

На сегодняшний день излишне говорить об актуальности сифилиса для врача любой специальности. Клинические наблюдения говорят о широкой распространенности заболевания [10, 12], не исключением является и орган зрения, поражения которого все чаще выявляются у больных с различными проявлениями сифилиса [1, 3]. Несмотря на то, что в процесс могут вовлекаться все отделы зрительного анализатора [6], самым доступным для исследования является передний отрезок глазного яблока, в связи с чем наиболее часто выявляемым поражением органа зрения при сифилисе является воспалительная патология, о чем свидетельствуют многочисленные зарубежные и российские публикации последних лет [4,5,7,8, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18]. Поводом для обследования, как правило, являются те или иные жалобы больных на снижение зрения. Рост атипичных форм заболевания приводит к тому, что поражение глаз нередко является его дебютным проявлением и диагноз сифилиса впервые ставится окулистом [12,13]. В случаях своевременной постановки диагноза, на фоне специфической терапии, как правило, удается достичь положительной динамики и даже в отдельных ситуациях восстановить зрение полностью [1, 2, 3,4,8].

Наблюдения показывают, что офтальмологические проявления сифилиса наиболее часто являются ведущими при вторичных и скрытых формах заболевания [12, 13], в связи с чем задачей настоящего исследования явилось выявить при комплексном офтальмологическом обследовании, какие отделы зрительного анализатора в первую очередь вовлекаются в процесс при данных формах сифилиса.

Обследовано 11 больных мужского и женского пола в возрасте от 21 до 51 года без черепно-мозговых травм и тяжелых сопутствующих заболеваний в анамнезе до получения ими полного курса специфической терапии. Из них пяти выставлен диагноз: сифилис ранний скрытый, двоим - сифилис поздний скрытый, троим - вторичный рецидивный сифилис, и у одного человека выявлен серорезистентный сифилис.

Методы обследования

Помимо жалоб, сбора анамнеза, проверки остроты зрения и объективного осмотра проводили следующие функциональные исследования:

1. Определение полей зрения (объект 3 мм) на белый, красный и зеленый цвета.

Изменения в поле зрения при сифилисе выявляются прежде всего на красный и зеленый цвет, затем по мере прогрессирования заболевания и вовлечения в процесс более высоких отделов зрительного анализатора могут обнаруживаться концентрические сужения, скотомы, гемианопсии на белый цвет. Последние характерны для поздних форм заболевания, при которых имеет место генерализация процесса.

2. Офтальмоскопия.

Осмотр глазного дна осуществлялся с помощью прямой офтальмоскопии. Метод позволяет выявлять:

- воспалительные заболевания глаза (хориоретинит, ретинохориоидит, нейроретинит, панuveит, неврит диска зрительного нерва (ДЗН), васкулит), которые могут развиваться при сифилисе;
- специфические изменения дистрофического характера, патогномоничные для сифилиса;
- изменения сосудов сетчатки и ДЗН, позволяющие косвенно судить о наличии специфического процесса в головном мозгу.

Р,

3. Визоконтрастометрия.

Способ исследования восприятия различных пространственных частот, согласованных с передаточными характеристиками зрения. Характеризует такую функцию зрительного анализатора, как пространственная контрастная чувствительность, снижение которой в диапазоне высоких, средних или низких пространственных частот происходит при поражении соответствующих им каналов контрастной чувствительности от сетчатки до последующих проводящих путей и проекционных зон мозга. Состоит в фиксации порогового уровня восприятия контраста по различным частотным стимулам (решеткам), выраженным в процентах сохранности зрительных функций по отношению к условно принятой норме (100%). Достоинством данной методики является то, что она позволяет оценить не только локализацию, но и степень патологического процесса сетчатки, зрительного тракта и соответствующих проекционных зон в коре головного мозга.

4. Электрофизиологические исследования (ЭФИ):

Лабильность зрительного нерва и критическая частота слияния мельканий (КЧСМ).

Электрическая чувствительность зрительного анализатора оценивается по пороговому электрическому току, вызывающему появление световых мельканий в глазу (электрофосфен). Принято считать, что она характеризует состояние биполярных и ганглиозных клеток, аксоны которых участвуют в формировании зрительного нерва и далее зрительного тракта до соответствующих проекционных зон в коре головного мозга.

Показатель лабильности является частотной характеристикой при оценке функционального состояния зрительного нерва.

Критическая частота слияния мельканий характеризует состояние аксиального пучка зрительного нерва.

Перечисленные показатели достаточно информативны, так как претерпевают определенные изменения при атрофиях зрительного нерва различного генеза, травмах глаза различной степени, невритах различной этиологии и пр.

Электроретинография (ЭРГ) представляет собой графическое отображение изменений биоэлектрической активности клеточных элементов сетчатки в ответ на световое раздражение. Результат регистрируется на электроэнцефалографе в виде графической кривой, содержащей волны «а» и «в». Считается, что волна «а» является ответом макулярной области сетчатки, состоящей из колбочек, волна «в» - ответ периферических отделов, представленных в основном палочками. Метод используют для количественной оценки функционального состояния нейронов сетчатки, более точного определения локализации патологического процесса.

Зрительные вызванные корковые потенциалы (ЗВКП) на реверсивный шахматный паттерн.

Зрительные вызванные корковые потенциалы представляют собой суммарный ответ больших популяций нейронов коры на приходящий к ним синхронный поток импульсов, возникающий под воздействием афферентного раздражителя. Метод широко используется в офтальмологии, нейроофтальмологии, неврологии, нейрофизиологии для оценки функционального состояния и степени сохранности зрительных путей, для локализации уровня патологического процесса, оценки развития зрительной системы. ЗВКП дополняют данные ЭРГ, в клинкофизиологических исследованиях наиболее широко используют метод регистрации физического ЗВКП на реверсию шахматных паттернов. Основное преимущество ЗВКП этого типа по сравнению с другими состоит в большей стабильности компонентного состава и временных характеристик в норме, лучшей воспроизводимости, чем ответы на вспышечный паттерн, меньшей межиндивидуальной вариабельности и большей чувствительности к патологическим изменениям в зрительной системе.

Были получены следующие результаты.

Жалоб на снижение зрения в течение всего предполагаемого периода заболевания не отмечал ни один человек, острота зрения 1,0. Объективно: глаза спокойные, среды прозрачные, нарушения контрастной чувствительности не выявлено, на глазном дне специфических изменений не отмечено.

В группе больных ранним скрытым сифилисом у 4 из 5 человек отмечено сужение полей зрения на красный и зеленый цвета и их асимметрия на правый и левый глаз. На белый цвет поля зрения сохранены в пределах нормы. В этой же группе больных у 3 человек была незначительно снижена лабильность зрительного нерва, причем это те же больные, у которых отмечено сужение и асимметрия полей зрения. У 2 человек лабильность сохранена в пределах нормы. Незначительное снижение показателей ЭРГ отмечено на оба глаза у 2 человек, на один глаз - у 3. Вызванные зрительные потенциалы показали легкие диффузные нарушения проведения зрительной афферентации с повышением латентности очаговых пиков у 3 человек.

У двух больных поздним скрытым сифилисом наблюдались следующие изменения. Сужение полей зрения на красный и зеленый цвета в одном случае одинаково на оба глаза, во втором с преобладанием сужения на один глаз, лабильность сохранена нормальной, ЭРГ в одном случае снижена только на один глаз, в другом отмечена гипо- и гиперЭРГ на правом и левом глазах. Изменения на ЗВКП практически идентичны предыдущим (ранний скрытый сифилис) в обоих случаях.

В группе больных вторичным рецидивным сифилисом отмечены следующие результаты: поля зрения без изменений, показатели лабильности несколько ниже либо выше нормы, ЭРГ без изменений, на ЗВКП отклонения от нормы у 2 человек

У больного серорезистентным сифилисом на ЗВКП отмечены признаки нарушения проведения на постхиазмальном уровне зрительного пути левого полушария, остальные показатели в норме. Таким образом, из полученных результатов видно, что у больных вторичными и скрытыми формами сифилиса при отсутствии жалоб на фоне нормальной объективной картины основными нарушениями являются изменения полей зрения на красный и зеленый цвета, а также невыраженные отклонения электрофизиологических показателей, что свидетельствует о вовлечении в процесс высших отделов зрительного анализатора на данных этапах заболевания. В связи с этим представляется целесообразным включать в группу риска по заболеванию органа зрения больных вторичной, скрытой и серорезистентной формами сифилиса и рекомендовать их к более детальному офтальмологическому обследованию с контролем в динамике.