



СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНАХ ЗРЕНИЯ

Азимова Шахноза Абдуллаевна

студентка

Ташкентский государственный медицинский университет.

Каратаева Лола Абдуллаевна

научный руководитель:

доцент кафедры патологической анатомии.

Ташкентский государственный медицинский университет.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17294264>

ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 01-oktabr 2025 yil

Ma'qullandi: 05-oktabr 2025 yil

Nashr qilindi: 08-oktabr 2025 yil

KEY WORDS

*шанкр, боли, гиперемия, глаз,
нерв*

ABSTRACT

*В нашей работе отмечены аспекты
специфического процесса в глазах на основе
литературного обзора.*

Сифилис остается одной из распространенных и социально-значимых во всем мире инфекций, передающихся половым путем.

Сифилис глаза и его придатков – это поражение органа зрения, обусловленное инфицированием бледной трепонемой. Клиническая картина определяется локализацией патологических очагов. При поражении переднего отдела глаз выявляются твердые шанкры, гуммы, что приводит к повышенному слезотечению, боли, гиперемии, фотофобии. В симптоматике сифилиса увеального тракта и зрительного нерва доминирует зрительная дисфункция. Для постановки диагноза проводят офтальмологическое обследование и серодиагностику. Специфическая терапия сводится к назначению препаратов пенициллинового ряда. Дополнительно проводится симптоматическое лечение.

Для диагностики применяется: биомикроскопия глаза – это базовый метод диагностики при патологии век, орбитальной конъюнктивы и роговой оболочки глаза. Позволяет изучить особенности морфологической структуры твердого шанкра либо гуммы, оценить глубину поражения, выраженность вторичных изменений окружающих тканей.

Определяется повышение внутриглазного давления при внутриорбитальном расположении вторичных элементов сифилиса. В случае поражения трабекулярной сети нарушается отток внутриглазной жидкости. Для изучения внутриглазной гидродинамики используют электронную тонографию.

В зависимости от зоны поражения степень снижения остроты зрения варьируется от незначительной зрительной дисфункции до слепоты.

Методика дает возможность изучить характер поражения зрительного поля (концентрическое сужение или выпадение височных половин из поля зрения), выявить центральные скотомы.

Ультразвуковое исследование позволяет визуализировать помутнение или очаги деструкции стекловидного тела, определить объемные показатели патологических образований, измерить продольную ось глазного яблока.

При осмотре глазного дна офтальмолог обнаруживает отек диска зрительного нерва (ДЗН), серый экссудат и зоны кровоизлияния по его периферическому краю. Офтальмоскопически выявляются зоны гиперпигментации, гуммы сосудистой оболочки в виде узелков желтого или зеленоватого цвета.

Оптическая когерентная томография. Применяется с целью диагностики особенностей поражения зрительного аппарата (ДЗН, сетчатки) при помутнении оптических сред.

Наиболее информативный способ подтверждения диагноза – выявление трепонем в очаге поражения. При вторичном периоде используют сыворотку крови или ликвор для определения нарастания титра антител методами реакции связывания комплемента (РСК) и реакции иммуно-флуоресценции (РИФ). Серологическая диагностика также может осуществляться при помощи:

Реакции Вассермана. Экспресс-методика используется на начальном этапе обследования пациента в стационаре. Интенсивность реакции связывания кардиолипина с антителами антифосфолипида позволяет установить предварительный диагноз или исключить заболевание.

Осадочных тестов. Включают реакцию Кана и Закса-Витебского, для проведения которых требуются специальные антигены.

Реакции иммобилизации бледных трепонем (РИБТ). Методика базируется на определении способности сыворотки крови больного остановить движение трепонем. Для профилактики искажения результатов перед проведением РИБТ антителами сифилитической сыворотки необходимо отменить антибиотикотерапию на 3 недели.

При подозрении на наличие заболевания показана симптоматическая терапия, которая повышает эффективность основного лечения. Специфическая консервативная терапия проводится только при положительных результатах серологической диагностики. К хирургическому вмешательству (кератопластике) прибегают при наличии вторичных рубцовых изменений. В офтальмологии алгоритм ведения пациента с установленным диагнозом сифилис глаза включает назначение следующих лекарственных средств:

Препараты висмута. Применяются в ходе подготовки больного к антибактериальной терапии. Доказана эффективность использования коллоидного висмута субцитрата, нитрата висмута.

Антибактериальная терапия. Бледная трепонема наиболее чувствительна к препаратам пенициллинового ряда. Длительность курса пенициллинотерапии составляет 1,5-2 месяца. Всего должно быть не менее 7-8 курсов. При индивидуальной непереносимости и повышенной чувствительности применяют эритромицин.

Пирогенные препараты. Обладают иммуномодулирующими, противовоспалительными и десенсибилизирующими свойствами. Отмечается

способность повышать общую и специфическую резистентность организма, положительное влияние на терморегулирующие центры гипоталамуса.

Гипосенсибилизирующие средства. Показаны в первичном и вторичном периодах сифилиса. Снижают выраженность вторичных аллергических реакций, влияя на H1-рецепторы к гистамину.

Препараты пиримидинового ряда. Лекарственные средства (метилурацил, пентоксил) назначаются циклически. Продолжительность одного цикла должна составлять не менее 18-20 дней. Препараты обладают иммуностимулирующим и лейкопозитическим эффектом.

Витаминотерапия. Показаны витамины группы В, С, при поражении зрительного нерва – витамины группы А.

При сифилитическом поражении роговой оболочки и увеального тракта дополнительно используют инстилляциии, субконъюнктивальные и парабульбарные инъекции мидриатиков, кортикостероидов. Проявления неврита зрительного нерва требуют назначения вазодилататоров, глютаминовой кислоты. При атрофии оптического нерва за 3 недели до начала противосифилитического лечения применяют никотиновую кислоту, рибофлавин, кальция пангамат. После завершения терапии проводят клинко-серологический контроль. В случае положительного результата назначают еще 1 курс пенициллинотерапии, после чего серодиагностику повторяют.

Прогноз при сифилисе глаза определяется особенностями клинического течения и локализацией зоны поражения. При вовлечении в патологический процесс переднего отдела глазного яблока исход благоприятный. Неврит или атрофия зрительного нерва сифилитического происхождения часто приводят к полной потере зрения. Индивидуальная профилактика базируется на использовании средств контрацепции. В основе общественных превентивных мер лежит проведение серологической диагностики (реакция Вассермана) при поступлении пациента в стационар, плановых профилактических осмотрах.

Вы можете поделиться своей историей болезни, что Вам помогло при лечении сифилиса глаза и его придатков.

Для диагностики применяется:

Биомикроскопия глаза. Базовый метод диагностики при патологии век, орбитальной конъюнктивы и роговой оболочки глаза. Позволяет изучить особенности морфологической структуры твердого шанкра либо гуммы, оценить глубину поражения, выраженность вторичных изменений окружающих тканей.

Тонометрия. Определяется повышение внутриглазного давления при внутриорбитальном расположении вторичных элементов сифилиса. В случае поражения трабекулярной сети нарушается отток внутриглазной жидкости. Для изучения внутриглазной гидродинамики используют электронную тонографию.

Визометрия. В зависимости от зоны поражения степень снижения остроты зрения варьируется от незначительной зрительной дисфункции до слепоты.

Периметрия. Методика дает возможность изучить характер поражения зрительного поля (концентрическое сужение или выпадение височных половин из поля зрения), выявить центральные скотомы.

УЗИ глаза. Ультразвуковое исследование позволяет визуализировать помутнение или очаги деструкции стекловидного тела, определить объемные показатели патологических образований, измерить продольную ось глазного яблока.

Офтальмоскопия. При осмотре глазного дна офтальмолог обнаруживает отек диска зрительного нерва (ДЗН), серый экссудат и зоны кровоизлияния по его периферическому краю. Офтальмоскопически выявляются зоны гиперпигментации, гуммы сосудистой оболочки в виде узелков желтого или зеленоватого цвета.

Оптическая когерентная томография. Применяется с целью диагностики особенностей поражения зрительного аппарата (ДЗН, сетчатки) при помутнении оптических сред.

Наиболее информативный способ подтверждения диагноза – выявление трепонем в очаге поражения. При вторичном периоде используют сыворотку крови или ликвор для определения нарастания титра антител методами реакции связывания комплемента (РСК) и реакции иммунофлуоресценции (РИФ). Серологическая диагностика также может осуществляться при помощи:

Реакции Вассермана. Экспресс-методика используется на начальном этапе обследования пациента в стационаре. Интенсивность реакции связывания кардиолипина с антителами антифосфолипида позволяет установить предварительный диагноз или исключить заболевание.

Осадочных тестов. Включают реакцию Кана и Закса-Витебского, для проведения которых требуются специальные антигены.

Реакции иммобилизации бледных трепонем (РИБТ). Методика базируется на определении способности сыворотки крови больного остановить движение трепонем. Для профилактики искажения результатов перед проведением РИБТ антителами сифилитической сыворотки необходимо отменить антибиотикотерапию на 3 недели.

Лечение сифилиса глаза

При подозрении на наличие заболевания показана симптоматическая терапия, которая повышает эффективность основного лечения. Специфическая консервативная терапия проводится только при положительных результатах серологической диагностики. К хирургическому вмешательству (кератопластике) прибегают при наличии вторичных рубцовых изменений. В офтальмологии алгоритм ведения пациента с установленным диагнозом сифилис глаза включает назначение следующих лекарственных средств:

Препараты висмута. Применяются в ходе подготовки больного к антибактериальной терапии. Доказана эффективность использования коллоидного висмута субцитрата, нитрата висмута.

Антибактериальная терапия. Бледная трепонема наиболее чувствительна к препаратам пенициллинового ряда. Длительность курса пенициллинотерапии составляет 1,5-2 месяца. Всего должно быть не менее 7-8 курсов. При индивидуальной непереносимости и повышенной чувствительности применяют эритромицин.

Пирогенные препараты. Обладают иммуномодулирующими, противовоспалительными и десенсибилизирующими свойствами. Отмечается способность повышать общую и специфическую резистентность организма, положительное влияние на терморегулирующие центры гипоталамуса.

Гипосенсибилизирующие средства. Показаны в первичном и вторичном периодах сифилиса. Снижают выраженность вторичных аллергических реакций, влияя на H1-рецепторы к гистамину.

Препараты пиримидинового ряда. Лекарственные средства (метилурацил, пентоксил) назначаются циклически. Продолжительность одного цикла должна составлять не менее 18-20 дней. Препараты обладают иммуностимулирующим и лейкопозитическим эффектом.

Витаминотерапия. Показаны витамины группы В, С, при поражении зрительного нерва – витамины группы А.

При сифилитическом поражении роговой оболочки и увеального тракта дополнительно используют инстилляци, субконъюнктивальные и парабулбарные инъекции мидриатиков, кортикостероидов. Проявления неврита зрительного нерва требуют назначения вазодилататоров, глютаминовой кислоты. При атрофии оптического нерва за 3 недели до начала противосифилитического лечения применяют никотиновую кислоту, рибофлавин, кальция пангамат. После завершения терапии проводят клинко-серологический контроль. В случае положительного результата назначают еще 1 курс пенициллинотерапии, после чего серодиагностику повторяют.

Прогноз и профилактика

Прогноз при сифилисе глаза определяется особенностями клинического течения и локализацией зоны поражения. При вовлечении в патологический процесс переднего отдела глазного яблока исход благоприятный. Неврит или атрофия зрительного нерва сифилитического происхождения часто приводят к полной потере зрения. Индивидуальная профилактика базируется на использовании средств контрацепции. В основе общественных превентивных мер лежит проведение серологической диагностики (реакция Вассермана) при поступлении пациента в стационар, плановых профилактических осмотрах.

Вы можете поделиться своей историей болезни, что Вам помогло при лечении сифилиса глаза и его придатков.

Литература:

1. Егорова, М. О. Лабораторная диагностика сифилиса и ее возможности / М. О. Егорова, О. А. Полетаева // Справочник заведующего КДЛ. - 2015. - № 2. - С. 25-37.
2. Зайко, С. Д. Современные методы серологической диагностики сифилиса / С. Д. Зайко // Клиническая лабораторная диагностика. - 2011. - № 5. - С. 38-41.
3. Иванова, М. А. Беременность и сифилис / М. А. Иванова, Т. А. Соколовская, Н. В. Фриго. - DOI: 10.17116/klinderma201918051556 // Клиническая дерматология и венерология. - 2019. - Т. 18, № 5. - С. 556-561.
4. Измestьева, К. А. Адаптивные и компенсаторные реакции фетоплацентарного комплекса / К. А. Измestьева, Н. Р. Шабунина-Басок // Архив патологии. - 2010. - Т. 72, № 6. - С. 25-27.
5. Киселева, Н. И. Морфогистологические особенности плацент при беременности, осложненной гестозом / Н. И. Киселева // Мать и дитя в Кузбассе. - 2012. - № 1 (1). - С. 39-43.

6. Козлова, А. В. Патологическая анатомия сифилиса плода / А. В. Козлова, Ю. С. Чудиновских, П. Г. Распутин // Научная дискуссия: вопросы медицины. -2017. - № 4-5 (46). - С. 110-113.
7. Краева, О. А. Особенности центральной и церебральной гемодинамики у недоношенных новорожденных в неонатальном периоде / О. А. Краева, Н. В. Башмакова // Лечение и профилактика. - 2018. - Т. 8, № 1 (25). - С. 31-36.
8. Красносельских, Т. В. Нейросифилис: нерешенные проблемы и невыученные уроки (часть 1) / Т. В. Красносельских, Е. В. Соколовский // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. - 2011. - № 5. - С. 5-11.
9. Красносельских, Т. В. Нейросифилис: нерешенные проблемы и невыученные уроки (часть 2) / Т. В. Красносельских, Е. В. Соколовский // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. - 2011. - № 6. - С. 7-11.
10. Красносельских, Т. В. Современные стандарты диагностики сифилиса: сравнение российских и зарубежных клинических рекомендаций (сообщение I) / Т. В. Красносельских, Е. В. Соколовский // Вестник дерматологии и венерологии. - 2015. - № 2. - С. 11-22.
11. Кубанова, А. А. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2006 - 2016 гг. / А. А. Кубанова, А. А. Кубанов, Л. Е. Мелехина. -Б01: 10.25208/0042-4609-2017-93-5-16-25 // Вестник дерматологии и венерологии. - 2017. - № 5. - С. 16-25.
12. Кузнецов, Р. А. Морфологические критерии первичной плацентарной недостаточности / Р. А. Кузнецов, Л. П. Перетятко, О. В. Рачкова // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. - 2011. - № Б5. -С. 34-39.
13. Ленкин, С. Г. Заболеваемость сифилисом в г. Москве за период 2009-2015 гг. / С. Г. Ленкин // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2016. - № 3. - С. 61-71.
14. Лосева, О. К. Современные проблемы лечения сифилитической инфекции / О. К. Лосева // Эффективная фармакотерапия. - 2011. - № 10. - С. 42-45.
15. Мавлютова, Г. И. Тактика взаимодействия акушеров-гинекологов и дерматовенерологов по профилактике врожденного сифилиса / Г. И. Мавлютова, Л. А. Юсупова, А. Г. Мисбахова // Лечащий врач. - 2016. - № 4. - С. 98.
16. Матыскина, Н. В. Влияние сифилиса беременных на состояние здоровья новорожденных / Н. В. Матыскина, Т. Е. Таранушенко, Ю. В. Карачева. - Б01: 10.18821/1560-9588-2017-20-3-188-192 // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2017. - Т. 20, № 3. - С. 188-192.
17. Матыскина, Н. В. Влияние сифилитической инфекции на рост и развитие плода / Н. В. Матыскина, Т. Е. Таранушенко. - Б01: 10.17749/23137347.2019.13.1.020-028 // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2019. - Т. 13, № 1. - С. 20-28.
18. Шадрин, О. Г. Состояние гепатобилиарной системы у детей раннего возраста с поражением печени по данным ультразвуковой диагностики / О. Г. Шадрин, Н. Ф. Чернега, Б. А. Тарасюк // Перинатология и педиатрия. - 2014. -№1 (57). - С. 56.
19. Шулаева, И. В. Клинические, лабораторные и инструментальные проявления раннего врождённого сифилиса в период новорождённости / И. В. Шулаева, Л. Ю. Попова, Л. Г. Воронина // Врач-аспирант. - 2013. - Т. 60, № 5.3. -С. 494-498.

20. Яремчук, Т. П. Актуальные вопросы диагностики и лечения пациенток с сифилисом беременных / Т. П. Яремчук // Дерматовенерология. Косметология. -2017. - Т. 3, № 1. - С. 53-67.



INNOVATIVE
ACADEMY