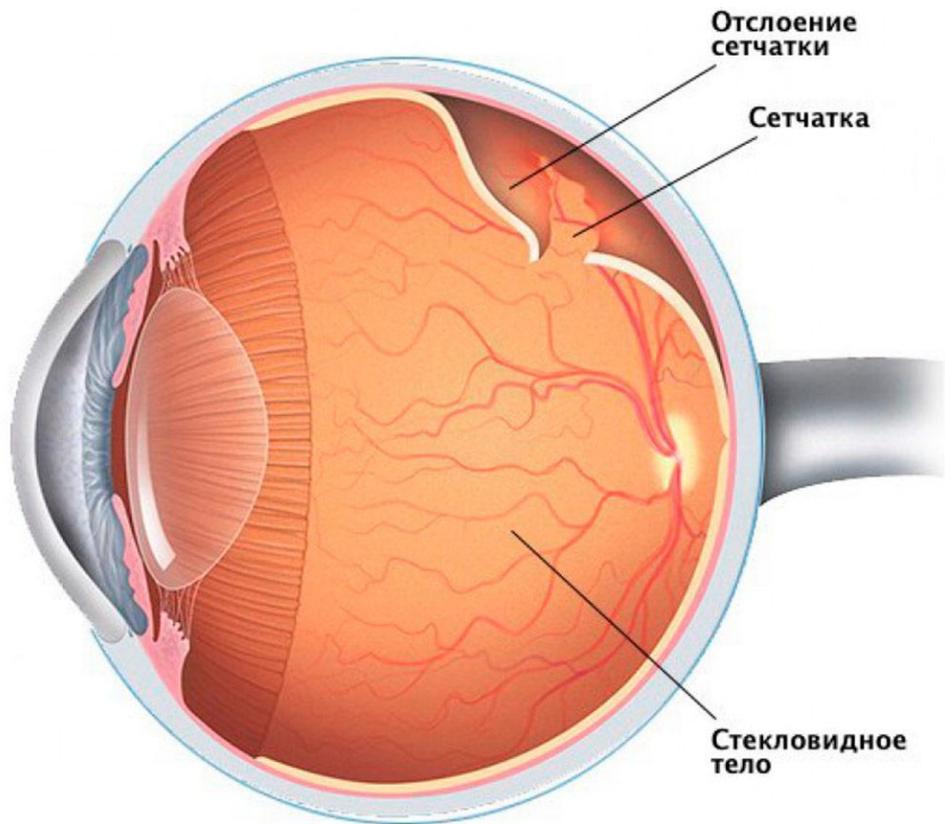


Отслоение сетчатки



Подготовила: ординатор 2 года
Нурушева Ж.А

- Отслойкой сетчатки (ОС) называют отделение нейросенсорной сетчатки от пигментного эпителия вследствие разрыва имеющихся между ними связей. При этом в потенциальном пространстве между ПЭС и сенсорной сетчаткой накапливается жидкость (субретинальная).

Основные типы ОС:

ПО МЕХАНИЗМУ:

- Регматогенная возникает вследствие сквозного дефекта сенсорной сетчатки, через который жидкость из разжиженного стекловидного тела поступает под сетчатку.
- Тракционная. Сетчатка отделяется от ПЭ вследствие сокращения витреоретинальных мембран при отсутствии разрыва сетчатки.
- Экссудативная (серозная, вторичная). Отслойка обусловлена поступлением жидкости из сосудов сетчатки и/или хориоидеи при отсутствии разрыва сетчатки или тракции.
- Тракционно-регматогенная, обусловлена сочетанием ретинального разрыва и витреоретинальной тракции, встречается в основном при пролиферативной диабетической ретинопатии.

ПО ВИДУ:

- свежая (до 1 месяца)
- несвежая (от 1 до 3 месяцев)
- старая (от 3 месяцев и более)

ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ:

- локальная (занимает 1 квадрант глазного дна)
- распространенная (занимает до 2 квадрантов глазного дна)
- субтотальная (занимает 3 квадранта глазного дна)
- тотальная (занимает всю площадь глазного дна)

ПО ВЫСОТЕ:

- плоская
- высокая
- пузыревидная

ПО РИГИДНОСТИ:

- подвижная
- полуподвижная
- ригидная

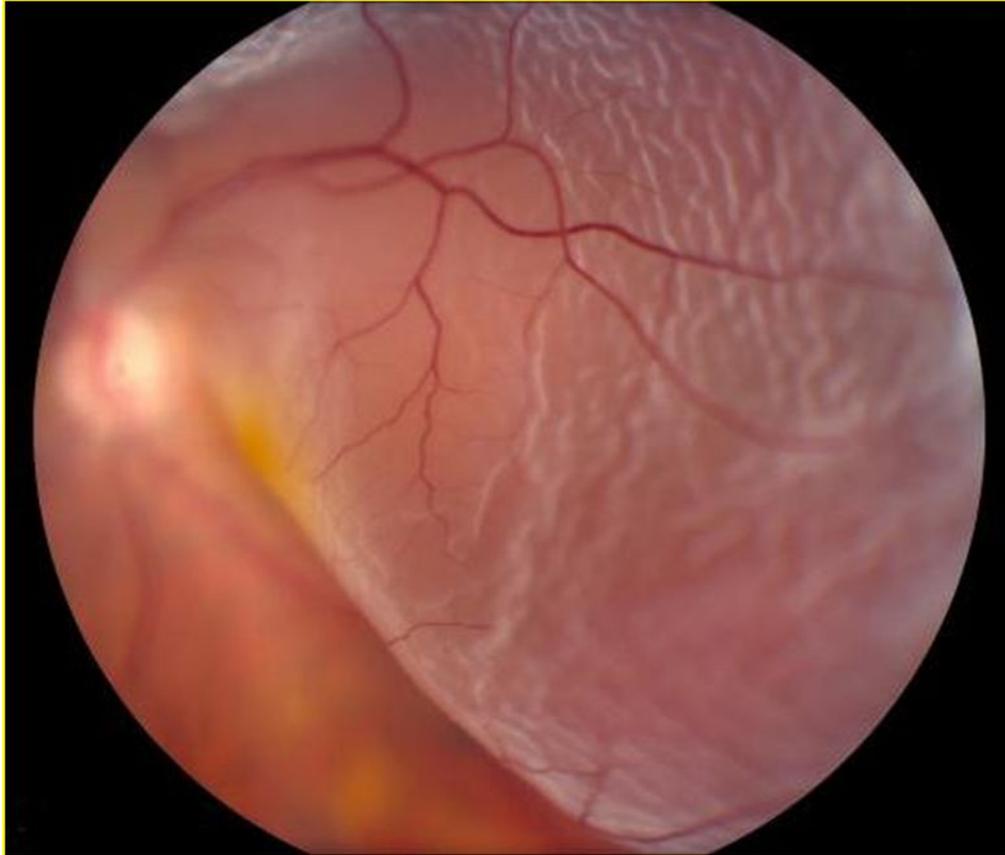
Классификация отслоек сетчатки по категории тяжести:

- I категория: сетчатка полностью мобильна, расправляемость хорошая, тракционный компонент со стороны стекловидного тела выражено слабо. После 3-4 дней постельного режима сетчатка прилежит в области разрыва к сосудистой оболочке. Фиксированные складки сетчатки и шварты в стекловидном теле отсутствуют.
- II категория: характеризуется тракцией со стороны стекловидного тела, после 3-4 дней постельного режима сетчатка частично (прилежит) расправляется, но полностью на месте разрыва не прилегает. Отмечаются шварты стекловидного тела, соединенные с клапаном разрыва, а также отслойка его стекловидной пластинки. Фиксированные складки сетчатки отсутствуют.
- III категория: имеются выраженные тракционные изменения со стороны стекловидного тела. Нет тенденции к расправлению сетчатки даже после длительного постельного режима. Грубые фиксированные складки малоподвижны при движении глаза.

Классификация отслоек сетчатки с ПВР

- Стадия ПВР А. – стекловидное тело мутное, с пигментными глыбками. Пигментные глыбки на поверхности отслоенной сетчатки и в нижних отделах витреальной полости.
- Стадия ПВР В. – сморщивание поверхности отслоенной сетчатки, уменьшение ее подвижности, ретинальные сосуды извиты, край разрыва сетчатки завернут, стекловидное тело становится малоподвижным.
- Стадия ПВР С posterior – кзади от экватора формируются фокальные, диффузные фиксированные складки сетчатки, наличие субретинальных тяжей.
- Стадия ПВР Canterior – кпереди от экватора формируются фиксированные складки сетчатки, переднее смещение периферической сетчатки, плотное, тяжистое стекловидное тело.

Свежая отслойка сетчатки



Регматогенная отслойка

Связана с разрывом сетчатой оболочки и попаданием под нее жидкости из стекловидного тела.

Данное состояние возникает вследствие динамической витреоретинальной тракции при наличии слабых мест периферической сетчатки, которые обозначаются как «опасные» периферические дегенерации

При различных видах дистрофий сетчатки (решетчатой, кистевидной, ретиношизис и др.) разрыв в дегенеративно измененной области может быть спровоцирован :

- резкими движениями
- чрезмерным физическим напряжением
- черепно-мозговой травмой
- падениями или возникать спонтанно

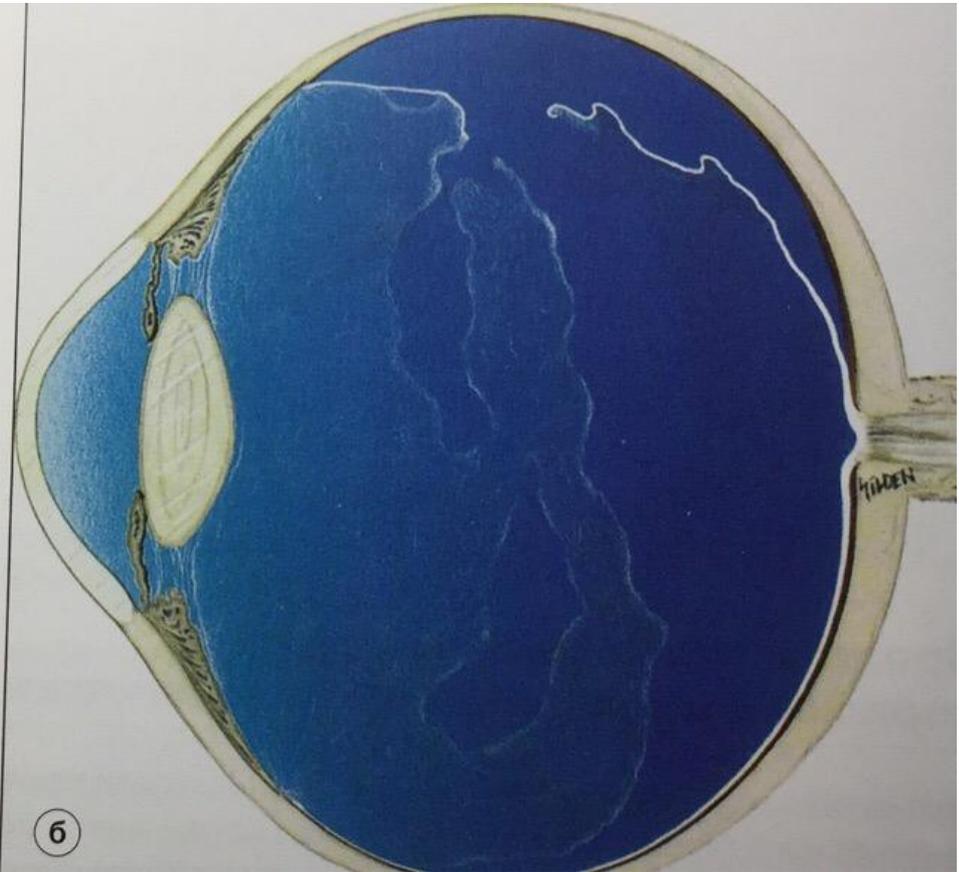
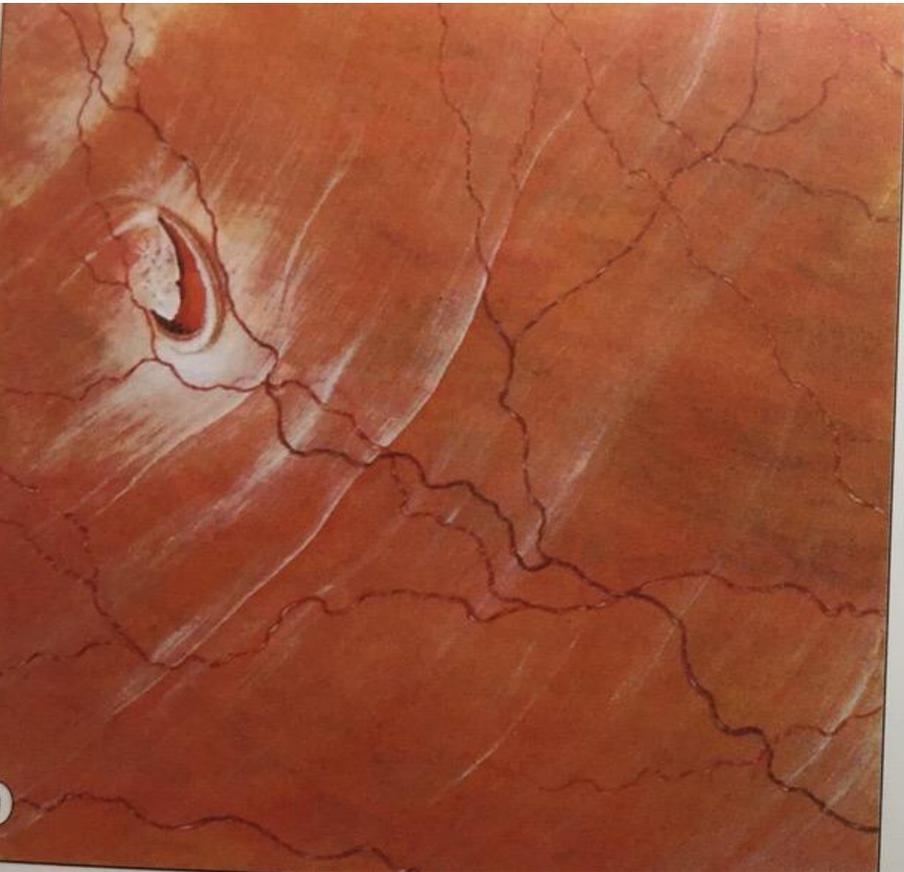
- NB! Даже при наличии разрыва отслойка не произойдет, если стекловидное тело хотя бы частично не разжижено и отсутствует достаточная для отслойки тракция.

Динамическая витреоретинальная тракция

- Синхизис – разжижение стекловидного тела, связанное с изменением его микромолекулярной структуры. Если на фоне синхизиса возникает дефект в задней гиалоидной мембране, жидкость из центра полости стекловидного тела поступает через этот дефект в образующееся ретрогиалоидное пространство, что сопровождается отслоением задней гиалоидной мембраны от внутренней пограничной мембраны вплоть до задней границы основания СТ. Остающееся оформленное СТ сжимается и смещается кпереди и книзу, а все ретрогиалоидное пространство заполняется жидкостью. Этот процесс называется острой задней отслойкой стекловидного тела (ЗОСТ).

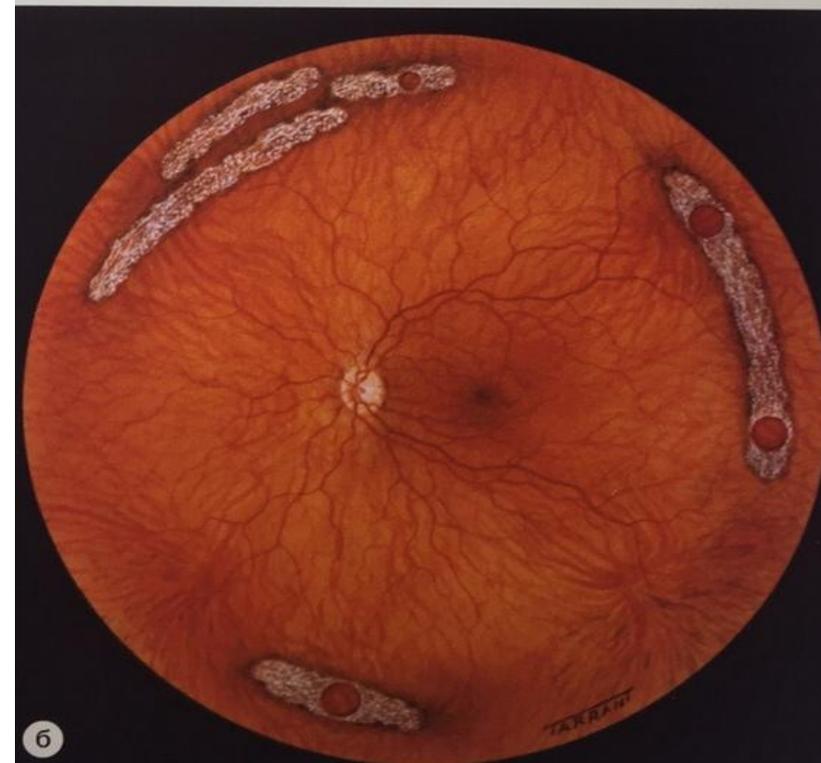
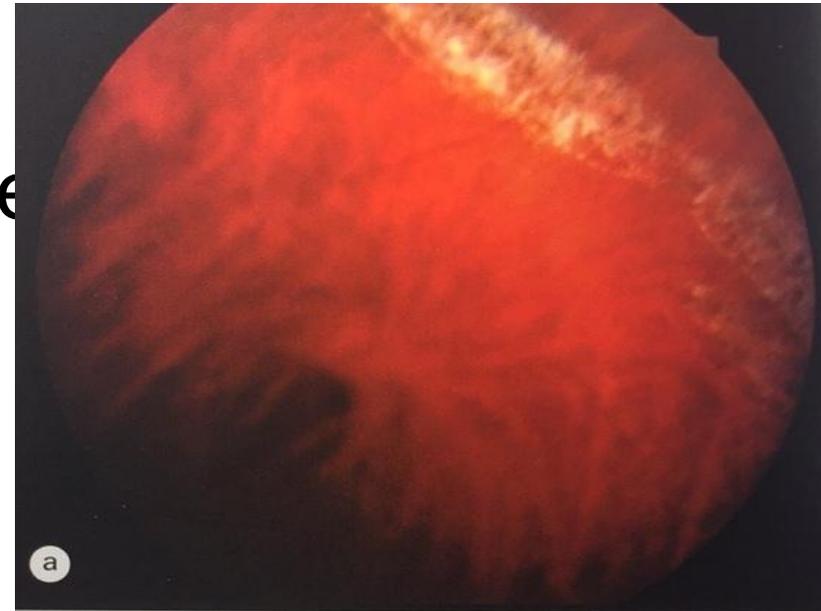
После ЗОСТ нейросенсорная сетчатка больше не защищена стабильным СТ и может подвергаться воздействию сил витреоретинальной тракции.

А. U-образный разрыв с локальной отслойкой сетчатки, связанный с ЗОСТ. Б. Разжижение и частичный коллапс СТ с прикреплением в области клапана разрыва



Предрасполагающие к отслойке периферические дегенерации сетчатки

- А. Дегенерация в виде «следа улитки»
- Б. Несколько участков дегенерации в виде следа улитки с атрофическими разрывами



Дегенеративный ретиношизис

а. большие разрывы обоих листков б. Линейный разрыв в наружном листке с локальным скоплением СРЖ.

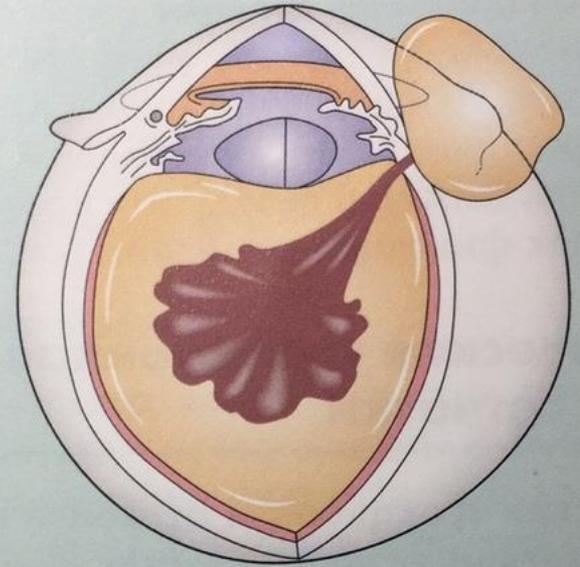


Травматическая отслойка

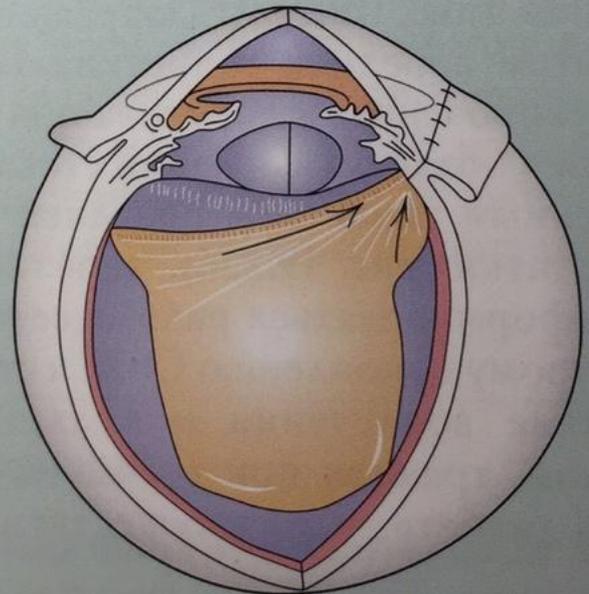
С травмой связаны 10% случаев отслоек сетчатки. При этом отслоение сетчатой оболочки может произойти в любое время: непосредственно в момент травмы, сразу после нее или спустя несколько лет.

- 1. Проникающие ранения заднего отрезка несут высокий риск ОС, особенно если произошло вставление СТ в рану, приводящее впоследствии к витреоретинальной тракции

- Травматическая тракционная отслойка сетчатки а. Проникающая травма глаза с выпадением СТ и внутриглазным кровоизлиянием б. Витреоретинальная пролиферация и тракция, приводящая к



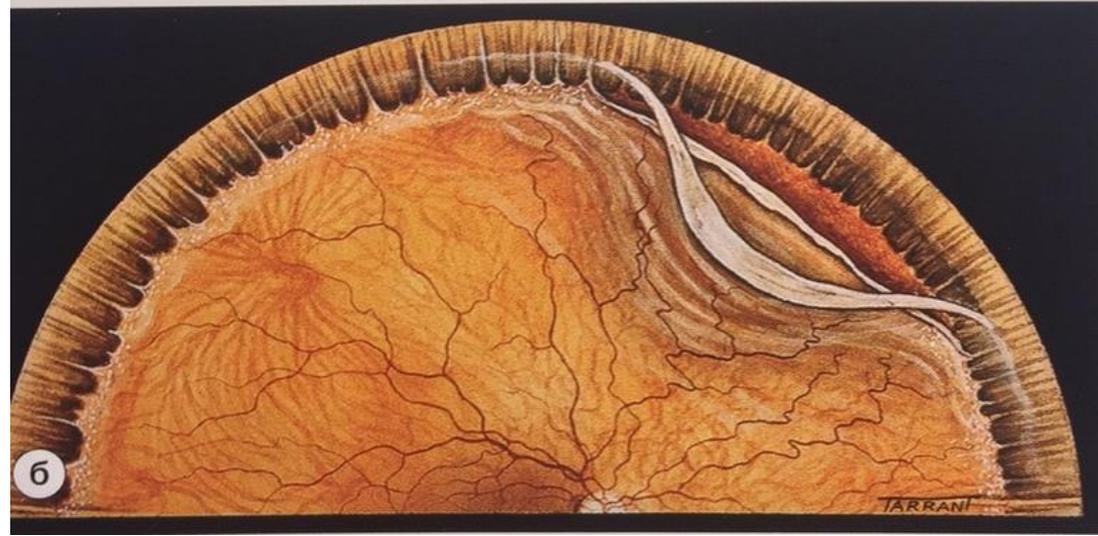
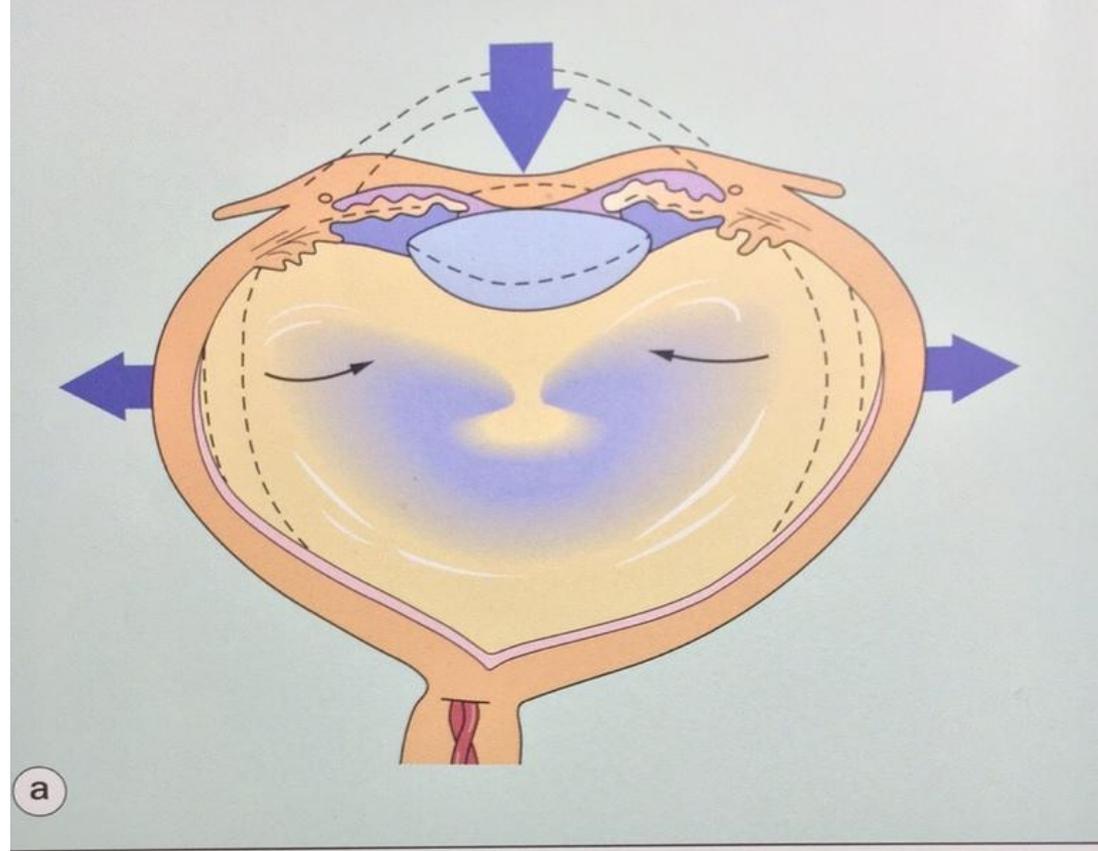
а



б

- 2. Тяжелая тупая травма глаза вызывает компрессию глазного яблока в переднезаднем направлении и одновременное расширение в плоскости экватора. Вследствие:
 - отрыв сетчатки (диализ)
 - экваториальные разрывы
 - макулярный разрыв

- А.патогенез повреждения при тупой травме глаза
- Б.диализ сетчатки в верхненосовом квадранте и отрыв СТ с локальным скоплением СРЖ.



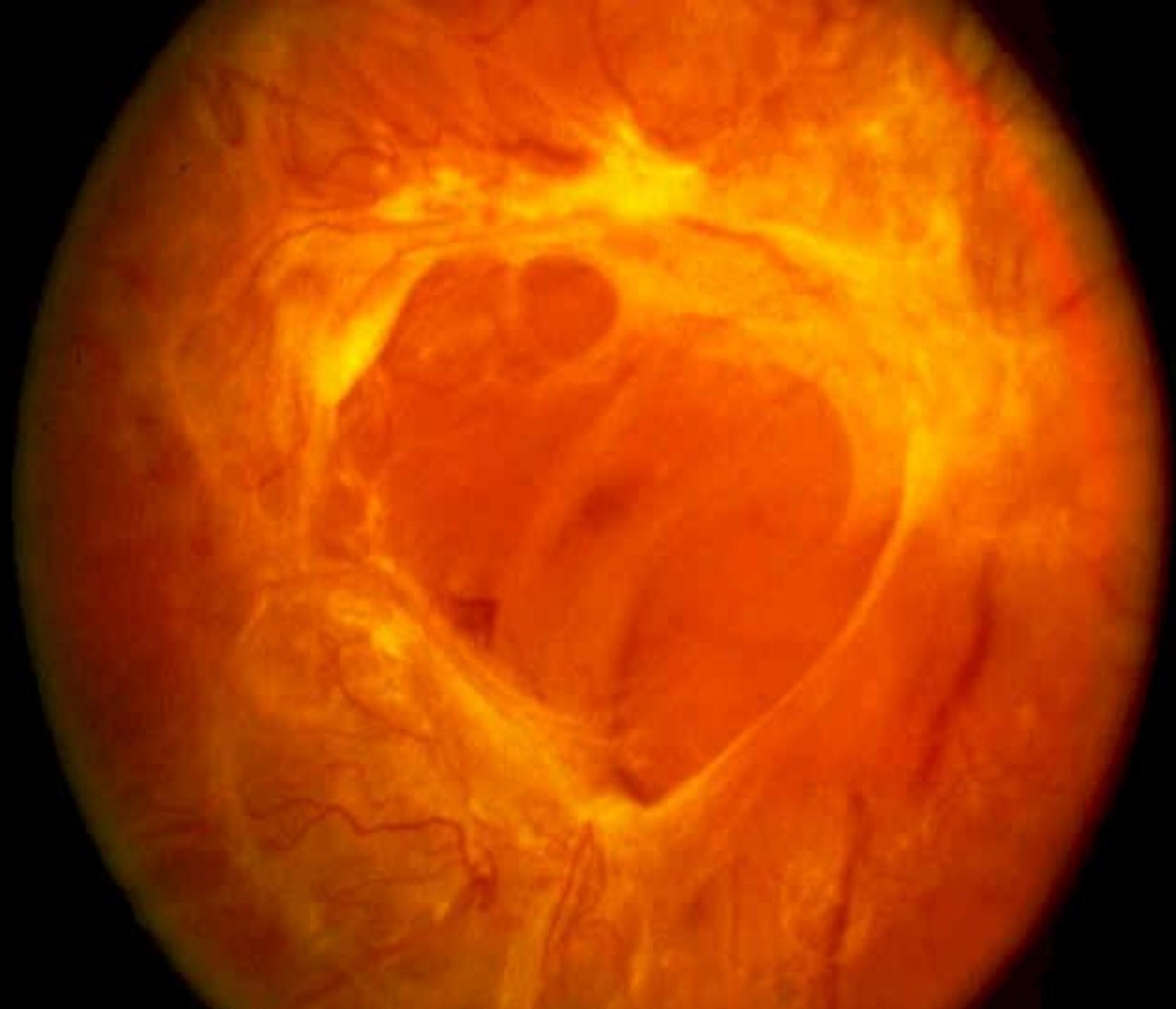
Тракционная отслойка сетчатки

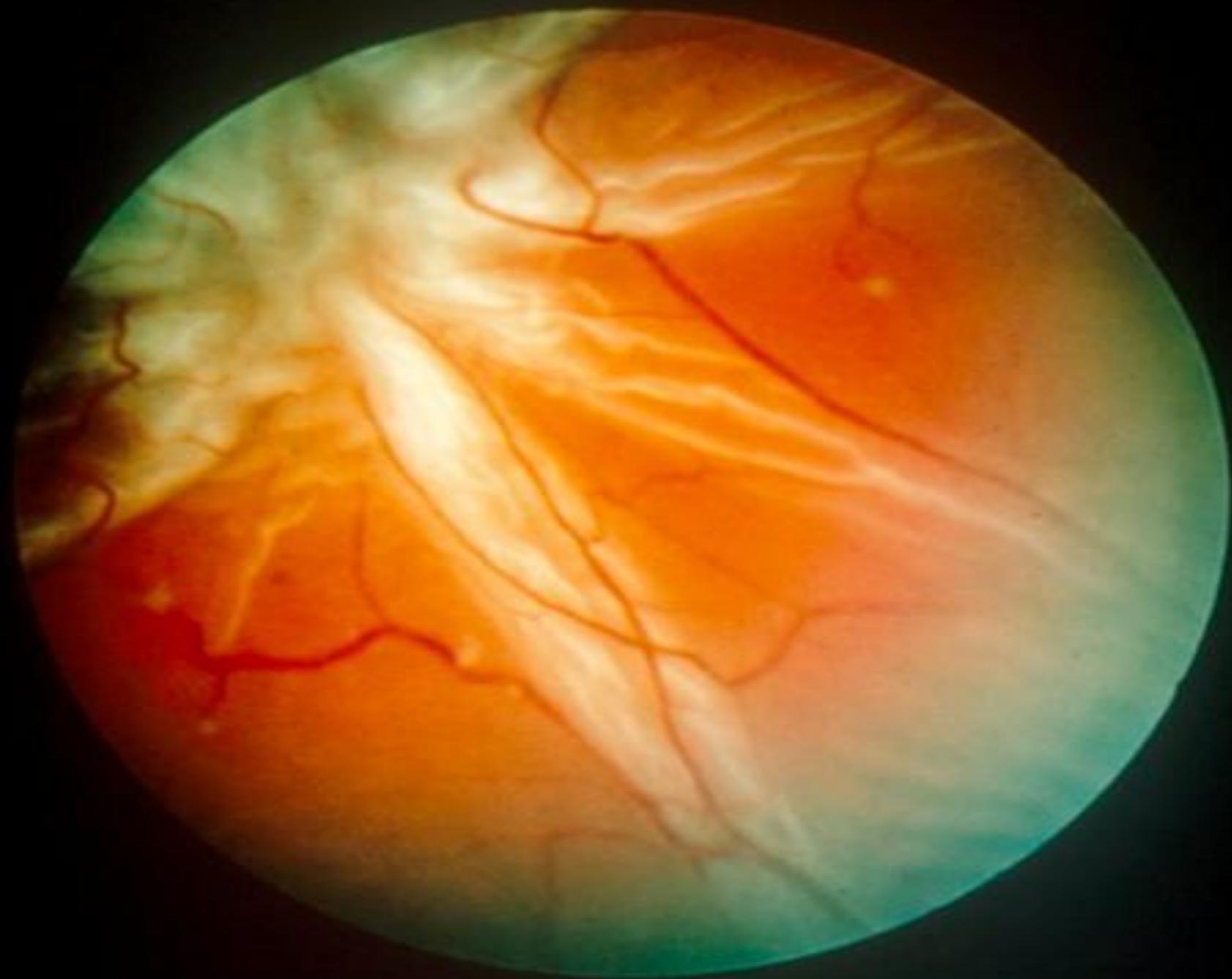
- Основными причинами являются
- А) Пролиферативная ретинопатия, например диабетическая или связанная с ретинопатией недоношенных.
- Б) Проникающая травма заднего отрезка глаза.

Патогенез тракционной ОС.

- Вызывается прогрессирующим сокращением фиброваскулярных мембран с протяженной витреоретинальной фиксацией. ЗОСТ обычно постепенная и неполная вследствие прочного прикрепления мембран к кортикальным отделам стекловидно





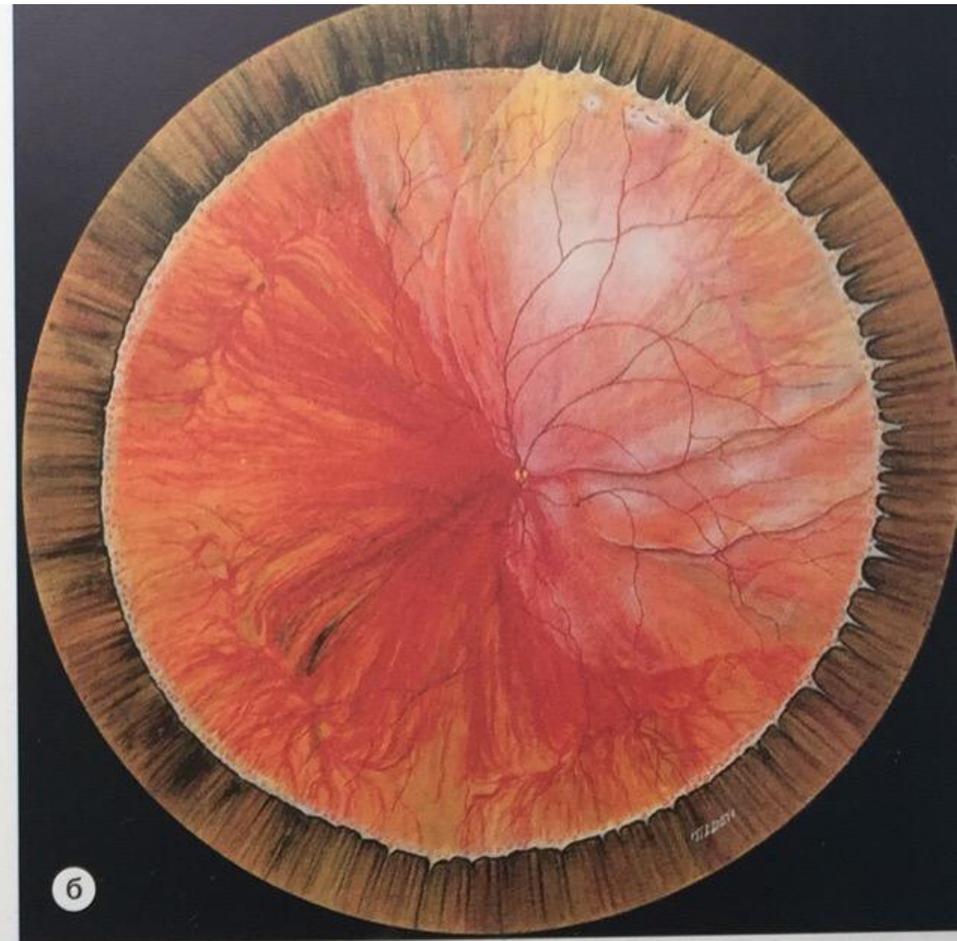


Экссудативная отслойка сетчатки

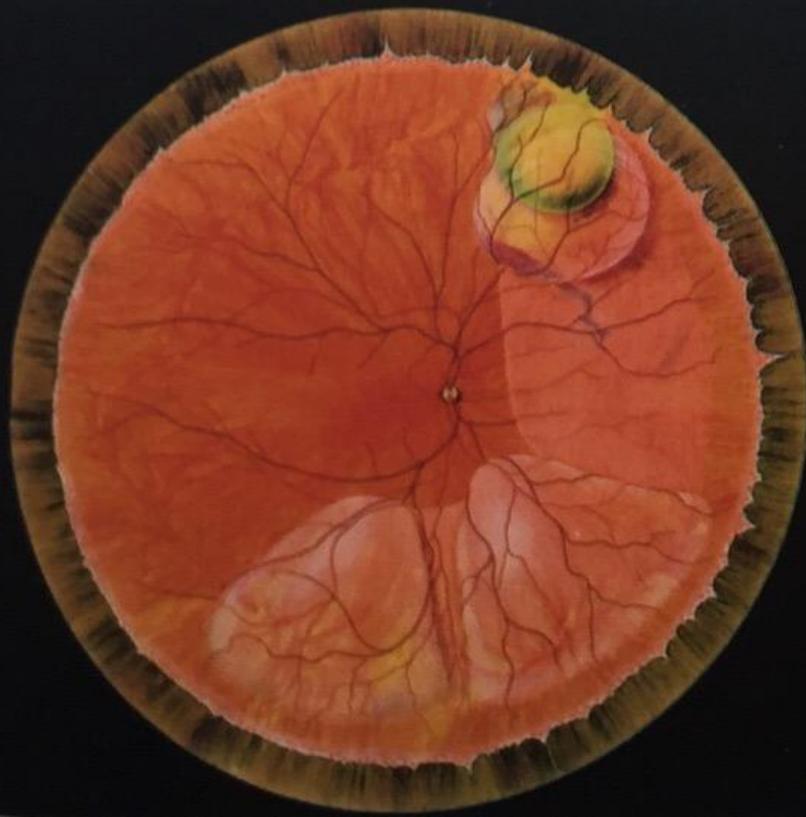
- Накопление субретинальной жидкости не связано с разрывом сетчатки или тракцией. Причиной могут быть различные сосудистые, воспалительные или опухолевые заболевания глаза, вовлекающие нейросенсорную сетчатку, пигментный эпителий или хориоидею, и приводящие к просачиванию жидкости из сосудов и накоплению под сетчаткой

- Накопление жидкости и развитие отслойки не происходит, пока ПЭ в состоянии удалять жидкость из-под сетчатки в хориоидею . Если скорость образования жидкости превосходит возможности клеток ПЭ по ее удалению или если функция ПЭ угнетена, жидкость начинает накапливаться под сетчаткой, приводя с ее отслойке

Экссудативная отслойка со смещением жидкости



- А. Экссудативная отслойка сетчатки. В положении пациента сидя отмечают нижнюю пузыревидную отслойку сетчатки, отделенную областью плоской отслойки от другого пузыря в верхневнутреннем квадранте, где имеется опухоль хориоидеи
- Б. Пигментация в виде «пятен леопарда» после разрешения экссудативной ОС



Клиника регматогенной отслойки



- **Предвестники регматогенной отслойки сетчатки** — вспышки и фотопсии, возникающие при задней отслойке стекловидного тела. Если при этом разрывается ретинальный сосуд и возникает кровоотечение, то пациент отмечает появление «чёрных точек» или «летающих мушек». Затем появляются жалобы на завесу или вуаль перед глазом с последующим снижением зрения.

Клиника тракционной ОС

- Фотопсии и плавающие помутнения обычно отсутствуют, поскольку витреоретинальная тракция развивается постепенно и не связана с острой ЗОСТ. Дефект поля зрения прогрессирует медленно и может оставаться неизменным в течение нескольких месяцев или лет.

Клиника экссудативной ОС

- Фотопсии отсутствуют, т.к. нет витреоретинальной тракции; плавающие помутнения появляются, если имеется сопутствующий витреит. Дефекты поля зрения могут возникать внезапно и быстро прогрессируют. В зависимости от причины возможно одновременное вовлечением обоих глаз.

Диагностика ОС

Анамнез

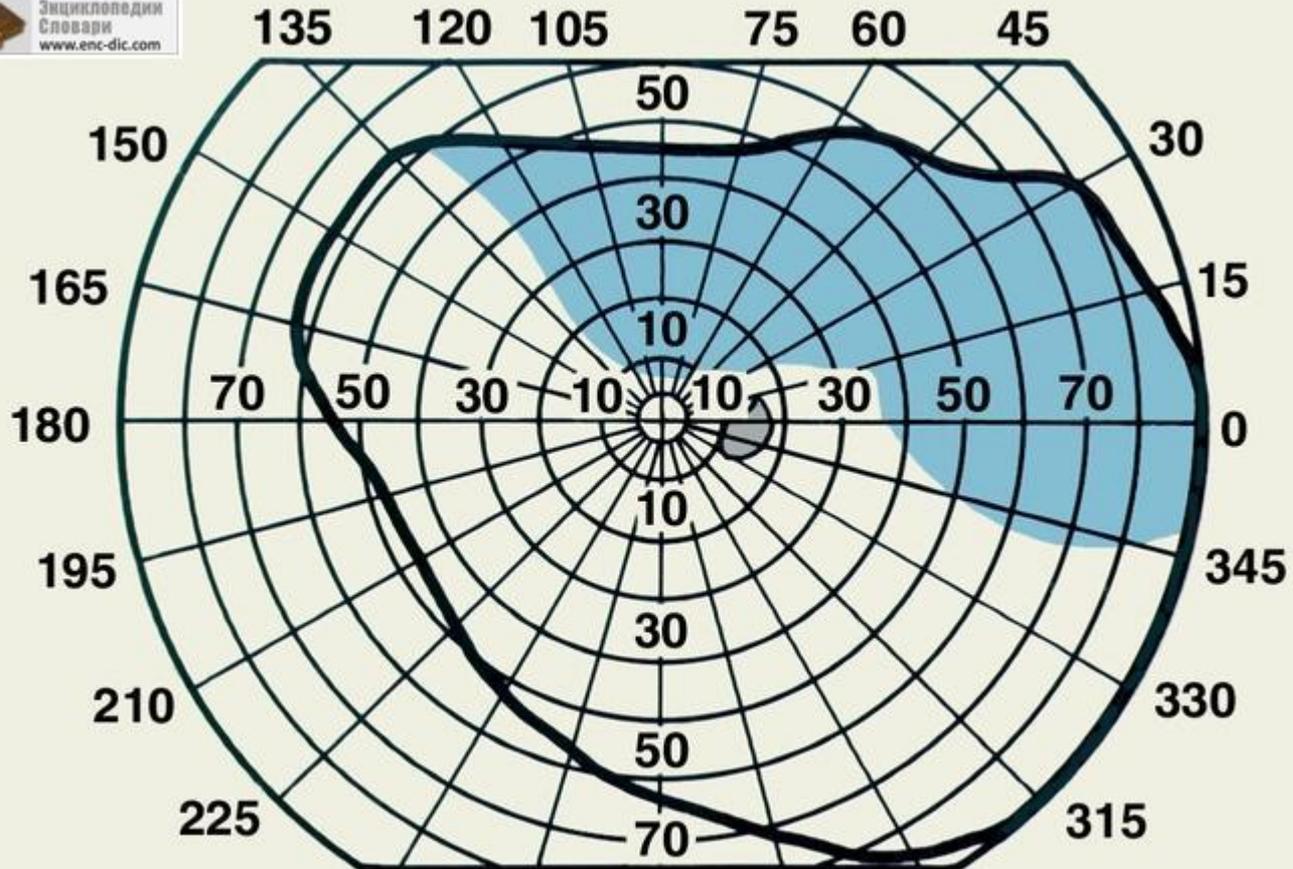
При сборе анамнеза необходимо учитывать:

- ⊙ жалобы пациента;
- ⊙ наличие отслойки сетчатки на одном глазу, миопии высокой степени с дегенеративными изменениями на глазном дне, диагностированных ранее витреохориоретинальных дистрофий, наличие афакии, артрафакии;
- ⊙ длительность существования симптомов, связь их появления с физической и эмоциональной нагрузкой, травмой, соматическим или глазным заболеванием;
- ⊙ наличие в анамнезе глазных лазерных и хирургических вмешательств;
- ⊙ профессиональную деятельность пациента

Физикальное обследование

- Определение остроты зрения, ВГД, поля зрения,
- Биомикроскопию,
- непрямую бинокулярную офтальмоскопию;
- непрямую биомикроскопию с помощью линз большой оптической силы;
- биомикроскопию с помощью трёхзеркальной линзы Гольдмана.





- Схема поля зрения, полученная при периметрии левого глаза с использованием белого тест-объекта (выпавшие участки обозначены голубым цветом): при отслойке сетчатки в нижненосовом квадранте.

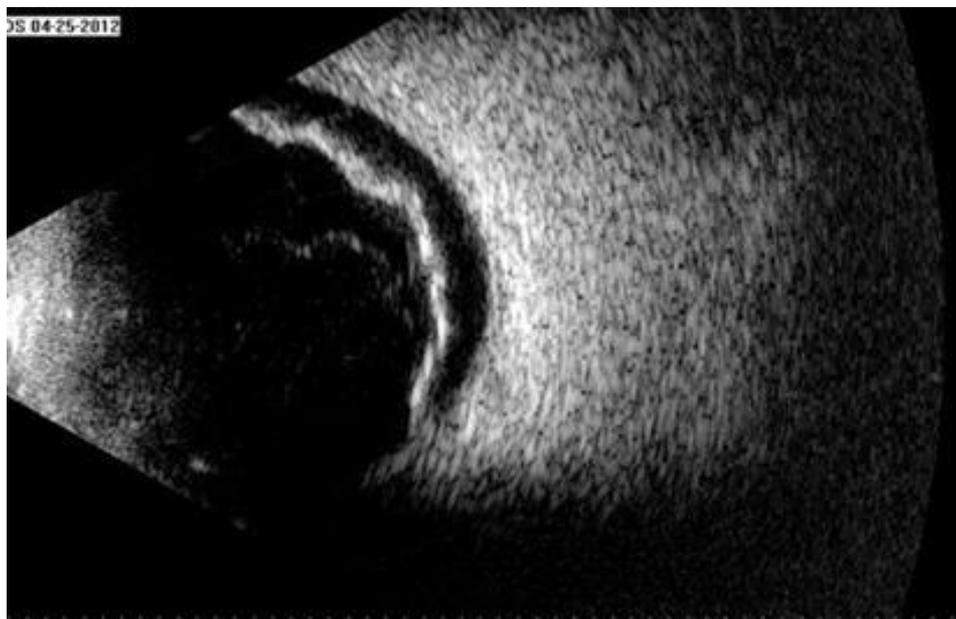
Инструментальное

обследование

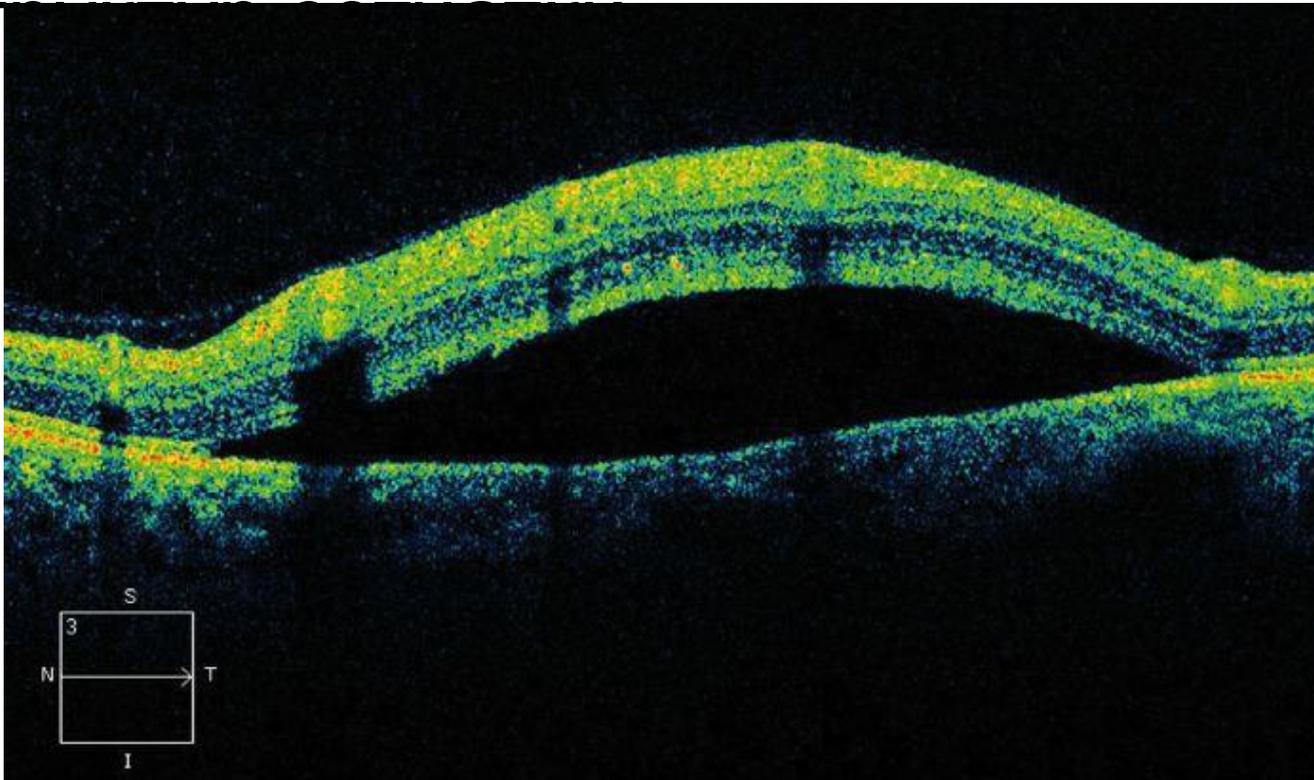
Эхография позволяет количественно определить высоту, распространённость и конфигурацию отслойки сетчатки.

На двухмерных эхограммах глаза (В-сканирование) отслоённая сетчатка видна в виде плёнчатого образования в стекловидном теле, часто соединяющегося с изображением оболочек

глаза в местах, соответствующих зубчатой линии и краям ДЗН.



- Оптическая когерентная томография - послойное изображение СТ



Лечение

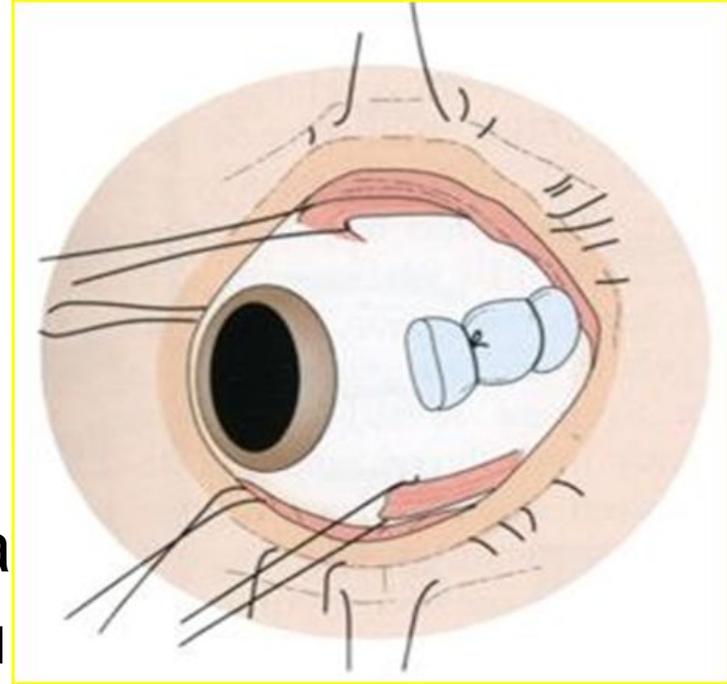
- Лечение ОС только хирургическое. В предоперационном периоде соблюдается постельный режим. Это требуется для того, чтобы пузыри отслоенной сетчатки за счет рассасывания субретинальной жидкости уменьшились в объеме, что существенно облегчит процедуру нахождения разрыва при экстрасклеральной хирургии. До операции назначаются местно мидриатики, антибактериальные препараты.

Лечение регматогенной отслойки сетчатки.

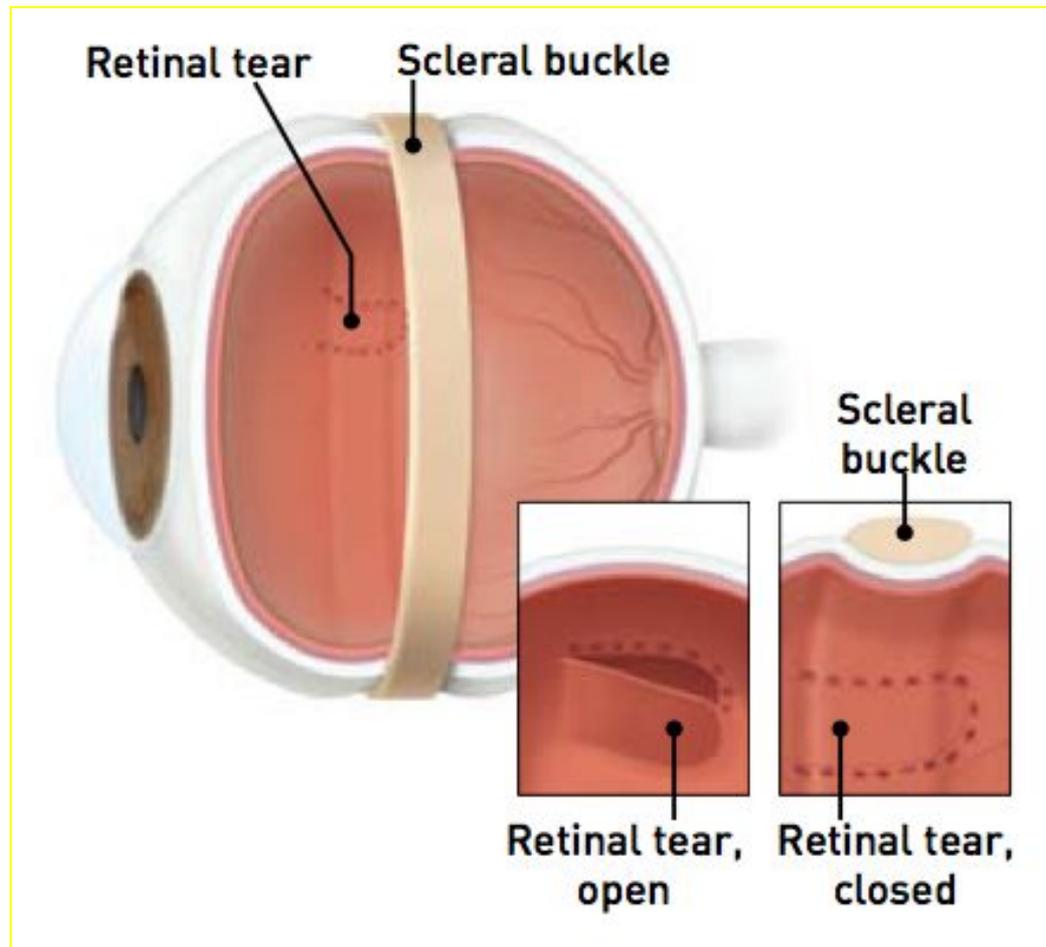
Цель: заблокировать разрывы сетча
Для этого используют в основном

экстрасклеральные методы оперативного лечения.

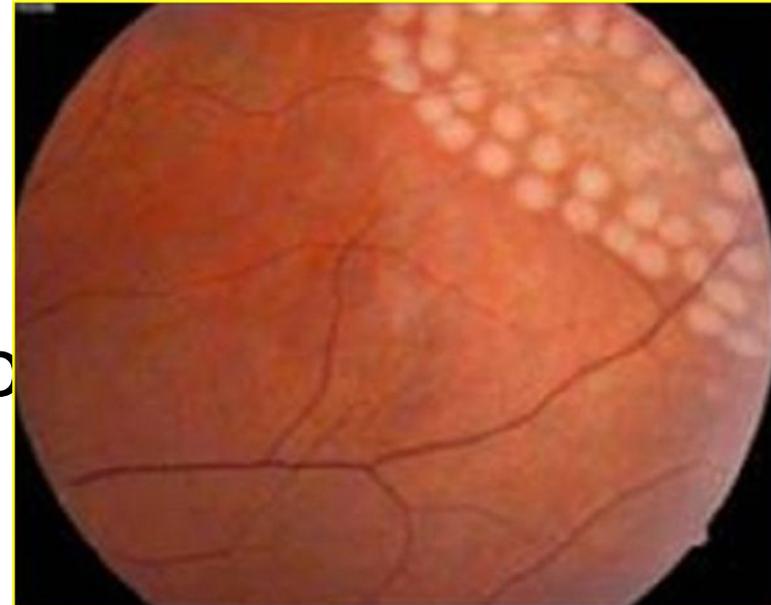
К экстрасклеральным вмешательствам относят локальное пломбирование, циркулярное вдавление и их сочетание, осуществляемые, в основном, с помощью специально разработанных силиконовых жгутов и пломб различной конфигурации, а также баллонирование (баллонная ретинопексия).



Экстрасклеральное пломбирование. (Циркляж)



- При необходимости операцию сочетают с выпусканением субретинальной жидкости, трансклеральной криопексией или диоднолазерной коагуляцией сетчатки.
- Два слоя лазеркоагулято
вокруг разрыва

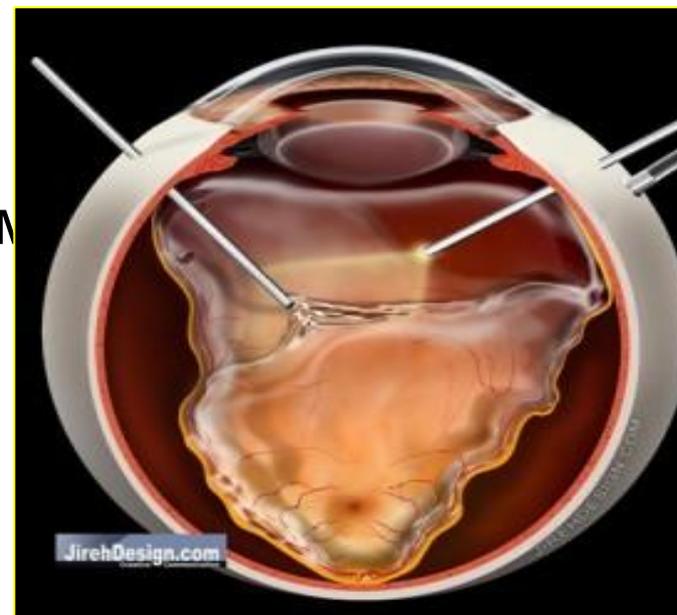


Лечение тракционной отслойки сетчатки.

Цель: устранить витреоретинальные сращения, оттягивающие сетчатку в полость стекловидного тела.

Для этого используют в основном интравитреальные методы оперативного лечения

К интравитреальным методам лечения отслойки сетчатки относят витрэктомия, эндолазеркоагуляцию, интравитреальную тампонаду с помощью воздуха, расширяющихся газов, тяжёлыми жидкостями или силиконом.



Лечение экссудативной ОС

- При экссудативной отслойке сетчатки возможно медикаментозное лечение, направленное на купирование основного патологического процесса, а также транспупиллярное лазерное воздействие



Дальнейшее ведение пациента

Пациента необходимо наблюдать до выздоровления на амбулаторном уровне в течение срока от 1 недели до 1 месяца, продолжить местную антибактериальную и противовоспалительную терапию от 7 дней до 1 месяца. Амбулаторное наблюдение окулистом по месту жительства в течение нескольких месяцев (до 1 года). Следует контролировать состояние офтальмотонуса, состояние сетчатки, наличие признаков отторжения пломбировочного материала (в случаях экстрасклеральной хирургии), и признаков эмульгации силикона (при его наличии в случае витреоретинальной хирургии), а также состояние хрусталика (если он не удален во время операции).