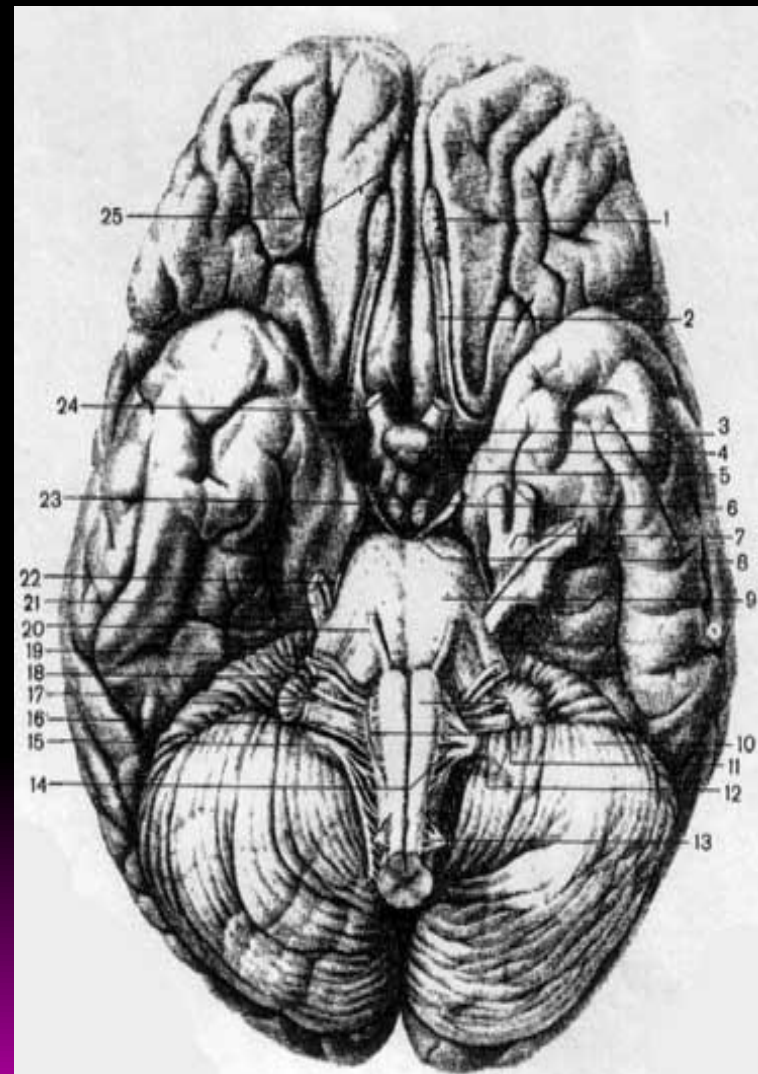


Оптохиазмальный Арахноидит



**Оптохиазмальный
арахноидит –
восполительный
процесс паутинной и
сосудистой оболочек
ГМ и краевых зон
МОЗГОВОГО В-ВА С
наибольшими
изменениями в
базальных цистернах
мозга, хиазме и
зрительных нервах.**



Этиология

-инфекционно –
аллергический,

-травматический,

-посттравматический,

-семейно-наследственный.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

1. По форме:

- фиброзный (спаечный, слипчивый),
- кистозный (серозный),
- смешанная форма.

2. По течению:

- острый
- хронический.

- Острая стадия хар-ся:

1. длительностью в среднем 3 – 4 месяца с момента начала снижения зрения.

2. офтальмоскопической картиной двустороннего неврита зрительных нервов, реже наблюдаются неврит с отеком или застойные соски;

3. симметричной отрицательной динамикой зрительных функций;

4. головными болями;

5. плеоцитозом в ликворе.

Хроническая стадия хар-ся:

1. различной степенью побледнения дисков зрительных нервов, реже их отеком, причина которого в нарушении ликвороциркуляции в хиазмальных цистернах мозга вследствие рубцово-спаечного процесса;
2. стабильно низкие зрительные функции (у большинства больных $visus = 0,05-0,08$ и ниже)
3. нормальный состав ликвора;
4. преобладание в базальных цистернах спаечного процесса.

Диагностика :

- анамнестическое исследование;
- определение остроты зрения;
- периметрия;
- офтальмоскопия;
- рентгенологическое исследование придаточных пазух;
- пневмоцистернография, КТ (выявляет изменение величины и конфигурации субарахноидальных базальных цистерн);
- состав спинномозговой жидкости;
- ФАГД, ВП (позволяет прогнозировать восстановление зрительных функций после лечения)

Дифференциальная диагностика:

ПОКАЗАТЕЛИ	ОХА	РС	Менингиомы бугорка турецкого седла и переднего наклоненного отрезка	Менингиомы зрительного канала
Возраст	20-30	20-30	35-43	35-43
Пол	мужчины	женщины	женщины	женщины
Провоцирующие факторы	Инфекции, травмы	Инфекции, беременность	инфекции	инфекции
Течение	прогрессирующее	ремиттирующее	прогрессирующее	прогрессирующее
Поражение в начале заболевания	двустороннее	одностороннее	одностороннее	одностороннее

<p>Вовлечение в процесс второго глаза</p>	<p>Одновременное или в течении месяца, как исключение через 3-6 мес.</p>	<p>Второй глаз может вовлекаться через несколько лет, при этом острота зрения вначале пострадавшего глаза может быть нормальной или высокой</p>	<p>Второй глаз вовлекается через 2-2,5 года, как искл. через 6-8 мес. Динамика зрительных расстройств на втором глазу повторяет динамику первого глаза.</p>	<p>Второй глаз вовлекается через 5 лет при росте менингиомы в области второго зрительного канала.</p>
<p>Быстрота снижения остроты зрения</p>	<p>В 1/2 наблюдений в течении 1-3 мес. в 1/3 – в течение 2-20 дней</p>	<p>В течение 1-2 дней</p>	<p>Медленно, в течение 1-10 лет, через несколько месяцев и даже лет после появления дефектов в поле зрения</p>	<p>Медленно, в течении 2-5 лет, остается достаточно высокой при выраженных дефектах в поле зрения</p>

Колебания остроты зрения	Стабильно низкое зрение	Колеблется в течение дня	Практически отсутствует	Практически отсутствует
Восстановление остроты зрения	Только после лечения, медленное, в течение 6 мес. До десятых долей.	Спонтанное, быстрое, в течение нескольких дней, часов, месяца до десятых долей или 1,0	После операции	После операции
Отношение к «никотиновой пробе»	Повышение остроты зрения на 0,01-0,02	Повышение остроты зрения до 0,6	_____	_____
Дефекты в поле зрения	Стабильно сохраняющиеся центральные скотомы, периферические границы чаще нормальные, в 11% изменены по битемпоральному типу	Нестойкость центральных скотом, периферические границы чаще концентрически сужены	Битемпоральный характер, дефекты появляются в височной половине и медленно прогрессируют	Дефекты в поле зрения зависят от исходного роста опухоли (в височной или нижне носовом квадранте)

Цветное зрение	Изменение по приобретенному типу, не различают красный и зеленый объекты, изменения не имеют гемианопического характера	По приобретенному типу, чаще нарушается узнавание синего цвета	Даже при низкой остроте зрения в неповрежденной половине поля зрения сохранено цветное зрение	Сохранено в неповрежденной половине поля зрения
Глазное дно	Отек или различная степень побледнения дисков зрительных нервов в зависимости от стадии болезни	Отек дисков или различная степень побледнения	Длительно остается нормальным (до 6 мес. И более после начала зрительных расстройств) , в дальнейшем первичная атрофия, вены резко расширены	Побледнение диска зрительного нерва с небольшим неравномерным отеком и развитием цилиоретинальных вен на диске. Изменения на глазном дне появляются раньше зрительных расстройств

Неврологическая симптоматика	Не выражена, отсутствует или незначительная, рассеянная	В начале заболевания отсутствует или не резко выражена	Отсутствует	Отсутствует
Рентгенологические признаки	Отсутствуют	Отсутствуют	Гиперостоз бугорка турецкого седла, переднего наклоненного отростка	Уплотнение стенок зрительного канала, иногда сужение или расширение отверстия канала
Психическое состояние	Осознание тяжести заболевания, подавленное настроение	Состояние эйфории	Осознание тяжести заболевания	Осознание тяжести заболевания

Лечение:

1. Консервативное лечение:

- антибиотикотерапия (пенициллин 2-6 млн. ЕД в сут, оксациллин 0,5 г 4-6 раз/сут, левомицетин 1 г 4 раза/сут) Проводят лечение одним из препаратов, чередуя каждые 10 дней. Одновременно с а/б применяют сульфаниламидные препараты в течение 7-10 дней на курс лечения (сульфадиметоксин 0,5 г 2 раза в день, бисептол, сульфален, этазол)

- дезинтоксикация (в/в 40% р-р глюкозы в сочетании с 40% р-ом уротропина 5-10 мл, до 10 вливаний на курс) Под контролем состава мочи.

- противовоспалительная терапия
(преднизолон в дозе 60-80 мг/сут с
преимущественным приемом в утренние часы
в течении 5-7 дней, затем снижают дозу до
на 10 мг в теч. 5-7 дней)

- десенсибилизирующая терапия (тавегил
0,001г; димедрол 0,05г; супрастин 0,025г по
1-2 таб/день) Глюконат кальция 10% р-р по
5-10 мл в/в или в/м.

- дегидратационная терапия (фуросемид
0,04г, диакарб 0,25г 1-2 раза в день в таб.)

- ретробульбарные инъекции дексазона
0,5мл и гентамицина 20мг в оба глаза 10-15
инъекций

- витаминотерапия (В1, В6, В12)

- рассасывающая терапия (эндонозальный электрофорез лекозима, показан в стадию регресса острого процесса, при отсутствии гиперемии ДЗН, кровоизлияний в сетчатку, менингеальных симптомов и нормальном составе ликвора. Оптимальный срок его назначения - через 2-3 мес. после начала заболевания. рекомендуется проводить ежедневный курс из 20-25 процедур, через 2-3 мес. после первого проводится второй курс)

В результате консервативного лечения у многих больных улучшается зрение.

2. Хирургическое лечение:

Цель оперативного лечения - рассечение арахноидальных спаек и кист, нормализация ликвороциркуляции, что способствует улучшению кровоснабжения зрительных нервов.

Показания:

- а) наличие диагностированного кистозно-спаечного процесса в хиазмальной области;
- б) неэффективность консервативного лечения в хронической стадии в первые 6 мес. от начала заболевания с остротой зрения ниже 0,1;
- в) отсутствие грубых изменений в поле

Противопоказания :

а) острая стадия заболевания;

б) полная атрофия зрительных нервов, сопровождающаяся слепотой;

в) сопутствующая тяжелая соматическая патология - декомпенсированные формы заболеваний (сердечно-сосудистой, легочной системы, почек, печени, СД и др.)

г) наличие очагов гнойной инфекции.

В первые дни после операции назначают ГКС, мочегонные, а/б.

Всем больным в первые 3 мес. после операции показан эндоназальный электрофорез лекозима при условии отсутствия обострения воспалительного процесса (нормальный ликвор, отсутствие менингеальных признаков и острых воспалительных явлений на глазном дне - неврита зрительных нервов). В течение последующих трех лет весной и осенью проводят курсы стимулирующей и общеукрепляющей терапии. В течении года после операции у большинства больных острота зрения улучшается, а у четверти из них она полностью восстанавливается.

Спасибо за внимание.

