ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ ГБОУ ВПО КРАСГМУ ИМ. ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО МЗ И СР РФ

Кафедра офтальмологии имени профессора М.А. Дмитриева с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Фликтенулез

Выполнила: Ивченко Е.А.

Ординатор 1 года обучения

Проверила: ассистент кафедры

Балашова П.М.

г. Красноярск 2024 год

Оглавление

[Патофизиология 3](#_Toc160139903)

[Этиология 4](#_Toc160139904)

[Клиническая картина 5](#_Toc160139905)

[Встречаются разновидности фликтенулезного кератита 6](#_Toc160139906)

[Лечение 7](#_Toc160139907)

[Список литературы 8](#_Toc160139908)

# Патофизиология

Фликтенулез представляет собой иммунную реакцию роговицы, провоцирующим фактором чаще всего выступают бактериальные белки, распознаваемые как антигены. Иммунную реакцию классифицируют как замедленную реакцию гиперчувствительности IV типа, она приводит к формированию выступающих над поверхностью узелков и развитию периваскулярного воспаления. Узелок может подвергаться некрозу, изъязвляться и тем самым еще более стимулировать воспалительную реакцию.

# Этиология

Фликтенулез развивается в результате системной или местной инфекции, патогенный микроорганизм выступает в роли антигена. Чаще всего фликтенулярную реакцию вызывают бациллы туберкулеза и Staphylococus spp. (золотистый стафилококк). Ранее считалось первичной причиной системный туберкулез, однако согласно современным взглядам, самой частой причиной заболевания является гиперчувствительность к стафилококку, развивающаяся на фоне бактериального блефарита. Другие, более редкие провоцирующие факторы, включают инфекции Coccidioides immitis (кокцидиоидес иммитис), Candida albicans (кандида альбиканс), Chlamydia spp, вирус простого герписа, а также различных нематод.

# Клиническая картина

Жалобы: на дискомфорт или боли (особенно при лимбальных или роговичных фликтенах), светобоязнь, блефароспазм обильное слезотечение, отек и мацерациию век, отек носа и губ.

Объективно: На роговой оболочке появляются сероватые полупрозрачные очаги округлой формы, внешне напоминающие пузырек-фликтену. Число, локализация и величина очагов могут быть различными. Мелкие милиарные фликтены величиной менее просяного зерна, бывают чаще множественными. Единичные (солитарные) фликтены, имеющие вид солитарных узелков, могут достигнуть 3-4 мм в диаметре. Они всегда располагаются в поверхностных слоях роговицы, иногда захватывают глубокие слои стромы. После возникновения фликтен в роговицу внедряются поверхностные сосуды, которые в виде пучков тянутся к очагу. При осмотре на глазном яблоке выявляется ярко-выраженная перикорнеальная или смешанная инъекция, на роговице разной величины и локализации фликтены.

Исходы: очень редко фликтена рассасывается без изъязвления, не оставляя следов; чаще подвержена распаду с образованием глубоких кратерообразных язвочек, дно которых быстро эпителизируется (стадия фасетки), а затем постепенно замещается соединительной тканью с формированием ограниченного рубца. Заболевание склонно к рецидивам, поэтому постепенно вся роговица мутнеет, зрение резко снижается. В редких случаях распад фликтены завершается полным разрушением стромы, появлением десцеметоцеле и перфорации роговицы. Если фликтена локализуется у лимба, то при перфорации роговицы выпадает радужка и образуется сращенное бельмо.

# Встречаются разновидности фликтенулезного кератита

а) фасцикулярный кератит (странствующая фликтена) – характерно образование инфильтрата у лимба, который постепенно ползет по роговице; периферический край инфильтрата очищается, в него врастают поверхностные сосуды, центральный край инфильтрата остается рыхлым, приобретает серповидную форму и слегка приподнят над поверхностью, за счет этого края инфильтрат продвигается по роговице, а за ним как шлейф тянется пучок сосудов («комета»). Движение инфильтрата прекращается лишь у противоположного лимба. Путь может быть прямым, извилистым, иногда головка раздваивается. Язва располагается поверхностно, но так как в процесс вовлекается строма, по ходу пучка остается стойкое помутнение, выраженность которого зависит от степени васкуляризации.

б) фликтенулезный паннус – отличается интенсивной васкуляризацией. Сосуды распространяются с любого участка лимба в виде сегмента или по всей окружности. Роговица диффузно мутнеет из-за инфильтратов разной формы и величины, которые могут сливаться. Область васкуляризации слегка выступает над уровнем роговицы, она принимает ржавый оттенок, изъязвлений обычно не бывает, но остается густое стойкое помутнение.

# Лечение

* Выбор режима терапии туберкулеза осуществляет фтизиатр. Он определяет рациональную схему сочетания противотуберкулезных препаратов, длительность курса лечения, срок проведения повторного курса с учетом иммунного статуса;
* Цель местного лечения заключается в подавлении воспалительного процесса в глазу, предотвращения образований задних синехий.

# Список литературы

Глазные болезни. Учебник / Под ред. проф. В.Г. Копаевой. - М.: Издательство «Офтальмология», 2018. - 495 с.: ил. (Учеб. лит. для студентов мед. вузов)

Аветисова, С. Э. Офтальмология : национальное руководство / под ред. С. Э. Аветисова, Е. А. Егорова, Л. К. Мошетовой, В. В. Нероева, Х. П. Тахчиди. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - (Серия "Национальные руководства"). - 904 с.