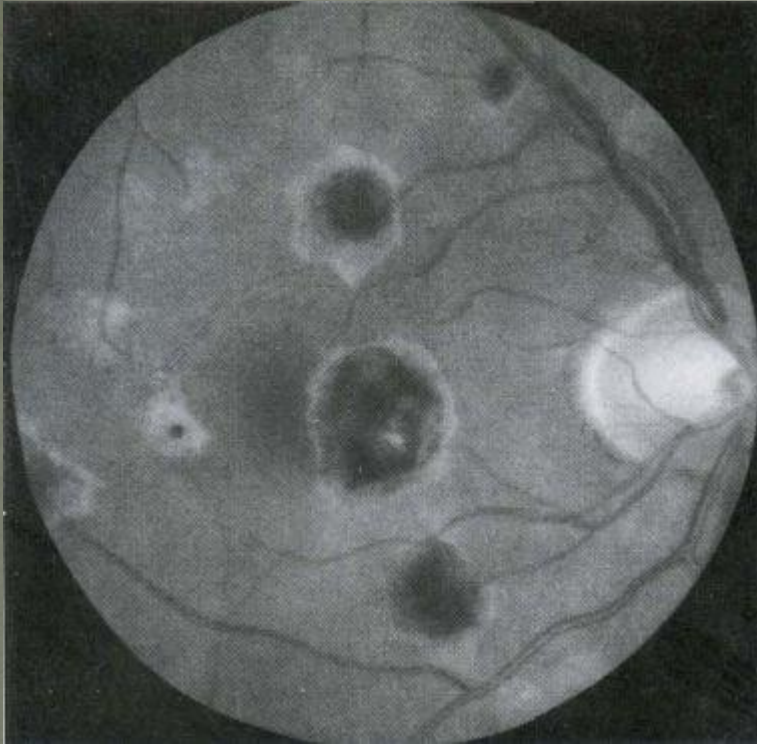
Миллиарный туберкулезный хориоидит

- Возникает у детей на фоне общего туберкулеза и туберкулезного менингита. Желтоватые мелкие очаги округлой формы с четкими границами в собственно сосудистой оболочке (туберкулы), не содержат микобактерий туберкулеза. Пигмент в них почти отсутствует. Реакция сетчатки слабо выражена. Туберкулезные узелки видны в виде серо – белых пятен со ступенчатыми краями подотечной сетчаткой. Сосуды, проходя по их поверхности, проминируют . Узелки варьируют от точечных до 0,5-2 мм в диаметре. Иногда мелкие фокусы сливаются , образуя большие образования. В процесс может вовлекаться любая часть хориоидеи и сетчатки , но наиболее типично наличие узелков в перипапиллярной зоне.

Юкстапапиллярный хориоидит Иенсена.

Туберкулезная гранулема собственно сосудистой оболочки локализуется вблизи диска зрительного нерва. Поэтому выраженный перифокальный отек, ватообразная инфильтрация и отек сетчатой оболочки, распространяясь на зрительный нерв и маскируя хориоидальный очаг, прикрывают диск, границы которого становятся ступенчатыми, что симулирует картину оптического папиллита или неврита. Для периметрии характерно слияние секторообразной скотомы со слепым пятном, в исходе рубцующегося хориоидального очага – хорошее центральное зрение. Типичная локализация туберкулезных хориоидитов – парамакулярная область, пигмент распределяется в очагах по самому их краю. По мере старения они имеют по несколько пигментных колец. По краю последних заметны очаги инфильтрации и отека сетчатки. Видны белые участки склеры и облитерированные хориоидальные сосуды в местах отсутствия хориоидеи. При распространении воспаления на стекловидное тело преретинально над очагами инфильтрации возникает отслойка стекловидного тела, на ресничное тело – появляются преципитаты, гониосинехии, пигментация угла передней камеры глаза, новообразованные сосуды в корне радужки.

Очаговый хориоретинит

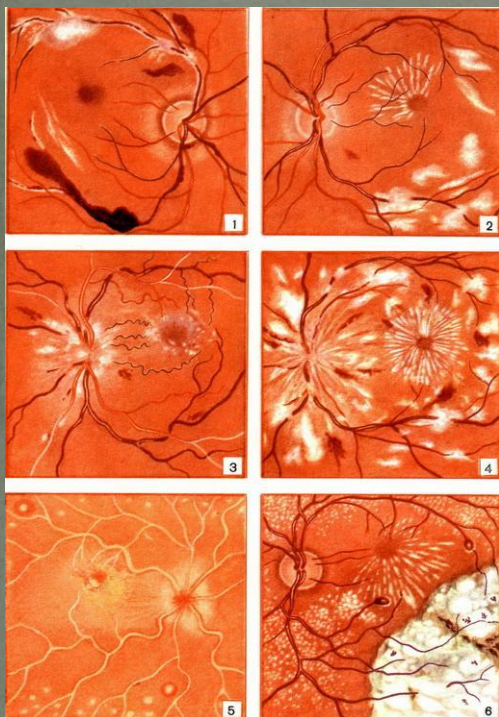


- встречается преимущественно у женщин разного возраста (от 19 до 65 лет), чаще в виде монолатерального поражения. Характерной особенностью современного течения центрального хориоретинита является крайне редкий геморрагический характер экссудата .

Периферический увеит

- Периферический увеит обусловлен воспалением ресничного тела и периферии собственно сосудистой оболочки с вовлечением в процесс периферических ретинальных сосудов. Начинается со снижения остроты зрения вследствие помутнения стекловидного тела. На периферии глазного дна – экссудативный хориоретинит. В нижней половине глазного дна выявляются: массивная экссудация в параоральной зоне в виде диффузной инфильтрации периферии собственно сосудистой оболочки или отдельных экссудативных очагов, панваскулиты (периваскулиты, эндоваскулиты, перифлебиты), в единичных случаях – тромбозы. В стекловидном теле сначала заметны экссудация, воспалительные клетки, преципитаты, позднее – нитчатая и зернистая деструкция, швартообразование, пристеночные его отслойки. Выявляются также макулопатии, явления папиллита и деколорация диска зрительного нерва. В некоторых случаях наблюдаются преципитаты, ретиношизис, тракционные разрывы и отслойки сетчатки.

Туберкулезный перифлебит



- Туберкулезный перифлебит носит рецидивирующий характер, встречается преимущественно у молодых мужчин (20–39 лет) на обоих глазах. В раннем его периоде на периферии глазного дна – вены сетчатки извиты, неравномерного калибра с периваскулярными муфтами (перифлебит), появляются новообразованные сосуды, в ряде случаев заметны хориоидальные и хориоретинальные очаги. Возможно сочетание этих изменений с тромбозом ветвей центральной вены сетчатки. Массивные кровоизлияния локализуются под сетчаткой и в ее слоях. Ввиду массивного швартообразования стекловидного тела наблюдается развитие гемофтальма, тракционной отслойки сетчатки, осложненной катаракты, вторичной глаукомы. Перифлебит Ильса характеризуется преобладанием продуктивного типа специфического воспаления (61%), меньшей частотой осложнений (29%) и хронически-рецидивирующим течением с длительной ремиссией .

Туберкулезный неврит

- Туберкулезный неврит, папиллит (отек диска) сходны по клинической симптоматике: имеются гиперемия диска, ступенчатость его границ, перипапиллярный отек, отсутствует физиологическая экскавация, выявляется увеличение слепого пятна, концентрическое сужение поля зрения на цвета (при неврите), повышение порогов чувствительности и лабильности. Воспалительный процесс может распространяться на зрительный нерв с окружающими тканями – собственно сосудистой оболочки, сетчатки (при юкстапапиллярном хориоидите, периваскулите), протекать по типу нисходящих периневритов при туберкулезном менингите с последующим развитием вторичной атрофии.

- Увеиты и хориоретиниты после ревакцинации вакциной БЦЖ сопровождаются выраженной экссудацией, сращением, заррастанием зрачка, развитием осложненной катаракты, повышением внутриглазного давления.

- Туберкулезно–аллергические процессы заднего отдела глаза характеризуются возникновением типичных экссудативных очагов до одного размера диска, интенсивным помутнением стекловидного тела. Имеют очень быстрое начало и бурное течение заболевания, эффективно купируются острые воспалительные изменения, при этом отсутствуют тяжелые остаточные явления. Рецидивы часты, даже на фоне специфического лечения и десенсибилизирующей терапии. В организме больного находят активный внеглазной туберкулезный процесс .

ДИАГНОСТИКА

- **Диагностика** представляет собой многоплановый, комплексный процесс. Важное значение имеют анамнестические данные (малозаметное начало, хроническое течение, указания на перенесенный туберкулез других локализаций или контакт с больным туберкулезом легких др.).
- Проводят микробиологические, цитологические, гистологические исследования туберкулезных поражений глаз плюс туберкулинодиагностика.
- Туберкулинодиагностика основана на специфической особенности туберкулина вызывать в организме, сенсibilизированном микобактериями туберкулеза, воспалительно-аллергические реакции замедленного типа. Основным ее принципом является выявление очаговой реакции при минимальной для данного больного дозе вводимого туберкулина.
- Диагностическое (пробное) лечение (тест- терапия)
- Пробное лечение состоит в применении двух таблетированных туберкулостатиков до 2-х месяцев и субконъюнктивального введения 3% раствора изониазида по 0,5 мл. №15-20 на фоне десенсибилизирующей терапии. Полностью исключаются кортикостероиды, ферменты и другие препараты широкого спектра действия. Подтверждением туберкулезной этиологии заболевания является терапевтический эффект тест-терапии.

Общие принципы лечения.

- Лечение туберкулеза глаз должно быть направлено на устранение клинических проявлений специфического воспалительного процесса в глазу и в зоне возможных других, внеглазных локаций, а также на восстановление нарушенных функций, стимуляцию защитных механизмов и репаративных процессов.
- **Этиотропная химиотерапия**
- Основу лечения туберкулеза глаз составляет применение комбинаций нескольких противотуберкулезных препаратов.
- **Противотуберкулезные препараты**
- Наиболее эффективные препараты:
- Синтетический препарат изониазид (ГИНК), антибиотик рифампицин.
- Препараты умеренной эффективности
- Антибиотики: стрептомицин, канамицин, флоримицин (виомицин), циклосерин.
- Синтетические препараты: этамбутол, этионамид, протионамид, пирозинамид (тизамид)
- Менее активные препараты
- Синтетические препараты: ПАСК, тибон (тиоцетазон)
- При туберкулезе глаз применяются все химиопрепараты, что и при других локализациях туберкулеза, кроме этамбутола. Последние используются очень редко ввиду его возможного токсического действия на зрительно-нервный аппарат. Наиболее часто применяются изониазид, рифампицин, пиразинамид, стрептомицин.