

Міністерство охорони здоров'я України
Дніпропетровська державна медична академія
Студентське наукове товариство
Рада молодих учених

МАТЕРІАЛИ ХІ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ

“НОВИНИ І ПЕРСПЕКТИВИ
МЕДИЧНОЇ НАУКИ”

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

ЧАСТИНА ІІ

Дніпропетровськ, 2011

Міністерство охорони здоров'я України
Дніпропетровська державна медична академія
Рада молодих учених
Студентське наукове товариство

**МАТЕРІАЛИ XI НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ**

**«НОВИНИ І ПЕРСПЕКТИВИ
МЕДИЧНОЇ НАУКИ»**

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

ЧАСТИНА II

13-15 КВІТНЯ 2011 РОКУ

**Дніпропетровськ
2011**

НОВИНИ І ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОЇ НАУКИ - 2011

Підготовлено до друку оргкомітетом конференції
Науковий редактор: професор Твердохліб І. В.
Відповідальний редактор: Петрук Н. С.

Голова конференції;
академік НАМН України, професор Дзяк Г. В.

Програмний комітет:
член-кореспондент НАМН України, професор Перцева Т. О.
професор Мамчур В. Й.
професор. Науменко Л. Ю.
професор Твердохліб І. В.

Голова оргкомітету:
Петрук Н. С.

Оргкомітет конференції:
Гайдук О. А, Галінський В. О., Євтушек С. В., Пісковий Є. О., Соколенко О. М.

Матеріали конференції представлені на офіційному сайті
студентського наукового товариства
<http://snodgma.dp.ua/>

Новини і перспективи медичної науки: зб. мат. XI міжн. конф. студ. та мол. учених, 13-15 квітня 2011 р.: [під ред. проф. І. В. Твердохліба]: У 2 т. - Дніпропетровськ, 2011 - Т. 2. - 192 с.

До збірника увійшли тези та статті наукових робіт, надані авторами та авторськими колективами вищих медичних навчальних закладів та науково-дослідних установ України, Російської Федерації та Придністровської Молдовської Республіки. Наукові роботи висвітлюють сучасні проблеми, новітні технології, напрямки та перспективи розвитку у різних галузях медицини. Рекомендується для студентів, аспірантів, наукових працівників, викладачів вищих медичних навчальних закладів, лікарів.

©МОЗ України, 2011

13-15 квітня 2011 р.

ЗМІСТ

Оториноларингологія.....	9
Офтальмологія.....	14
Педіатрія.....	22
Психіатрія та медична психологія.....	58
Спортивна медицина та валеологія.....	64
Стоматологія.....	67
Терапія.....	102
Урологія.....	138
Хірургія, травматологія та ортопедія.....	140
Дитяча хірургія.....	164
Фтизіатрія.....	178

Фтизіатрія

УДК: 617. 7-002. 5-07-08

А. С. Шальмин¹, Е. Н. Разнатовская¹, Ю. В. Просветов², А. Ю. Гусарова²,
Т. И. Пригода³

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗ

¹Запорожский государственный медицинский университет

²Запорожская медицинская академия последипломного образования,
г. Запорожье, Украина

³ГУ СМСЧ №1, г. Энергодар, Украина

Резюме. В данной статье представлено полную классификацию туберкулезного поражения глаз, особенности клинических проявлений в зависимости от формы, особенности диагностики данной патологии. Описан патоморфоз туберкулеза глаз в современных условиях

Ключевые слова: туберкулез глаз

В настоящее время в структуре внелегочного туберкулеза туберкулез глаз занимает 2-3 место и встречается с частотой 5-17% случаев [10, 11]. Туберкулезное поражение глаз характеризуется упорным течением и тяжелыми последствиями со стойким снижением зрения, что указывает на важность ранней и своевременной диагностики данной патологии [1, 3, 6, 9, 10, 11].

Различают первичный и вторичный туберкулез глаз [1, 6, 9]. При первичном заражении, когда конъюнктив глаза яблока является воротами первичной инфекции микобактерий туберкулеза (МБТ), МБТ могут попадать на наружные структуры глаз, под веки при воздушно-капельном или воздушно-пыльевом инфицировании. Такой путь поражения глаз встречается преимущественно у детей и подростков.

Вторичное поражение - при попадании МБТ в структуры глаза из примыкающих участков или в результате гематогенной диссеминации.

Выделяют еще и третий путь заражения - это контактный, в результате распространения специфического процесса на глаз с соседних частей челюстно-лицевой области.

В патогенезе туберкулеза глаз выделяют такие основные механизмы возникновения инфекции [1, 3, 5, 6, 9]:

1. метастатический (гематогенно-диссеминированный) - при диссеминации МБТ в сосудистый тракт глаза, и встречается в 2/3 случаев туберкулеза глаз;

2. туберкулезно-аллергическое поражение глаз и их придаточного аппарата, которое возникает на фоне активной инфекции в легочной или лимфатической ткани, откуда поступает сенсибилизирующий ткани аллерген в виде туберкулина; составляет 1/3 случаев туберкулеза глаз

Анализируя литературу, установлен патоморфоз туберкулезного поражения глаз в современных условиях (1, 5, 6):

1. тенденция к снижению частоты заболеваемости туберкулезом глаз;
2. туберкулезные поражения глаз чаще встречаются у пациентов 25-59 лет;
3. мужчины болеют чаще женщин;
4. изменение клинических признаков, течения и исходов заболевания;
5. снижение туберкулиновой чувствительности,
6. сочетание туберкулеза глаз с малыми формами специфического процесса других органов,
7. снижение эффективности антимикобактериальной полихимиотерапии туберкулеза глаз,

8. изменилось соотношение нозологических форм туберкулеза глаз: уменьшилось число больных с кератитами и склеритами и увеличилось с хореоретинитами (особенно геморрагическими),

9. чаще встречаются ограниченные, очаговые формы туберкулеза глаз;

10. участились аллергические реакции (дерматит век, аллергический конъюнктивит, кровоизлияния в строму радужки и область хориоретинального очага), в основе которых лежит неспецифический аллергический васкулит, который стирает клиническую картину и осложняет лечение;

11. причиной гибели глаза является активное рубцевание, которое приводит к вторичной глаукоме или атрофии глазного яблока;

12. у детей и подростков отмечается значительное уменьшение частоты тяжелых форм туберкулезно-аллергических процессов (паннус, фасцикулярный кератит, скрофулезные язвы роговой оболочки) с преобладание легких поверхностных форм (кератоконъюнктивиты, фликтенулезные конъюнктивиты);

13. заболеваемость туберкулезными увеитами у детей возросла в 5 раз.

Диагностика туберкулезного поражения глаз

Наиболее достоверные признаки специфического поражения глаз выявляются лишь при использовании гистоморфологических и микробиологических исследований патологического глазного очага. Однако, данные методы далеко не всегда доступны.

По данным литературы [2, 4, 7, 8, 9, 10], основными информативными косвенными диагностическими критериями туберкулеза глаз, которые в 96-98% случаев позволяют подтвердить специфическую этиологию процесса являются:

- характерная для туберкулеза глаз клиническая картина,
- очаговая реакция на введение туберкулина по типу обострения воспалительного процесса;
- терапевтический эффект тестерапии туберкулостатиками

В диагностике туберкулезно-аллергических поражений глаз ведущим является обнаружение в организме внеглазного активного туберкулезного очага. При обследовании необходимо учитывать: рентгенологическое исследование органов грудной клетки, постановка пробы Манту, исследование мокроты на МБТ, по показаниям бронхоскопическое исследование трахеобронхиального дерева.

Классификация туберкулеза глаз

По локализации различают:

1. туберкулез придаточного аппарата глаз;
2. туберкулез переднего отдела глаза (туберкулезные иридоциклиты, кератиты, склериты),
3. туберкулез заднего отдела глаза (хореоретинит, туберкулема собственно сосудистой оболочки, периферический увеит, неврит, папиллит).

В зависимости от механизма развития выделяют:

1. метастатический туберкулез глаз:
 - 1.1. туберкулез конъюнктивы;
 - 1.2. туберкулез роговицы: очаговый, диффузный, склерозирующий,
 - 1.3. туберкулез склеры;
 - 1.4. туберкулезные ириты: серозный, серозно-пластический, бугорковый, конглобированный туберкулез радужки,
 - 1.5. передние увеиты: серозный, серозно-пластический, гнойный;
 - 1.6. туберкулезные хорионидиты. центральный, очаговый, диссеминированный, милиарный, солитарный,
 - 1.7. туберкулезные хориоретиниты геморрагический, отечный, диссеминированный, диффузный.
2. туберкулезно-аллергические поражения глаз:
 2. 1. фликтенулезные конъюнктивиты,

- 2.2. кератиты;
- 2.3. кератоконъюнктивиты,
- 2.4. эписклериты,
- 2.5. иридоциклиты;
- 2.6. хориоидиты.

По локализации метастатический туберкулез глаз подразделяют на:

1. центральный;
2. парацентральный,
3. перипапиллярный;
4. периферический;
5. экваториальный

По морфологии делится на такие формы:

1. гранулематозные;
2. негранулематозные,
3. экссудативные,
4. геморрагические.

Клиника туберкулеза глаз

Туберкулез может поражать как ткани самого глазного яблока, так и придаточный аппарат глаза. В современных условиях специфическое поражение глаз характеризуется хроническим, рецидивирующим течением, с преобладанием смешанного и экссудативного типов воспаления переднего отрезка и развитием осложнений заболевания [1, 3, 5, 6].

По данным многих авторов, *солитарную эпibuльбарную туберкулезу* необходимо расценивать как метастатический туберкулезный очаг и считать спутником прогрессирующего первичного туберкулеза детского возраста [1, 5, 6].

Клиника туберкулезного поражения глаз проявляется общими симптомами интоксикации и симптомами поражения глаз, в зависимости от места локализации. При этом заболевание сопровождается болью в глазу, светобоязнью и ухудшением зрения. При тяжелом распространенном процессе развиваются тяжелые осложнения (отслойка сетчатки, атрофия зрительного нерва, вторичная глаукома), что приводит к потере зрения.

Туберкулез придаточного аппарата глаз. Туберкулез век характеризуется наличием в коже специфических бугорков в виде мелких инфильтратов желто-розового цвета, которые возвышаются над поверхностью кожи с некрозом, впоследствии рубцуются

При скрофулодерме в толще кожи возникают узлы с некрозом, образуются язвы и свищи с последующим грубым рубцеванием, которое может привести к не смыканию глазной щели

При туберкулезном дакриоцистите в области слезного мешка возникает инфильтрат с гиперемией кожи тестоватой консистенции. При этом может быть сукровично-серозное отделяемое.

Туберкулез орбиты может протекать в виде туберкулемы орбиты и туберкулезного периостита. При туберкулезе орбиты отмечается уплотнение в толще века с распространением в мягкие ткани орбиты, экзофтальм, ограничение подвижности глаза, отек век, диплопия, птоз. Туберкулезный периостит проявляется болями, отеком, покраснением века, появлением холодных абсцессов в верхне-наружном крае орбиты с образованием свища, а в последствие грубых спаевых с костью рубцов, приводящих к деформации века и лагофтальму.

Туберкулез конъюнктивы проявляется возникновением узелков серого цвета, которые могут сливаться, образовывать глубокую язву с некрозом, бугристым дном, подрывными краями и салным налетом. Процесс чаще односторонний, течение хроническое

Туберкулез роговицы. При очаговом туберкулезном кератите инфильтрат располагается в прозрачной строме, могут изъязвляться и рассасываться. Роговица становится отечной, тусклой, ее васкуляризация выражена умеренно. Отмечается воспалительная реакция радужки

Диффузный кератит проявляется блефароспазмом. Роговица при этом диффузно мутнеет, формируется инфильтрат, в глубоких ее слоях возникает зона перифокального воспаления, васкуляризация выражена умеренно. По ходу сосудов возможны геморрагии

При склерозирующем кератите от лимба по поверхности роговицы к ее центру образуются желто-белые инфильтраты треугольной формы, васкуляризация выражена умеренно. На месте инфильтрата в последующем возникает рубец, что обуславливает неблагоприятный прогноз

Туберкулез склеры проявляется резким раздражением глаза с глубокой инъекцией в области инфильтрата. Если в процесс вовлекаются роговица, радужная оболочка и цилиарное тело, снижается острота зрения. В последствии может образоваться стафилома в виде аспидно-серого выпячивания склеры

Туберкулезные ириты характеризуются образованием узелков в радужной оболочке. Частые рецидивы ухудшают прогноз. Данная патология может привести к слепоте вследствие помутнения хрусталика, иногда и к атрофии глаза

Туберкулезные увеиты. Вследствие помутнения стекловидного тела возникает снижение зрения. В стекловидном теле вначале появляются экссудация, сильные роговичные преципитаты в зоне Эрлиха, затем - деструкция, швартообразование, пристеночные отслойки. Могут также выявляться явления папиллита и деклорация диска зрительного нерва. По периферии глазного дна - экссудативный хореоретинит.

Туберкулезные хориоретиниты и хориоидиты Очаговый хориоретинит чаще проявляется в виде монолатерального поражения.

Диссеминированный хориоретинит проявляется в развитии в собственно сосудистой оболочке множественных, не сливающихся очагов различных размеров и формы желтовато-серого цвета с нечеткими границами, слегка проминирующих, окруженные перифокальным отеком.

Диффузный хориоретинит характеризуется наличием в собственно сосудистой оболочке массивной экссудации в преретинальные отделы стекловидного тела. Сетчатка при этом отечна, инфильтрирована

При геморрагической форме хориоретинита выявляются гиперемированные очаги, кровоизлияния, геморрагическая отслойка пигментного эпителия с развитием неоваскулярной мембраны. При отечной форме - часть очагов может трансформироваться в рубцовую ткань.

Конглобированный туберкулез характеризуется наличием желтовато-серых слившихся гранул, проминирующих в стекловидное тело и отслаивающих сетчатку. В последствие возможно рубцевание, инкапсулирование и обезвыствление.

Милиарный хориоидит проявляется желтоватыми мелкими очагами округлой формы с четкими границами в собственно сосудистой оболочке. Реакция сетчатки выражена слабо. Данная патология чаще имеет место у детей.

Туберкулезно-аллергические процессы заднего отдела глаза характеризуются типичными экссудативными очагами, интенсивным помутнением стекловидного тела. Рецидивы частые, но тяжелые остаточные изменения отсутствуют.

Туберкулезно-аллергические фликтенулезные конъюнктивиты проявляются одиночными или групповыми серыми или желтыми точками вдоль лимба роговицы, от которых ответвляется большое количество кровеносных сосудов. Каждая точка сохраняется на протяжении недели, затем медленно исчезает.

Туберкулезно-аллергические склериты характеризуются двусторонним поражением, диффузной инфильтрацией эписклеры, рецидивирующим течением и благоприятным исходом. В эписклере определяются до нескольких узелков синюшной окраски и сеть расширенных в области очага эписклеральных сосудов. После рассасывания очага остается сероватое пятно. **Критериями клинического излечения туберкулеза лаз являются** [2, 3]:

- отсутствие экссудации и инфильтрации в оболочках и оптических средах глазного яблока,
- отсутствие реакции в ответ на введение туберкулина,
- отсутствие клинико-рентгено-лабораторных проявлений туберкулеза других локализаций.

Литературные источники

1. Тарасова Л. Н. Туберкулезные поражения глаз: патогенез, новые пути повышения эффективности диагностики и лечения / Л. Н. Тарасова, И. Е. Панова. - Челябинск, 2001. — 135 с.
2. Панова И. Е. Пути оптимизации диагностики туберкулеза глаз / И. Е. Панова. - Вести медицины. - 1998. - № 2. - С. 23-25.
3. Тэтина Г. Ф. Клиника туберкулезного поражения глаз / Г. Ф. Тэтина. - Офтальмологический журнал. - 1964. - №1. - С. 20-24.
4. Устинова Е. И. Пути оптимизации диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза глаз / Е. И. Устинова. - Проблемы туберкулеза. - 1997. - № 3. - С. 28-31.
5. Устинова Е. И. Туберкулез глаз и сходные с ним заболевания / Е. И. Устинова. - М.: Медицина, 2002. - 250 с.
6. Ченцова О. Б. Туберкулез глаз / О. Б. Ченцова. - М.: Медицина, 1990. - 256 с.
7. Устинова Е. И. Диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза легких и внелегочных локализаций / Е. И. Устинова, В. М. Батаев. - СПб. -1991. - с. 194-199.
8. Устинова Е. И. Дифференциальная диагностика туберкулеза глаз / Е. И. Устинова. - Метод. рекомендации. - СПб. - 1994. - 40 с.
9. Елисеева В. И. Туберкулезные заболевания глаз: патогенез клиника, диагностика / В. И. Елисеева, Т. В. Шевнина. - Мед. новости. - 2004. - № 5. - С. 51-55.
10. Батыров Ф. А. Эпидемиология внелегочного туберкулеза / Ф. А. Батыров, В. А. Хоменко, Л. Н. Шмакова. - Проблемы туберкулеза. - 2003. - № 8. - С. 49-50.
11. Нечаева О. Б. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Свердловской области / О. Б. Нечаева, Е. А. Бурылова. - Туберкулез и болезни легких. - 2009. - № 7. - С. 14-19.

Шальмін О. С., Разнатовська О. М., Просветов Ю. В., Гусарова А. Ю., Пригода Т. І. Клініка і діагностика туберкульозного ураження очей

Резюме. У даній статті представлено повну класифікацію туберкульозного ураження очей, особливості клінічних проявів залежно від форми, особливості діагностики даної патології. Описано патоморфоз туберкульозу очей в сучасних умовах.

Ключові слова: туберкульоз очей.