



sovdok.ru

Ханмагомедова А.М.

Токсоплазмоз

-инфекционная протозойная болезнь, которая вызывается токсоплазмой, имеет преимущественно алиментарный путь передачи, характеризуется частым поражением нервной системы, скелетных мышц, миокарда, глаз, лимфаденопатией, гепатоспленомегалией, склонностью к хроническому течению.



Структура тахозонта *Toxoplasma gondii*

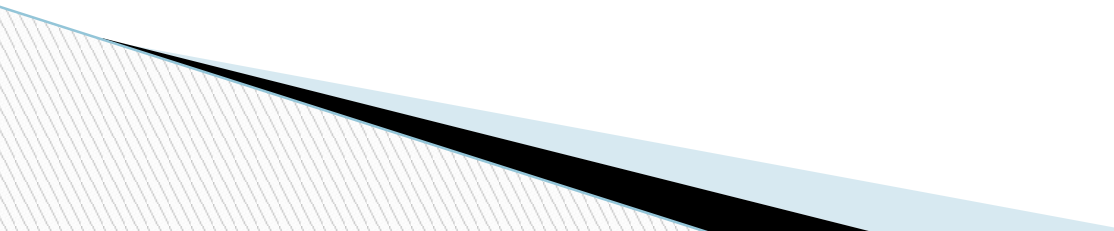
- ▣ **Актуальность токсоплазмоза определяется высокой инфицированностью населения *Toxoplasma gondii*: от 10-37% в возрасте 10-20 лет до 60-80% к 50-летнему возрасту.**
- ▣ **При обследовании детей с врожденными заболеваниями глаз токсоплазмозная этиология установлена у 38,4% (Шпак Н. И).**

Токсоплазмоз входит в группу TORCH-инфекций (Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes), считающихся потенциально опасными для развития ребенка.

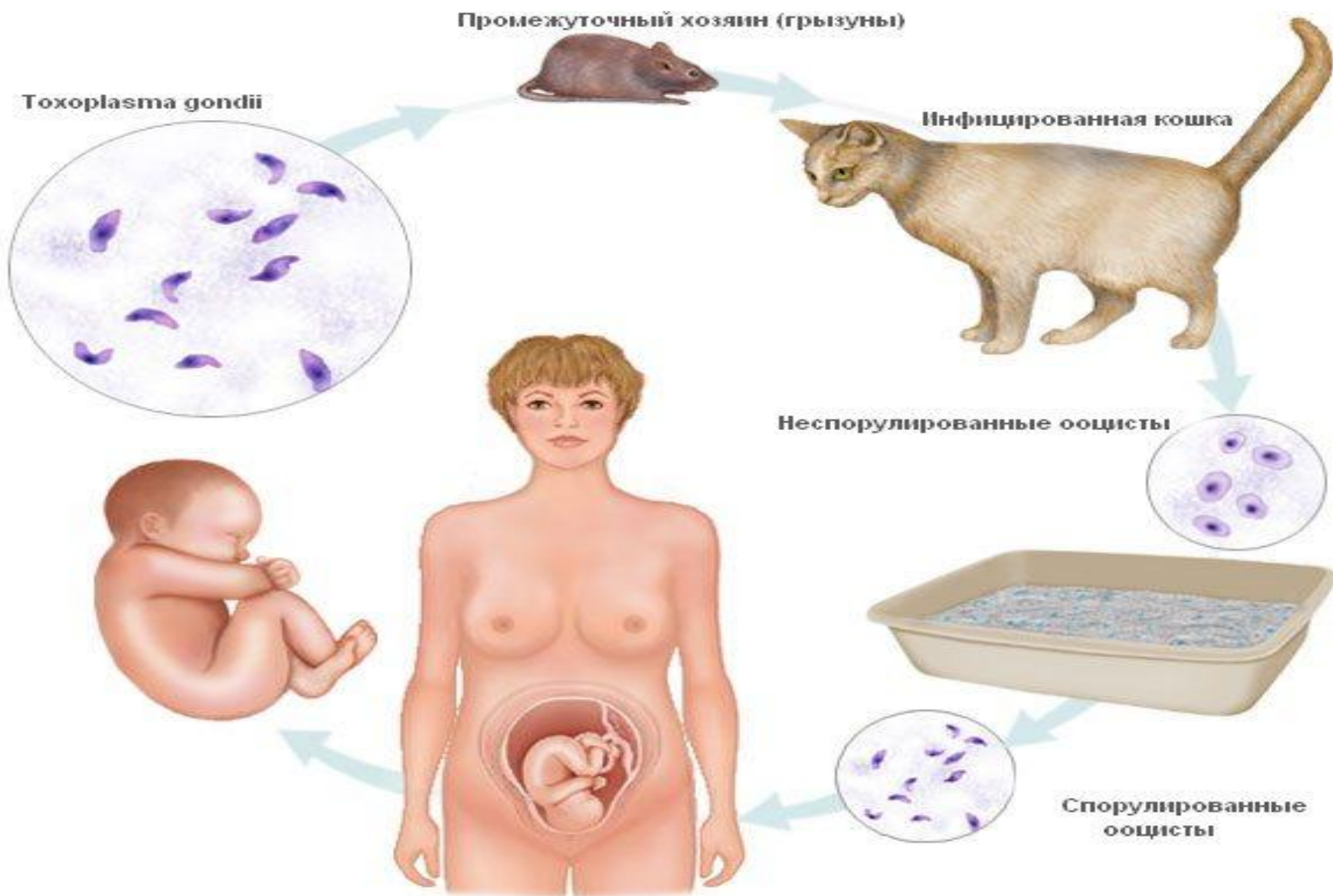


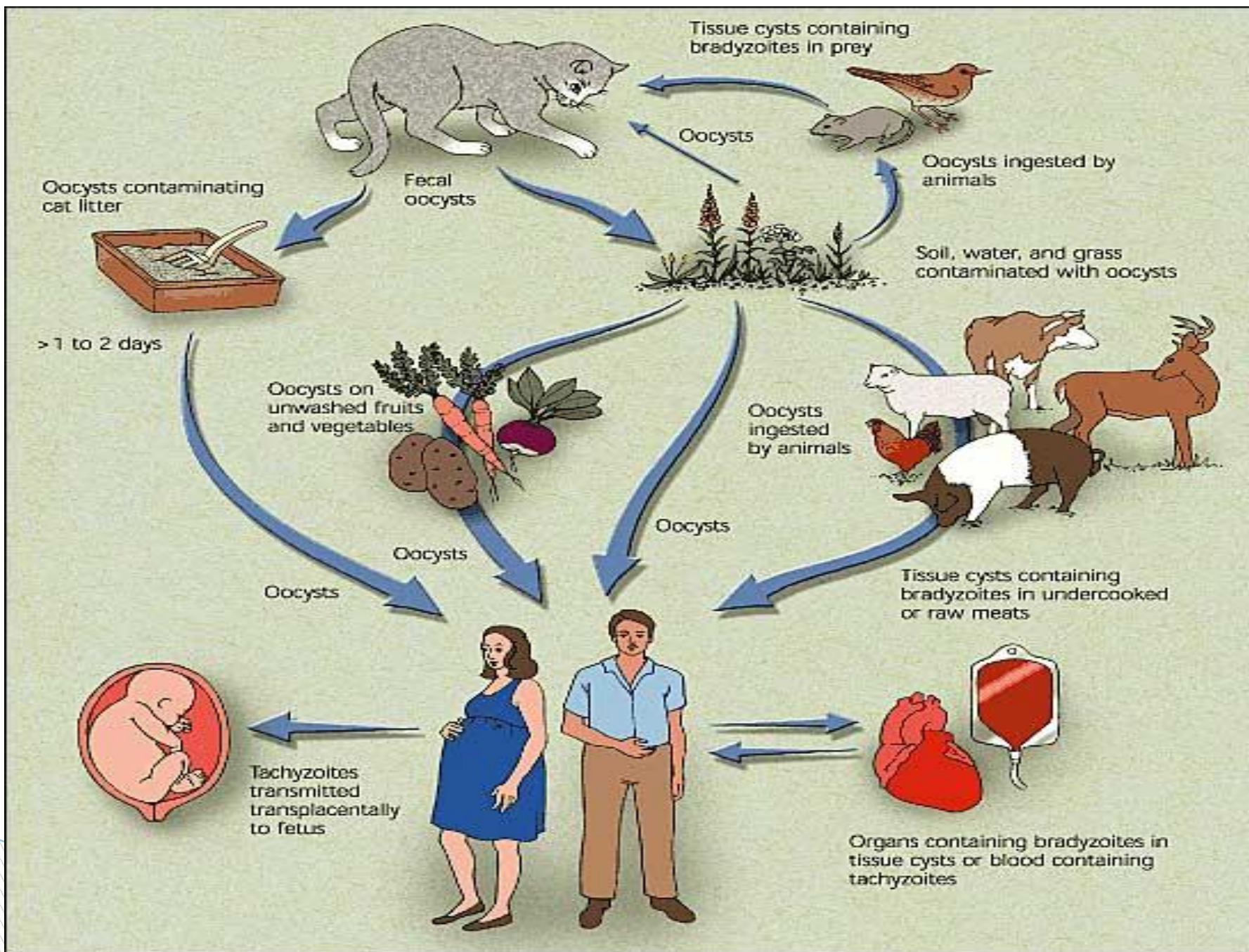
Источник инвазии

-различные виды (свыше 180) домашних и диких млекопитающих (кошки, собаки, кролики; хищники, травоядные, грызуны).



Цикл циркуляции токсоплазм





ПАТОГЕНЕЗ

- ▣ **Токсоплазмы оказывают цитопатогенное действие на клетку. В местах их внедрения образуются воспалительные гранулемы, в центре которых развивается некроз. В дальнейшем на месте некрозов образуются кальцификаты.**

Классификация:

- Врожденный
- Приобретенный:
 - острый
 - хронический

Острый приобретенный токсоплазмоз.

клиника:

Заболевание, как правило, начинается постепенно.

- ▣ **общей инфекционный синдром**
- ▣ **увеличение лимфоузлов**
- ▣ **энцефалит**
- ▣ **миокардит**
- ▣ **миозит**
- ▣ **хореоритинит**
- ▣ **появление розеолезно-папулезной сыпи**
- ▣ **увеличение размеров печени и селезенки**



Поражение центральной нервной системы:

- ▣ **резкая головная боль**
- ▣ **рвота**
- ▣ **менингеальные симптомы**
- ▣ **Острые формы токсоплазмоза протекают с умеренно выраженным лейкоцитозом. СОЭ, как правило, в пределах нормы.**



Хронический токсоплазмоз

- ▣ **Наиболее характерным признаком хронического токсоплазмоза является длительный субфебрилитет. генерализованное увеличение лимфатических узлов . Поражение ЦНС в виде церебрального и базального арахноидитов. Развивается гипертензионный синдром, эписиндром.**

□ При этом глазные поражения могут быть единственными симптомами или сочетаться с другими клиническими проявлениями токсоплазмозной хронической инфекции

- ▣ **При токсоплазмозном поражении глаз больные предъявляют жалобы на снижение остроты зрения, появление «плавающих мушек» перед глазами, «затуманивание» зрения. При вовлечении в воспалительный процесс переднего отрезка глаза наблюдается покраснение глаза, светобоязнь, боль.**

Снижение зрительных функций при токсоплазмозе может быть вызвано:

- центральным расположением очага;**
- изменениями стекловидного тела (экссудативная реакция в активную фазу или фиброз после купирования процесса);**
- отеком макулярной зоны при периферическом расположении очага;**
- воспалением зрительного нерва.**

ВРОЖДЕННЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ

Клиническая тетрада:

- ▣ гидроцефалия или микроцефалия
- ▣ судорожный синдром
- ▣ наличие кальцификатов в головном мозге,
- ▣ хориоретинит.



Врожденный токсоплазмоз-всегда генерализованная инфекция,как следствие заражения через кровь.Выраженность ее зависит от ряда факторов,таких как время заражения,доза инфекта,наличие защитных сил у матери и плода

- ▣ Врожденному токсоплазмозу свойственно преимущественное поражение ЦНС и глаз с острым , подострым и хроническим течением**

При инфицировании в период до 28-й недели беременности:

- ▣ Тяжелое поражение головного мозга с формированием ложной анэнцефалии, микроцефалии, гидроцефалии, гидроанэнцефалии, ложной порэнцефалии.
- ▣ Тяжелое поражение глаз с развитием микрофтальмии или анофтальмии вследствие продуктивно-некротического хориоретинита.

При инфицировании в период до 29-й недели беременности:

- ▣ **Продуктивно-некротический менингоэнцефалит, главным образом в коре и мозговых оболочках множественные очаги некроза с обызвествлением.**
- ▣ **эндофтальмит**



двусторонний хориоретинит



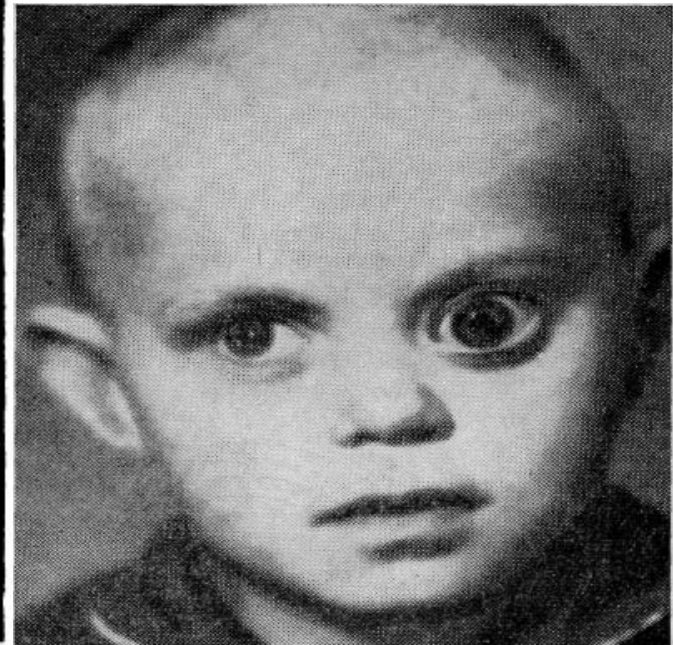
аноптальм



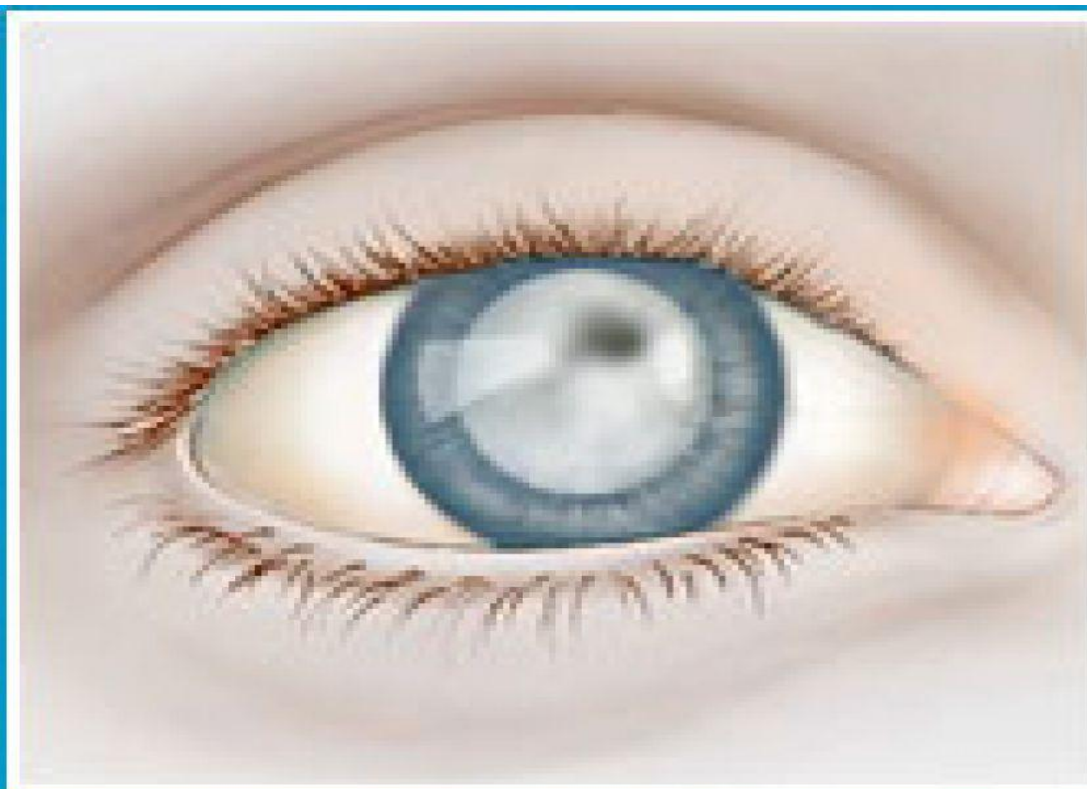
микрофтальм



- ▣ гидрофтальм
- ▣ косоглазие



▣ катаракта



- ▣ **Для врожденного токсоплазмоза наиболее характерны грубые хориоретинальные очаги, чаще располагающиеся в макулярной или парамаккулярной зоне. Обычно очаг неправильной формы с четкими границами и отложением пигмента по краю. Неизмененные сосуды сетчатки проходят над очагом. Величина атрофического очага может достигать нескольких диаметров диска.**

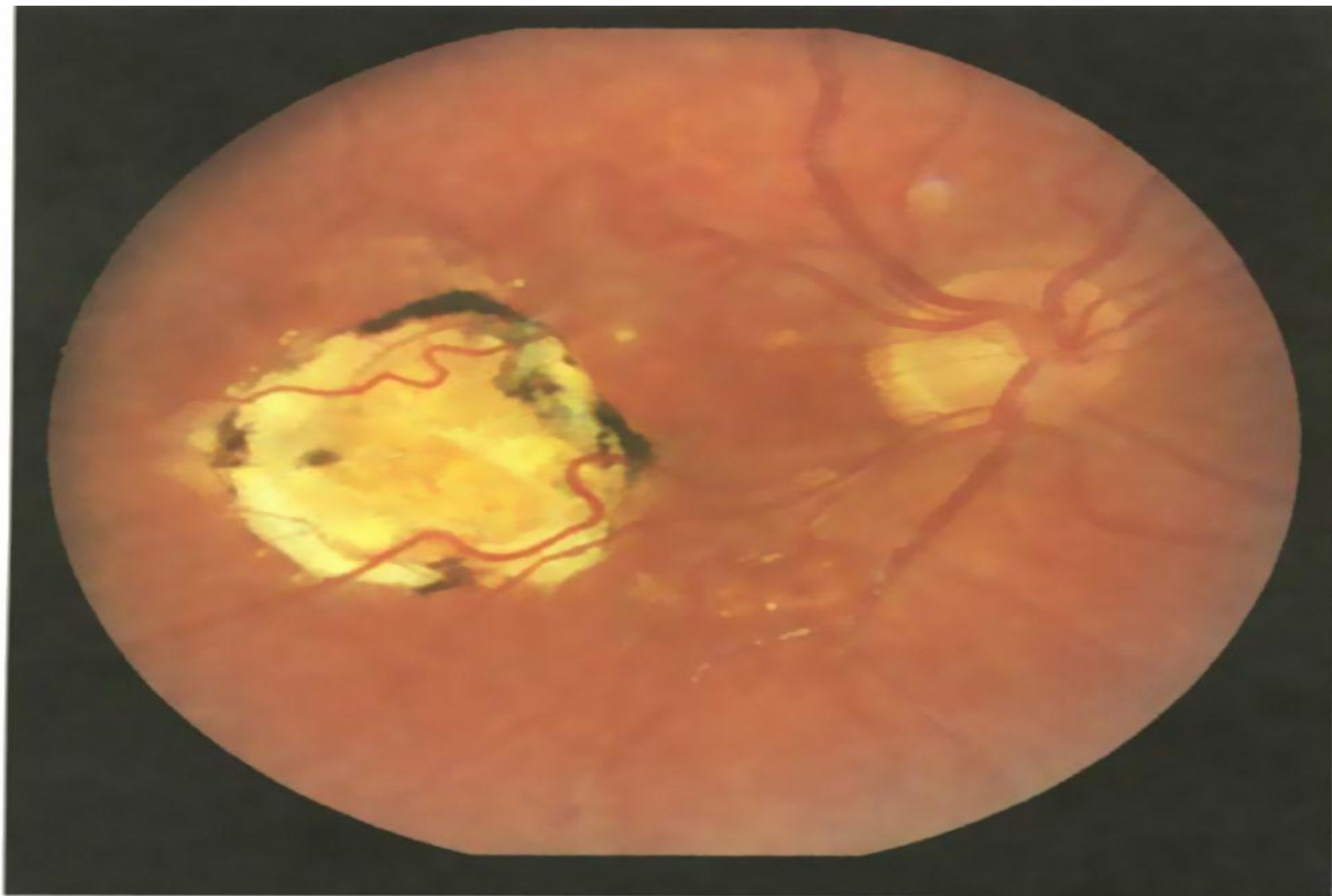
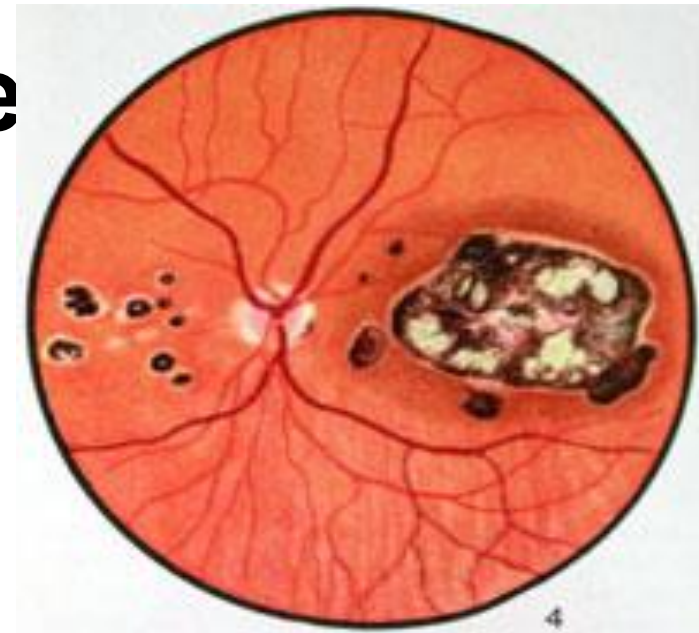
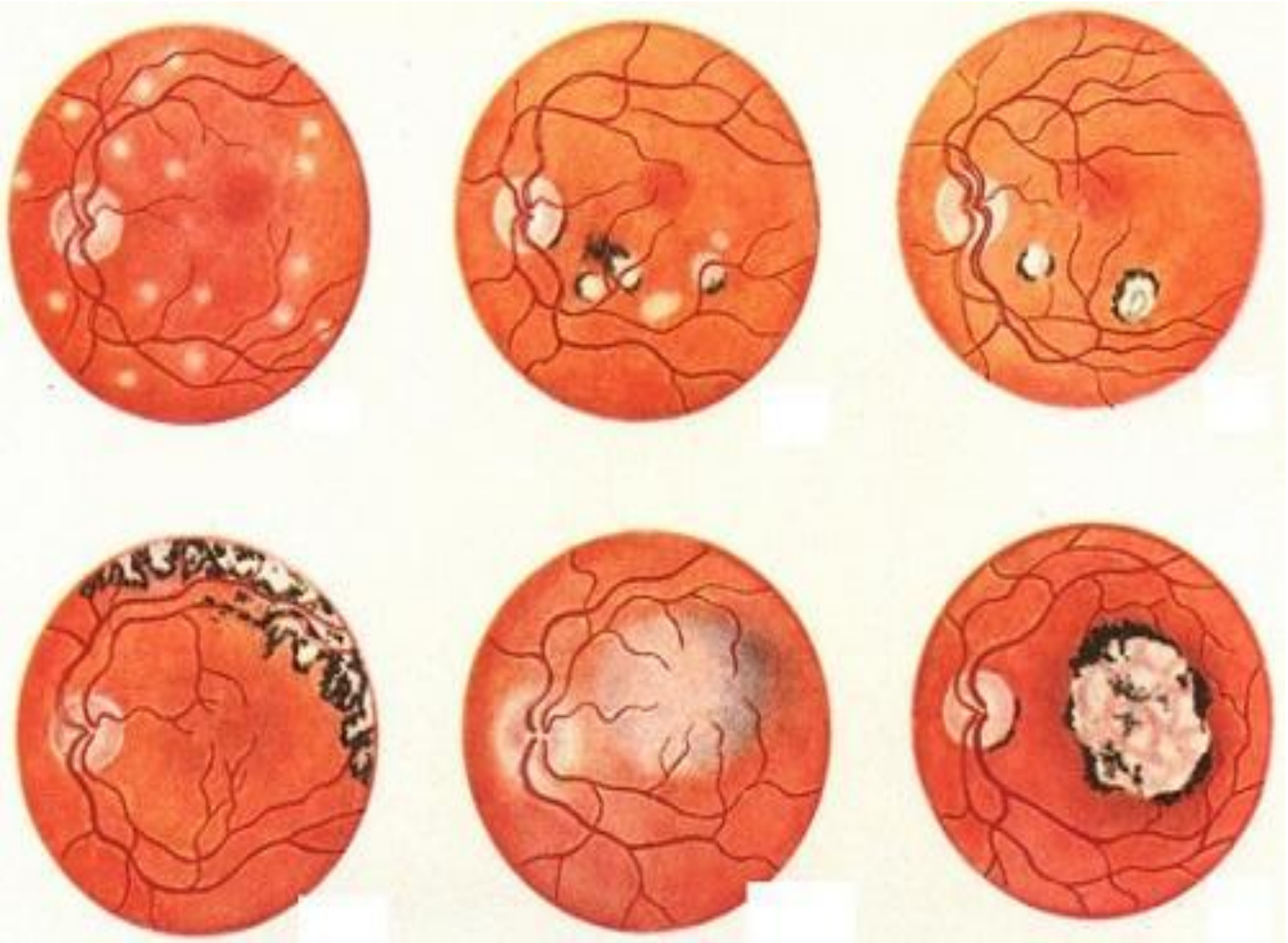


Рис. 7-8. Центральный хориоретинит токсоплазмозной этиологии. В центральной зоне глазного дна атрофический фокус округлой формы с чёткими границами размером 4 ДД с отложением пигмента.

- ▣ При центральной локализации очага отмечается потеря зрения.
- ▣ В некоторых случаях преобладают хориоретинальные рубцы по периферии сетчатки.

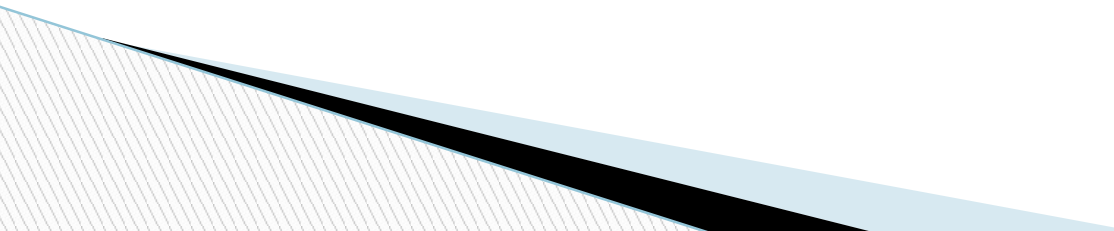


- ▣ **Рецидивы при врожденном токсоплазмозе возникают у 13—30% больных [Гонова Л. П., Шпак Н. И., Калибердина А. Ф., Тенлинская Л. Е.], протекают в виде хориоретинитов с появлением свежих фокусов рядом со старыми атрофическими очагами.**



- ▣ **Обратное развитие хориоретинальных поражений протекает очень медленно и заканчивается грубым рубцеванием через 6—12 мес. При рецидивах вблизи старых атрофических пигментированных очагов появляются свежие фокусы, характеризующиеся усилением помутнения стекловидного тела, отеком, экссудатом и геморрагиями на глазном дне.**

□ К поздним осрожнениям хориоретинального токсоплазмоза, приводящим к внезапной потере зрения, относят образование неоваскулярной мембраны в хориоидее с последующей макулярной отслойкой .




Диагностика

- ▣ РНИФ (реакция непрямо́й иммунофлуоресценции)
- ▣ РСК (реакция связывания комплемента)
- ▣ ИФА (иммуноферментный анализ)



Реакция непрямо́й иммунофлуоресценции

-чувствительна, начиная с первой недели заболевания. Она достигает максимума через 2-4 месяца от момента инфицирования и является показательной на протяжении многих лет (при хронической форме заболевания).



Реакция связывания комплемента

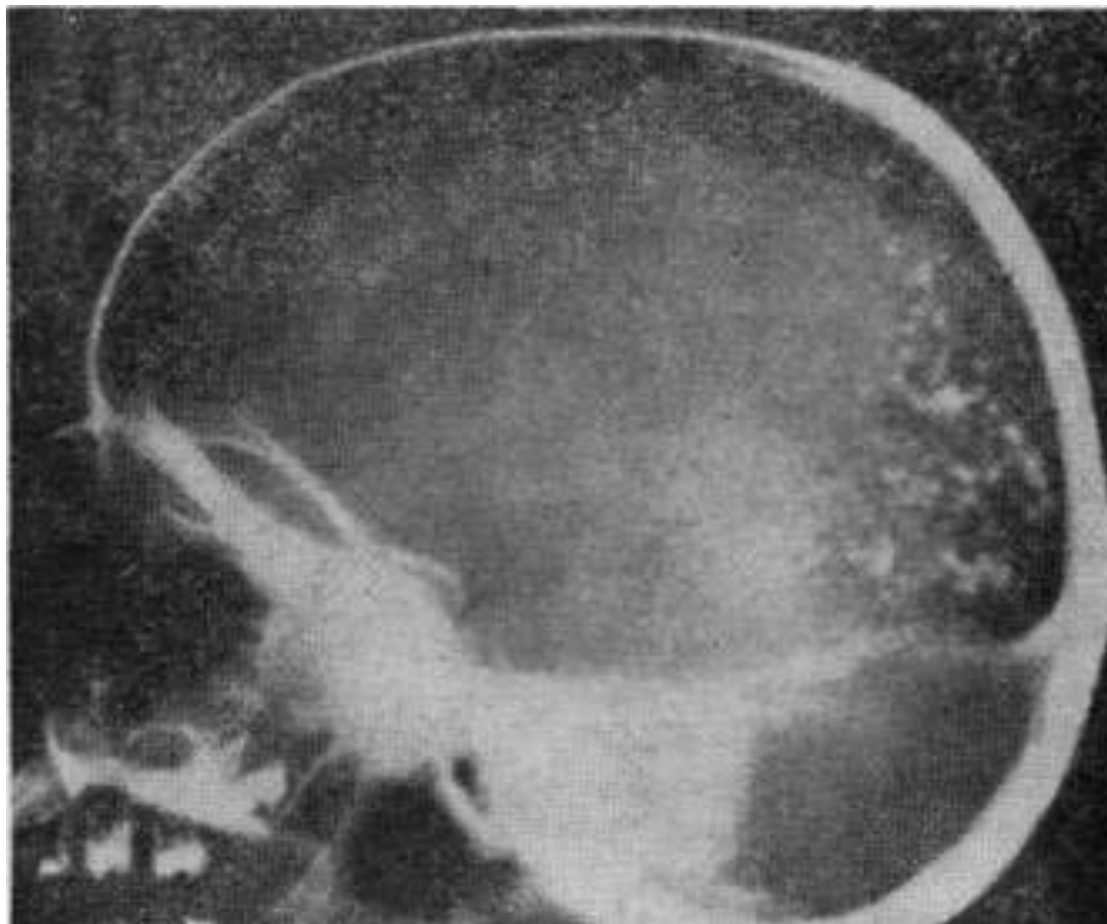
- показывает положительные результаты, начиная со второй недели, достигает максимальных проявлений ко 2-4 месяцу болезни. Далее показатели могут стать отрицательными либо слабо-положительными, что затрудняет диагностику хронических и латентных форм.

- ▣ Наибольшую ценность представляет анализ крови методом ИФА. С его помощью выявляются иммуноглобулины класса **IgM** и **IgG**.

Показатель	Расшифровка
IgM-, IgG-	Иммунитет отсутствует
IgM-, IgG+	Хроническое носительство токсоплазмы, выздоровление. Лечение не требуется
IgM+, IgG-	Острый токсоплазмоз. Необходимо лечение
IgM+, IgG+	Обострение токсоплазмоза. Необходимо лечение

Кожная аллергическая проба с ТОКСОПЛАЗМИНОМ

-является дополнительным методом диагностики заболевания. Обычно она становится позитивной, начиная с 4-6 недели инфицирования и способна сохраняться на протяжении всей жизни. Положительная реакция на токсоплазмин проявляется: общей реакцией организма, увеличением папулы в размерах, ее гиперемией и болезненностью, увеличением лимфоузлов ...



▣ Рентгенограмма черепа (боковая проекция). Множество интрацеребральных кальцификаций

Лечение токсоплазмоза глаз.

- ▣ В настоящее время лечение токсоплазмоза глаз представляет трудную задачу.
- ▣ во-первых, большинство антибиотиков не эффективны ;
- ▣ во-вторых, лекарственные средства воздействуют на возбудителей, находящихся только вне клеток, при внутриклеточной локализации токсоплазмы , особенно в форме цист, не чувствительны к проводимой терапии;
- ▣ в-третьих, после проведенного курса нельзя гарантировать полное освобождение организма от паразита.

▣ Наиболее распространенными этиотропными препаратами в офтальмологии являются антималярийные, содержащие пириметамин и сульфаниламиды. механизм их действия заключается в ингибировании синтеза нуклеиновых кислот, что препятствует размножению паразита. К таким препаратам относятся *дараприм, хлоридин*

Лечение

Пириметамин, дараприм, хлоридин

**1) сульфадиазин 50-100 мг/кг/сут + хлоридин
2 мг/кг/сут., 4-6 нед**

**2) Фансидар (пириметамин 25
мг + сульфадоксин 500 мг) 1-1,5 мг/кг 1 раз
в неделю, 6-8 мес.**

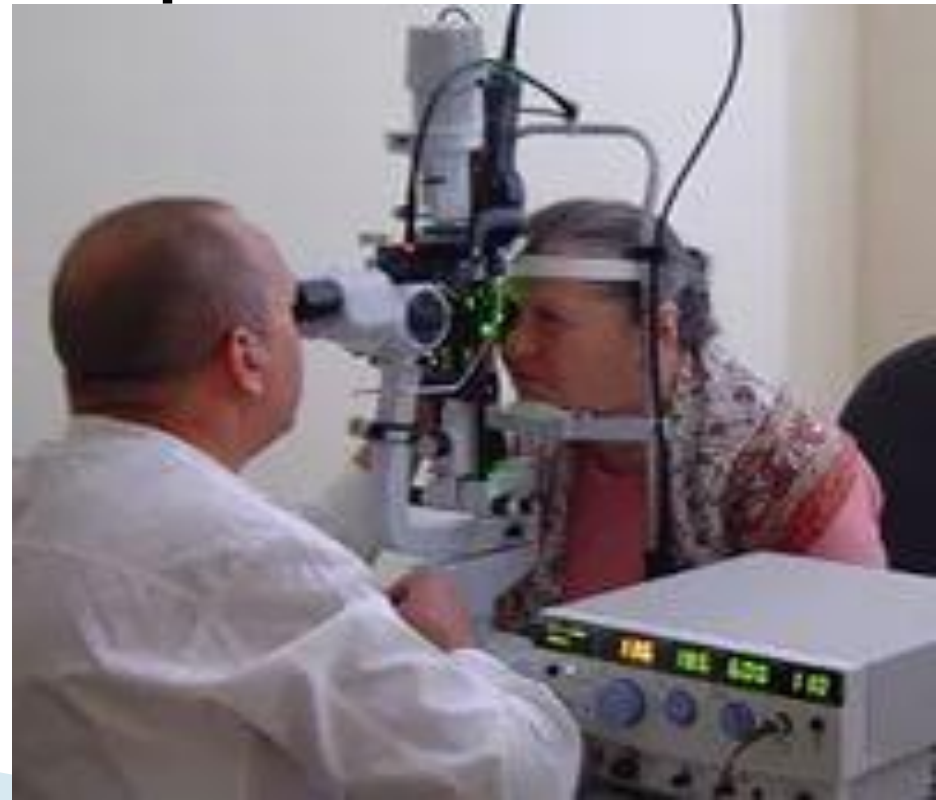
3) Фолиевая кислота 5 мг/сут.

4) спирамицин (ровамицин) 100 мг/кг/сут

**5) глюкокортикостероиды (преднизолон) 1,5-2
мг/кг/сут**

Одновременно применяют поливитамины

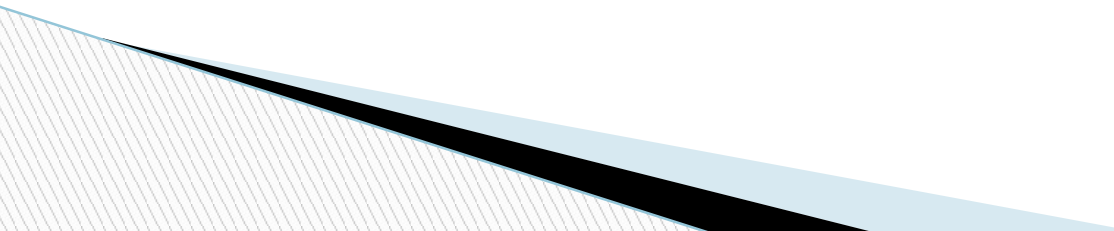
- ▣ В настоящее время для лечения воспалительных заболеваний сетчатки и сосудистой оболочки токсоплазмозной этиологии применяют также криотерапию, фото- и лазеркоагуляцию.



- ▣ При наличии у больных токсоплазмозом глаз осложненной катаракты, вторичной глаукомы, отслойки сетчатки назначают патогенетически ориентированное и симптоматическое лечение.



□ В 1967 г. Н. И. Шпак разработал методику токсоплазминотерапии хронического токсоплазмоза глаз.



▣ Токсоплазминотерапию проводят только при остаточных явлениях воспалительного процесса в глазу. Специфическая десенсибилизация заключается в назначении повторных введений больным под кожу токсоплазменного аллергена в возрастающих концентрациях и дозах. Разведение токсоплазмينا, необходимое для первого введения, определяется порогом чувствительности больного к специфическому аллергену, который устанавливается методом аллергометрии.

Профилактика

токсоплазмозной инфекции глаз тем успешнее, чем полнее осуществляются меры личной гигиены, медико-санитарные и ветеринарно-санитарные мероприятия.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

