**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**

**Паренхиматозный кератит**

Выполнил: Шаров Н.С.

ординатор 1 года обучения

Проверила: ассистент кафедры

Кох И. А.

Красноярск 2023

Оглавление

[Введение 2](#_Toc136987367)

[Паренхиматозный кератит 2](#_Toc136987368)

[Диагностика 4](#_Toc136987369)

[Осложнения и рецидивы 4](#_Toc136987370)

[Лечение 5](#_Toc136987371)

[Литература 7](#_Toc136987372)

# Введение

Паренхиматозный кератит (при врожденном сифилисе) является самым частым и самым типичным поражением глаз при позднем врожденном сифилисе. Эта форма врожденного сифилиса проявляется обычно в возрасте от 5 до 20 лет, редко в возрасте 1-5 лет, в единичных случаях встречается у грудных детей. У девочек кератит встречается чаще.

Характерна для паренхиматозного кератита триада Гетчинсона: кератит, гетчинсоновские зубы, тугоухость. Полная триада в настоящее время встречается редко. Реже всего отмечается тугоухость.

Гетчинсоновские зубы и другие их дистрофии встречаются при паренхиматозном кератите также у 1/3-1/4 всех больных. С различной частотой сочетаются с паренхиматозным кератитом не глазные проявления позднего врожденного сифилиса, разнообразные поражения системы костей в форме олимпийского лба, гипертрофических периоститов, гуммозных разрушений костей, в частности носовой перегородки с деформацией носа, перфорацией твердого неба, типичные периостальные наросты на передних поверхностях большеберцовых костей (саблевидные голени), поражение суставов, в особенности коленных, изъязвившиеся гуммы кожных покровов, слизистых оболочек и др. Почти у половины больных при паренхиматозном кератите наблюдаются заболевания центральной нервной системы. Паренхиматозный кератит в большинстве случаев двусторонний.

# Паренхиматозный кератит

Паренхиматозный (интерстициальный) кератит — воспаление стромы роговицы без первичного вовлечения эпителия или эндотелия. Кроме врожденного сифилиса, паренхиматозный кератит может быть связан с широким спектром других причин.

Развитие типичного диффузного паренхиматозного кератита начинается с появления умеренной гиперемии глаза, светобоязни, слезотечения и помутнения роговицы, чаще сверху, вблизи участка набухшего лимба. Биомикроскопическое исследование показывает, что эти помутнения состоят из мелких инфильтратов в форме точек и штрихов, расположенных в глубоких и средних слоях роговицы.

Поверхность роговицы над помутнением делается шероховатой.

Чувствительность понижается. Постепенно все явления нарастают, увеличивается инъекция, помутнение распространяется все дальше и дальше, и наконец, вся роговица становится мутной и тусклой, как часовое стекло, приобретая иногда фарфорово-белый оттенок.

Одновременно с появлением помутнений в роговице появляются сосуды, которые идут в ее глубоких слоях и сохраняют черты глубоких сосудов. В течение периода нарастания явлений имеется сильная светобоязнь, слезотечение, часто самопроизвольные боли, а также боли при пальпации в области цилиарного тела. Если возможно рассмотреть радужную оболочку, то видно, что зрачок сужен или неправильной формы, радужка гиперемирована. На задней поверхности роговицы видны преципитаты, имеются также складки десцеметовой оболочки. На высоте процесса зрение падает до 0,01 или до светоощущения.

Период нарастания явлений длится 6-8 недель, а затем они постепенно стихают, уменьшаются раздражение глаза и инъекция, ослабевают субъективные ощущения. Одновременно с периферии начинается просветление роговицы, которое распространяется к ее центру.

Центр дольше всего остается мутным, просветляясь в последнюю очередь. Процесс рассасывания идет очень медленно, и пока роговица просветлеет проходит несколько месяцев (до года и более). В нетяжелых случаях роговица кажется совершенно прозрачной, и только с помощью щелевой лампы видны остатки помутнений и запустевшие сосуды, которые остаются навсегда. В 70% случаев зрение в той или иной мере восстанавливается, однако в ряде случаев, когда на роговице остаются стойкие помутнения, острота зрения снижается значительно. Может быть отклонение от описанного типичного течения паренхиматозного кератита, когда воспалительная инфильтрация роговицы начинается с центра, а не с периферии и разрешение процесса тоже происходит с центра. Бывают случаи, когда развивается очень мало сосудов или они совсем отсутствуют. В этих случаях рассасывание помутнений идет особенно медленно. В единичных случаях паренхиматозный кератит может сопровождаться изъязвлением роговицы с тяжелым течением. Почти в половине всех случаев паренхиматозный кератит осложняется иритом, иногда с обильными жирными преципитатами и мощными задними синехиями. Внутриглазное давление в большинстве случаев понижено, но нередко оно повышается и иногда даже значительно. Все это надо учитывать при лечении. Довольно часто при паренхиматозном кератите отмечается хориоретинит, который развивается независимо от него и может быть как при врожденном, так и при приобретенном сифилисе.

# Диагностика

* Помутнение роговицы и другие характерные симптомы, выявляемые при обследовании на щелевой лампе
* Серологические исследования для определения этиологии

Необходимо установить точную этиологию заболевания. Специфическую этиологию можно установить при наличии стигм врожденного сифилиса, вестибулослуховой симптоматики, распространяющейся сыпи или контакте с клещами в анамнезе. Помимо этого, все больные проходят серологическое тестирование, включающее следующие анализы:

* Тест на реакцию абсорбции флуоресцирующих антител к трепонемам или анализ микрогемагглютинации на *бледную спирохету* являются обычными скрининговыми тестами при сифилисе.
* Титр антител к возбудителям болезни Лайма
* Исследование на вирус Эпштейна-Барра

Новые исследования, такие как реакция латекс-агглютинации на *Treponema pallidum*, иммуноферментный анализ на *Treponema pallidum*, хемилюминесцентный иммуноанализ и метод амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) также могут быть эффективны при диагностике сифилиса глаза.

У больных с отрицательными результатами серологических тестов может присутствовать [синдром Когана](https://www.msdmanuals.com/ru-ru/%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9/%D0%B7%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D0%B3%D0%BB%D0%B0%D0%B7/%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D0%B8-%D1%80%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%86%D1%8B/%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC-%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B0) – идиопатический синдром, включающий интерстициальный кератит и вестибулярно-слуховые нарушения. Для предотвращения возникновения хронического вестибулослухового дефекта при возникновении потери слуха, звона в ушах или головокружения требуется консультация отоларинголога.

# Осложнения и рецидивы

Иногда при приобретенном сифилисе может развиться гумма хориоидеи. В стекловидном теле помутнения. Редко наблюдаются поражение зрительного нерва и параличи глазных мышц. Они являются обычно симптомами поражения центральной нервной системы.

Могут наблюдаться рецидивы паренхиматозного кератита. Приобретенный сифилитический кератит, как правило, протекает более легко и быстро. В отличие от врожденного поражается только один глаз. Патогенез не может до сих пор считаться вполне выясненным.

Большинство рассматривает это заболевание как аллергический процесс. Внутриутробно или в самом раннем детстве спирохеты, находящиеся в прозрачной роговице, сенсибилизируют ее ткань продуктами их распада. Если в более позднем возрасте спирохетный аллерген попадает в ткань сенсибилизированной роговицы, то возникает аллергический процесс по типу реакции аллергенантитело.

Провоцирующими факторами возникновения паренхиматозного кератита являются травмы глаза, расстройства деятельности желез внутренней секреции, общие заболевания, нарушение питания и т.д. Диагноз устанавливают на основании типичной клинической картины, признаков врожденного сифилиса, серологических положительных проб, при исследовании крови и спинномозговой жидкости, а также данных семейного анамнеза (частые произвольные выкидыши, мертворожденность, недоношенность плодов, высокая смертность детей раннего возраста, разные явления сифилиса у других детей в семье).

# Лечение

Лечение сифилитического кератита осуществляется в венерологическом диспансере, под наблюдением окулиста.

Препаратами выбора являются: бензатин бензилпенициллин — 2,4 млн. ЕД внутримышечно 1 раз в 7 дней, на курс 2-3 инъекции; или бициллин 1-2,4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней, всего 6 инъекций; или бенизилпенициллина прокаида 1,2 млн. ЕД внутримышечно ежедневно в течение 20 дней; или бициллина 3 — по 1,8 млн. ЕД внутримышечно 2 раза в неделю, всего 10 инъекций.

Альтернативные препараты: доксициклин по 0,1 внутрь каждые 12 часов в течение 30 дней; цефриаксон — 0,5 г внутримышечно ежедневно в течение 10 дней.

Местное лечение направлено на рассасывание инфильтратов и уменьшение явлений ирита и иридоциклита. Назначают 1% раствор сульфата атропина в виде капель, в случае, если зрачок не расширяется, то добавляют 0,1% раствор адреналина и закладывают за веки в виде «фитилька». Субконъюнктивально — дексаметазон 0,4% раствор, у детей применяют 1% желтую ртутную мазь 2 раза в день, рекомендуются пиявки на висок, на веки сухое тепло. Для рассасывания помутнений рекомендуют раствор или мазь этилморфина в возрастающих концентрациях (от 1 до 8%), 3% раствор иодида калия 3-4 раза в день, 0,1% раствор лидазы 4-5 раз в день, фонофорез с лидазой, внутрь йодистые препараты, Также применяют кортикостероиды в виде глазных капель и инъекций, УВЧ-терапию, соллюкс, парафиновые аппликации, электрофорез. Лечение осуществляется с учетом внутриглазного давления.. Если в течение 1-1,5 лет не удается добиться рассасывания помутнений — сквозная кератопластика.

# Литература

1. Федоров С.Н., Ярцева Н.С., Исманкулов А.О. / Глазные болезни // Патология роговой оболочки. Воспалительные заболевания роговицы ст. 186-209
2. Melvin I. Roat , MD, FACS, Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University / Медицинский обзор авг 2022
3. Егоров Е.А., Астахов Ю.С., Ставицкая Т.В. Офтальмофармакология: Руководство для врачей // ГЭОТАР. 2004.