

Сифилитический увеит



ЭТИОЛОГИЯ:

Спирохет *Treponema pallidum* (бледная трепонема)

Передается половым путем; при врожденной форме сифилиса заражение плода от больной матери происходит после 10-й недели беременности.



патогенез

Инкубационный

первичный

вторичный

третичный



Первичный период сифилиса.

- После инкубации — 3-4 недели, на веках, конъюнктиве, склере образуется твердый шанкр локализуется чаще на краю века и нередко переходит на конъюнктиву
- Единичные и множественные
- На одном и на обоих веках.
- локализуется почти всегда во внутреннем углу глазной щели, на полулунной складке и очень редко на конъюнктиве верхнего века и склере.
- Предушные и подчелюстные лимфоузлы увеличены, уплотнены, безболезненны.



гумма

Вторичный период

розеол, папул и пустул на веках и конъюнктиве, язвенным блефаритом и выпадением ресниц. Сифилитическое поражение переднего отдела сосудистого тракта глаза наиболее часто протекает под видом острого одностороннего, реже двустороннего, серофиброзного ирита, иридоциклита или переднего увеита.

Right eye
Hemorrhage





Врожденный сифилитический

УВЕИТ

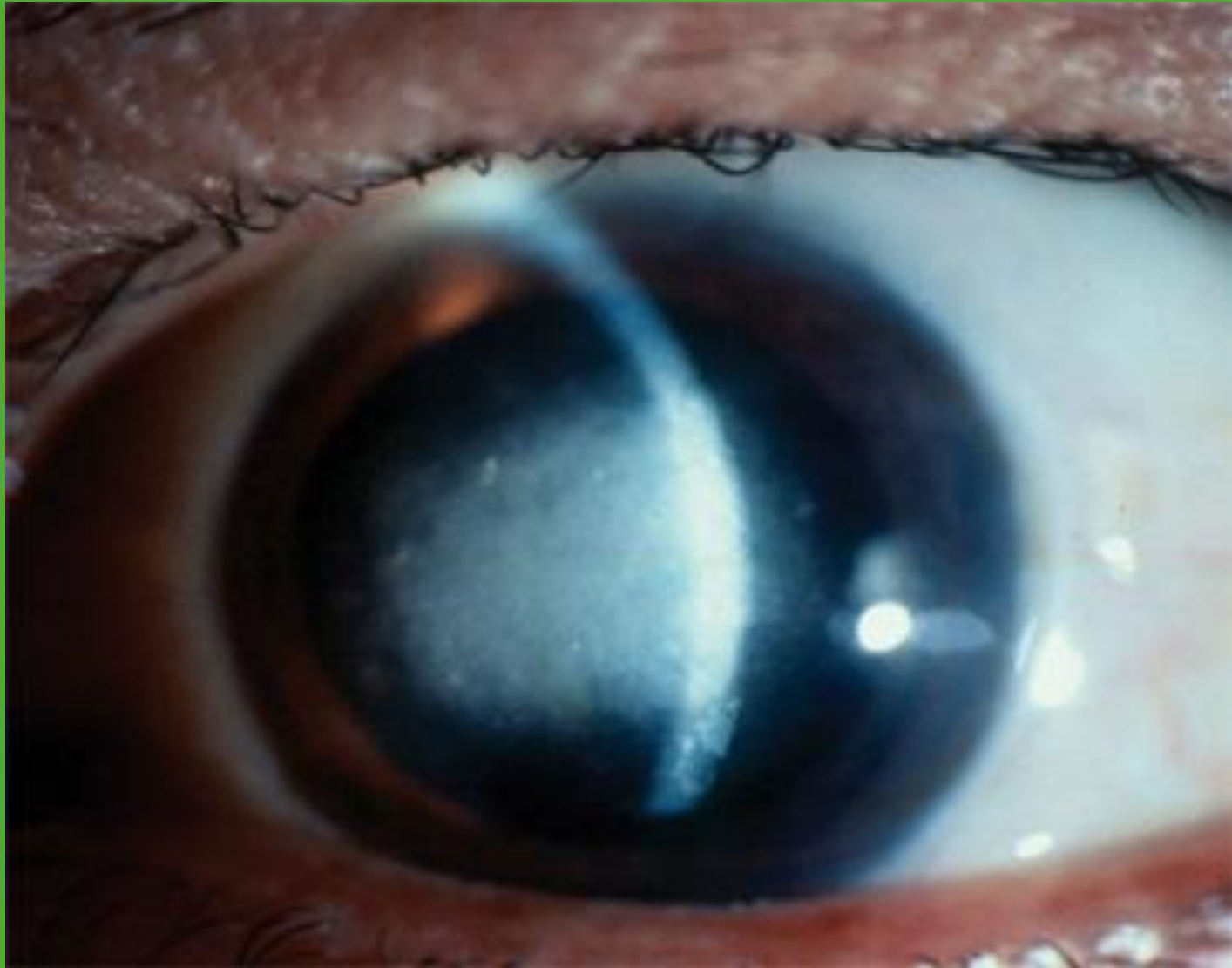
Изменения глаз при врожденном сифилисе могут присутствовать с первых дней жизни или развиваться спустя десятки лет. К таким изменениям относят: увеит, кератит, неврит ЗН, глаукому и врожденную катаракту. Для врожденного сифилиса более характерен такой вид увеита, как мультифокальный хориоретинит. Этот увеит, как правило, имеет двусторонний характер.

уВЕИТ



ByeByeDoctor.com

Сифилитический кератит



Приобретенный

Характерно развитие сифилитического иридоциклита.

Заболевание обычно развивается в период вторичного сифилиса и морфологически представляет собой острый серозно-фиброзный или гранулематозный иридоциклит.

При остром серозно-фибринозном иридоциклите:

- выраженная смешанная инъеция глаза;
- преципитаты на задней поверхности роговицы;
- гифема, гипопион или фибринозный экссудат во влаге передней камеры.
- Радужка имеет сглаженный, неравномерный рисунок розеолы
- Характерно быстрое образование задних синехий.

Возможно помутнение передних отделов стекловидного тела.

Для гранулематозного иридоциклита характерно появление узелков на радужке. Цвет узелков может отличаться: от красноватого до серовато-желтоватого в зависимости от степени васкуляризации и расположения

Сифилитический иридоциклит

развивается чаще в период вторичного сифилиса.

характеризуется резким отеком и неравномерным набуханием радужки в области сфинктера

образуются мощные задние синехии

в передней камере появляется фибринозный, кровянистый или гнойный экссудат

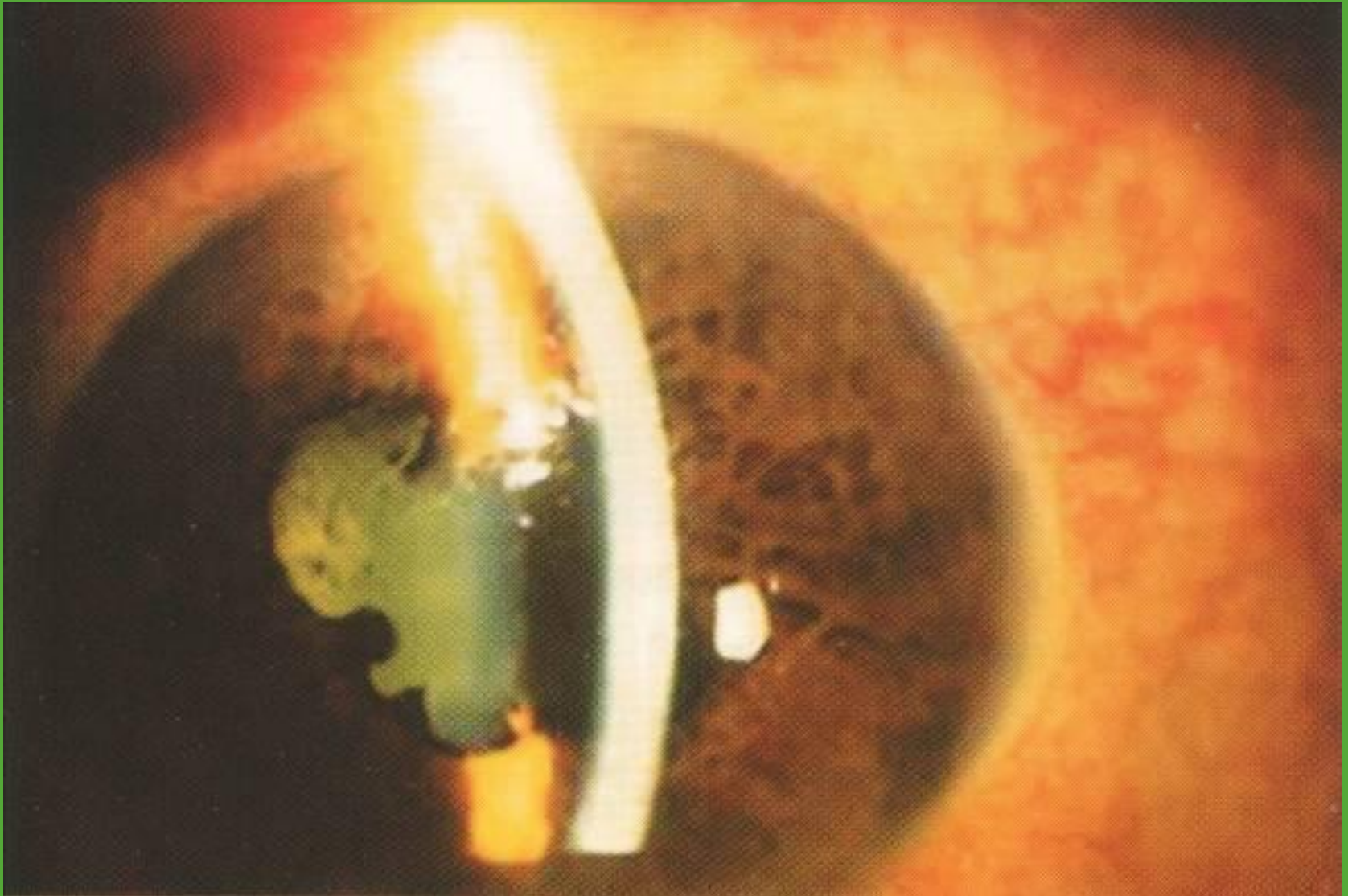
на задней поверхности роговицы - жирные преципитаты

инфильтрация глубоких слоев роговицы и диффузное помутнение стекловидного тела.

ГИПОПИОН



СИНЕХИИ



папулезный иридоциклит

зрачка появляются группы узелков величиной с булавочную головку, имеющих красноватый, желтоватый и серовато-желтый цвет в зависимости от васкуляризации и глубины расположения.

После их рассасывания остаются широкие задние синехии, атрофия, обесцвечивание переднего слоя радужки и просвечивание пигмента.

Гумма радужной оболочки и цилиарного тела встречается редко. Обычно она локализуется в верхненаружном отделе радужки. Гумма выходит из угла передней камеры в виде широкого основания, вершина ее распространяется к зрачку. Вследствие блокады фильтрующей зоны может развиваться вторичная глаукома.

Сифилитический хориоидит (хориоретинит)

При врожденном сифилисе уже в раннем детстве на глазном дне видны обесцвеченные участки хориоидеи, чередующиеся с пигментированными (глазное дно как бы посыпано солью и перцем).

- Диск зрительного нерва бледный, сосуды сетчатки узкие.
- Отмечается понижение остроты зрения и сужение поля зрения.

При приобретенном сифилисе II и III стадии

наиболее часто возникает диффузный хориоретинит. Глазное дно завуалировано вследствие помутнения задних слоев стекловидного тела.

Диск зрительного нерва гиперемирован, границы его нечеткие, имеется отек сетчатки. В области желтого пятна и вокруг диска зрительного нерва видны серовато-желтоватые и розоватые очаги. При неблагоприятном течении развивается атрофия сосудистой оболочки и зрительного нерва.





Диссеминированный сифилитический хориоидит (хориоретинит)

- сочетается с папулезным иридоциклитом и сопровождается помутнением стекловидного тела. Изменения глазного дна выявляются после стихания воспаления, они похожи на изменения при диссеминированных хориоретинитах. другой этиологии. На периферии глазного дна видны атрофические очаги, вокруг которых имеются глыбки пигмента. Иногда при приобретенном сифилисе может развиваться гумма хориоидеи. Она возникает в центральной части глазного дна и имеет вид большого очага в форме диска. Очаг в несколько раз больше диаметра диска зрительного нерва, имеет желтовато-зеленоватый цвет и проминирует в стекловидное тело. Вокруг очага отмечаются кровоизлияния. Неврит зрительного нерва наблюдается в раннем периоде вторичного сифилиса и при нейросифилисе.



Признак	сифилитический	туберкулезный
Возбудитель	Treponema pallidum	Micobacterium tuberculosis
Общее состояние	Часто развивается в период вторичного сифилиса	
Инъекция сосудов конъюнктивы	Резкая смешанная инъекция	Перикорнеальная инъекция
Основные клинические признаки	<p><u>Диффузная форма</u> - жирные преципитаты на задней поверхности роговицы.</p> <p><u>Папулезная форма</u> - на инфильтрированной радужке по краю зрачка располагается группа узелков 0,5 - 1мм. в диаметре (Имеют желтовато - красный цвет)</p>	<p>Множественные крупные "сальные" преципитаты на задней поверхности роговицы. Появление желтовато - серых/розовых бугорков (гранулем) по зрачковому краю, окруженных новообразованными сосудами.</p>

Лечение

**Бензилпенициллин в/м по 500 тыс. ЕД 4—6 р/сут, 10 сут
+ (после окончания курса) Бензатина бензилпенициллин
в/м 600 тыс. ЕД/сут, 3—6 нед
+ Дексаметазон парабульбарно 2—3 мг/сут, 5—10 сут
+ (после завершения курса) Бетаметазон парабульбарно 1,0
мл 1 р/нед, 3—6 нед или
Метилпреднизолон депо парабульбарно 40 мг 1 р/нед 3—6
нед.**

При тяжелом течении ГКС применяют системно.