Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Офтальмологии

Зав. кафедрой д.м.н., -------------------

**Доклад**

**на тему:**

**«Потеря зрения»**

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

Пенза

2008

# **План**

1. Острые нарушения зрения
2. Потеря зрения внезапная
3. Инородные тела

Литература

**1. ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ**

Острые нарушения зрения проявляются снижением или полной потерей зрения, возникновением пелены перед глазами (затуманивание зрения), двоения или искривления предметов, выпадения в поле зрения. Реже наблюдается острая зрительная агнозия (невозможность узнавания предметов) и другие нарушения зрения.

**2. ПОТЕРЯ ЗРЕНИЯ ВНЕЗАПНАЯ**

Может наступить в результате острых патологических изменений в сосудах сетчатки глаза (острая непроходимость центральной артерии сетчатки, изменения в преломляющих средах глаза - тотальный гемофтальм, а также нарушения мозгового кровообращения).

Острая непроходимость центральной артерии сетчатки возникает внезапно и сопровождается резкой потерей зрения чаще на одном глазу. Причиной является спазм, тромбоз или эмболия артерии. Чаще встречается у больных гипертонической болезнью. Может наблюдаться у молодых людей, страдающих эндокардитом, пороком сердца, хроническими инфекционными заболеваниями.

Отмечается резкое падение зрения, иногда потеря его. При офтальмоскопии на белом помутневшем фоне сетчатки четко выделяется темно-красная центральная ямка, напоминающая вишневую косточку. Артерии резко сужены, в мелких артериальных стволах видны прерывистые столбики крови. Вены не изменены или слегка сужены. Отмечается побледнение и сероватость диска зрительного нерва.

Неотложная помощь. Прием внутрь валидола, под язык нитроглицерина. Срочное введение 10 мл 2,4% раствора эуфиллина (внутривенно), 1 мл 1% раствора никотиновой кислоты, 0,3 мл 10% раствора кофеина под конъюнктиву. Введение 1000 ЕД фибронолизина с 500 ЕД гепарина ретробульбарно, 3000000 ФЕ стрептодеказы внутривенно (при тромбозе и эмболии).

Госпитализация срочная в глазное отделение.

Гемофгальм характеризуется обширным кровоизлиянием в стекловидное тело, в результате чего резко падает зрение. Гемофтальм развивается в результате разрыва сосудов сосудистой оболочки, реже сетчатки. Чаще возникает в результате травмы глаза - контузии или проникающего ранения, реже в результате заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности артериальной гипертонии, диабета (диабетическая ретинопатия).

Резко снижается зрение, иногда вплоть до слепоты. В стекловидном теле выявляется кровь. Рефлекса с глазного дна нет, глазное дно рассмотреть не удается. По мере рассасывания гемофтально развивается или деструкция стекловидного тела, или происходит его организация с развитием тяжей.

Диагноз устанавливают на основании анамнеза и клинической картины.

Неотложная помощь. Введение 750-1000 ЕД фибронолизина, 20000-30000 ЕД стрептокиназы, 30000-45000 ФЕ стрептодеказы под конъюнктиву или ретробульбарно. Парентеральное введение и прием внутрь аскорбиновой кислоты, дицинона, прием внутрь рутина, а также инъекции кортикостероидов под конъюнктиву.

Госпитализация экстренная.

Корковая слепота. Внезапная потеря зрения может наступить при двустороннем поражении нижних губ шпорной борозды затылочной доли. Иногда полной слепоте предшествует гемианопсия. Наиболее частой причиной корковой слепоты является нарушение мозгового кровообращения у больных гипертонической болезнью, атеросклерозом, при отравлении различными лекарственными препаратами и другими химически активными веществами.

Внезапная полная потеря зрения с сохранением реакции зрачка на свет при отсутствии мигательного рефлекса, а также дезориентировка больных в пространстве и времени.

Госпитализация срочная в неврологическое отделение.

Нарушение кровообращения в сонной артерии. При возникновении в сонной артерии тромбоза, эмболии или резко выраженного стеноза развивается симптоматика перекрестного амаврозо-гемиплегического синдрома. Данный синдром может быть также вызван ангиоспазмом или рефлекторным падением давления в регионарных сосудах вследствие патологических рефлексов с каротидного синуса при его раздражении.

Соответственно стороне очага поражения при снижении или отсутствии пульсации сонной артерии развивается резкое понижение зрение или полная его потеря с ослаблением или отсутствием зрачковых реакций. Может наблюдаться также тромбоз центральной артерии сетчатки. Из общих симптомов выявляется гемиплегия или гимипарез конечностей, противоположных стороне поражения сонной артерии.

Госпитализация срочная в неврологическое отделение.

**3. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА**

Инородные тела глаза

Повреждения органа зрения сопровождаются нередко внедрением в него инородных тел. По локализации различают инородные тела в глазнице, конъюнктивите век и глазном яблоке, вроговище, инородные тела внутри глаза. По характеру осколка это могут оыть магнитные инородные тела (содержащие железо и немагнитные содержащие алюминий, медь, а также песок, земля, стекло, дерево и т.п.).

Инородные тела в глазнице. Могут быть металлические, нередко кусочки дерева, шипы растений.

При металлических инородных телах небольших размеров (до 1 см) симптоматика слабо выражена: небольшие раны век, иногда при ретробульбарном кровотечении небольшой экзофтальм, при травме зрительного нерва - снижение зрения, при повреждении глазного яблока - соответствующая симптоматика. При наличии в орбите деревянного инородного тела выявляются выраженный экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока в сторону локализации осколка, формирование свища с гнойным отделяемым, в ряде случаев отек верхнего века, опущение его (птоз), отек и геперемия слизистой оболочки век и глазного яблока.

Неотложная помощь. Наложение асептической повязки. Введение столбнячного анатоксина (подкожно) и противостолбнячный сыворотки (подкожно или внутримышечно), за нижнее веко закладывают глазную лекарственную пленку с гектамицином.

Госпитализация. При подозрении на наличие инородного тела в глазнице срочное направление пострадавшего в глазное отделение.

Инородные тела коньюктивы. Обычно в конъюнктиве задерживаются мельчайшие песчинки, кусочки угля, камня, металла, ресницы.

Появляется чувство инородного тела в глазу, светобоязнь, слезотечение, режущая боль. При оттягивании вниз нижнего века или выворачивании верхнего века на поверхности слизистой оболочки обнаруживается мелкое инородное тело.

Неотложная помощь. Удаление инородного тела ватным тампоном после закапывания в конъюнктивальный мешок 0,5% раствора дикаина. После удаления инородного тела обязательна инстилляция дезинфецирующих капель - 30% раствора сульфацил-натрия (альбуцид) или 10% раствора сульфапиридазина натрия и закладывание за веки дезинфицирующей мази альбуцида или эмульсии синтомицина. После удаления больших инородных тел с ранением слизистой оболочки производится амбулаторное (в глазном стационаре) наложение швов с последующей рекомендацией закапывать 3-4 раза в день 30% раствор сульфацил-натрия или 0,5% раствор левомицетина. Вводят столбнячный анатоксин и противостолбнячную сыворотку.

 Госпитализация только при внедрении больших инородных тел и значительном дефекте слизистой оболочки. В остальных случаях - направление к окулисту.

Инородные тела роговицы. В роговицу могут внедриться стекло, металл, кусочки угля, камня, дерева, шипы растений и др.

Боль в глазу, светобоязнь, слезотечение, белфароспаз, ощущение инородного тела в глазу. При обследовании выявляется гиперемия конъюнктивы век и глазного яблока. В роговице определяется инородное тело, которое может располагаться в поверхностных или глубоких слоях, иногда с выходом в переднюю камеру глаза.

Неотложная помощь. Поверхностно расположенные инородные тела роговицы удаляются после закапывания 0,5% раствора дикаина или ватным тампоном, смоченным в 0,01% растворе оксицианида ртути либо в 2% растворе борной кислоты, или тонким кончиком глазной стеклянной палочки, на которую навертывается вата, смоченная этими же растворами. Инородные тела, внедрившиеся в строму роговицы, извлекают после инстилляции 0,5% раствора дикаина специальным долотцем или копьевидной иглой в офтальмологическом учреждении. Перед удалением (и после него) инородного тела проводится тщательная санация конъюнктивальной полости дезинфицирующими каплями. Инстилляция по 1-2 капле 4-6 раза вдень 30% раствора сульфцил-натрия, 10% раствора сульфапиридазин-натрия, 2% раствора борной кислоты. Затем закладывают за нижнее веко глазную лекарственную пленку с сульфадиметоксином или антибиотиками. При значительном дефекте эпителия закладывают за нижнее веко 30% глазную мазь сульфацилнатрия или синтомицина. На сутки следует наложить асептическую повязку. Закапывание дезинфицирующих капель рекомендуется проводить в течение 6-7 дней после травмы.

Внутриглазные инородные тела попадают в глаз в результате проникающих ранений и могут локализоваться в передней камере, хрусталике, стекловидном теле, оболочках глаза. В ряде случаев попадание мелкого инородного тела внутрь глаза может протекать бессимптомно и наличие его в глазу выявляется лишь при рентгенологическом обследовании или появлении осложнений.

При остром течении процесса отмечаются боль в глазу, светобоязнь, слезотечение, в случае повреждения хрусталика или внутриглазного кровотечения - резкое снижение зрения. Клинически определяется проникающая рана роговицы или склеры, отверстие в радужной оболочке, помутнение хрусталика, иногда кровь в передней камере (гифема), кровь в стекловидном теле (гемофтальм). Нередко внедрение в глаз инородного тела вызывает бурную воспалительную реакцию с переходом в эндофтальмит или панофтальмит.

Если в глазу длительно находится химически активное инородное тело (железо или медь), развивается окисление тканей глаза с развитием явлений сидероза или халькоза. Наличие внутри глаза стекла приводит к выраженным дистрофическим изменениям, дерева - бурной воспалительной реакции глаза.

Диагноз устанавливают на основании данных анамнеза, клинической картины, данных рентгенологических и ультразвуковых исследований.

Неотложная помощь. При наличии проникающего ранения глаза с внедрением инородного тела закапывание в глаз дезинфицирующих растворов (30% раствор сульфацил-натрия или 0,5% раствор левомицетина), закладывание за нижнее веко глазной лекарственной пленки с гентамицином, инъекции под конъюнктиву гентамицина и других антибиотиков широкого спектра действия. Вводят подкожно столбнячный анатоксин и противостолбнячную сыворотку подкожно или внутримышечно. На глаз накладывают асептическую повязку.

Госпитализация срочная в специализированное глазное отделение для проведения хирургического вмешательства.

Поражение глаз ядовитыми насекомыми. Попадание в глаз насекомых - жуков, мушек, гусениц - вызывает различные реакции конъюнктивы и роговицы. Возможна аллергическая реакция на ядовитую лимфу насекомых, токсическое воздействие ее на слизистую оболочку, внедрение волосков гусениц в полость глаза. Нередко присоединяется инфекция, вызванная стафилококком, стрептококком и другими микроорганизмами.

 Симптомы: жжение, раздражение слизистой оболочки глаза, светобоязнь, слезотечение, чувство инородного тела. Клиническая картина ахрактеризуется отеком век, слезотечением, гиперемией и отечностью слизистой оболочки век и глазного яблока. Наблюдаются явления кератита, при попадании повреждающих элементов в полость глаза - явления иридоциклита.

Диагноз устанавливают на основании данных анамнеза, жалоб и клинической картины. Дифференциальный диагноз проводят между попаданием в глаз неядовитых насекомых, которые вызывают только механическое раздражение, прекращающееся после удаления его и офтальмомиазмом - заболеванием, вызванным личинками овода (овечьего, пурпурного лошадей, бычьего), личинками вольфартовой мухи. Миазы встречаются в основном в скотоводческих районах и обычно при непосредственных контактах с животными. Клиническая картина миаза отличается локальными утолщениями конъюнктивы с воспалительной реакцией и локализацией в них личинок, которые могут внедряться в толщу век и полость глаза.

Неотложная помощь. Осторожное удаление насекомого с века, из конъюнктивального мешка, с роговицы, промывание конъюнктивальной полости водой или дезинфицирующим раствором (2% борная кислота, слабый 0,01-0,1 % раствор калия перманганата). Затем тщательный осмотр переходных складок конъюнктивы (вывернуть верхнее веко), слезных точек и слезных канальцев и повторное промывание конъюнктивальной полости изотоническим раствором хлорида натрия, назначение инстилляции дезинфицирующих капель (30% раствор сульфапиридазинанатрия и др.).

Госпитализация в глазное отделение в случаях внедрения личинок и волосков гусениц в полость глаза.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год