

# 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.

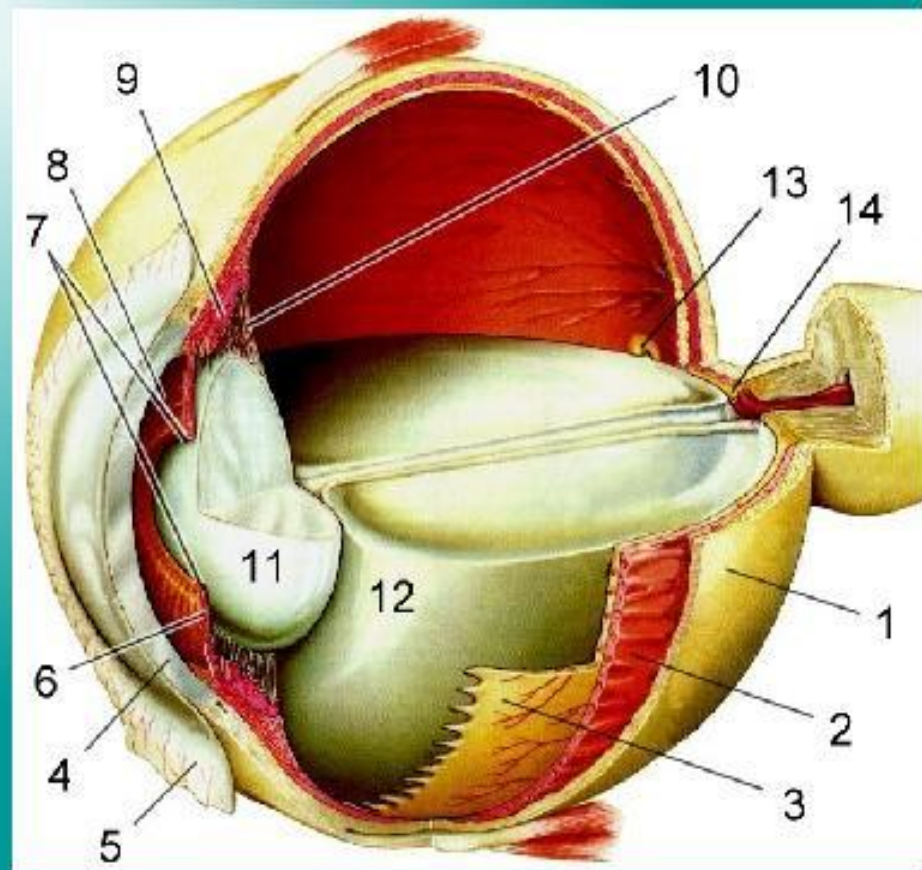


## Пути развития туберкулеза глаз.

- ▣ 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 сенсibiliзирующий ткани органа зрения аллерген в виде туберкулина.

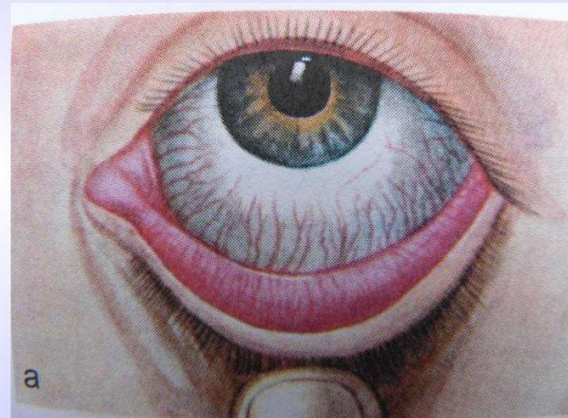
# СИМПТОМЫ

- 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.

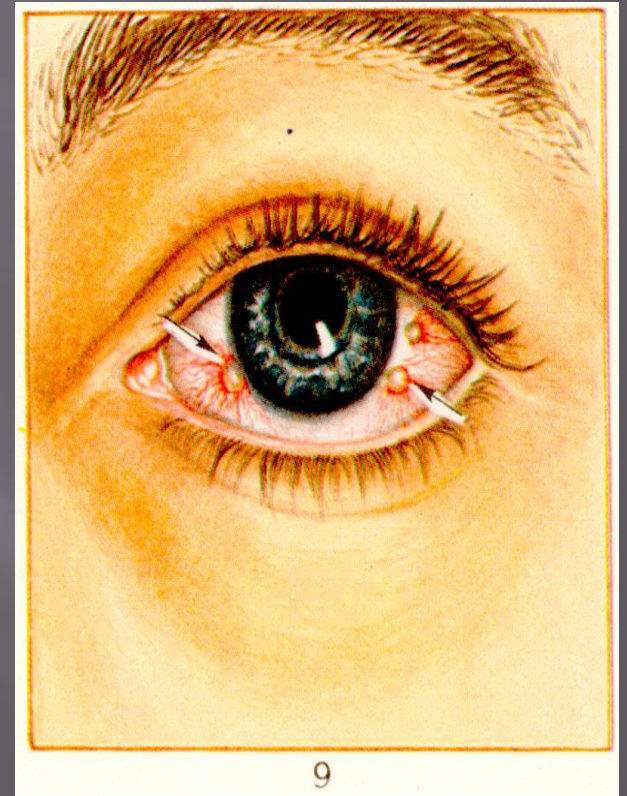
За размножением МБТ следует казеация очага. Возникают слезотечение, раздражение глаза, припухлость век. По мере развития процесса в глазу организуется дренаж лимфы к небольшому лимфатическому узелку, расположенному перед ухом. Этот лимфатический узел вовлекается в туберкулезный процесс, увеличивается 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.



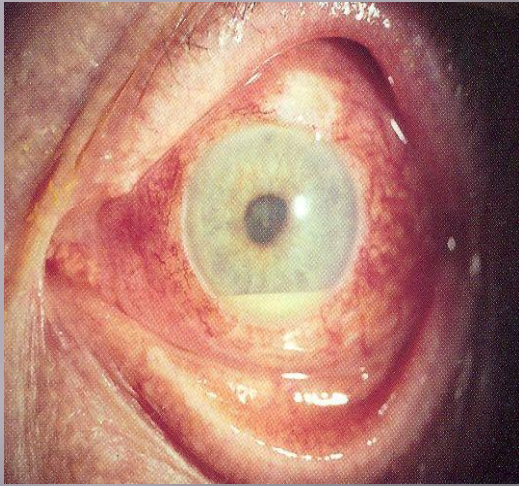


# Хориоидальный (сетчатки) туберкулез



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.

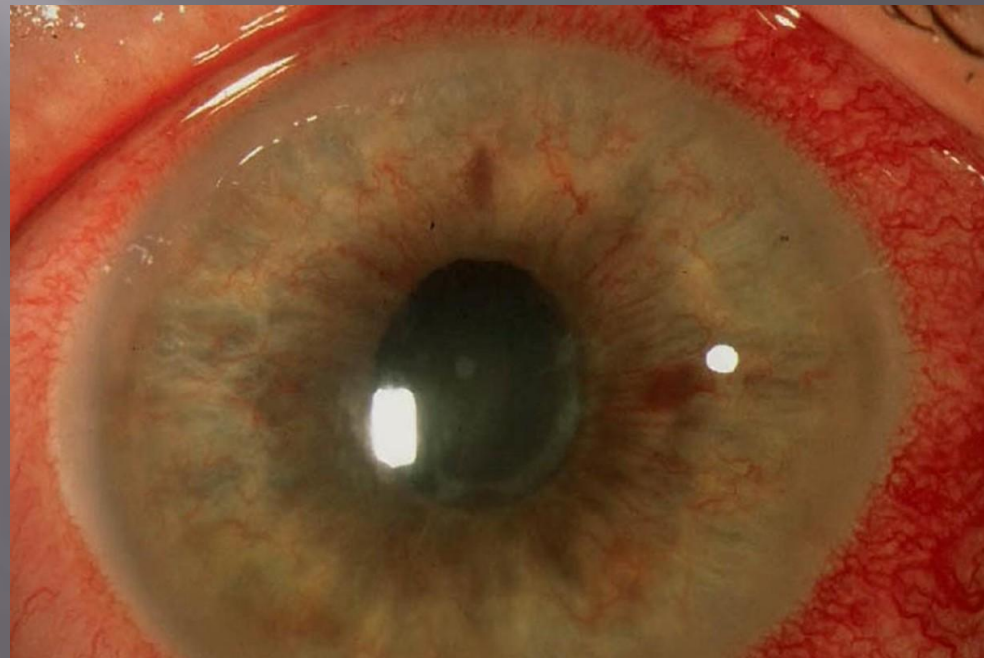
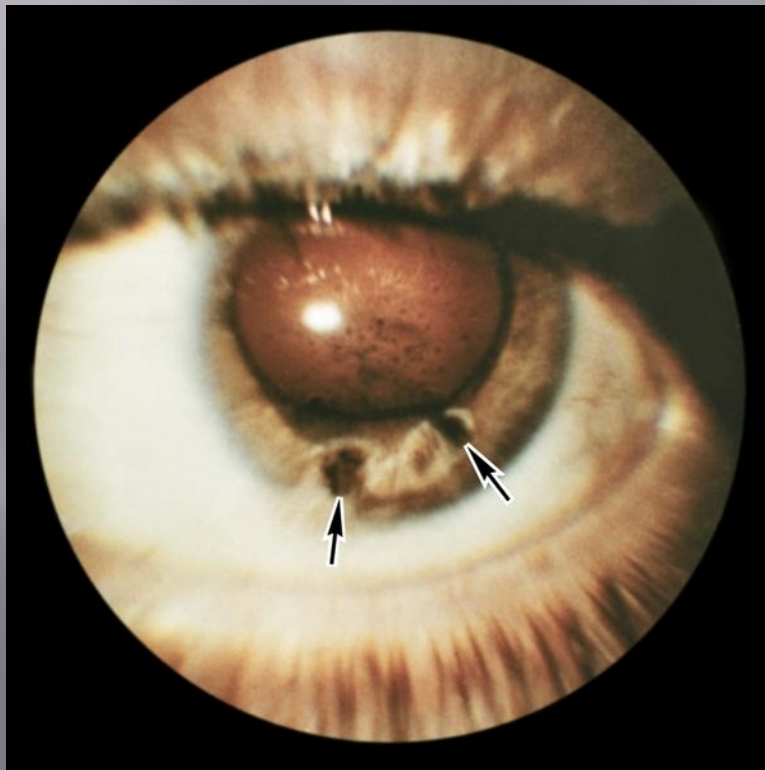
# Острый туберкулезный панофтальмит



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

