

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

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

Реферат на тему: “Врожденная глаукома”

Выполнила: Суюнова Ш. А.  
ординатор 2 года обучения

Проверила: Ассистент кафедры  
офтальмологии с  
курсом ПО им. проф.  
М.А. Дмитриева  
Балашова П.М.

“Красноярск 2021”

## **Введение**

Врожденные глаукомы — это наиболее тяжелая патология глаз у новорожденных, которая чаще, чем другие глазные заболевания, рано приводит к слепоте. Общая и многократная характеристика этого процесса включает в себя этиологию, клинику, стадию, степень компенсации и динамику процесса. Знание этих исходных данных позволяет своевременно принять необходимые диагностические, а затем и лечебные меры по диспансерному принципу.

## **Распространенность**

Врожденная глаукома, которая появляется вскоре после рождения и детская глаукома, клинические проявления которой наступает через несколько лет после рождения, встречается в 100 раз реже первичной. Заболевание у 75% - двустороннее. Встречается примерно один случай на 10 000 детей. Болезнь может носить наследственный (семейный) характер или же обусловлена нарушениями во внутриутробном периоде, чаще встречается у мальчиков. В 90% случаев эта патология может быть диагностирована уже в родильном доме.

## **Этиология врожденной глаукомы**

Причины врожденной глаукомы различны — это инфекционные заболевания, диагностическая рентгенизация беременной, гипертермия, авитаминозы и др. Эти тератогенные факторы могут оказать влияние на эмбриогенез глаза и тем самым вызвать изменения, препятствующие оттоку водянистой влаги. Непосредственными причинами врожденной глаукомы могут быть недоразвитие радужно-роговичного угла, рецессия или отсутствие структур угла, закрытие угла остатками мезодермальной ткани, ангиоматозными или нейрофиброматозными разрастаниями. Возможно также недоразвитие или отсутствие вортикозных вен глаза. Встречаются и различные комбинации этих аномалий развития путей оттока и продукции водянистой влаги. Клиническая классификация позволяет выявить при обследовании ребенка все необходимое, чтобы четко сформулировать клинический диагноз и, исходя из него, быстро

и правильно решить вопрос о хирургическом лечении и возможном прогнозе.

### **Клиническая картина**

1. Увеличение размера роговой оболочки на 2 мм и больше (2мм - это прибавка к норме в различном возрасте). Уже было указано, что в норме у диаметр роговицы у новорожденных 9 мм, в 3-х летнем возрасте - 11 мм, т.е. почти как у взрослых.)

2. Отек роговицы.

3. Расширение зрачка на 2 мм и более.

4. Замедление реакции зрачка на свет.

5. Атрофия, экскавация диска зрительного нерва.

6. Снижение остроты зрения, сужение поля зрения.

7. Высокое внутриглазное давление.

8. Буфтальм. (увеличение размеров глазного яблока)

### **Классификация врожденной глаукомы по Е.И.Сидоренко.**

| Форма<br>глаукомы                | Стадия глаукомы                                                 | Внутриглазное<br>давление                                | Стабильность<br>глаукомы |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|
| Наследственная<br>Внутриутробная | 1-начальная<br>2-развитая<br>3-далекозашедшая<br>4-терминальная | Нормальное(а)<br>Умеренно<br>Повышенное(в<br>Высокое(с)) | стабильная               |

1-Начальная стадия – сагиттальный размер глаза и диаметр роговицы увеличен более, чем на 2 мм. Зрение и диск зрительного нерва не изменены.

2-Развитая – сагиттальный размер и горизонтальный диаметр роговицы увеличены на 3 мм, снижение зрения на 50%, имеется патологическая экскавация диска зрительного нерва.

3-Далекозашедшая – размер глаза и роговицы увеличены на 4 мм, снижение зрения до светоощущения, выраженная глаукоматозная экскавация зрительного нерва.

4-терминальная-буфтальм, полная слепота, глаукоматозная экскавация зрительного нерва.

### **Диагностика**

Ранняя диагностика врожденной глаукомы возможна лишь при условии тщательного обследования глаз у каждого новорожденного. В первую очередь должно быть обращено внимание на размеры глаза и роговицы.

Если при простом осмотре врач заметил увеличение этих размеров, помутнение роговицы, углубление передней камеры и расширение зрачка, это должно сразу навести его на мысль о возможности врожденной глаукомы. В таких случаях показаны срочная консультация офтальмолога и обязательное безотлагательное исследование внутриглазного давления. Определение внутриглазного давления у новорожденных и детей первых 2 лет жизни производят не пальпаторно, а исключительно тонометрами в условиях физиологического сна, усиленного сравнительно слабыми снотворными и транквилизаторами, а в ряде случаев и в состоянии

общей анестезии.

В сомнительных случаях тонометрию делают повторно, в течение одних или нескольких суток. По возможности показана биомикроскопия, гониоскопия и офтальмоскопия. Зрение можно проверить по реакции зрачка на свет, реакции слежения, фиксации, узнавания и др. У детей к году жизни и старше следует проверять зрительные функции более детально.

**Лечение** врожденной глаукомы срочное хирургическое. Выбор вида хирургического вмешательства зависит от стадии болезни и особенностей строения УПК. На ранних стадиях проводят гониотомию или трабекулотомию, на поздних стадиях более эффективны фистулизирующие операции и деструктивные вмешательства на цилиарном теле.

**Прогноз** при своевременном оперативном вмешательстве благоприятный. Стойкая нормализация внутриглазного давления достигается в 85% случаев. Если операция проведена на ранних этапах, то у 75% больных удастся сохранить зрительные функции на протяжении всей жизни. Если операция была проведена в поздние сроки, то зрение сохраняется только у 15—20% больных.

### **Список литературы**

1. Учебная литература для студентов медицинских вузов С.Н. Федоров, Н.С. Ярцева, А.О. Исманкулов.
2. Е. А. Егоров, С.Н. Басинский. Клинические лекции по офтальмологии.