

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

«Отслойка сетчатки».

Выполнила: клинический ординатор

Селихова О.Ф.

Проверила: заведующая кафедрой,
д.м.н, проф. Козина Е.В.

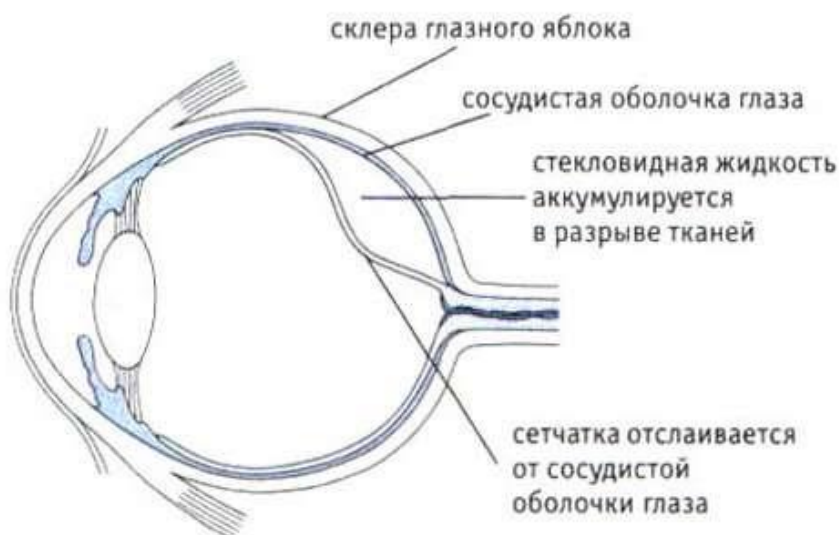
Красноярск, 2018 год

Содержание:

Причины.....	2
Классификация.....	6
Клиника.....	6
Лечение.....	9
Список литературы.....	11

Отслойка сетчатки представляет собой отделение слоя палочек и колбочек, т. е. нейроэпителия, от пигментного эпителия сетчатки, обусловленное скоплением жидкости между ними. При этом нарушается питание наружных слоев сетчатки, что приводит к быстрой потере зрения.

Отслойка сетчатки



Сетчатка отслаивается от сосудистой оболочки глаза — слоя тканей, обильно снабженных кровеносными сосудами и расположенных на внутренней оболочке глаза.

Причины отслойки сетчатки

По причинам развития отслойка может быть:

- дистрофическая (первичная, регматогенная) – связана с разрывом сетчатки. При этом скапливается жидкость под нейроэпителием и отделяет его от подлежащих слоёв.
- тракционная – связана с натяжением сетчатки в местах витреоретинальных сращений при образовании тяжей в стекловидном теле (часто при рецидивирующих гемофтальмах, особенно при сахарном диабете)
- экссудативная (вторичная) возникает при различных заболеваниях глаза (опухоли, воспалительные заболевания, кровоизлияния, тромбоз центральной

вены сетчатки и её ветвей, ретинопатия недоношенных и др.). В этом случае жидкость скапливается в субретинальном пространстве (между сетчаткой и хориоидеей)

К регматогенной отслойке приводят следующие виды витреохориоретинальных дистрофий:

1. Экваториальные (локализуются в области экватора сетчатки):

- решетчатая дистрофия – располагается обычно экваториально или впереди от экватора глаза. Ее характерным признаком является сеть переплетающихся белых линий (облитерированных сосудов сетчатки), между которыми выявляют участки истончений, разрывы сетчатки и витреоретинальные сращения. При прогрессировании решетчатой дистрофии могут формироваться не только дырчатые, но и клапанные, а также большие атипичные разрывы по всей длине области поражения ("гигантские" разрывы). Излюбленная локализация — верхненаружный квадрант глазного дна, однако встречаются и круговые варианты решетчатой дистрофии.

- дырчатые разрывы чаще всего сочетаются с решетчатой и кистовидной дистрофией, а разрывы с крышечкой и клапанные, как правило, обусловлены витреоретинальной тракцией, задней отслойкой стекловидного тела, его ретракцией и кровоизлияниями и являются второй после решетчатой дистрофии причиной возникновения отслойки сетчатки.

- клапанный разрыв

- разрыв с крышечкой

- патологическая пигментация – имеет вид множественных пигментированных фокусов различных величины и формы. Она нередко сопутствует решетчатой дистрофии и сочетается с витреоретинальными сращениями.

2. Параоральные (располагаются у зубчатой линии-места прикрепления сетчатки к сосудистой оболочке)

- кистовидная дегенерация – локализуется на крайней периферии глазного дна,

возникает в молодом возрасте, прогрессируя к старости. Микрокисты могут сливаться, формируя более крупные кисты сетчатки, возможны разрывы как внутренних, так и наружных стенок кист. Офтальмоскопически кисты выглядят как множественные круглые или овальные ярко-красные прозрачные образования.

- ретиношизис – расслоение сетчатки. Возникает как следствие пороков ее развития или дистрофических процессов. К врожденным формам ретиношизиса относятся врожденные кисты сетчатки, X-хромосомный ювенильный ретиношизис, при котором более чем у половины больных, помимо периферических изменений, отмечается патология сетчатки в макулярной области, приводящая к снижению зрения. При плоском ретиношизисе сетчатка приобретает серовато-беловатый цвет, чаще всего в нижнениружных отделах глазного дна. Прогрессируя, ретиношизис может трансформироваться в гигантские кисты сетчатки, появляются разрывы в стенках ретиношизиса. Дистрофический ретиношизис чаще всего возникает при миопии, а также в пожилом и старческом возрасте.

- хориоретинальная атрофия – имеет вид атрофических фокусов с пигментированной каймой. Увеличиваясь в размерах, атрофические очаги могут сливаться, захватывая всю нижнюю периферию глазного дна, нередко распространяясь по всей его окружности. Заболевание развивается в пожилом возрасте на обоих глазах и редко приводит к отслойке сетчатки.

3. Смешанные.

Классификация

Различают отслойку сетчатки			
Виды ОС	По степени распространения	По форме	По давности
Регматогенная	Локальная	Плоская	Свежая
Экссудативная	Распространенная	Высокая	Несвежая
Травматическая	Субтотальная	Пузыревидная	Старая
	Тотальная		
По отношению к макулярной зоне		По анатомической локализации	
С захватом макулярной зоны		Передняя	
Без захвата макулярной зоны		Задняя	

Клиническая картина

К факторам риска возникновения отслойки сетчатки относятся периферические витреохориоретинальные дистрофии, уже имеющаяся отслойка сетчатки на одном глазу, осложненная миопия, афакия, врожденная патология и травмы органа зрения (прямые и контузионные), работа, связанная с чрезмерным физическим напряжением и подъемом больших тяжестей, наличие отслойки или дистрофий в сетчатке у родственников I степени родства.

В клинической практике периферические витреохориоидальные дистрофии часто не диагностируют, так как они не вызывают нарушения зрительных функций. Для того чтобы выявить эти изменения нужно исследовать периферию глазного дна в условиях медикаментозного расширения зрачка. С этой целью проводят бинокулярную офтальмоскопию, биомикроскопию с помощью положительных линз и трехзеркальной линзы Гольдмана, при необходимости в сочетании с поддавливанием склеры (склерокомпрессия). Своевременное обнаружение измененных участков, в связи с наличием которых существует угроза разрывов, позволяет провести успешную световую или хирургическую профилактику отслойки сетчатки.

Клиническая картина при отслойке сетчатки складывается из субъективных и объективных симптомов.

Жалобы больного сводятся к внезапному появлению скотом, т. е. выпадений в поле зрения (обозначаемых пациентом, как "завеса", "пелена" перед глазом), которые прогрессивно увеличиваются и приводят к еще большему снижению остроты зрения. Этим субъективным симптомам могут предшествовать ощущения "вспышек и молний" (фотопсии), искривления предметов (метаморфопсии), плавающие помутнения.

При выяснении анамнеза следует обратить внимание на наличие отслойки сетчатки у членов семьи больного, миопии, травм, физических напряжений.

Помимо обычного офтальмологического исследования, у больного, у которого заподозрена отслойка сетчатки, должны быть проведены периметрия, биомикроскопия стекловидного тела и сетчатки, непрямая (лучше бинокулярная) офтальмоскопия. При затруднениях в диагностике и выборе оптимального метода лечения полезна оценка энтोптических феноменов, склерокомпрессия, использование ультразвукового и электрофизиологического исследований.

Характерные для отслойки сетчатки выпадения в поле зрения и степень снижения остроты зрения зависят от локализации и распространенности отслойки и вовлечения в патологический процесс макулярной области. Выпадение в поле зрения возникает на стороне, противоположной расположению отслойки. Механофосфен в зоне поражения отсутствует, ЭРГ либо не регистрируется, либо резко субнормальна.

У половины больных выявляют относительное (по сравнению с парным глазом) снижение внутриглазного давления.

Биомикроскопия позволяет уточнить характер витреоретинальных взаимоотношений, определить наличие деструкции стекловидного тела, пигментных гранул, шварт, кровоизлияний, отслойки стекловидного тела.

Офтальмоскопически отслойка сетчатки проявляется исчезновением на том или ином протяжении глазного дна нормального красного рефлекса, который в зоне

отслойки становится серовато-беловатым, а сосуды сетчатки — более темными и извитыми, чем обычно.

В зависимости от распространенности, высоты и давности отслойки сетчатки она то более, то менее выступает в стекловидное тело, сохраняя в ранние сроки почти полную прозрачность. При небольшой высоте отслойки (так называемая плоская отслойка) судить о ее наличии можно лишь по изменению хода сосудов и меньшей четкости рисунка хориоидеи, а также по снижению биоэлектрической активности сетчатки. При высокой и пузыревидной отслойке сетчатки диагноз не вызывает сомнений, поскольку виден колеблющийся беловато-сероватый пузырь. При длительном существовании отслоенной сетчатки и нарастании процессов витреоретинальной пролиферации в сетчатке возникают грубые складки, звездчатые рубцы. Отслоенная сетчатка становится неподвижной, ригидной. В конечном счете она приобретает воронкообразную форму и сохраняет связь с подлежащими оболочками только вокруг диска зрительного нерва и у зубчатой линии.

Разрывы и отрывы сетчатки имеют красный цвет и разную форму. Различают разрывы дырчатые, клапанные, с крышечкой, атипичные. Разрывы могут быть одиночными и множественными, центральными и парацентральными, экваториальными и параоральными (расположены вблизи зубчатой линии). Вид, локализация и размер разрыва во многом определяют топографию и скорость распространения отслойки сетчатки. При расположении разрывов в верхней половине глазного дна отслойка, как правило, прогрессирует значительно стремительнее, чем при нижних разрывах и отрывах. Наиболее часто разрывы локализуются в верхненаружном квадранте глазного дна. Врач, обнаружив один разрыв в сетчатке, обязательно должен продолжить поиски, последовательно осматривая центральные и парацентральные, а затем экваториальные и параоральные отделы глазного дна по меридианам, так как выявление и блокада всех разрывов сетчатки определяет как выбор оптимального метода

вмешательства, так и его эффективность. Необходимо также выявить витреоретинальные сращения.

Лечение

Хирургическое лечение отслойки сетчатки имеет цель блокировать разрывы сетчатки и устранить витреоретинальные сращения, оттягивающие сетчатку в полость стекловидного тела.

Все используемые с этой целью методы оперативных вмешательств можно условно разделить на три группы:

Гипер- или гипотермические (фотокоагуляция, диатермокоагуляция, криопексия), локальные транспупиллярные или трансклеральные воздействия, призванные вызвать слипчивое воспаление в зоне разрывов сетчатки и прочно фиксировать сетчатку.

Склеропластические операции (временное баллонное или постоянное локальное, циркулярное или комбинированное пломбирование склеры в зоне проекции разрывов сетчатки силиконовыми или биологическими имплантатами), направленные на восстановление контакта сетчатки с подлежащими оболочками. Пломба, наложенная снаружи на склеру, вдавливают ее внутрь и приближает наружную капсулу глаза и хориоидею к отслоенной и укороченной сетчатке.

Интравитреальные вмешательства — это операции, выполняемые внутри полости глаза. Прежде всего производят витрэктомию — иссечение измененного стекловидного тела и витреоретинальных шварт. Для того чтобы придавить сетчатку к подлежащим оболочкам глаза, вводят расширяющиеся газы, перфторорганические соединения или силиконовое масло. Ретинотомия — это рассечение укороченной и сократившейся отслоенной сетчатки с последующим расправлением ее и фиксацией краев с помощью крио-или эндолазерной коагуляции. В отдельных случаях используют микроскопические ретинальные

гвозди и магниты. Операции выполняют с эндоскопическим освещением при помощи специальных манипуляторов.

Обязательным условием успеха операций по поводу отслойки сетчатки является их своевременность, так как длительное существование отслойки приводит к гибели зрительно-нервных элементов сетчатки. В таких случаях даже при полном анатомическом прилегании сетчатки не происходит восстановления или повышения зрительных функций. Необходим также постоянный тщательный офтальмоскопический контроль за надежной блокадой всех разрывов сетчатки в ходе операции. При отсутствии контакта сетчатки с подлежащими оболочками в зоне разрывов показана наружная или внутренняя эвакуация субретинальной жидкости и комбинация как эписклеральных, так и эндовитреальных приемов.

При выполнении операции на современном техническом уровне удастся добиться прилегания сетчатки у 92—97 % больных. В раннем послеоперационном периоде показано проведение местной и общей противовоспалительной терапии с применением нестероидных и стероидных препаратов, системной энзимотерапии при наличии кровоизлияний. В последующем целесообразно проведение повторных курсов лечения, включающих препараты, нормализующие гемодинамику и микроциркуляцию глаза. Больные, оперированные по поводу отслойки сетчатки, должны находиться под диспансерным наблюдением офтальмолога и избегать физических перегрузок.

Список литературы:

1. «Глазные болезни» под ред. Копаевой В.Г. – Медицина, 2002. – стр. 330-335;
2. «Глазные болезни. Полный справочник» Передерий В.А. – М.: Эксмо, 2008. – стр. 477-481;
3. Офтальмология: учебник под ред. Е.И. Ковалевского. – М.: Медицина, 1995. – стр. 253-255;
4. <http://www.medicalj.ru/diseases/ophthalmology/825-otslojka-setchatki>.

Рецензия на работу
Селиховой Ольги Фёдоровны

«Отслойка сетчатки».

Сетчатка глаза выстилает глазное яблоко изнутри и является самой тонкой составляющей глаза. Любые изменения в этой структуре глаза могут приводить к серьезным глазным болезням. А такое нарушение, как отслоение сетчатки, требует незамедлительной хирургической помощи. Тяжесть такого заболевания глаз зависит от площади отслоения сетчатки. При значительном ее отслоении остается все меньше действующих участков глаза, которые могут преобразовывать световой сигнал в нервный. Отслойка сетчатки глаза — тяжелейшее заболевание органа зрения, при котором происходит отделение сетчатки от сосудистой оболочки (хориоидеи). В здоровом глазу сетчатка прилегает к оболочке, получая от неё питание. Отслоение сетчатки — патологическое состояние, очень сложное в плане хирургии и тяжёлое по исходу. За последние десятилетия отмечается рост данного заболевания: в среднем отслойка сетчатки глаза ежегодно встречается у одного из 10000 человек. Сегодня — это главная причина слепоты, причем 70% больных — лица трудоспособного возраста.

Данный реферат обладает важным теоретическим значением, в нём достаточно точно раскрыты клиника, осложнения диагностика и дифференциальная диагностика, а также освещены прогноз и лечение отслоек сетчатки. Подобранные материалы структурированы, логичны и ёмкие, позволяют применить их в практике.

Рецензент: д.м.н., профессор, заведующая кафедрой офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева, Козина Е.В.

