
Особенности состояния глазного дна у пациентов с туберкулезом, инфицированных ВИЧ

Зборовская А. В., Коновалова Н. В., Дорохова А. Э.

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П.Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)

Актуальность. Проблема туберкулеза является актуальной во всем мире. Туберкулез – повсеместно распространенная инфекция, которой поражено от 19 до 43 % населения земного шара, в настоящее время остается распространенным заболеванием как в Украине, так и во всем мире. Большую озабоченность вызывает увеличение заболеваемости туберкулезом различной локализации у ВИЧ-инфицированных пациентов. Как правило, впервые выявленные больные туберкулезом легких до получения результатов бактериологического и/или гистологического исследования получают традиционную противотуберкулезную терапию, сочетающую изониазид, этамбутол, рифампицин. Следует отметить, что в комплексе препаратов профилактической химиотерапии, в том числе у детей, подростков и ВИЧ-инфицированных также используется этамбутол. Практически у всех пациентов с различными локализациями туберкулеза, инфицированных ВИЧ, возникают изменения на глазном дне.

Цель. Изучить клинические особенности состояния глазного дна у пациентов туберкулезом, инфицированных ВИЧ.

Материал и методы. Под динамическим офтальмологическим наблюдением находились 16 больных туберкулезом, инфицированных ВИЧ.

Характерными особенностями туберкулезных увеитов являются: хроническое торпидное или волнообразное течение. В радужке часто выявляются гранулемы, в последующем на их месте развивается частичная атрофия стромы радужки. Клинически часто диагностируются диффузные ириты и иридоциклиты. На фоне умеренной перикорнеальной инъекции быстро формируются стромальные задние синехии. Крупные салыные преципитаты расположены преимущественно в нижней половине роговицы на площади треугольной формы, обращенной вершиной к центру (треугольник Эрлиха), узелки Бусака более крупные, диаметром до 2 мм, единичные, локализуются в средней части радужки, со временем васкуляризируются. При туберкулезном поражении сосудов определяется картина перифлебита и периартериита. Возникает облитерация сосудов с развитием ишемии тканей, воспалительная реакция с формированием гранулем. Особую роль играет диффузное воспаление, при котором поражаются обширные площади сетчатки, сосудистой оболочки с вовлечением диска зрительного нерва, стекловидного тела. У больных туберкулезом, инфицированных ВИЧ, развивается острый некроз сетчатки, который характеризуется появлением на периферии сетчатки белых очагов, увеличивающихся в размерах и сливающихся между собой. Имеются четкие границы между пораженной и непораженной сетчаткой. По мере течения воспалительного процесса наступает сужение артерий, появление инфильтрации и экссудации вдоль сосудов, наблюдаются «муфты» и окклюзии артерий сетчатки, кровоизлияния. После резорбции экссудата выявляются ретинальные атрофические очаги, некроз сетчатки с образованием гигантских разрывов и последующей отслойкой сетчатки, которая возникает достаточно часто, > 50 % случаев и развивается в сроки от 1 до 3 месяцев от начала заболевания. Наличие окклюзивного васкулита сетчатки может приводить к возникновению зон ишемии и развитию неоваскуляризации сетчатки и диска зрительного нерва.

Вывод. Таким образом, у больных туберкулезом, инфицированных ВИЧ, развивается острый некроз сетчатки, характеризующийся появлением на периферии сетчатки очагов, которые увеличиваются в размерах и сливаются между собой. Между пораженной и непораженной сетчаткой имеются четкие границы. По мере течения воспалительного процесса наступает сужение артерий, появляются инфильтрация и экссудация вдоль сосудов, «муфты» и окклюзии артерий сетчатки, кровоизлияния.

Features of the fundus of the eye in AIDS virus-infected tuberculosis patients.

Zborovskaya A. V., Konovalova N. V., Dorochova A. E.

The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine (Odesa, Ukraine)

All patients with AIDS virus-infected tuberculosis, regardless of the localization process, develop changes in the fundus, develop acute necrosis of the retina, which is characterized by the appearance of white foci on the periphery of the retina, which increases in size and merges with each other. There are clear boundaries between the affected and non-affected retina

Спектральная оптическая когерентная томография в диагностике воспалительных заболеваний сетчатки

Иваницкая Е. В., Лебедь Е. П.

Одесский национальный медицинский университет (Одесса, Украина)

Актуальность. Спектральная оптическая когерентная томография (СОКТ) – неинвазивный высокотехнологический метод обследования, позволяющий получить с высоким разрешением изображения тканей заднего полюса глаза, что в сочетании с традиционными методами исследования, обеспечивает адекватную диагностику патологии макулярной области. СОКТ дает реальную возможность в системе реального времени оценить характер и патогенетические особенности воспалительных процессов в сетчатке, проследить динамику процесса при повторных исследованиях.

Цель – оценить информативность СОКТ сетчатки в диагностике воспалительных заболеваний сетчатки.

Материал и методы. Для проведения исследований использовался оптический томограф Spectralis (Heidelberg Engineering). При обследовании центральной зоны был применен протокол «Fast Macular Thickness Map», линейные сканы. Оценка результатов проводилась как по структуре изображения сетчатки на томограмме, так и с использованием протокола анализа «Macular Thickness Map». Проанализированы результаты обследования 18 пациентов с воспалительными процессами сетчатки.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что среди воспалительных заболеваний сетчатки чаще встречаются хориоретиниты. При этом острый очаговый процесс (7 глаз) сопровождается утолщением преимущественно наружных слоев сетчатки в области воспаления с усилением рефлективности и нарушением структуры, присущей здоровой сетчатке, на фоне утолщения прилежащей хориоидеи. Обострение (рецидивирующее течение хориоретинита) отмечено у 8 пациентов (8 глаз). При этом на фоне имеющихся ретинальных изменений со значительным нарушением архитектоники не только нейросенсорной сетчатки, но и ее мозгового слоя, отмечается утолщение (диффузный отек) внутренних слоев сетчатки, формирование эпиретинальной мембраны, в большинстве случаев – перифокальная отслойка нейроэпителия, появление локусов повышенной оптической плотности с нечеткими контурами на фоне высокорефлективных участков с уже развившимися фибропластическими изменениями. При этом утолщение хориоидеи неманифестно и может даже отсутствовать (в случае обострения хронического процесса).

У 3 пациентов (3 глаза) наблюдался очаговый ретинит. При этом на СОК-томограммах наружные слои сетчатки и хориоидея были интактны. Имело место очаговое или мультифокальное утолщение внутренних слоев сетчатки с различной степенью проминенции в стекловидное тело.

При динамическом наблюдении за пациентами отмечено, что исход при хориоретинитах – атрофические или фиброзные хориоретинальные очаги с грубым нарушением структуры ретинальной ткани. Очаговый ретинит имел более благоприятные последствия, не оставляя грубых изменений архитектоники сетчатки.