

Врожденные аномалии



5
ОДЖЕ ШАЙЕ

ВРОЖДЕННАЯ КОЛОБОМА РАДУЖКИ

- врожденная колобома радужки – порок развития радужки, обусловленный незаращением переднего конца щели глазного бокала, что проявляется дефектом радужки.



СИМПТОМАТИКА

- Зрачок пациента не имеет правильной круглой формы, но напоминает замочную скважину, грушу или же треугольник обычно находящийся в нижней части радужки.
- Серьёзная проблема возникает с регулировкой поступления количества света на сетчатку и световосприятием но функция глаза не нарушена.
- Качества зрения снижается

Диагностика

- поверхностный визуальный осмотр глаза (зрачок в форме груши)
- анамнез пациента.
- Проверка того как глаз реагирует на свет
- биомикроскопия, МРТ мозга.

Лечение

Пока ещё не разработала способов консервативного лечения этого заболевания.

Если изъян радужки небольшой, обходятся без лечения. Для того чтобы избежать симптомов ослепления, пациенту ограничивают количество поступающего светового потока — рекомендуется носить специальные очки с сеткой вместо линз или затемнённых контактных линз со светлым центром.

В других случаях показаны различные виды хирургических операций

- Если нарушено зрение — края радужной оболочки стягиваются, сшиваются и укрепляются опорным каркасом.
- Если повреждён нерв — методом лазерокоагуляции формируется мембранный комплекс.
- Отслоения сетчатки лечатся лазернофотокоагуляцией.
- Если колобома хрусталика очень запущена, его заменяют интраокулярной линзой.
- Проблемы с расщеплением века решаются методом блефаропластики

ПОЛИКОРИЯ

редкая врождённая глазная патология. При этом дефекте строения глаза радужка имеет не один, а несколько зрачков. Формируется данная аномалия при нарушении внутриутробного развития плода.

- Истинная
- Ложная форма
- Псевдополикория

Поликория может быть односторонняя, намного реже встречаются двусторонние глазные аномалии.

Симптоматика

Обычно при посещении окулиста пациентов беспокоят следующие моменты:

- косметический дефект;
- выраженный дискомфорт в глазу, усиливающийся при незначительных зрительных нагрузках;
- плохое зрение со стороны дефектного глаза.

Осмотр показывает наличие нескольких зрачковых отверстий даже без использования аппаратуры. Если есть мелкие деформации зрачков, их поможет обнаружить биомикроскопия. Определяется снижение остроты зрения (особенно при узких зрачках).

Осмотр окулиста также выявит изменённую, неправильную форму зрачков и нарушение зрачковых реакций. Так, при истинной поликории наблюдается сниженная зрачковая реакция на свет и расширение их при закапывании мидриатиков. При псевдопатологии – отсутствие реакции зрачков на свет и на введение в глаз расширяющих зрачки капель.

Осложнения

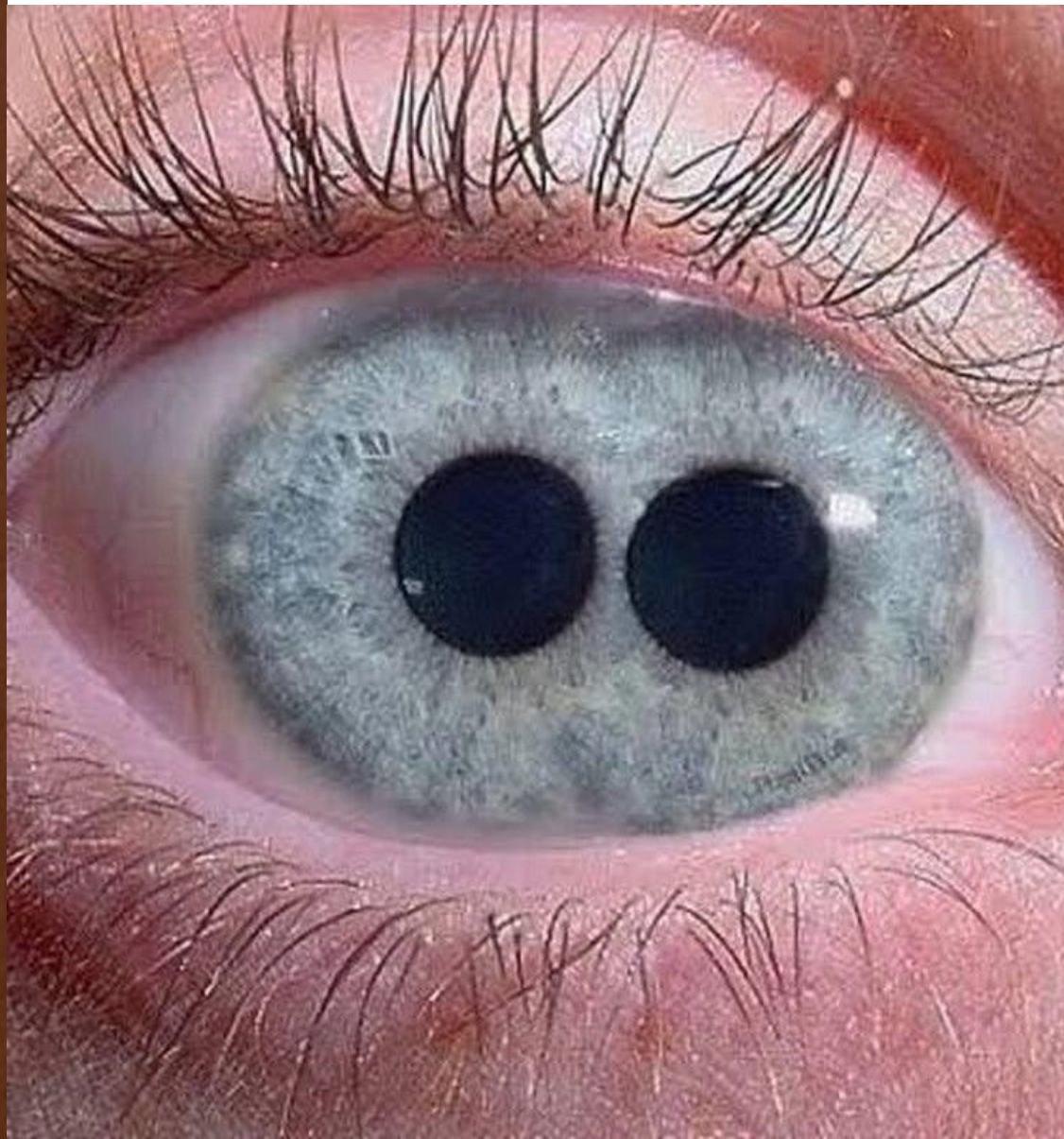
Патология может привести к следующим последствиям:

- слепота
- вторичная глаукома;
- выраженный отёк роговицы, приводящий к язвенно-некротическим осложнениям со стороны оболочек глаза;
- развитие вторичных воспалительных заболеваний глазных структур;
- формирование комплекса неполноценности и другие психологические проблемы.

Лечение

Хирургическое вмешательство должно проводиться максимально рано, в течение первого года жизни. Обычно рекомендуется коллагенопластика радужки и роговицы.

В старшем возрасте рекомендуют: коррекцию зрения с помощью очков, линз; использование подходящих по цвету косметических линз, специальных сетчатых очков, чтобы замаскировать наличие эстетического недостатка.

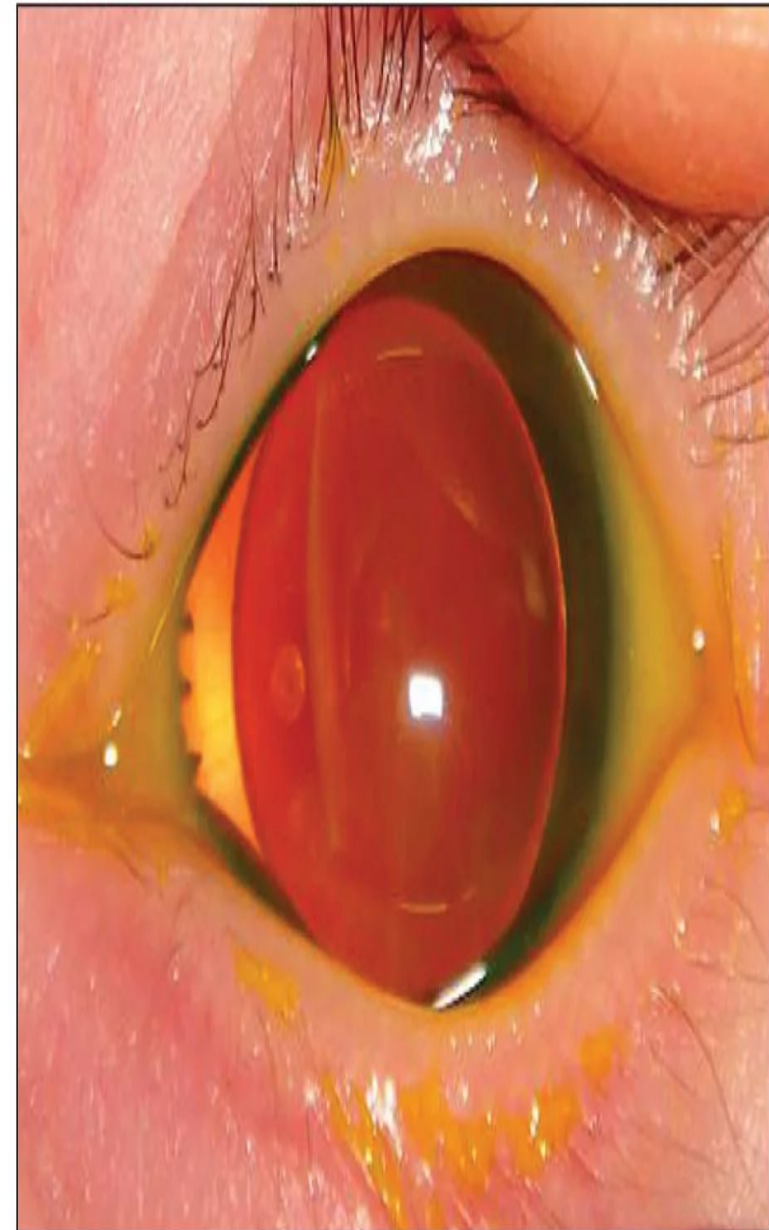


ВРОЖДЕННАЯ АНИРИДИЯ

Заболевание глаз, при котором отсутствует радужка или часть радужки и это наблюдается с рождения. Однако, врожденная аниридия не ограничивается только тем, что нет радужки. При аниридии часто возникает повышение внутриглазного давления, катаракта, птоз, нистагм и поражение роговицы.

Симптомы

- светобоязнь – непереносимость яркого света;
- **выраженное снижение остроты зрения (всегда!)**
- образование паннуса (диффузного воспаления и помутнения) роговицы;
- ухудшение оттока внутриглазной жидкости, приводящее к глаукоме;
- смещение (подвывих) или помутнение (катаракта) хрусталика;
- появление горизонтального нистагма – непроизвольных движений глазного яблока;
- развитие косоглазия – отклонения глаза от своей зрительной оси;



Аниридия с глаукомой

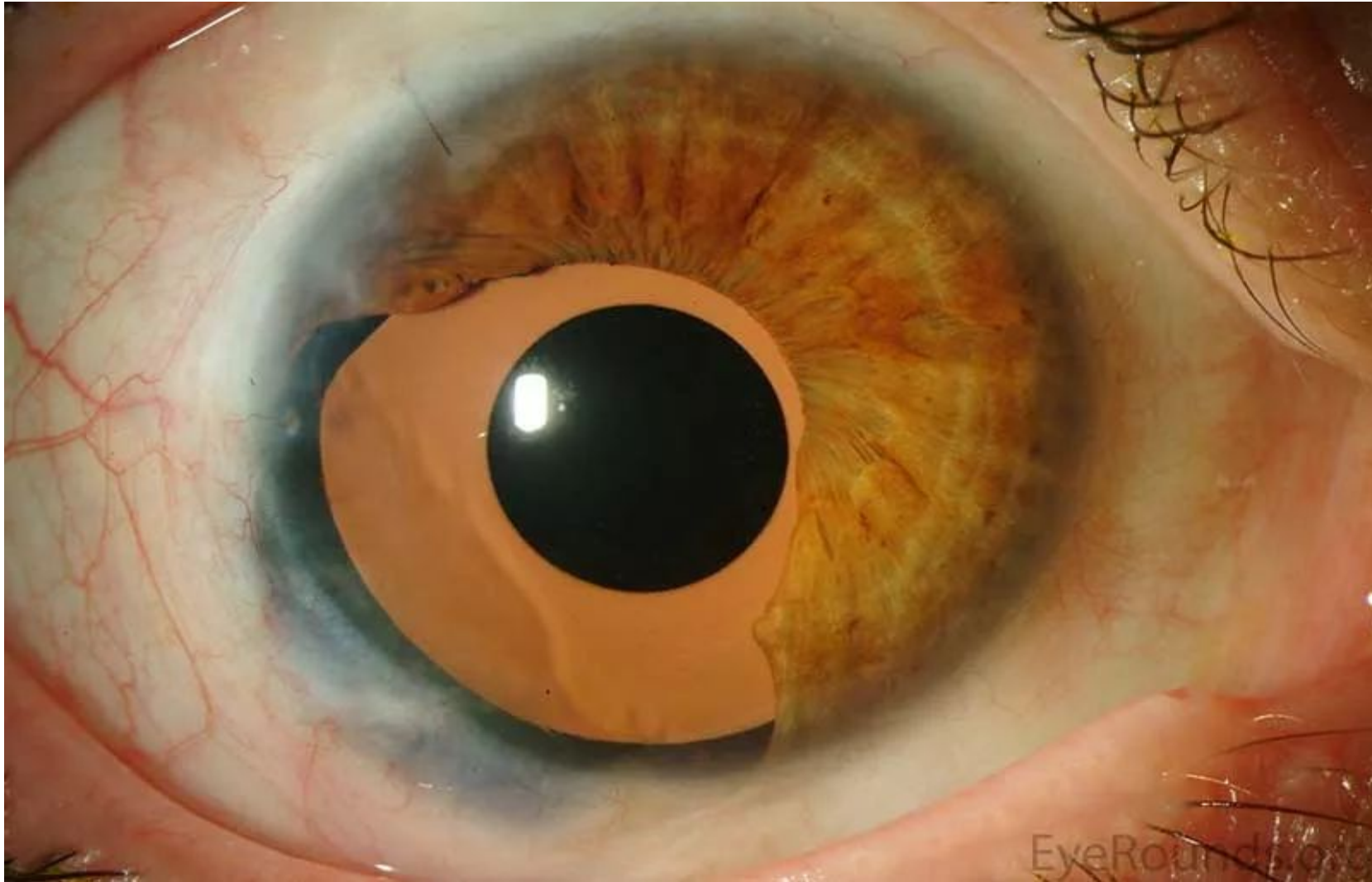
Методы диагностики

Обследование больного с аниридией включает определение остроты зрения и клинической рефракции, биомикроскопию, офтальмоскопию, гониоскопию, тонометрию (измерение внутриглазного давления). Для подтверждения врожденной формы заболевания используют генетические исследования (FISH-тест).

Осмотр передней камеры глаза с помощью щелевой лампы позволяет увидеть отсутствие радужки, при офтальмоскопии визуализируется гипоплазия зрительного нерва и сетчатки в области макулы. Измерение внутриглазного давления и осмотр угла передней камеры необходимы для диагностики глаукомы.

Лечение заболевания

- Симптоматическое лечение патологии заключается в применении цветных контактных линз, имитирующих радужку
- При повышенном внутриглазном давлении назначаются антиглаукоматозные препараты (Тимолол, Арутимол, Трусопт, Траватан).
- Дополнительно назначаются средства для профилактики заболеваний роговицы, гипоплазии сетчатки и зрительного нерва.
- Для защиты глаза от ультрафиолетового излучения больным следует носить солнцезащитные очки.

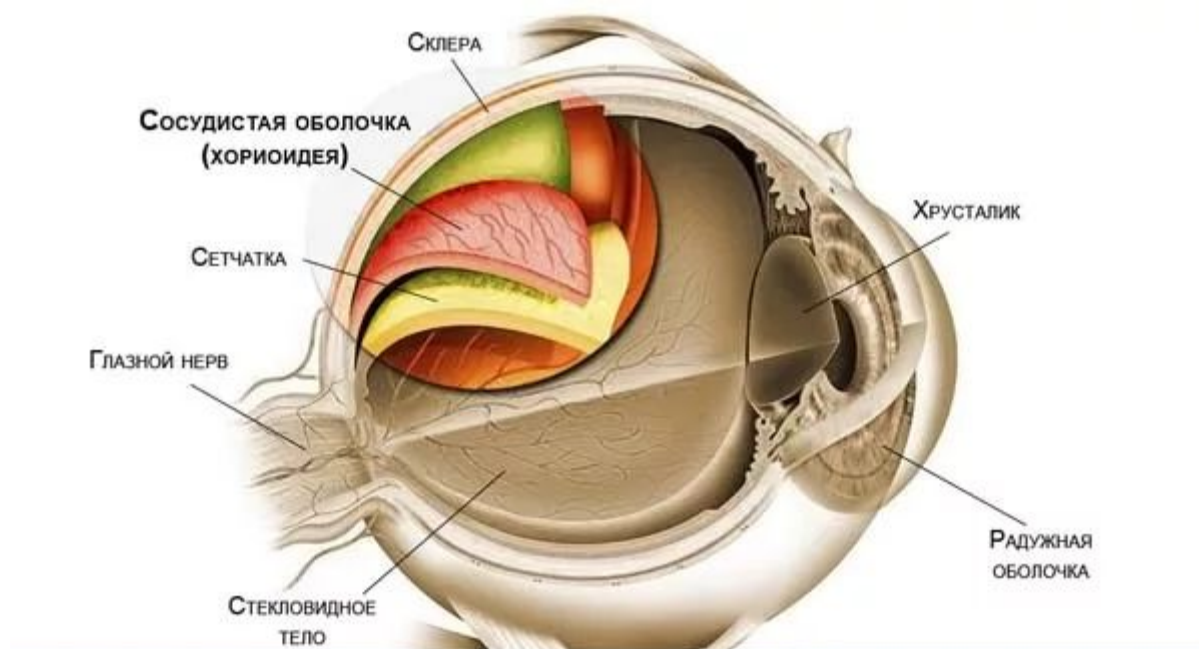


КОЛОБОМА ХОРИОДЕИ

это дефект (отсутствие) определенного участка собственно сосудистой оболочки глаза. Хориоидея – собственно сосудистая оболочка глаза – является задним отделом сосудистой системы глаза. Выполняет питательную функцию, поддерживает внутриглазное давление, поставляет сетчатой оболочке необходимые для фотохимической реакции вещества.

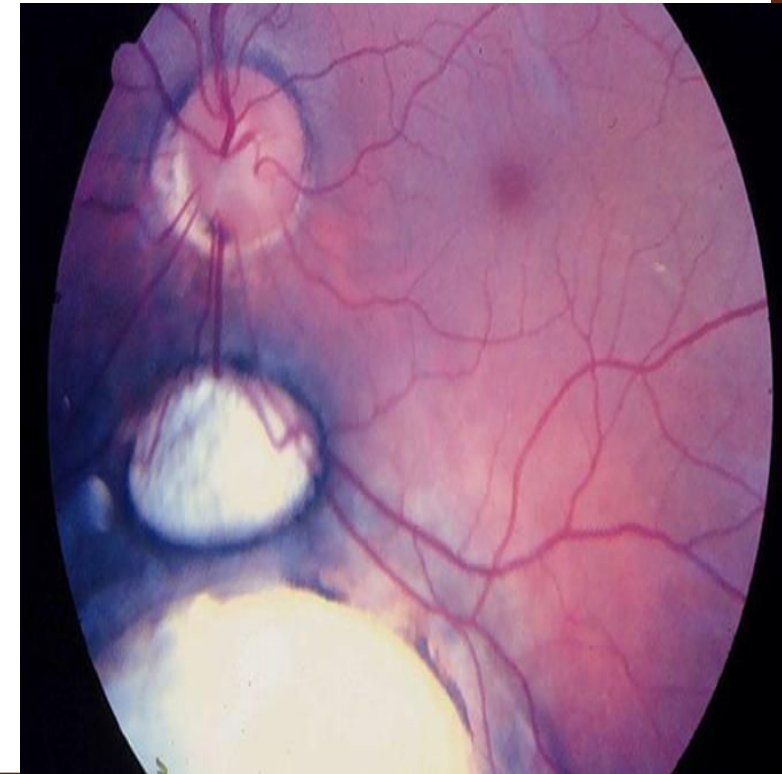
Этиология

Наследственный фактор (хромосомные аномалии, мутации генов). Однако заболевание может возникнуть во внутриутробном периоде, из-за действия неблагоприятных внешних факторов на плод.



КЛИНИКА

- При офтальмоскопии виден обширный белый или серовато-белый участок. Границы его резкие, обычно пигментированные. Они теряются на периферии нижней части глазного дна и доходят иногда до диска зрительного нерва, который в этом случае внизу представляется незамкнутым (колобома зрительного нерва). Если нет дефекта сетчатой оболочки, то она представляется измененной с проходящими в ней сосудами, через которую просвечивает склера. Иногда встречаются множественные или атипичные колобомы хориоидеи, расположенные не в нижней части глазного дна. Степень снижения остроты зрения зависит от локализации колобомы и состояния сетчатки. При дефекте последней в области желтого пятна острота зрения резко снижается.



Диагностика

Офтальмоскопия, при которой дефект выглядит как четко отграниченная белая зона округлой или овальной формы с неровными краями.

Лечение

Колобома хориоидеи не лечится: восстановить затронутые данной формой нервные и сосудистые ткани глаза невозможно.

СИФИЛИТИЧЕСКИЙ ХОРИОРЕТИНИТ

Сифилитический хориоидит (хориоретинит) развивается при врожденном и приобретенном сифилисе. При врожденном сифилисе уже в раннем детстве можно обнаружить характерные изменения в сосудистой (хориокапиллярный слой) и сетчатой (пигментный эпителий) оболочке.

На глазном дне видны обесцвеченные мелкоточечные участки хориоидеи, чередующиеся с участками, содержащими пигментные зернышки (глазное дно как бы посыпано солью с перцем), могут встречаться и более крупные пигментные очаги.

Диск зрительного нерва бледный, сосуды сетчатки узкие. Отмечаются понижение остроты зрения и сужение поля зрения. Возможны проявления также в виде пигментных очагов больших размеров или крупных хориоретинальных очагов белого цвета, окаймленных пигментом.

Сифилитическая этиология процесса устанавливается на основании положительной реакции Вассермана или результатов иммуноферментного анализа, а также клинических признаков.

Сифилитический хориоретинит
(«соль с перцем»)

