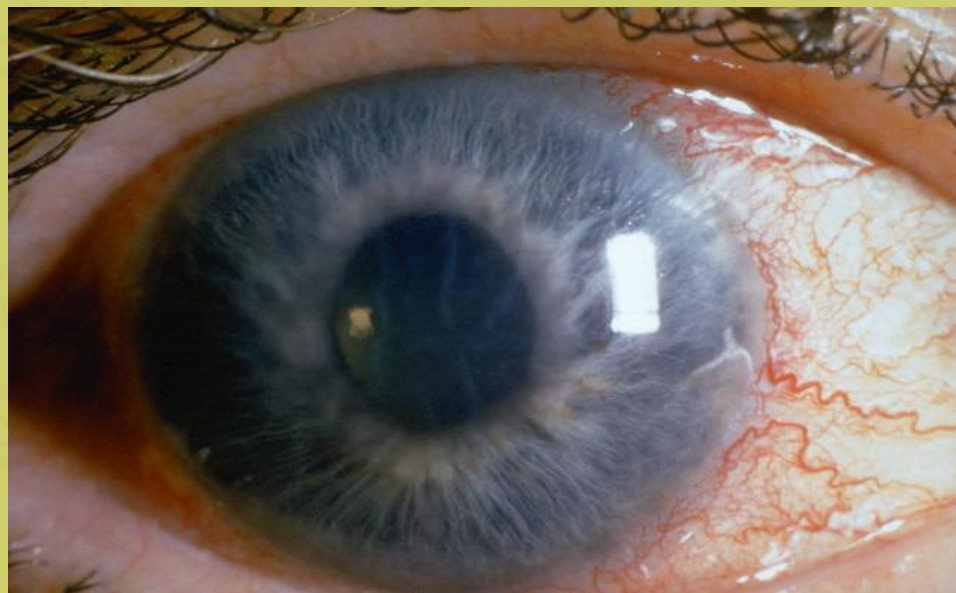
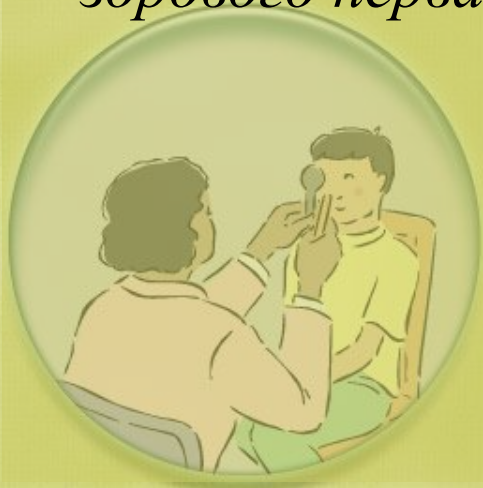


***Презентація на тему :”Раннє
виявлення і диспансерне лікування
хворих на глаукому”***



***Виконала : студентка ІІІ м/с В
Марциняк Аліна***

Глаукома – це хронічне захворювання, яка характеризується постійним чи періодичним підвищенням ВОТ, з розвитком специфічних дефектів в полі зору та поступовою атрофією з ексавацією диска зорового нерва.



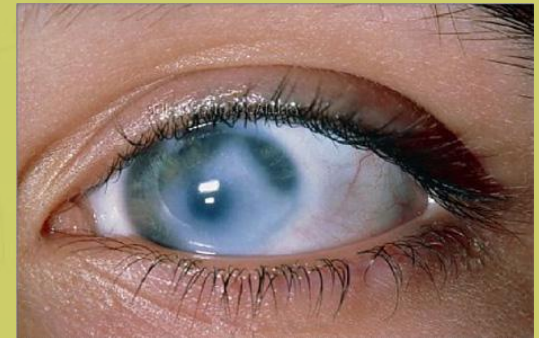
Глаукома буває:

Природжена:

- дитяча;*
- юнацька.*

Набута:

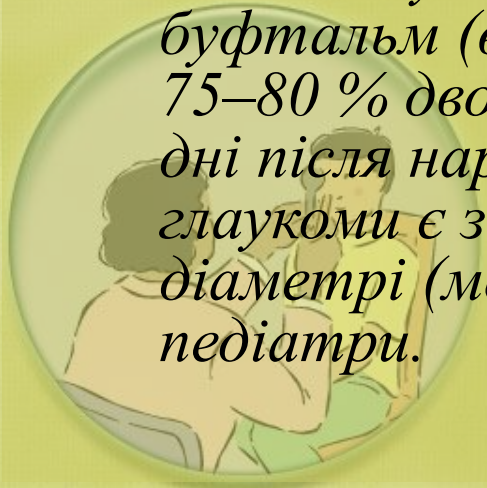
- первинна;*
- вторинна;*
- симптоматична*



Вроджена глаукома

Етіологія:

- порушення розвитку дренажної системи, залишки мезадермальної тканини в куті передньої камери, атрезія шлемового каналу, синдром Стюрж – Вебера (енцефалотригемінальний ангиоматоз, глаукома однобічна), ангиома шкіри обличчя по ходу гілок т. Trigemini з боку ока з глаукомою, ангиоматоз ЦНС. У зв'язку із непрохідністю дренажної системи, камерна рідина накопичується в оці. Склера, рогівка, лімб дитини еластичні, здатні до росту, тому збільшення об'єму йде поступово, око збільшується в розмірі. В кінцевій стадії досягає дуже великих розмірів, такий стан зветься – буфтальм (волове око). Гідрофтальм у 15 % однобічний, у 75–80 % двобічний. Діагноз легко ставиться вже в перші дні після народження. Першою ознакою вродженої глаукоми є збільшення розмірів рогівки більше 9 мм в діаметрі (мегалокорнеа). Його можуть виявити педіатри.



Методи діагностики:

- *зовнішній огляд,*
- *бокове освітлення,*
- *кератометрія,*
- *тонометрія,*
- *УЗ-біометрія,*
- *офтальмоскопія.*



НАБУТА ГЛАУКОМА

Етіологія: викликається поєднанням кількох несприятливих для регуляції ВОТ факторів, кожний сам по собі глаукому не викликає, а поєднання кількох з них перевищує компенсаторні можливості механізму регуляції ВОТ.

До цих факторів належать:

- анатомічні особливості кута передньої камери, які можуть бути спадковими;
- місцеві судинні зміни, які можуть бути проявами загальної судинної патології, атеросклерозу, ГХ, цукрового діабету;
- хвороби сполучної тканини, які викликають дегенерацію трабекул (ревматизм);
- нейро-вегетативні порушення – гіперсекреція камерної вологи.



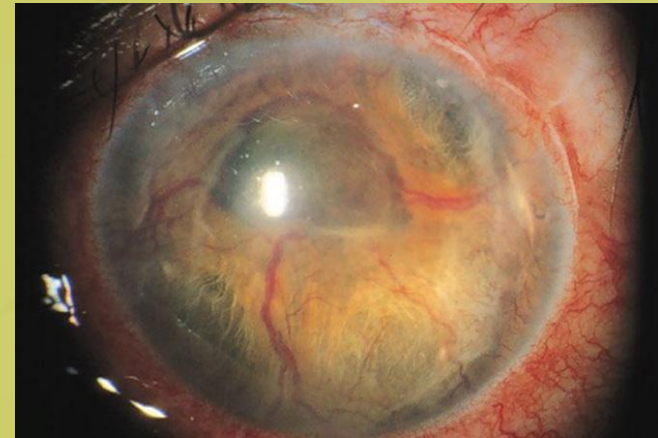
Діагностика

- візометрія,
- адаптометрія,
- периметрія,
- кампіметрія.
- Об'єктивне обстеження: зовнішній огляд, метод бокового освітлення, біомікроскопія, гоніоскопія, офтальмоскопія, дослідження регуляції ВОТ.



По формі глаукома може бути:

- відкритокутова;*
- закритокутова;*
- змішана.*

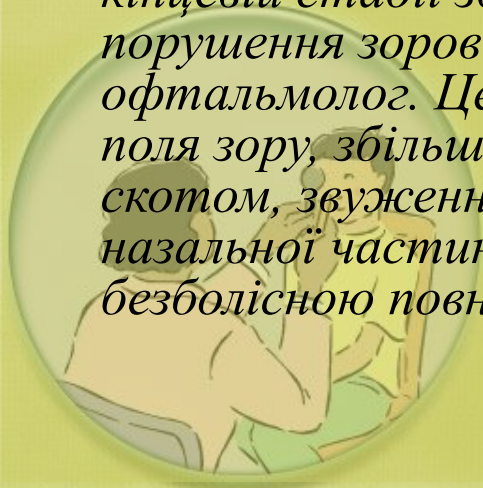


Відкритокутова глаукома

Патогенез – звуження або закриття щілин в трабекулах, шлемового каналу внаслідок ендокринних, судинних, загальних хвороб, таких як атеросклероз, ГХ, діабет, ураження гіпоталамуса.

Кут передньої камери при гоніоскопії не змінений.

Клініка – як правило глаукома двобічна, але у 80 % асиметрична. Перші скарги: погіршення гостроти зору, втрата поля зору. Зовнішньо око має цілком нормальний вигляд, тільки при біомікроскопії можна знайти дистрофічні зміни райдужки. При гоніоскопії – кут передньої камери нормальних розмірів. Перший об'єктивний симптом – спочатку періодичне, а потім постійне підвищення ВОТ. Типові зміни ДЗН, які виявляються офтальмоскопічно, зсув судинного пучка до назального краю ДЗН. Потім поширення фізіологічної екскавації до краю ДЗН з перегином судин. В кінцевій стадії збліднення ДЗН до білувато-сірого кольору. Перші порушення зорових функцій хворі не помічають, їх знаходить лікар офтальмолог. Це: зниження темної адаптації, зміни периферичного поля зору, збільшення сліпої плями, поява пара центральних абсолютних скотом, звуження периферичних меж поля зору, котре починається з назальної частини, погіршується зір. Без лікування процес закінчується безболісною повною сліпотою.



Змішана первинна набута глаукома

Кожна з форм первинної набутої глаукоми має такі стадії:

- Початкова – гострота зору в нормі, поле зору в нормі або звужене з назального боку до 10 гр., поширення сліпої плями, пара центральні скотоми, зниження темної адаптації, на очному дні поширення фізіологічної екскавації;*
- Розвинута – зниження гостроти зору більш ніж як на 10 гр., дугоподібна скотома, крайова екскавація.*
- Далекозайшла – значне зниження гостроти зору, Трубчатє поле зору, крайова екскавація ДЗН.*
- Термінальна (абсолютна) – гострота зору 0 (нуль).*



Діагноз первинної, набутої глаукоми складається з 4 пунктів:

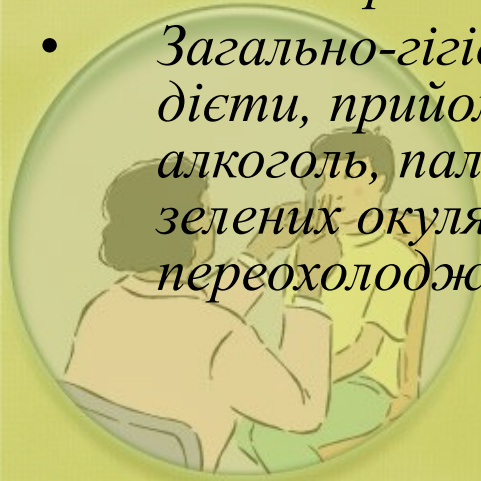
- Форма глаукоми (критерій – характер скарг, стан кута передньої камери);*
- Стадія глаукоми (критерій – стан зорових функцій і дані офтальмоскопії);*
- Стан ВОТ;*
- Динаміка зорових функцій.*





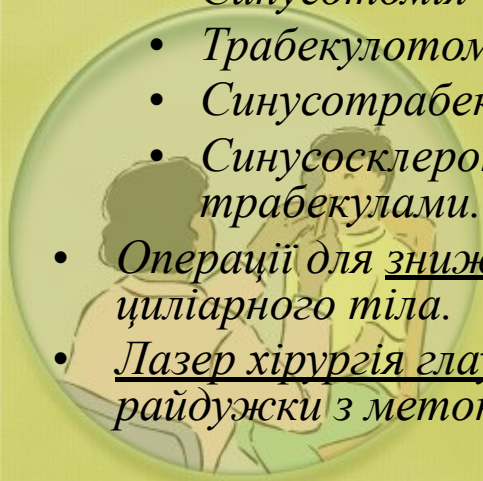
Лікування первинної набутої глаукоми

- Зниження ВОТ до норми (гіпотензивна терапія), це закапування міотиків: пілокарпін 1; 2; 6 % розчин, карбохолін 0,25 %, фосфакол 0,02 %, армін 0,01 %, фосарбін 0,25–0,5 %. В-адреноблокатори, які пригнічують продукцію камерної рідини: тімолол, оптимол 0,25–0,5 %, клофелін.*
- Покращення кровообігу та обмінних процесів в тканинах ока. Це судинорозширюючі препарати, які покращують мікроциркуляцію – нікотинова кислота, пер. ос. 50–100 мг. 2–3 рази на день або в/в 1 % розчин 2–3 мл. № 15–20, но-шпа по 1 таб. 3 рази на день протягом 1 міс., кавітон, трентал, галідор, компламін, серміон, мелдронат. Для покращення обміну речовин – вітамінно-тканинна терапія, АТФ, кокарбоксилаза ретоболіл, солкосерил. Також призначаємо емоксипін.*
- Загально-гігієнічні заходи, це призначення молочно-рослинної дієти, прийом рідини зменшити до 1 л. на день, виключити каву, алкоголь, паління, не перебувати в темних приміщеннях, носіння зелених окулярів, протипоказання праця в гарячих цехах, переохолодження, робота з постійним нахилом голови.*



Хірургічне лікування

- Якщо триразове закапування у працюючих або 4 разове закапування у непрацюючих не нормалізує ВОТ, необхідна антиглаукоматозна операція. Вибір виду операції залежить від типу глаукоми.
- Фістулізуючі операції – призначені для утворення нового шляху відтоку рідини з передньої під кон'юнктиву та в інші шляхи відтоку. Ефективність цих операцій 80 %. Недолік, важко дозувати гіпотензивний ефект, внаслідок чого можлива гіпотонія, вторинна катаракта. Методик фісталізуючої операції багато, але всі вони мають 4 основних етапи:
 - Формування кон'юнктивального клаптика з основою до лімба, чи від лімба;
 - Формування склерального клаптика основою до лімбу;
 - Відкривання передньої камери і формування фістули в глибоких шарах склери;
 - Закриття кон'юнктивального розрізу.
- Мікрохірургічні операції на склеральному синусі менш травматичні, і вони поділяються на:
 - Синусотомія – розтин зовнішньої стінки синуса;
 - Трабекулотомія – розріз внутрішньої стінки;
 - Синусотрабекулоектомія – видалення ділянки синуса з трабекулами;
 - Синусосклеротрабекулоектомія – видалення ділянки синуса та склери з трабекулами.
- Операції для зниження секреції камерної рідини – діатермокоагуляція, кріопексія циліарного тіла.
- Лазер хірургія глаукоми – іридектомія і гоніопластика (іде термокоагуляція кореня райдужки з метою скорочення її тканини і відтягування кореня від кута п/камери).



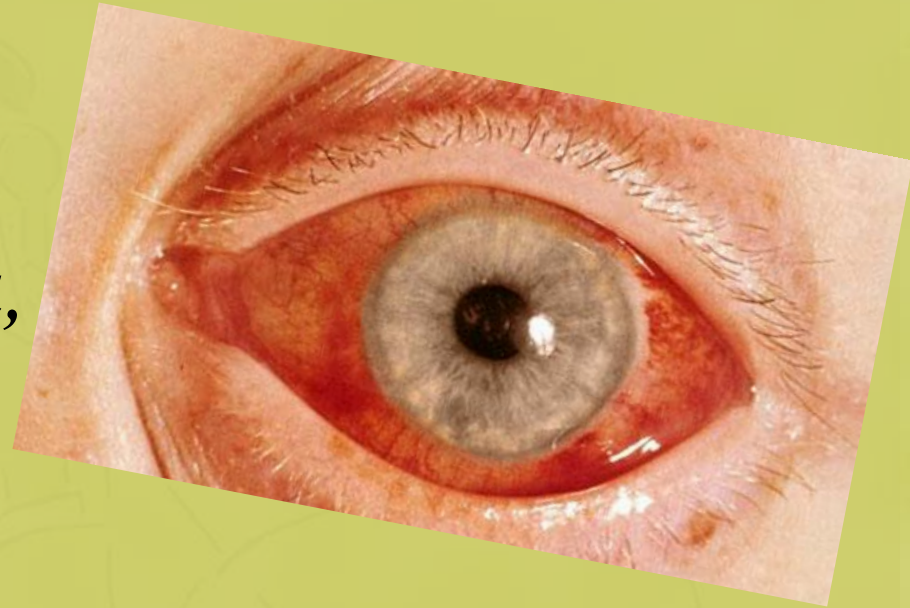
Гострий приступ глаукоми

- При закритокутовій глаукомі можливі епізоди різкого і дуже високого підйому офтальмотонусу*
- Це найвищій ступінь розладу регуляції ВОТ. При закритокутовій первинній набутій глаукомі відбувається закриття, блокада кута передньої камери ока коренем райдужки внаслідок надмірного переднього розміщення кришталіка і функціональний блок зіниці, внаслідок щільного прилягання до кришталіка райдужки.*



Обстеження

- *офтальмоскопія,*
- *тонометрія,*
- *темнова адаптація,*
- *поле зору,*
- *гострота зору.*



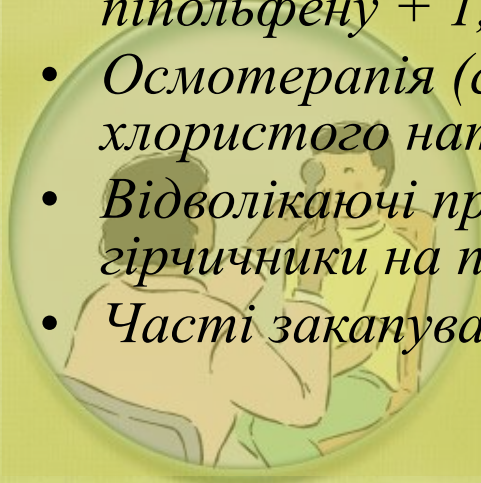
Гострий приступ має 5 фаз:

- пускова (зіничний блок);*
- компенсації (закриття передньої камери);*
- реактивна (пов'язана з подразненням волокон ІІІ нерва в куту п/к – біль);*
- запалення та странгуляції;*
- зниження ВОТ.*



Перша допомога при гострому приступі глаукоми:

- Закапати 1-6% пілокарпін 6 разів через кожні 15 хвилин;*
- Підшкірно або внутришньом'язево ввести знеболюючий розчин;*
- Діакарб 0,5, або фонурит 0,25, або гіпотиазид 25-100мг;*
- Внутришньом'язево 2,0 мл лазіксу або фуросеміду;*
- Негайна госпіталізація в очне відділення.*
- В офтальмологічному відділенні, крім перерахованих вище заходів роблять:***
- Внутришньом'язево вводять 25 мг аміназину або літичну суміш (1мл 2,5% аміназину + 1 мл 1% димедролу або 1,0 мл 2,5 % піпільфену + 1,0 мл 2% промедолу);*
- Осмотерапія (сечовина, гліцерол, сольове послаблююче, розчин хлористого натрію в/в 10%);*
- Відволікаючі процедури (гарячі вани для ніг, піявки на скроню, гірчичники на потилицю);*
- Часті закапування пілокарпіну, карбохоліну, фосфаколу, арміну.*



- Якщо протягом 12 годин приступ не знімається, необхідно оперативне втручання.
- При закритокутовій глаукомі з функціональним зіничним блоком (але без гоніосінехії), показана іридектомія – видалення частини райдужки для забезпечення виходу камерної рідини із задньої в передню камеру.
- Робиться зверху на 12 годинах і може бути повною, на всю ширину райдужки, або периферичною – тільки біля кореня райдужки. Повна іридектомія робиться рідко, бо вона деформує зіницю і може погіршувати гостроту зору. Але зараз роблять операції:
 - Синусотрабекулектомія – видалення ділянки синуса з трабекулами,
 - Синусосклеротрабекулектомія – видалення ділянки синуса та склери з трабекулами.



*Наслідком може бути термінальна
(абсолютна) болюча глаукома при якій
спостерігаються:*

- сильні постійні болі в оці;*
- „голова медузи”;*
- бульозний кератит;*
- рубеоз райдужки;*
- гострота зору 0 (нуль).*



Профілактика:

- *Загальні гігієнічні заходи – це призначення молочно-рослинної дієти, прийом рідини зменшити до 1 л за добу, виключити каву, алкоголь, паління, не перебувати в темних приміщеннях, носіння зелених окулярів, протипокази до праці в гарячих цехах, переохолодження, роботи з постійним нахилом голови. Оперативне лікування ефективно щодо нормалізації ВОР, але нормалізація ВОР не завжди стабілізує зорові функції. Дистрофічні зміни внутрішніх оболонок ока можуть прогресувати і при нормальному ВОР, тому хворі на глаукому після нормалізації ВОР підлягають диспансерному нагляду. Двічі на рік їм проводять курси консервативного лікування для покращення обміну речовин, мікроциркуляції в тканинах ока, хворі постійно знаходяться під диспансерним наглядом.*



Дякую за увагу !!!

