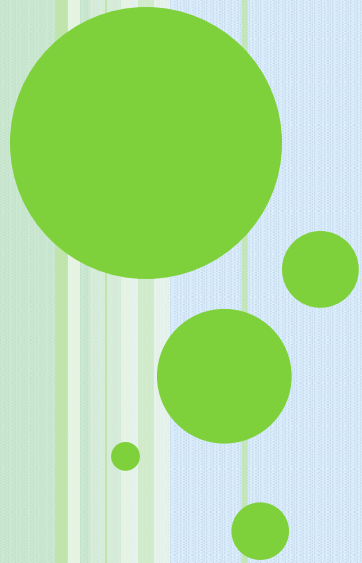


# ГИСТОПЛАЗМОЗ.



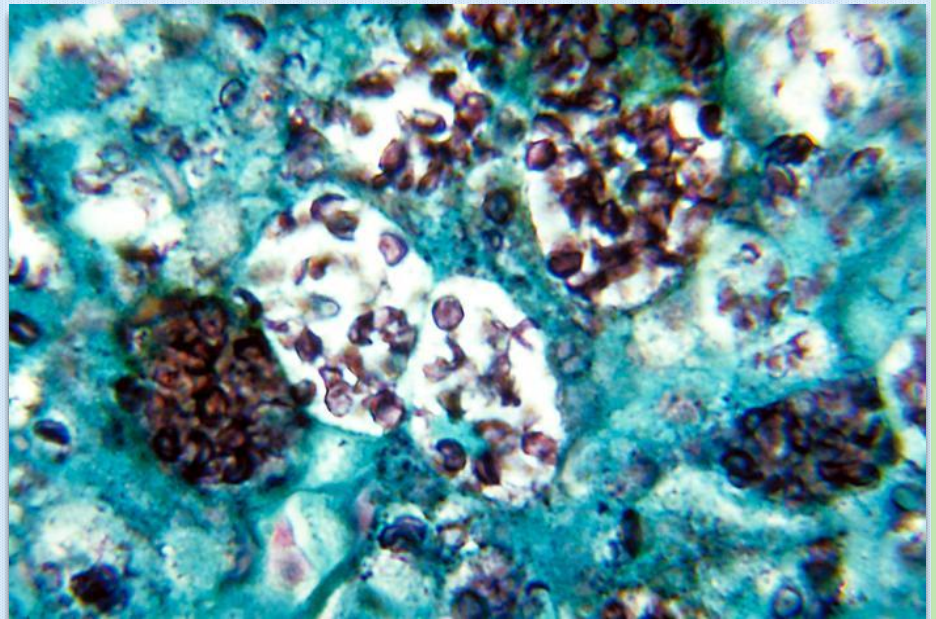
**Выполнила: инт. Саломатина А.Н.**

## ГИСТОПЛАЗМОЗ (РЕТИКУЛОЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ ЦИТОМИКОЗ, БОЛЕЗНЬ ДАРЛИНГА).

- Возбудитель болезни - *Histoplasma capsulatum* - относится к двухфазным, или диморфным, грибам.

*H. capsulatum* хорошо растет на различных питательных средах, при рН 5,5-6,5. Строгий аэроб.

- Клетки *H. capsulatum* обладают слабыми антигенными свойствами, которые связаны с полисахаридным компонентом. Факторами патогенности гриба являются некоторые гидролазы и полисахариды клеточных стенок. Гистоплазмин - аллерген является гликопротеином.



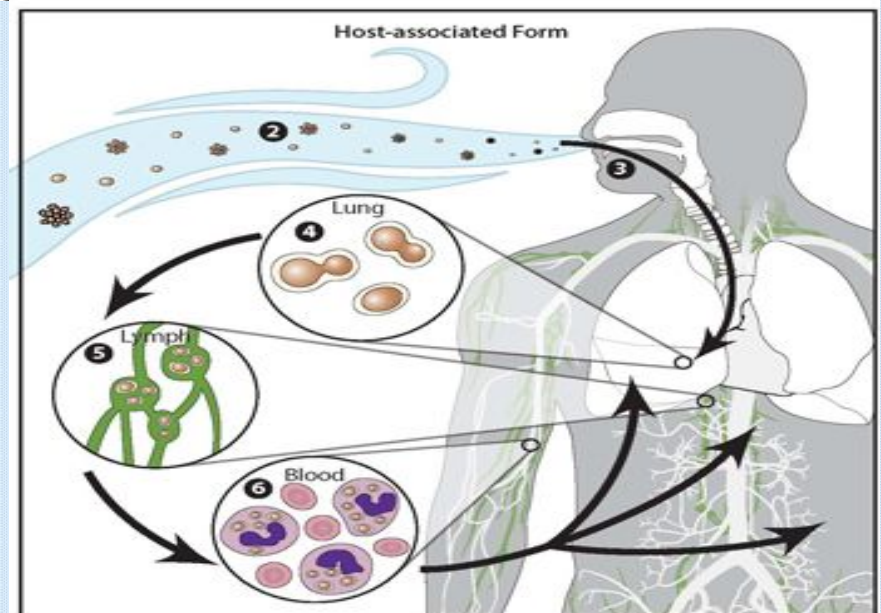
## РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ:

- Гистоплазмоз - природно-очаговая болезнь. В виде спорадических случаев распространён в станах всех континентов.
- Эндемичен – в США, Канаде, странах Южной Америки, странах Африки. В США инфицированы около 40 млн. человек и ежегодно заболевают около полумиллиона человек.
- Возраст больных преимущественно 20-50 лет.

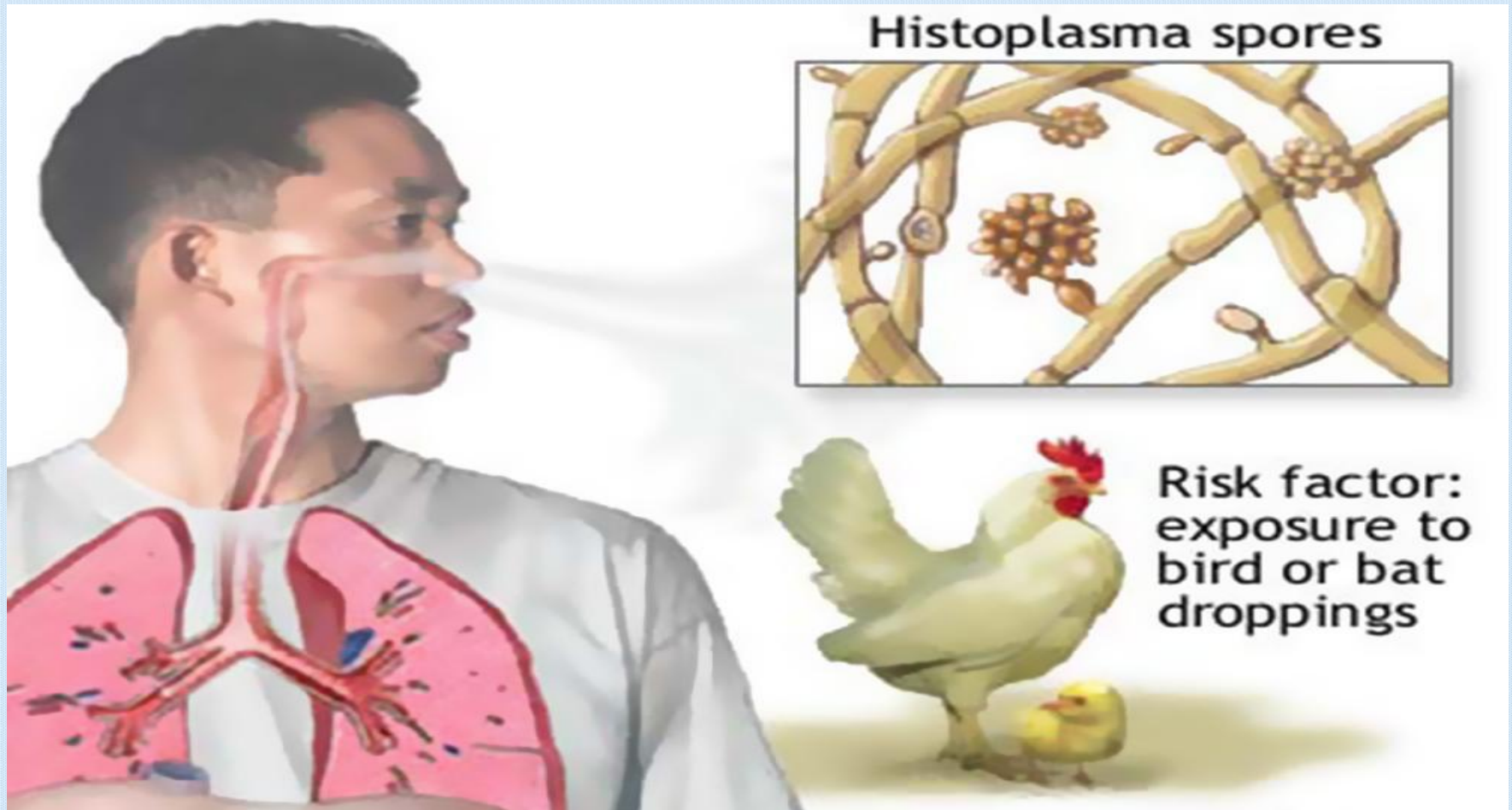


# МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ГИСТОПЛАЗМОЗА:

*H. capsulatum* растет в почве и в материалах, загрязнённых птицами или летучими мышами пометом (гуано). Гриб был найден в помете домашних птиц, пещерах, областях обитания летучих мышей и на птичьих насестах (особенно в скворечниках). Гриб подвергается термическим диморфизмам: в среде он растет, как коричневатый мицелий, а при температуре тела ( $37^{\circ}\text{C}$  в организме человека) он превращается в дрожжи.



**При вдыхании споры гриба попадают в альвеолярные пространства, прорастают, а затем превращаются в дрожжевые клетки. Гистоплазмоз не заразен, но заболевание может развиваться вследствие вдыхания спор с почвы.**



□ У лиц, перенёсших  
гистоплазмоз,  
обычно развивается  
длительный  
иммунитет.



# ГИСТОПЛАЗМОЗ



**ПЕРВИЧНЫЙ**  
гистоплазмоз  
лёгких

**ВТОРИЧНЫЙ**  
диссеминированный  
гистоплазмоз



## ПЕРВИЧНЫЙ ГИСТОПЛАЗМОЗ ЛЁГКИХ.

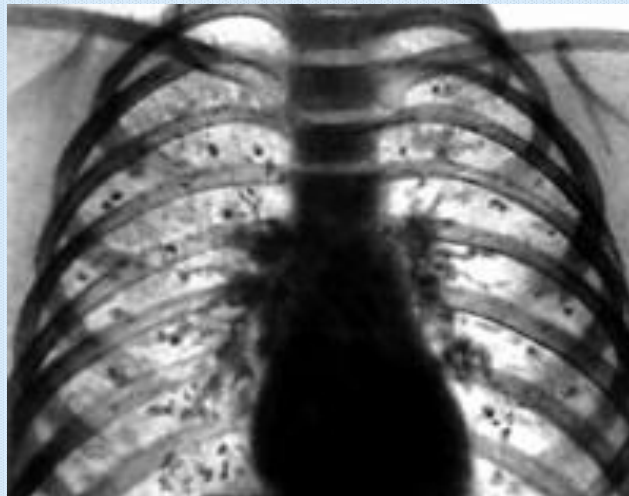
- ▣ **Доброкачественная и часто встречающаяся форма заболевания. В лёгких случаях: катар ВДП, головная боль. При более тяжёлом течении возникает лихорадка ремиттирующего типа, озноб, кашель с гнойной мокротой и кровью.**





## **ПЕРВИЧНЫЙ** ГИСТОПЛАЗМОЗ ЛЁГКИХ.

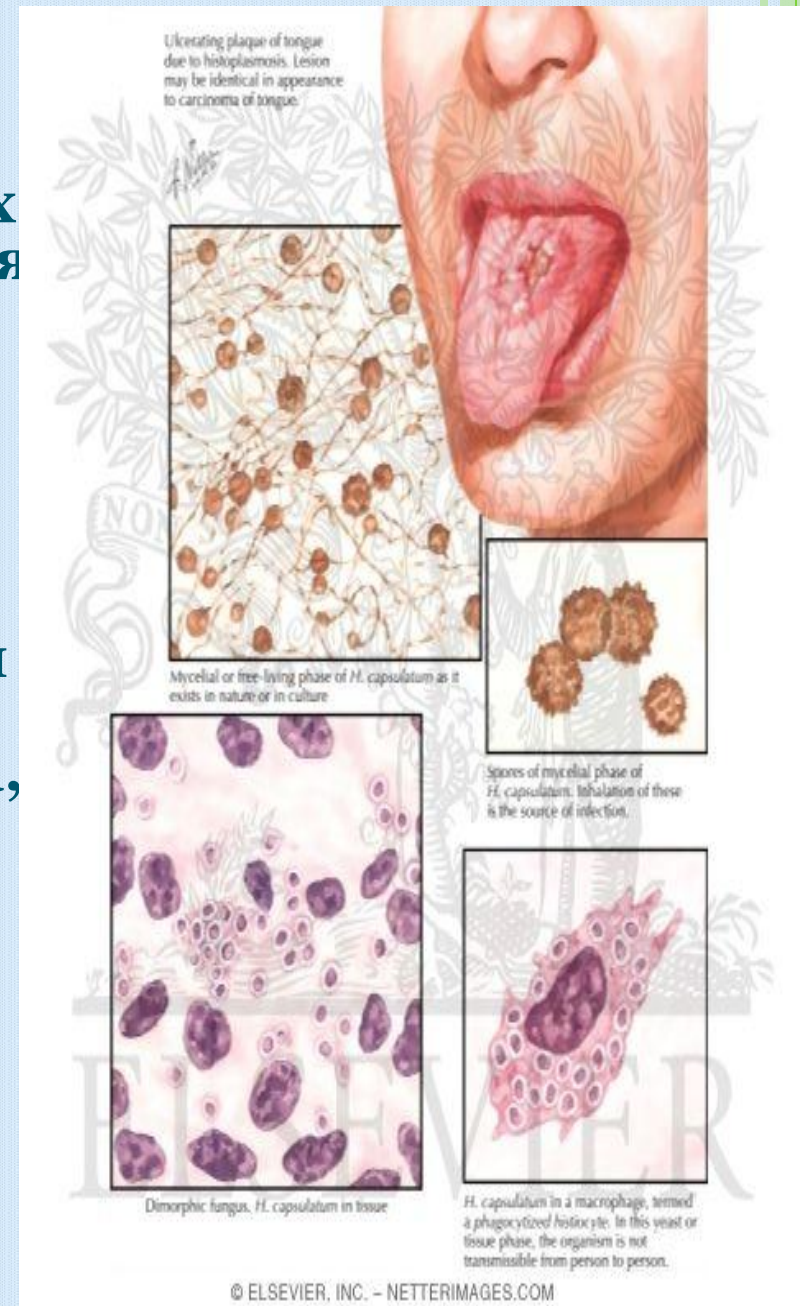
- В лёгких: одиночные или множественные инфильтраты по типу бронхопневмонии или лобулярной пневмонии с региональной лимфаденопатией. Болезнь длится несколько недель или месяцев. Возможен переход в хроническую форму с ремиссиями и обострениями. В лёгких образуются инфильтраты, тонкостенные кистообразные полости, очаги фиброза, кальцинаты.



# ВТОРИЧНЫЙ ДИССЕМНИРОВАННЫЙ

## ГИСТОПЛАЗМОЗ.

- Тяжёлая, часто смертельная (особенно у детей и пожилых людей), редко встречающаяся форма заболевания. Острая стадия его характеризуется высокой лихорадкой с изнурительным потоотделением, адинамией, абсцедирующими инфильтратами в подкожной клетчатке, язвенным поражением кожи лица, носа, наружных половых органов, слизистых оболочек рта, глотки, тонкого кишечника. Часто поражается костный мозг, надпочечники. Возможны осложнения: менингит, энцефалит, эндокардит.



□ Морфологически  
гистоплазмоз  
сходен с  
туберкулёзом.



## Офтальмопатология при гистоплазмозе:

- Офтальмопатология при диссеминированном прогрессирующем гистоплазмозе обусловлена развивающимся двусторонним хориоретинитом.
- Наиболее существенной причиной снижения центрального зрения является неоваскулярная хориоретинопатия, в виде серо-зеленой заплаты под сетчаткой.
- При ФАГ определяется субретинальная неоваскуляризация.
- Течение синдрома гистоплазмоза глаза может быть бессимптомным или сопровождаться ухудшением зрения или искажением образов, с появлением плавающих помутнений перед глазами или без них.
- К другим симптомам относятся линейные полосы хориоретинальной атрофии на периферии глазного дна.



## □ Классическая триада синдрома глазного гистоплазмоза:

желтовато-белые круглые пятна диаметром до 1 мм, расположенные глубоко в сетчатке в любом месте глазного дна (хориоретинальные рубцы - "гистопятна")

Хориоидальная неоваскуляризация мембраны макулы в виде серо-зеленой заплаты под сетчаткой, сочетающаяся с отслоением сенсорной сетчатки.

перипапиллярная хориоретинальная атрофия.

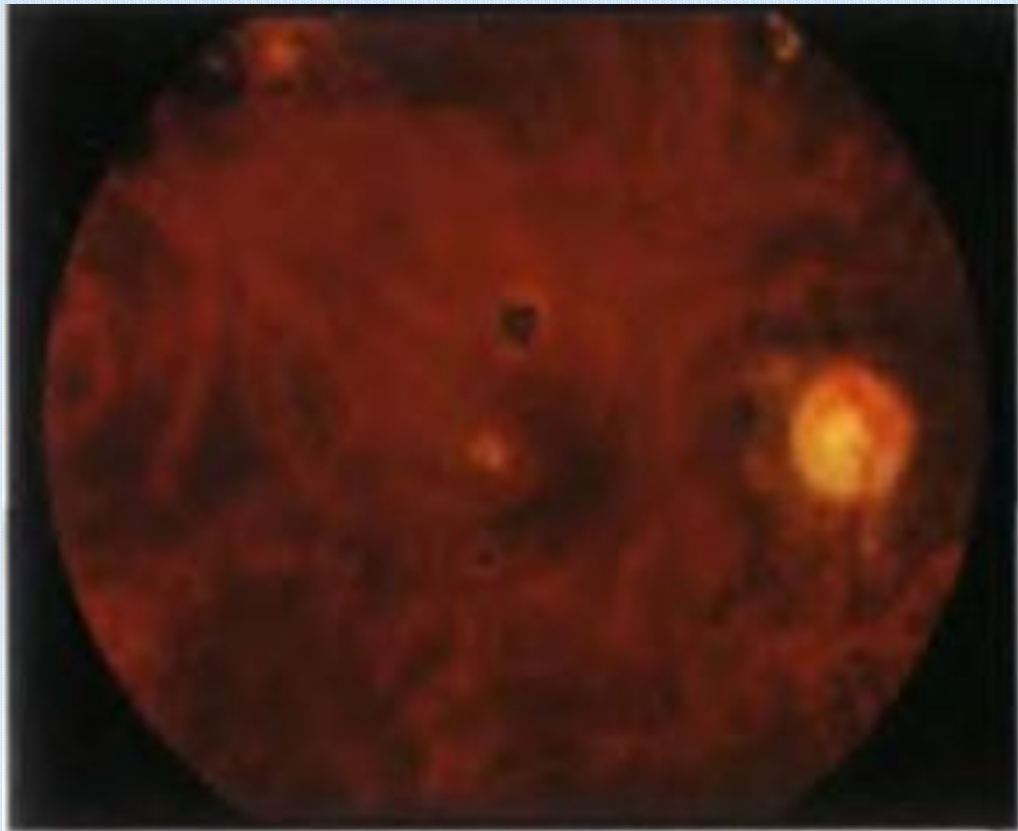


- Наличие двух признаков в соответствующей клинической ситуации даёт основание для постановки диагноза синдрома предположительного глазного гистоплазмоза.



- Важные клинические признаки: На глазном дне определяют множественные, мелкие желтоватые хориоретинальные очаги, как правило, размером менее 1 мм, собранные в заднем полюсе, часто с пигментными изменениями. Хронические, неактивные очаги пигментируются и имеют атрофический вид.



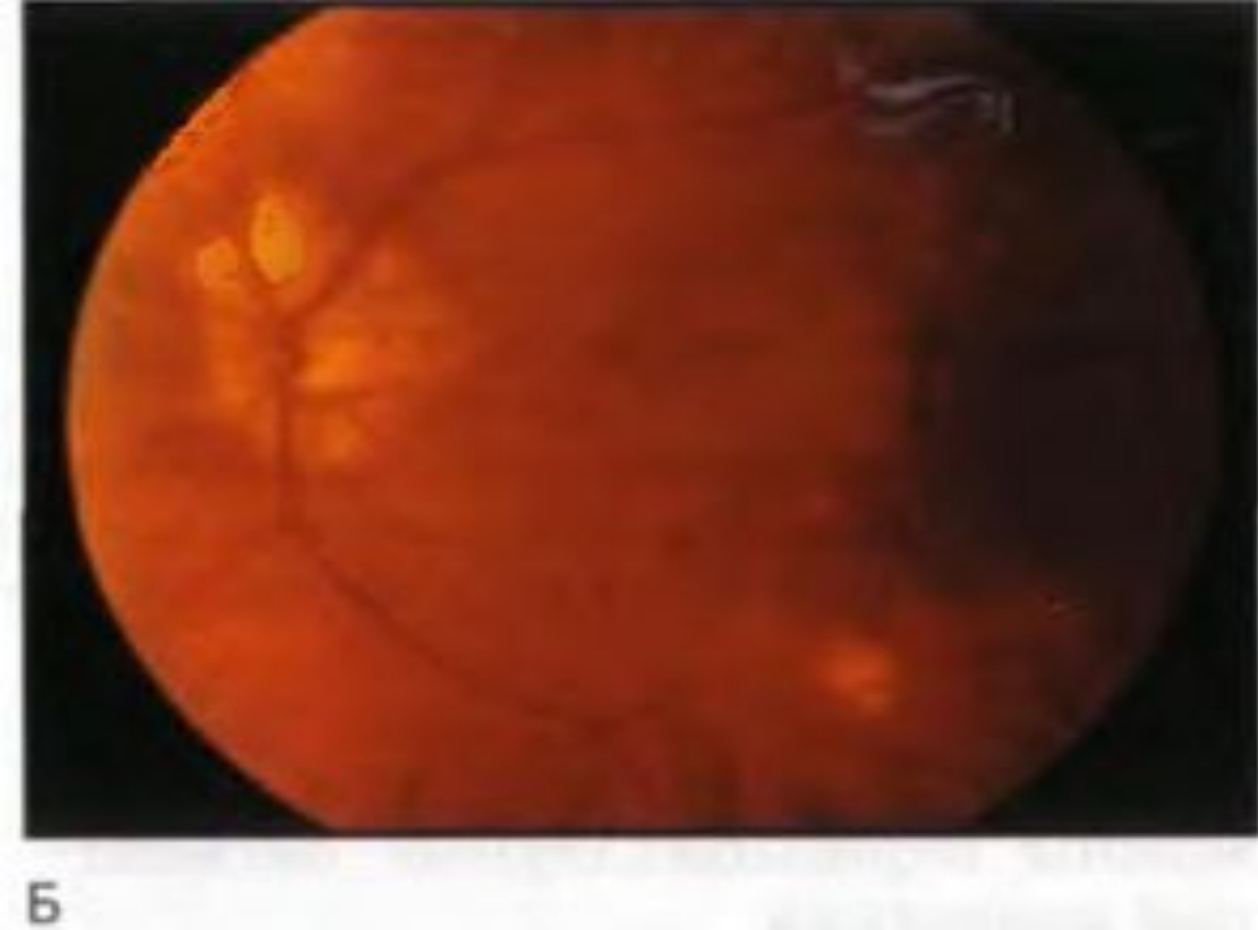


A

**А. Синдром  
предположительного  
глазного гистоплазмоза:  
перипапиллярные  
пигментные изменения и  
пигментированные  
«гистопятна» в макуле.**

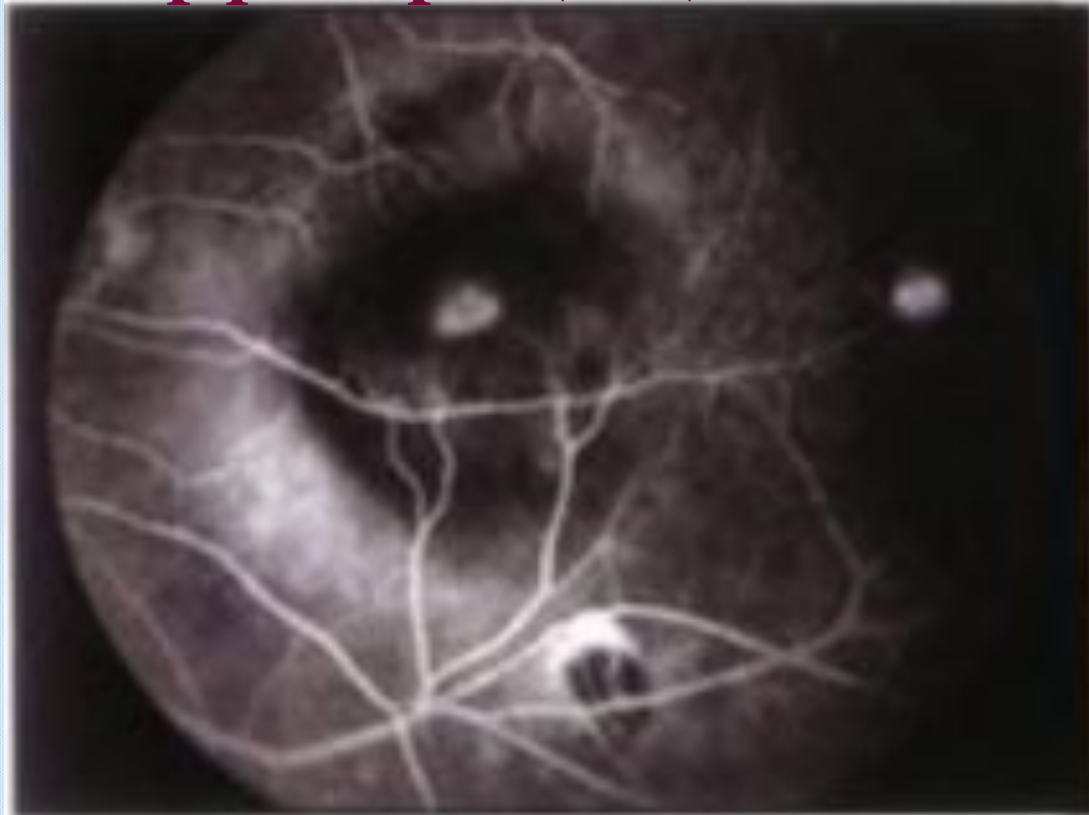


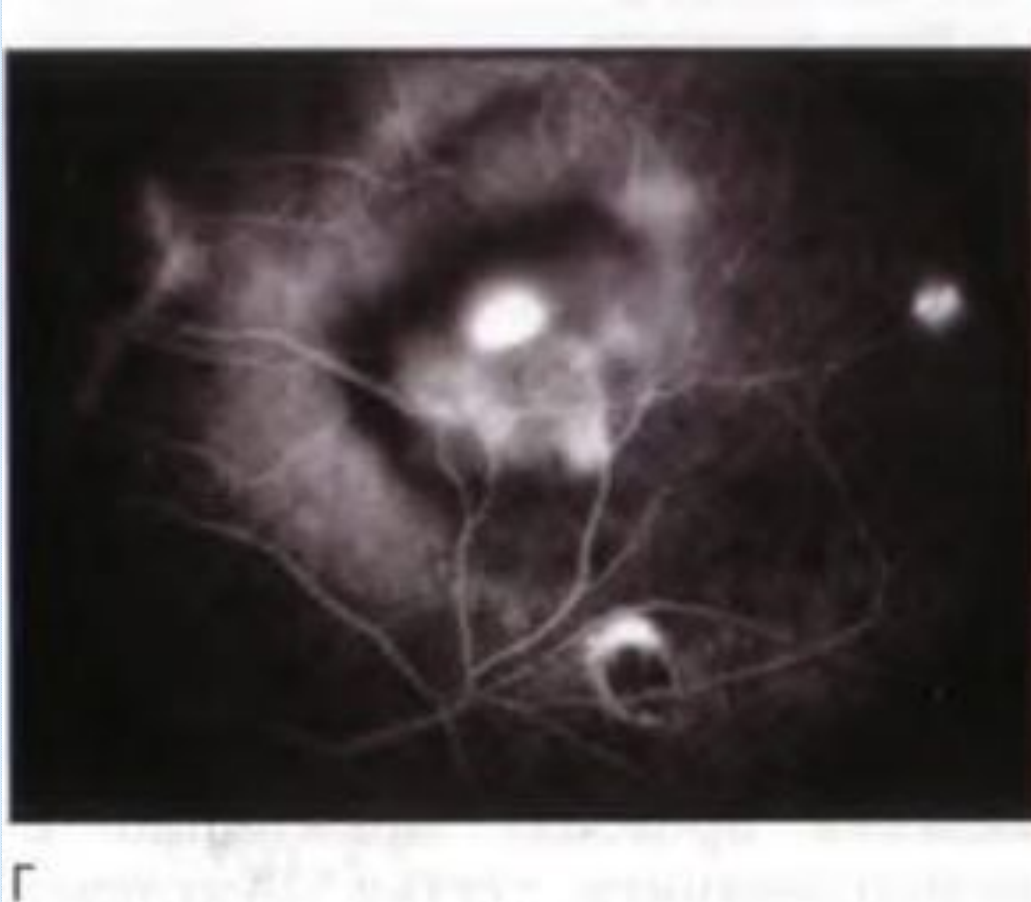




**Б. Синдром предположительного глазного гистоплазмоза: у пациента с внезапной потерей зрения обнаруживаются субмакулярная жидкость и пигментированная мембрана хориоидальной неоваскуляризации около небольшого «гистопятна» книзу от центральной ямки.**

**В. Синдром предположительного глазного гистоплазмоза: на флюоресцентной ангиограмме видна субфовеальная хориоидальная неоваскуляризация и окружающая её зона гипофлюоресценции. «Гистопятна» демонстрируют «оконную» гиперфлюоресценцию.**





**Г. Синдром  
предположительного  
глазного гистоплазмоза:  
в позднюю фазу  
флюоросцентной  
ангиографии наблюдают  
просачивание красителя  
из хориоидальной  
неоваскуляризации.**



- Наиболее существенной причиной снижения центрального зрения является неоваскулярная хориоретинопатия.



## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА:

- Необходимо исключить мультифокальный хориоидит и другие панuveиты, такие как саркоидозный, туберкулёзный, сифилитический, а также «синдромы белых точек». При миопической дегенерации также возможны перипапиллярные пигментные изменения.
  
- Дифференцировать активные очаги и хориоидальную неоваскуляризацию помогает флюоресцентная ангиография.



## ОБЩАЯ ТЕРАПИЯ:

- Больные лёгкой и среднетяжёлой формами гистоплазмоза не нуждаются в назначении противомикозных (довольно токсичных) препаратов. Можно ограничиться лечебным режимом, полноценным питанием и симптоматической терапией. Назначают антигистаминные препараты, витамины и другие патогенетические средства.
- При лечении гистоплазмоза применяют азоловые препараты (кетоконазол, итраконазол) либо амфотерицин .
- Кетоконазол Препарат можно использовать при лечении гистоплазмоза у ВИЧ-инфицированных изолированно или в сочетании с амфотерицином В. Из других препаратов, которые используют при терапии ВИЧ-инфицированных, — флуконазол (flucanazole), который назначают по 50-100 мг в день.
- При бессимптомных формах гистоплазмоза этиотропную терапию не проводят.



## МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ:

- *При гистоплазмозе глаз показаны местное применение кортикостероидных препаратов, десенсибилизирующая терапия с помощью гистоплазмина.*
- *при экстрафовеальной хориоидальной неоваскуляризации применяют лазерную фотокоагуляцию.*
- *Пациентам с субфовеальной хориоидальной неоваскуляризацией проводят фотодинамическую терапию или операцию по удалению субмакулярной мембраны.*



## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ:

- ▣ *Лечение следует провести в первые **72** часа с момента подтверждения наличия ХНВМ при ФА. Все больные должны пользоваться решеткой Амслера при ежедневном самообследовании. Они должны быть проинформированы о необходимости обратиться к врачу при внезапных изменениях зрения. Больных, прошедших лечение, следует повторно осмотреть через 2-3 недели, 4-6 недель, 3 месяца, 6 месяцев после проведенного лечения и затем - через каждые 6 месяцев. При каждом осмотре нужно провести обследование макулярной области. ФА повторяют через 2-3 недели после лечения и при подозрении на образование неоваскуляризации.*





## ПРОГНОЗ:

- При остром гистоплазмозе лёгких прогноз благоприятный, лишь при относительно редко встречающихся тяжёлых формах процесс может переходить в хронический и давать рецидивы. При хроническом лёгочном гистоплазмозе летальность достигала 60 % (без лечения противомикозными антибиотиками). Гистоплазмоз у ВИЧ-инфицированных протекает тяжело и даже при лечении обычно заканчивается гибелью больного.
  
- Прогноз для сохранности зрения зависит от сохранности макулы и наличия хориоидальной неоваскуляризации.



□ Спасибо за  
внимание!

