

ОЧНИ ПРОЯВИ ПРИ БЕЛОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Видинова Хр.

Клиника Очни болести, ВМА, София

Голяма част от белодробните болести са със системно засягане и дават прояви в човешкото око. Понякога обаче, връзката е точно обратната, промените в окото могат да са първа проява на все още неразвила се, но сериозна белодробна патология. Ето защо ранното познаване на очните прояви на някои белодробни заболявания е изключително важно както за пулмолога така и за офталмолога. При много заболявания се налага близката кооперация между специалистите от двете специалности, това са интердисциплинарни заболявания. В някои случаи очните прояви се свеждат до засягане на външните обвивки на очната ябълка- конюнктива и склера, докато в други се касае за сериозно заболяване на цялата увея- панувеит, с ангажиране и на ретината- хориоретинит.

Винаги при наличие на белодробни пациенти с по- сериозни заболявания като пневмонии, туберкулоза и саркоидоза е наложително да се сHEME точна офталмологична анамнеза, която включва следните въпроси:

- Има ли промяна в зрението, която се свързва с началото на белодробното страдание
- Зачервени ли са очите
- Има ли секрети
- Появили ли са се оплаквания като парене, усещане за чуждо тяло, глождене в окото
- Има ли дразнене от светлина- фотофобия.
- Има ли болка в очите
- Появили ли са се секрети по клепачите
- Появили ли са се възли, подутини по ириса

- Променил ли се е цвета на ириса.

Наличието на положителен отговор на най-малко 3 от гореспоменатите въпроси е достатъчно да смятаме, че се касае за засягане на очите , свързано с белодробната патология и налага спешна консултация с офталмолог.

Много често възпаленията на ГДП, както и някои видове пневмонии, могат да предизвикат възпаления на конюнктивата и да протекат като остри катарални конюнктивити.

Така например Пневмококовият конюнктивит , се среща най-често през есенно- зимните месеци, свързан с възпалителни прояви на горните дихателни пътища, по рядко пневмонии. Той е с типично епидемично протичане, засягащ цели колективи, особено детски градини и училища. Може да протече като серозен, серозно- гноен или гноен конюнктивит, с наличието на псевдомембрани. Много специфични са петехиалните кръвоизливи по конюнктивата, както и наличието на перилимбови инфилтрати.

Конюнктивитът причинен от *Haemophilus influenzae* също започва с възпаление на горните дихателни пътища. Обикновено на 2-3 ден се развива конюнктивит най-често остър катарален конюнктивит с обилен секрет и фотофобия. В повечето случаи това е бенигно състояние и при навременно лечение преминава за 10 дни. Единствено при малки деца може да протече протрахирано и да се съпровожда с пневмония или менингит.

Фаринго –конюнктивната треска е заболяване причинено от аденовируси тип 3,4,7. Наблюдава се най-често в детски колективи

като малки епидемии. След инкубационен период от 5-6 дни се появява характерната триада: фарингит с възпаление на горните дихателни пътища, конюнктивит и треска. За няколко дни се увеличават преаурикуларните и субмандибуларни лимфни възли. Обикновено започва от едното око, но след 2-3 дни се прехвърля на другото око. Открива се хиперемия на конюнктивата, фоликуларна реакция най-вече на долната тарзална конюнктивна и серозна секреция. Често се усложнява и с повърхностен кератит. Симптомите изчезват след 7 дни.

Много важно при появата на възпаление на конюнктивата да се избягва миенето на очите с чешмяна вода, както и стриктно спазване на лична хигиена, тъй като възпалението бързо и лесно се предава по контактния битов път и могат бързо да бъдат заразени много хора. Препоръчително е секретите да се чистят с физ. разтвор и да се потърси консултация с офталмолог.

Очни прояви при туберкулоза

Очната туберкулоза се проявява в множество и най-различни прояви. Много често, клиничната картина в окото е неясна и наподобява картината причинена от други инфекции, именно затова е важно да се търсят целенасочено и извъночните прояви на туберкулоза и да се работи съвместно с пулмолозите.

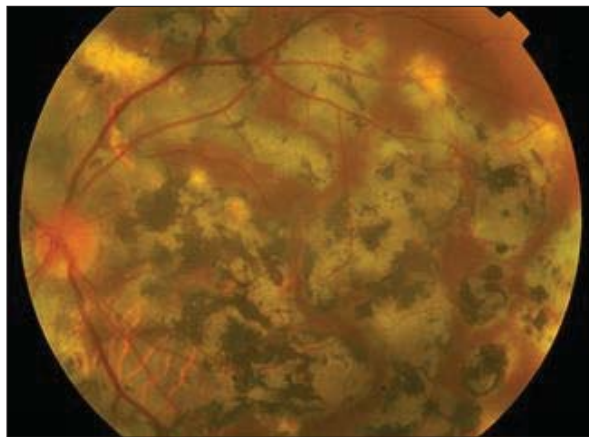
Ако можем да класираме най-честите прояви на туберкулоза в окото (1,2) то те ще се подредят по следния начин 1,2:

- развитие на заден увеит - 50 % от случаите,
- преден увеит - 30 % от случаите,
- интермедиерен увеит - 15 %,
- панувеит - 4%,
- други очни прояви 1%

Предният увеит при туберкулоза се среща в около 30% от случаите. Става дума за типичен грануломатозен увеит (3) с наличието на многобройни възли по повърхността на ириса, най-често по зеничния ръб начин 3. Налице са големи „ тлъсти „ преципитати и бързо развитие на задни синехии. Тези възли се появяват най-напред като малки белезничково сиви мътнинки , които в последствие променят цвета си до жълтеникав и цвета на ириса може да се промени. Те бързо се васкуларизират. Наблюдават се и т.н възли на Берлин (3,4) - които всъщност представляват единични грануломи в основата на ириса, които често се възпаляват и може дори да некротизират 3,4.

Най-честа проява на очната туберкулоза е задния увеит и по-скоро дисеминирания хориоретинит (4,5). 4,5. Той се характеризира с появата на множество хороидални туберкули, резултат на дисеминиране чрез кръвта на туберкулозни бактерии от белодробното огнище. (Фиг.1)

Фиг.1. Дисеминиран хориоретинит при туберкулоза.



Техният брой може да варира от 5- 50 и те са белезникаво сиви с неясни граници, най-често съпроводени с наличие на витрит в стъкловидното тяло.

По рядко очната туберкулоза се проявява със солитарен Хороидален туберкулом.

Той обикновено се появява в макулата или перипапилерно в задния полюс. Туберкуломи-те са сивобелезникави до жълти и представляват голяма безформена маса, която прилича на тумор и даже понякога може да се сбърка с такъв. При провеждане на необходимата противотуберкулозна терапия туберкулът се пигментира, границата става ясна и отчетлива като в крайните етапи се получава атрофичен цикатрикс.

При първичен туберкулозен афект (5) се засягат най-често клепачите, конюнктивата и роговицата⁵. Увреждането на лимба и роговицата във вид на фликтени се свързва с детска туберкулоза. В роговицата може да се развие интестициален кератит като патогномоничен белег е наличието на фотофобия.

Послания за клиничната практика

1. Клиничната картина на първичната туберкулоза е леко изразена като се ограничава с възпаление на клепачите и конюнктивата и може често да се пропусне или обърка с банален конюнктивит.

2. При 50% от случаите на очна туберкулоза се засяга задния сегмент като се развива дисеминиран хориоретинит с множество сиво белезникави туберкули осейващи цялото очно дъно. Много по-рядко се наблюдава единичен туберкул в макулата или перипапилерно. Други прояви на преден увеит, кератит, конюнктивит са възможни но доста по-редки.

Очни прояви на саркоидоза

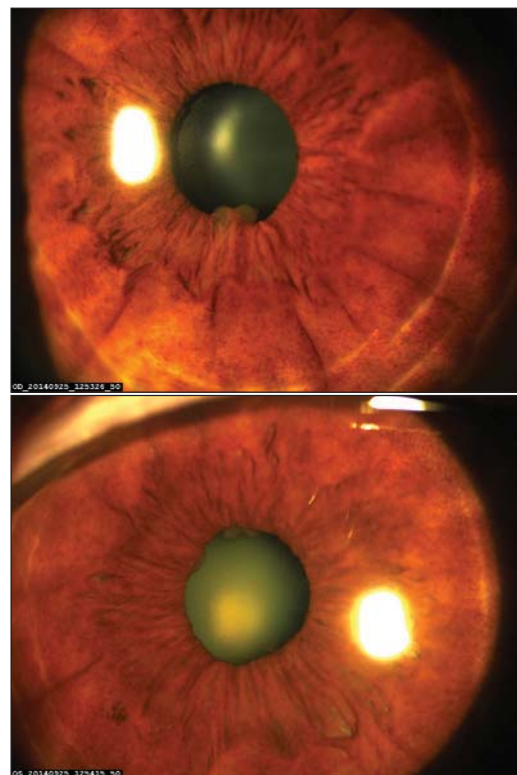
Саркоидозата е често, идеопатично, мулти-системно заболяване, характеризиращо се с

появата на неказеифициращи грануломи (6,7) в белите дробове и други органи^{6,7}. В 30% от случаите на системно засягане се поразяват и очите, като е възможно на фона на една дискретна лезия в белия дроб да имаме разгърнатата картина на очна саркоидоза. Очните прояви са най-често на преден увеит, но могат да се засегнат всички очни структури като се съчетава преден увеит с ретиноваскулит.

Промените в предния сегмент могат да бъдат:

- фоликуларен конюнктивит
- склерални грануломатозни възли, обикновено близо до лимба
- грануломатозни възли в основата на ириса- възли на Коерре- Busacca (Фиг.2)

Фиг.2 А. Възли на Busacca по ръба на ириса. В. Грануломатозни възли по зеничния ръб и стромата на ириса.



- хроничен иридоциклит в 60% от случаите обикновено при по-възрастни хора. Той се характеризира с билатерално протичане, праховидни до едри преципитати и бързо синехиране на зеницата.

В 25% от случаите се развива картината на заден увеит в съчетание с преден увеит. Като промените в задния полюс са свързани с наличието на периваскуларни грануломи (8,9), които често са с добре очертани пигментирани граници^{8,9} В последствие се развива васкулит с маншонирани на съдовете, перифлебит, хемирагии и венозни оклузии. Най-тежките форми на очна саркоидоза се наричат саркоидозна ретинопатия и се изразяват с излив във стъкловидното тяло, перифлебит на съдовете, ретинни грануломи по целия заден полюс и ретинални кръвоизливи.

Грануломите могат да засегнат и папилата и да предизвикат промени в нейния вид, но без да засягат зрителната острота. Често усложнение на васкулита поради облитерацията на съдовете на ретината е развитието на неосъдове и изразени рецидивиращи хемофтальми.

Послания за клиничната практика

1. Очната саркоидоза се проявява в 30% от случаите, най-често като преден увеит, с наличието на преципитати в предна камера, синехиране на зеницата и поява на типичните възли на Busacca.

2. В 25% от случаите саркоидозата засяга и задния очен сегмент с появата на ретинни грануломи и облитериращ васкулит, който често се усложнява с неоваскуларизация и хемофтальми. Прогнозата в тези случаи е лоша.

Книгопис

1. Bouza E, Merino P, Munoz P, et al (1997). *Ocular tuberculosis: a prospective study in a general hospital. Medicine (Baltimore); 76:53-61.*

2. Cassoux N, Charlotte F, Rao NA, et al (2005). *Endoretinal biopsy in establishing the diagnosis of uveitis: a clinicopathologic report of three cases. Ocul Immunol Inflamm; 13:79-83.*

3. Cangemi FE, Friedman AH, Josephberg R (1980). *Tuberculoma of the choroid. Ophthalmology; 87:252-8.*

4. Centers for Disease Control (2003). *Treatment of Tuberculosis American Thoracic Society, CDC, and Infectious Diseases Society of America. MMWR Morb Mortal Wkly Rep; 52:RR1.*

5. Centers for Disease Control and Prevention (1994). *Epidemiologic notes and reports, expanded tuberculosis surveillance and tuberculosis morbidity—United States (1993). MMWR Morb Mortal Wkly Rep; 43:361-6.*

6. Demeter SL. *Myocardial sarcoidosis unresponsive to steroids. Treatment with cyclophosphamide. Chest. 1988 Jul. 94(1):202-3.*

7. Yee AM, Pochapin MB. *Treatment of complicated sarcoidosis with infliximab anti-tumor necrosis factor-alpha therapy. Ann Intern Med. 2001 Jul 3. 135(1):27-31.*

8. Muller-Quernheim J, Kienast K, Held M, et al. *Treatment of chronic sarcoidosis with an azathioprine/prednisolone regimen. Eur Respir J. 1999 Nov. 14(5):1117-22.*

9. York EL, Kovithavongs T, Man SF, et al. *Cyclosporine and chronic sarcoidosis. Chest. 1990 Oct. 98(4):1026-9.*

ТЕСТ

Въпроси към очни прояви при белодробни заболявания

- 1. Конюнктивитът причинен от Haemophilus influenzae e:**
А. Остър катарален конюнктивит с обилен секрет и фотофобия.
В. Хроничен мукопуролентен конюнктивит.
С. Остър мукопуролентен конюнктивит.
Д. Развива се заедно с пневмония при деца.
- 2. Фаринго –конюнктивната треска е заболяване:**
А. Причинява се от аденовируси тип 3,4,7.
В. Появява се най-често в детски колективи като малки епидемии
С. Характеризира се с триада: фарингит с възпаление на горните дихателни пътища, конюнктивит и треска.
Д. Всичко гореизброено.
- 3. Най –характерното за фаринго-конюнктивалната треска е:**
А. Високата температура.
В. Силно зачервяване на очите.
С. Увеличаване на периаурикуларните лимфни възли.
Д. Фотофобия.
- 4. Най-честата проява на очна туберкулоза -50% от случаите е:**
А. Интермедиерен увеит.
В. Преден увеит.
С. Развитие на заден увеит.
- 5. Предният увеит при туберкулоза е:**
А. Грануломатозен увеит.
В. Появяват се праховидни преципитати по роговицата.
С. Налице са различни по големина възли по ириса и по ирисовия ръб.
- 6. Кое не е вярно за възлите на Берлин:**
А. Представяват единични грануломи в основата на ириса.
В. Често некротизират.
С. Никога не се васкуларизират
- 7. Туберкулозният заден увеит се характеризира най-често с:**
А. Дисеминиран хориоретинит.
В. Солитарни туберкуломи в задния полюс.
- 8. Кое от изброените не е характерно за очна саркоидоза:**
А. фоликуларен конюнктивит.
В. възлите на Kӧppe и Busaca.
С. Лините на Voggt.
Д. Склерални възли.

Отговори:

- | | | |
|---------|----|------|
| 1. А, Д | 4. | С |
| 2. Д | 5. | А, С |
| 3. С | 6. | С. |
| | 7. | А. |
| | 8. | С. |