

Неврит зрительного нерва

Это воспалительное заболевание зрительного нерва, сопровождающееся снижением зрительных функций.

Причины

Рассеянный склероз, инфекционные (грипп, ангина, рожа) и неинфекционные заболевания (диабет, подагра), ЛОР-инфекции, опоясывающий герпес, болезнь Лайма, оптикомиелит, отравление метиловым спиртом, недостаток витаминов группы В, травмы глаз, алкогольная или никотиновая интоксикация.

Симптомы

Боль при движении глазом, снижение остроты зрения, сниженное восприятие цвета, сужение периферического поля зрения, «пятно» перед глазом.

Лечение

Назначение стероидных гормонов и нестероидных противовоспалительных препаратов в каплях, таблетках и инъекциях, проводится антибактериальная терапия. При наличии патологии, провоцирующей развитие неврита зрительного нерва, проводится лечение основного заболевания.

Неврит зрительного нерва представляет собой воспалительный процесс, характеризующийся стремительным снижением остроты зрения на фоне появления скотом (слепых пятен) и изменений восприятия цвета, болезненных ощущений со стороны пораженного глаза. Ввиду быстрого ухудшения состояния пациента рекомендуется незамедлительно обращаться к специалисту, чтобы сохранить зрительную функцию пораженного глаза.

Неврит зрительного нерва



Отмечается
центральная
скотома,
кольцевидное
сужение ПЗ.

На глазном дне -
гиперемия и отек ДЗН,
стушеванность границ,
расширение вен и
сужение артерий.

Лечение :

Необходима срочная госпитализация. До выяснения этиологии НЗН лечение направлено на подавление инфекции и воспалительной реакции, дегидратацию, десенсибилизацию, улучшение метаболизма в тканях ЦНС, иммунокоррекцию. Назначают на 5—7 дней антибиотики широкого спектра действия парентерально (не назначать препараты, оказывающие ототоксическое действие — стрептомицин, неомицин, канамицин, гентамицин — ввиду их аналогичного действия на зрительный нерв!). Применяют кортикостероиды в виде ретробульбарных инъекций раствора дексаметазона 0,4% по 1 мл ежедневно, на курс 10—15 инъекций, а также преднизолон внутрь, начиная по 0,005 г от 4 до 6 раз в день в течение 5 дней с постепенным снижением дозы. Внутрь диакарб (ацетазоламид) по 0,25 г 2—3 раза в день (3 дня прием, 2 дня перерыв, одновременно принимать панангин по 2 драже 3 раза в день), глицерин по 1—1,5 г/кг массы тела, внутримышечно раствор магния сульфата 25% по 10 мл, внутривенно раствор глюкозы 40%, раствор гексаметилентетрамина 40%, интраназально в средний носовой ход — тампоны с раствором адреналина 0,1% ежедневно на 20 мин (под контролем уровня АД!). Внутрь витамины группы В, пираретам (ноотропил) до 12 г/сут, солкосерил (актовегин) внутримышечно, в течение 2—3 мес назначают внутрь по 10 мг (>1/2 табл.) дибазола 2 раза в день. После уточнения этиологии НЗН проводят лечение, направленное на устранение причины заболевания (специфическое лечение туберкулеза, противовирусная и иммунокорректирующая терапия герпеса, хирургическое лечение синусита и т. д.). Такое же лечение, за исключением назначения антибиотиков, проводят при двустороннем токсическом ретробульбарном НЗН, возникшем вследствие отравления метиловым спиртом или его производными.

Ретробульбарный неврит



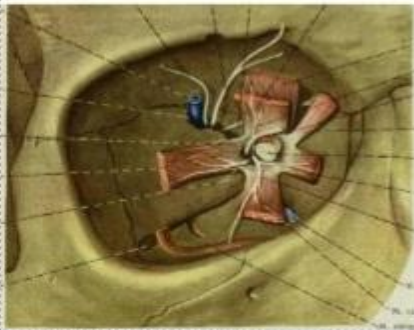
Возникает при рассеянном склерозе (60%), энцефалите, менингите, реже риногенно.

Клиника: Снижение остроты зрения до сотых или светоощущения.

Абсолютная отрицательная скотома.

Зрачковые реакции почти не

определяются. Боли за глазом при его движении.



Лечение ретробульбарного неврита

- **Госпитализация в неврологическую клинику**
- **Лечение основного заболевания совместно с офтальмологом.**

КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от причины получения травмы выделяют:

- механические
- термические
- химические
- лучевые



По механизму травмирующего действия различают ранения:

- ❑ тупые травмы глаза (контузии, сотрясения)
- ❑ непроникающими
- ❑ проникающими и сквозными
- ❑ неинфицированными и инфицированными
- ❑ с внедрением и без внедрения инородного тела
- ❑ с выпадением и без выпадения оболочек глаза

По локализации повреждений выделяют травмы:

- защитного аппарата глаза (век, орбиты, слезного аппарата)
- глазного яблока, сочетанные повреждения придатков и внутренних структур глаза
- комбинированные механические повреждения глаз и других областей лица

Степень механических повреждений глаз зависит от вида травмирующего объекта, а также силы и скорости воздействия.

По тяжести глазной травмы выделяют:

- ▣ легкие повреждения, обусловленные попаданием инородных тел на конъюнктиву или поверхность роговицы, ожогами I—II ст., несквозными ранениями и гематомами век, временной офтальмией и др.

- повреждения средней тяжести, характеризующиеся явлениями резко выраженного конъюнктивита и помутнениями роговицы; разрывом или частичным отрывом века; ожогами век и глазного яблока II – IIIA ст.; непрободным ранением глазного яблока.



- ▣ тяжелые повреждения, сопровождающиеся прободным ранением глазного яблока; ранениями век со значительными дефектами ткани; контузией глазного яблока с повреждением более 50% его поверхности; снижением зрения вследствие разрыва внутренних оболочек, травмы хрусталика, отслойки сетчатки, кровоизлияний в полость глаза; повреждением костей глазницы и экзофтальмом; ожогами ШБ – IV ст.

• Абсолютные признаки проникающего ранения:

- сквозная рана фиброзной оболочки глаза;
- выпадение в рану части радужки, цилиарного тела, хороидеи, сетчатки, стекловидного тела;
- инородное тело в полости глазного яблока;
- отверстие в радужной оболочке;
- раневой канал в хрусталике.

•Относительные признаки проникающего ранения:

- мелкая передняя камера (при наличии раны в зоне роговицы или лимба с истечением водянистой влаги);
- глубокая передняя камера (при ранении склеры и возможном выпадении стекловидного тела, а также при вывихе хрусталика в стекловидное тело);
- надрыв зрачкового края радужки;
- гифема или гемофтальм (кровь в передней камере или стекловидном теле);
- помутнение хрусталика;
- гипотония глаза.

В зависимости от локализации повреждения различают *роговичные, лимбальные и склеральные ранения*, могут быть выпадение внутренних оболочек и содержимого и внедрение инородного тела внутрь глаза.

В зависимости от клинической картины проникающие ранения подразделяют на *простые* (без повреждения или выпадения внутренних структур глаза) и *исложные* (с повреждением или выпадением внутренних структур глазного яблока). Также проникающие ранения могут



Первая медицинская помощь. Необходимо закапать в конъюнктивальный мешок антибактериальные капли (применение мазей противопоказано), наложить бинокулярную асептическую повязку, ввести противостолбнячную сыворотку (1500-3000 МЕ) и внутримышечно назначить антибиотик широкого спектра действия. Больной с проникающим ранением глазного яблока всегда подлежит экстренной госпитализации в глазное отделение. В некоторых случаях (разрушение глазного яблока, массивное кровотечение из сосудов орбиты) первичная хирургическая обработка предусматривает удаление глазного яблока (энуклеацию) с последующей тампонадой орбиты.

Лечение проникающих ранений глаз. В стационаре проводят хирургическую обработку раны глазного яблока, срочно удаляют инородные тела из полостей глаза.

Дальнейшее лечение направлено на предупреждение и устранение различных осложнений раневого процесса глаза.

Медицинскому работнику необходимо знать, что обзорную рентгенографию глазниц нужно проводить во всех случаях при подозрении на проникающее ранение глазного яблока вне зависимости от данных анамнеза для исключения внутриглазного инородного тела.





Осложнения проникающего ранения



Проникающие ранения чаще всего инфицированы и осложняются:
воспалением сосудистой оболочки глаза –
иридоциклитом,
абсцессом стекловидного тела – **эндофтальмитом**,
гнойное воспаление всех оболочек глаза -
панофтальмит

Травмы глаза, осложненные **вялым травматическим иридоциклитом**, могут привести к воспалительному заболеванию здорового глаза – **симпатической офтальмии**

Профилактика- своевременная **энуклеация** (удаление) травмированного глаза как источника аутосенсibilизации

Травматическая катаракта подлежит удалению методом факоэмульсификации с имплантацией искусственного хрусталика. Сроки выполнения операции, методика ее осуществления, тип имплантируемого хрусталика определяются индивидуально в каждом конкретном случае. Показанием к срочной операции является факогенный увеит, гипертензия, обусловленная набуханием катаракты.

Кровоизлияние в камеры глаза (переднюю, заднюю, стекловидную) подлежат консервативному лечению на протяжении первых 14 суток с момента травмы. При нахождении большого количества крови в стекловидной полости (**гемофтальм**) после двухнедельного консервативного лечения прибегают к витрэктомии – хирургическому извлечению крови из полости глаза с использованием специального витреоретинального оснащения.

Проникающее ранение, развитие осложнений

| Изменения в глазном яблоке | Причины, вызывающие изменения |
|---------------------------------|--|
| Травматическая катаракта | Ранящий предмет повреждает хрусталик |
| Металлоз | Попадание в глаз медных или железных осколков, происходит постепенное окисление металла |
| Сидероз | Пребывание осколков, содержащих железо . В процесс вовлекаются радужка, сетчатка, зрительный нерв |

Последствия проникающих ранений



Попадание в глаз медных осколков.

- В хрусталике возникают желтовато-зеленые помутнения в виде **«цветущего подсолнуха»**, развивается **вторичная глаукома, отслойка сетчатки, атрофия глазного яблока**

Лечение и диагностика проникающих ранений глаза

| | |
|---|---|
| 1 | Хирургическая обработка раны глазного яблока, Удаляют инородные тела из полости глаза |
| 2 | Предупреждение и устранение различных осложнений раневого процесса |
| 3 | Обзорная рентгенография проводится во всех случаях при подозрении на проникающее ранение вне зависимости от данных анамнеза |
| 4 | Осторожно подходить к назначению мидриатиков , т.к. при травматическом мидриазе нарушается регуляция ВГД и возможно стойкое повышение ВГД с гибелью глаза |