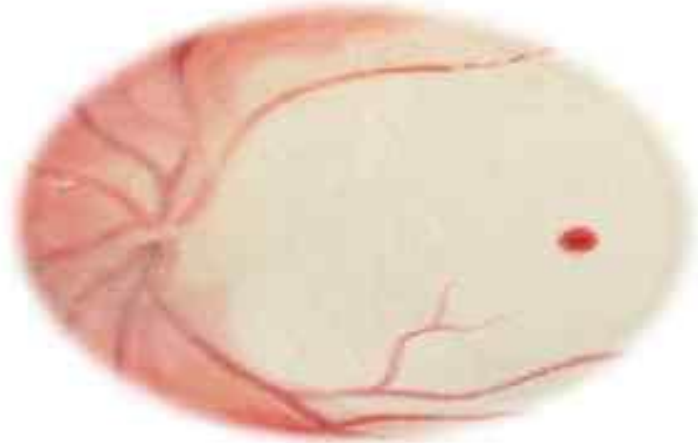


Изменения сосудов сетчатки глаза при гипертонической болезни



Тромбоз центральной вены сетчатки

- ⊙ отёк сетчатки
- ⊙ множественные кровоизлияния



Спазм центральной артерии сетчатки

- ⊙ ишемия и отёк сетчатки
- ⊙ атрофия фоторецепторов сетчатки, приводящая к слепоте

Изменение органа зрения при гипертонии

Осложнение ГБ

- ✓ Рецидивирующий гемофтальм
- ✓ Тромбозы ретинальных вен
- ✓ Окклюзия центральной артерии сетчатки

Осложнения ГБ:

Нарушение зрения связано с развитием ангио- и ретинопатии, с кровоизлиянием в сетчатку, ее отслойкой с тромбозом центральной артерии.

При нарушении мозгового кровообращения механизмы разные, чаще всего образование микроаневризмы с последующим разрывом, то есть по типу геморрагического инсульта, когда тромбоз мозговых сосудов или ишемический инсульт; исход - паралич и парезы. Нефросклероз с развитием почечной недостаточности. Сравнительно редкое осложнение ГБ, чаще - при злокачественной форме течения.

Расслаивающая аневризма аорты. Субарахноидальное кровоизлияние.

ОККЛЮЗИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ И ЕЁ ВЕТВЕЙ: ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

ПАТОГЕНЕЗ, МОРФОЛОГИЯ:

- Острая непроходимость ЦАС/ветвей одного глаза—>гипоксия—>тигролиз ганглиозных клеток—>ишемический отек внутренних слоев сетчатки, вакуолизация нервных волокон (40 минут!)—>дистрофия и атрофия тканей сетчатки и зрительного нерва.

ЭТИОЛОГИЯ:

- Спазм (вегетососудистая дистония, артериальная гипертензия);
- Эмболии (воздушная, жировая, фрагменты распадающейся атероматозной бляшки, шаровидноглотромба предсердия или пристеночных тромбов каротид, изъязвленных клапанов сердца);
- Артерииты (височный гигантоклеточный- б-нь Гортона; ревматический; СПИД);
- Тромбоз (атеросклероз, повышение вязкости крови);
- Коллапс сосудов (массивная потеря крови).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ: артериальная гипертензия, атеросклероз –60%, ревматические болезни – 7%, височный артериит – 3%.

ПОЛ, ВОЗРАСТ: мужчины 65%, женщины 35%, 55-70 лет.

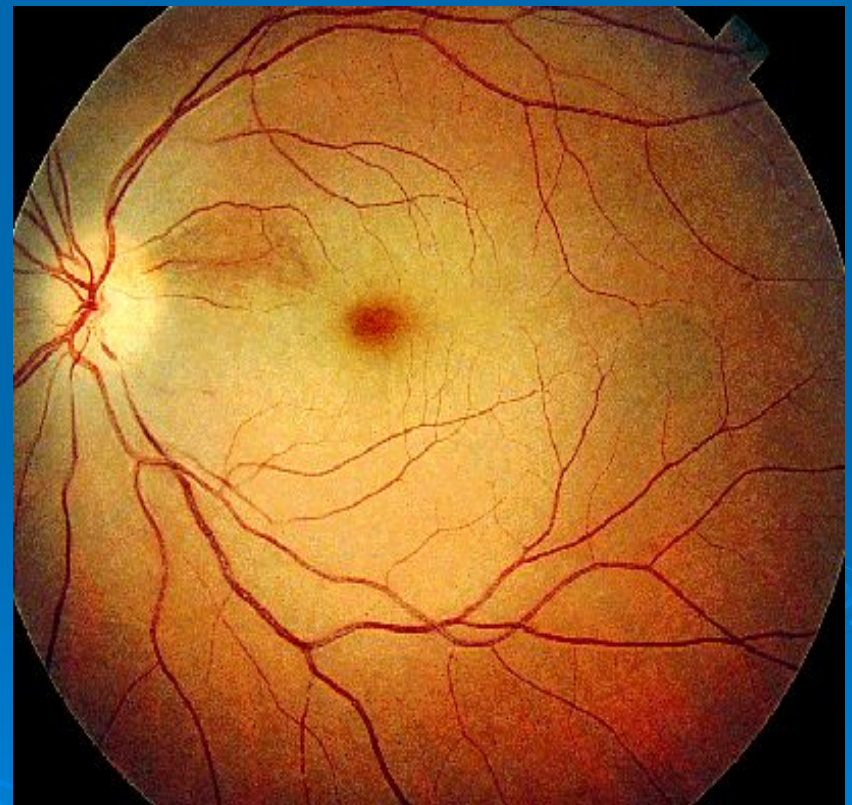
ОККЛЮЗИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ И ЕЁ ВЕТВЕЙ: КЛИНИКА

□ ЖАЛОБЫ:

- Внезапное безболезненное снижение зрения до счета пальцев у лица (65%) или нуля (35%).

□ ОФТАЛЬМОСКОПИЯ:

- -диск зрительного нерва бледный или обычного цвета, границы нечеткие;
- -артериолы сетчатки резко сужены, неравномерного калибра, сладж-феномен, ретроградный кровоток;
- -серо-белое помутнение сетчатки в центре глазного дна в виде горизонтального овала с нечеткими границами и ярко-красным пятном в области макулы (симптом «вишневой косточки»).



ОККЛЮЗИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ: НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Уложить больного без подушки;
- Массаж глазного яблока – 10-15 минут;
- Вдыхание карбогена (кислород 93-95%, углекислый газ 5-7%) или выдыхаемого воздуха в течение 15-20 минут 3-4 раза в день;
- Внутрь 1-2 чайных ложки острой пищевой добавки (хрен, горчица, аджика);
- По cito: вызов офтальмолога (основание –подозрение на острую непроходимость центральной **артерии !!!** сетчатки) и заказ анализа крови (общеклинический с СОЭ, подсчетом тромбоцитов, протромбиновым индексом или коагулограмма с показателем МНО – Международное Нормализованное Отношение).
- Внутривенно медленно (в течение около 5 минут) 10 мл р-ра эуфиллина 2,4%, разведенных в 10 мл раствора натрия хлорида 0,9% или глюкозы 5% (или в/в капельно 4-8 мг сермиона в 100 мл тех же растворов, или в/м 1-2 мл раствора ксантинола никотината 15%);
После подтверждения диагноза окулистом:
- Парабульбарно 0,5 мл раствора дексаметазона (2мг), через 30-40 минут – 0,5 мл р-ра атропина сульфата 0,1% или папаверина 2%;
- Внутривенно капельно 5-15 мл пентоксифиллина (трентал) в 250 мл р-ра натрия хлорида;
- При наличии изменений в анализе крови подкожно 5-10 тыс. ЕД гепарина;
- Внутрь ацетазоламид (диакарб) 250 мг.

ОККЛЮЗИЯ (ТРОМБОЗ) ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ И ЕЁ ВЕТВЕЙ: ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА

□ ЧАСТОТА, ВОЗРАСТ: от 1,6 до 4,6 % в группах от 60 до 80 лет.

□ ЭТИОЛОГИЯ:

- Сужение сосуда (атеросклероз, артериальная гипертензия и их сочетание, ретиноваскулит), неровности его внутренней поверхности;
- Изменения реологических свойств крови (сахарный диабет, болезни кроветворной системы, лекарства);
- Аритмии, колебания кровяного давления;
- Повышение внутриглазного давления.

□ КЛИНИКА:

- Претромбоз: в течение 7-10 дней периодически эпизоды снижения зрения одного глаза, на глазном дне извитые, неравномерно расширенные вены, единичные геморрагии;
- Тромбоз ствола ЦВС: ухудшение зрения одного глаза утром после сна - от 0,6-0,2 до счета пальцев;

при тромбозе ветви- темное пятно перед глазом, зрение от 1,0 до счета пальцев;

Офтальмоскопия: границы диска зрительного нерва нечеткие или не определяются, вены неравномерно расширены, извиты, частично скрыты отечной мутной сетчаткой. По ходу вен – множественные радиально расположенные геморрагии в виде штрихов, веретен, языков пламени (картина «раздавленного помидора»). Отек сетчатки макулы. При тромбозе ветви – все описанные изменения по ходу пораженной ветви.

ОККЛЮЗИЯ (ТРОМБОЗ) ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ И ЕЁ ВЕТВЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ.

□ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ИСХОДЫ:

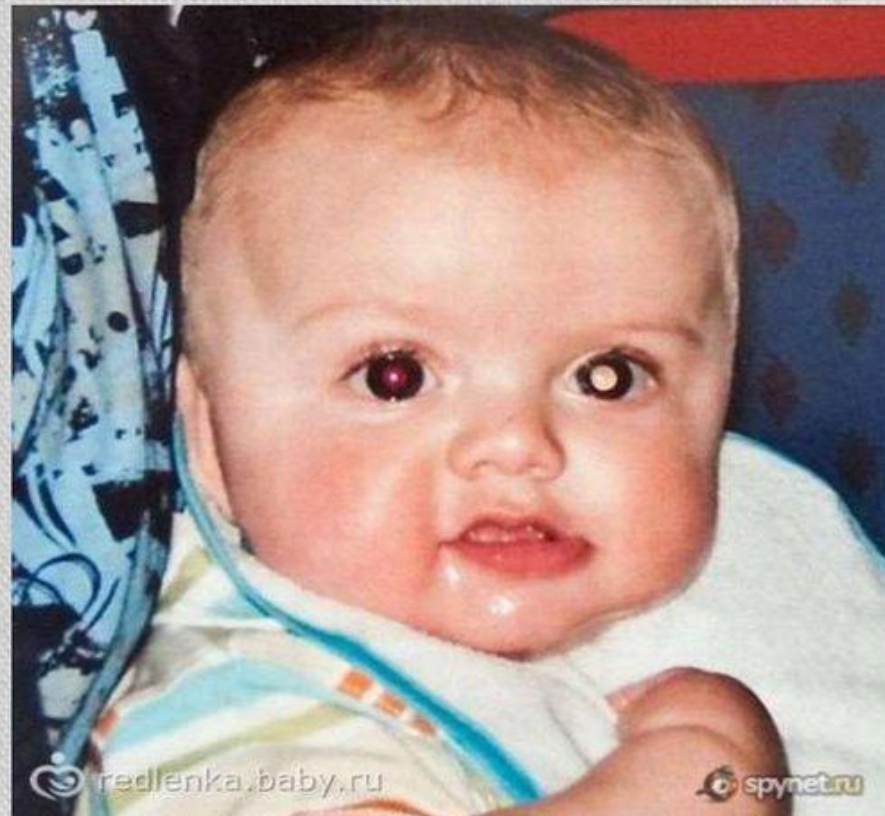
- Длительность острой стадии 6-8 недель;
- Реканализация тромбированных сосудов с восстановлением исходной картины глазного дна и достаточным зрением – до 20% случаев;
- Посттромботическая ретинопатия (80%) – отложения твердого экссудата, кистозная дистрофия макулы, неоваскуляризация сетчатки (иногда и радужки), развитие коллатералей и шунтов, микроаневризмы;
- Осложнения – атрофия зрительного нерва, вторичная неоваскулярная глаукома, гемофтальм, рецидив ТЦВС.

□ ЛЕЧЕНИЕ: оптимальные сроки начала – I-II сутки, допустимые – до V суток;

- Антикоагулянты: прямые (гепарин 10 000 ЕД/с) 4-6 дней, затем непрямые (варфарин); киназы;
- ГКС (дексаметазон), диуретики (ацетазоламид);
- Ангиопротекторы (этамзилат), вентоники (эскузан, рутозид), антиагреганты (пентоксифиллин, ацетилсалициловая кислота)
- Антиоксиданты (эмоксипин);
- Гемокорректоры (декстран, повидон);
- Лазерная коагуляция сетчатки (с 6-7 недели) – по показаниям.



Ретинобластома - злокачественное новообразование детского возраста, поражающее сетчатку, сосудистую оболочку глаза, орбиту и часто дающее отдаленные метастазы.



Классификация:

- По происхождению ретинобластомы делятся на наследственные и спорадические.
- По степени дифференцировки опухолевых клеток различают ретиноцитому и ретинобластому.
- По типам роста – эндофитный и экзофитный.

ДИАГНОСТИКА

Дети с семейным анамнезом ретинобластомы должны находиться под постоянным наблюдением **офтальмолога**.

Триада симптомов: лейкокория, косоглазие, расширение зрачка с ослаблением его реакции на свет. При появлении данных признаков проводится тщательное офтальмологическое обследование ребенка.

- биомикроскопию,
- прямую и обратную офтальмоскопию,
- визометрию,
- тонометрию,
- гониоскопию,
- исследование бинокулярного зрения,
- экзофтальмометрию,
- измерение угла косоглазия.
- УЗИ глаза
- Для оценки распространенности ретинобластомы используются рентгенография орбиты, рентгенография околоносовых пазух, КТ и МРТ головного мозга, сцинтиграфия печени, остеосцинтиграфия.
- Часто делают биопсию красного костного мозга и спинномозговую пункцию. В зависимости от прогноза в отношении сохранения зрения все пациенты подразделяются на 5 групп. 1 самая благоприятная, 5 самая неблагоприятная.

ЛЕЧЕНИЕ

- На сегодняшний день существует стремление к максимально возможному консервативному лечению. **Два эффективных метода лечения** — криотерапия и фотокоагуляция, позволяющие сохранить глаз и зрение и практически не дающие осложнений. Но нужно помнить, что консервативное лечение эффективно лишь при небольших опухолях. **Показания к криотерапии: поражение переднего отдела сетчатки, к фотокоагуляции — поражение заднего отдела сетчатки.**
- **Химиотерапия** применяется в случаях массивного внутриглазного поражения, поражения зрительного нерва, при поражениях орбиты, при региональных метастазах.
- **Хирургическое лечение** назначают при массивном внутриглазном поражении; глаукоме, вызванной разрастанием сосудов опухоли; при отсутствии зрения и невозможности его восстановления. Это самый эффективный метод лечения, дающий лучшие результаты выживаемости.

