

Туберкулез глаз



докладчик:

студентка 607 группы

Джайлибаева А.Ж

- ▣ Туберкулёз глаз – это заболевание органа зрения специфической этиологии, которое характеризуется частыми рецидивами и длительной персистенцией возбудителя в организме пациента. Немецкий патолог Ю. Конгейм в 1879 году экспериментальным путем доказал возможность развития туберкулезного процесса в глазах. Ученый производил трансплантацию небольших биоптатов из других органов (легкие, почки) больных данной патологией в переднюю камеру глаза. При этом прогрессирование туберкулеза глаз приводило к образованию специфических бугорков в структурах глазного яблока.

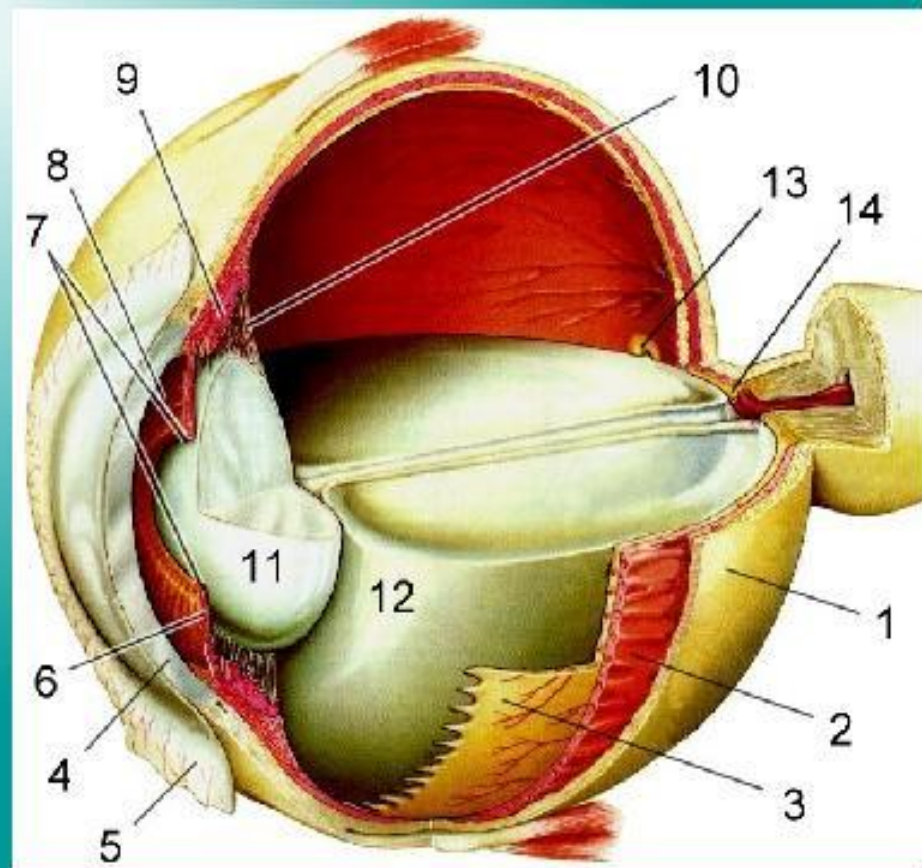


Пути развития туберкулеза глаз.

- ▣ 1 Гематогенно – лимфогенный
- ▣ 2 Экзогенный (первичный туберкулез глаз)
- ▣ 3 Контактный

Сосудистая оболочка глаза

Средняя оболочка
глазного яблока. Играет
важную роль в обменных
процессах, обеспечивая
питание глаза и
выведение продуктов
обмена. Она богата
кровеносными сосудами и
пигментом глазного
яблока(на рис. 2)



- В разнообразной клинической картине офтальмологических проявлений туберкулеза можно выделить два основных патогенетических аспекта возникновения инфекции. Это метастатический туберкулез, развивающийся по тому же принципу, что и прочие клинические формы туберкулезной инфекции, при диссеминации возбудителя по органам и системам заболевшего (происходит занос микобактерий туберкулеза в сосудистый тракт глаза.) Туберкулезно-аллергический глазной процесс всегда возникает на фоне довольно активной инфекции в легочной или лимфатической ткани, откуда собственно и поступает сенсibilизирующий ткани органа зрения аллерген в виде туберкулина.

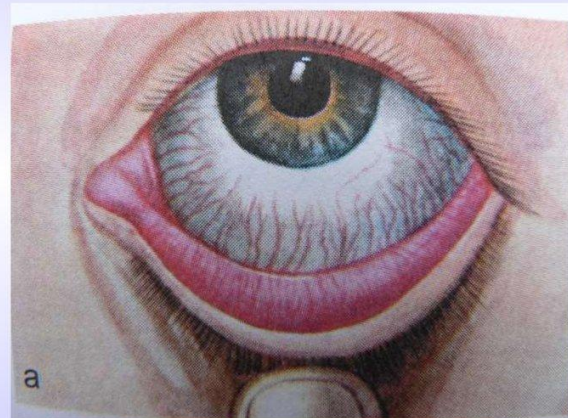
СИМПТОМЫ

- Слезотечение; воспаление слизистой оболочки; зуд и жжение; светобоязнь
- Покраснение глаз. Развивается в результате поражения сосудистой сетки конъюнктивы.
- Повышение давления внутри глаз. Может развиваться из-за нарушения циркуляции жидкости или поражения сосудистой сети глазного яблока.
- Боль в глазах.
- Ухудшение зрения.

Первичная инфекция КОНЪЮНКТИВЫ.

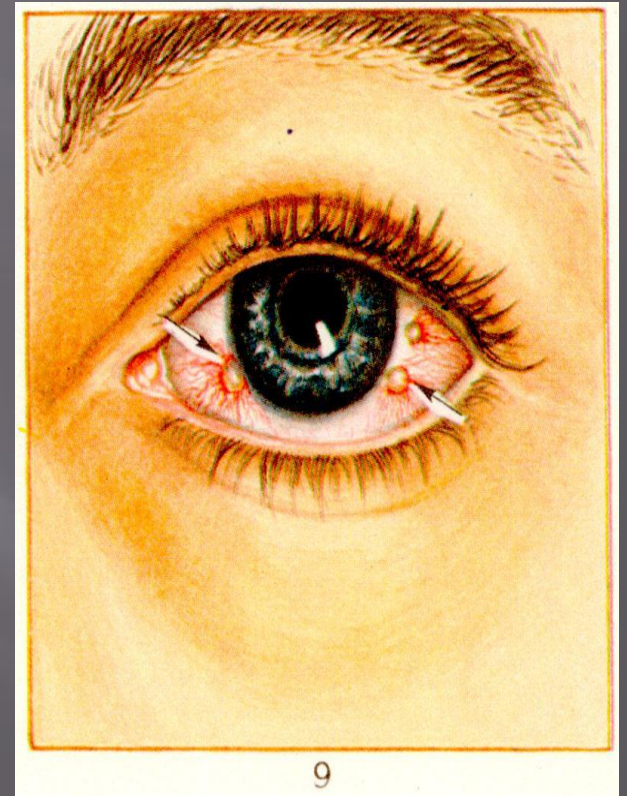
За размножением МБТ следует казеация очага. Возникают слезотечение, раздражение глаза, припухлость век. По мере развития процесса в глазу организуется дренаж лимфы к небольшому лимфатическому узелку, расположенному перед ухом. Этот лимфатический узел вовлекается в туберкулезный процесс, увеличивается и может размягчаться. Если процесс продолжается, узел будет увеличиваться вплоть до прорыва.

Туберкулез глаз.



Фликтенулезный конъюнктивит

проявляется на любом этапе развития туберкулезной инфекции одиночными или групповыми, небольшими, серого или желтого цвета точками вдоль лимба роговицы (граница перехода склеры в роговицу). От указанных специфических образований ответвляется большое количество кровеносных сосудов, оканчивающихся у края конъюнктивального мешочка. Каждая точка сохраняется в течение недели и затем медленно исчезает. Может заменяться другим таким же образованием.

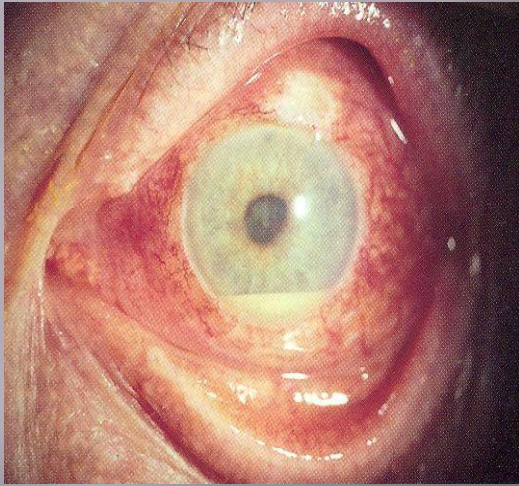


Хориоидальный (сетчатки) туберкулез



выявляется с помощью осмотра сетчатки через офтальмоскоп с предварительным расширением зрачка 0,25% атропиновой мазью. Если туберкулы присутствуют и являются свежими, они представлены желтоватыми, округленными, слегка выпуклыми пятнами размером 1-3 мм в диаметре. Граница образований плавно исчезает в розоватом фоне сетчатки. Наиболее часто их можно обнаружить в пределах двух диаметров диска от центра оптического диска.

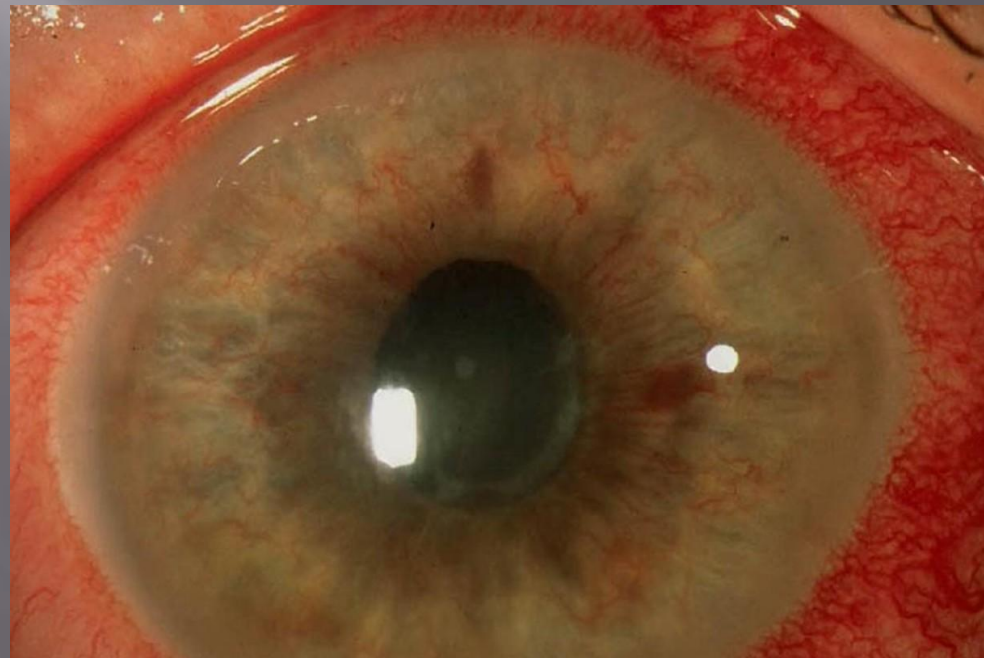
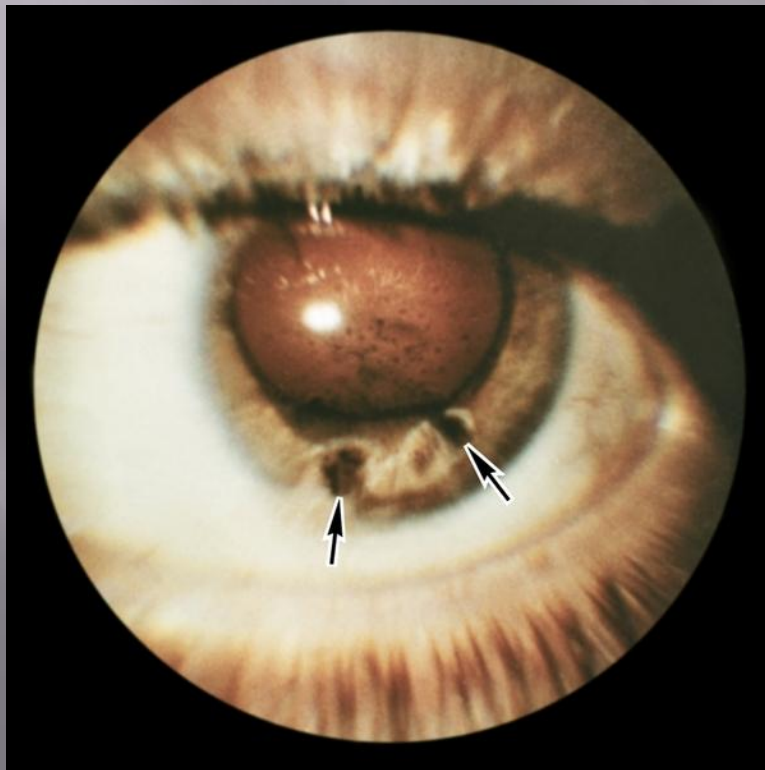
Острый туберкулезный панофтальмит



Представляет собой специфический абсцесс всех структур глаза. Больной постепенно теряет зрение. Удаление глаза может быть способом лечения.

Туберкулезный увеит.

Туберкулезные поражения могут локализоваться в задних отделах роговой оболочки и радужки.



Диагностика

- определение остроты и полей зрения;
- измерение внутриглазного давления;
- осмотр глазного дна;
- УЗИ глаза;
- ангиография сетчатки;
- проба с туберкулином; До реакции Манту и далее через 24, 48 и 72 ч после ее постановки оценивают функции глаза, измеряют внутриглазное давление (проба Мексиной), производят офтальмоскопию и биомикроскопию. Четыре раза в день измеряют температуру тела больного. Обязательно производят клинический анализ крови, определение белковых фракций крови, а там, где налажена иммунодиагностика, - иммунологические реакции.
- Через 2 ч после постановки реакции Манту определяют слепое пятно (проба Самойлова) и скотому в поле зрения. Определяют количество эозинофилов крови (проба Михайлова).

Лечение

- В конъюнктивальный мешок закапывают стрептомицин (50 000 ЕД в 0,5 мл изотонического раствора натрия хлорида), 5% раствор салюзиды, 3% раствор изониазида, 10% раствор ПАСК, закладывают 5- 10% мазь ПАСК. Подконъюнктивально, пара- и ретробульбарно вводят стрептомицин по 50 000 ЕД в 0,5 мл изотонического раствора натрия хлорида, 0,5-1 мл 5% раствора салюзиды (на курс — 20-25 инъекций), 0,3-0,5 мл 10% раствора изониазида (10-12 инъекций).
- Путем электрофореза вводят 150 000 ЕД стрептомицина с анода, 3% раствор изоназида с анода, 5% раствор ПАСК с катода, 5% раствор салюзиды с анода и т. д. Для получения максимального терапевтического эффекта часто объединяют специфические противовоспалительные и мидриатические средства в лекарственные комплексы. Так, при ванночковом электрофорезе в глаз одновременно вводят стрептомицин и хлорид кальция, стрептомицин с кальцием и мидриатиками и т. д., на курс 30-40 ванночек. Кроме того, проводят местное симптоматическое лечение мидриатиками, миотиками, витаминами, кортикостероидами, которые применяют в виде капель или растворов, вводимых под конъюнктиву, пара- и ретробульбарно в зависимости от локализации и тяжести процесса в глазу.

Спасибо за
внимание

