

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
ГБОУ ВПО КрасГМУ им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России



Кафедра офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А.Дмитриева

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Козина Е.В.

РЕФЕРАТ

Офтальмоонкология. Слепота.

Выполнил: клинический ординатор Торопов А.В.
Проверила: д.м.н., доцент Козина Е.В.

Красноярск
2019

Содержание

1. Введение
2. Типы онкозаболеваний органа зрения и придаточного аппарата
3. Классификация слепоты

На долю онкологических заболеваний приходится около 1.5% всех заболеваний.

98% - доброкачественные опухоли. Вид, течение, прогноз зависит от генеза, из какой ткани образуются.

1. Эпителиальные:

- папилломы
- бородавки
- аденомы желез (сальных, потовых, мейбониевых)

2. Мезодермальные

- фибромы
- липомы
- гемангиомы (70% всех новообразований на поверхности лица)

3. Нейрогенные

- нейрофибромы
- невусы (родимые пятна)

В случае травматизации, кровотечения, бурного экзофитного роста , болезненных ощущений все доброкачественные опухоли подлежат иссечению или коагуляции.

Злокачественные опухоли переднего отрезка глаза.

Базально-клеточный рак (базалиома). Плоскоклеточный рак (узловые, язвенные формы). Аденокарцинома (чаще встречается у мужчин зрелого и пожилого возраста, по клинике напоминают халазион). Все злокачественные опухоли подлежат рентгенотерапии и криодеструкции. В целом, учитывая обильное кровоснабжение тканей лица, орбиты строение сосудистой оболочки глаза, близость к мозговым структурам, а также учитывая, что метастазирование при опухолях придаточного аппарата глаза достаточно раннее, в конце хирургического иссечения любой опухоли все необходимо отправлять на гистологическое исследование.

Из-за особенностей строения роговицы, склеры, фиброзной оболочки глаз офтальмонкологических проявлений со стороны фиброзной оболочки глаза практически не встречается.

Опухоли внутренней оболочки глаза

1. Опухоли сосудистой оболочки (uveального тракта). Доброкачественные встречаются не часто. Злокачественные: меланома. Предрасполагающим фактором прогрессирования меланомы является травма. Активность опухоли наблюдается в трех периодах жизни: периоде полового созревания, периоде беременности, климактерическом периоде.

Меланома радужки чаще у пациентов старшего возраста , в нижних отделах. Выглядит в виде темно-коричневого, красно-кирпичного цвета образования. При боковом объективном обследовании всегда заметна плюс ткань, выпячивание. Характеризуется нечеткими границами. Достоверный признак злокачественности - дислокация зрачка в сторону опухоли.

Меланома цилиарного тела - рано наступает паралич сфинктера и отмечается анизокория. Через широкий зрачок при обычном исследовании видна за плоскостью

зрачка темно-коричневая бугристая масса, которая куполом проминирует в стекловидное тело. Рост в сторону хрусталика, смещение его бывает редко. Чаще всего приводит к нарушению питания сектора хрусталика - развивается секторная катаракта.

Меланома сосудистой оболочки (чаще). Недалеко от диска зрительного нерва. Темно-коричневого цвета с аспидным оттенком. Опухоль проминирующая в стекловидную полость. Характерен чашеобразный рост. У больных появляется положительная темная скотома. Наиболее эффективным методом борьбы с опухолью является не органосохраняющая операция, а энуклеация глазного яблока.

Прогноз при меланоме неблагоприятный. 65% пациентов, не смотря на проведенную радикальную операцию гибнут в ближайший год. Высокая летальность связана с гематогенным метастазированием в кости черепа, головной мозг, печень, легкие.

Выживаемость, даже при ранней энуклеации, редко превышает 5-7 лет.

Ретинобластома. Диагностируется на первом году жизни. В 25% случаев поражает оба глаза. Доказана наследственная роль в развитии этой опухоли с доминантным характером. характеризуется очень быстрым прогрессированием с обильной пролиферацией, некротическими изменениями. За несколько месяцев роста начинает выполнять всю полость глаза, вытесняя стекловидное тело. Очень рано наступает слепота. Рано отмечается паралич сфинктера возникает амавротический амавроз, амавротический "кошачий глаз" - широкий зрачок, проминирующая в стекловидное тело опухоль. Быстрое прорастание в зрительный нерв, орбиту, раннее метастазирование в полость черепа, печень, легкие. Прогноз крайне неблагоприятный.

Опухоли орбиты составляют 80%. Поражение ретробульбарной части всегда сопровождается экзофтальмом и застойными явлениями. Рано возникает поражение n. oculomotorius - как следствие птоз. Выраженная застойная гематома, экзофтальм. Для дифференциальной диагностики - консультация эндокринолога, рентгенография.

Доброкачественные опухоли - гемангиомы, дермоидные кисты, остеомы и т.д. Но чаще злокачественны: саркомы, карцинома. Нередко эта патология детского возраста. Практически все опухоли орбиты являются проявлением вторичного метастазирования. Первичный очаг чаще в матке, печени, молочной железе, легких.

Слепота.

Классификация.

1. Медицинская слепота - острота зрения равна нулю.
2. Бытовая слепота - зрение резко снижено, но человек может обслуживать сам себя.
3. Профессиональная слепота - человек абсолютно зрячий, может выполнять любые работы, но в своей профессии уже работать дальше не может.

Также слепоту классифицируют на:

1. Излечимая слепота.
2. Неизлечимая слепота.

Неизлечимая слепота - острота зрения равна нулю, не видит света.

Излечимая слепота - когда хирургические или терапевтическими мероприятиями можно либо восстановить полностью, либо существенно повысить остроту зрения на ранее бывшим слепом глазу.

По данным ВОЗ в мире насчитывается 28 миллион слепых и 42 миллиона слабовидящих.

В настоящее время слепота во всем мире растет.

В 70-е годы прирост составлял 3% в год слепых, в 80-е годы - 7%. По прогнозам в США к 2000 году количество слепых должно удвоиться.

Объяснения прогрессирующего роста слепоты.

1. При увеличении продолжительности жизни больные глаукомой, макулодистрофией, диабетической ретинопатией стали доживать до слепоты (раньше не доживали).

2. Большие успехи в акушерстве - стали выхаживать детей, которых раньше выходить не могли (увеличение врожденной патологии органа зрения).

3. Ухудшение экологической обстановки в мере (СВЧ поля, УЗ, ИЗ, УФ, даже обычный свет).

ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ.

1 группа дается людям либо с полной медицинской слепотой, либо при условии что острота зрения на лучший глаз составляет до 0.03 или имеется концентрическое сужение полей зрения до 7 градусов.

2 группа дается при остроте зрения от 0.03 до 0.08 на лучший глаз, либо концентрическое сужение полей зрения до 20 градусов.

3 группа дается людям с одним глазом и тем, кому необходимо ограничить двигательную и физическую нагрузку вследствие того, что имеется какое-то глазное заболевание, которые может дать рецидив заболевания (например близорукость высокой степени со склонностью к кровоизлияниям, диабетическая ретинопатия со склонностью к гемофтальму).

ВОЕННАЯ ЭКСПЕРТИЗА.

Существуют следующие границы: 0.5 на лучший глаз и 0.05 на худший глаз. 0.5 нужно для того чтобы человек мог прицелиться и выстрелить. 0.05 нужно для того чтобы без посторонней помощи уйти из опасного места, если что-то случится с лучшим глазом.