

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А.Дмитриева

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент Козина Е.В.

Реферат на тему: «Амблиопия»

Выполнил:клиническийординатор
кафедры офтальмологии с курсомПО
Князева И.С.

Красноярск «2021»

Содержание

1. Определение...	3
2. Первичные виды амблиопии	3
3. Вторичные виды амблиопии.....	3
4. Диагностика	4
5. Лечение	6
6. Список литературы	10

Определение

Амблиопия — это обратимое функциональное снижение остроты зрения, при котором один из двух глаз почти или вообще не задействован в зрительном процессе. Глаза видят слишком разные картинки, и мозг не может совместить их в одну объемную. В результате подавляется работа одного глаза. Амблиопией страдает от 1 до 4% общей популяции.

У пациентов с амблиопией отсутствует бинокулярное зрение – способность мозга правильно сопоставлять два изображения (обоих глаз) в единое целое. Эта способность необходима для возможности оценивать глубину, очередность расположения предметов в поле зрения, объем картины, целостность восприятия. При амблиопии это невозможно.

Виды амблиопий:

Первичные:

1. Рефракционная амблиопия (РА) - возникает в результате своевременно не скорректированных очками аметропий. РА может быть односторонней, двухсторонней, симметричной или ассиметричной.
2. Дисбинокулярная амблиопия (ДА) нарушение бинокулярного зрения, возникающее в результате косоглазия и несвоевременного назначения или ненадлежащего выполнения окклюзионного режима.
3. Смешанная амблиопия (СА) - является комбинацией РА и ДА на чаще косящем глазу.
4. Истерическая амблиопия (ИА) - нарушения деятельности центральной нервной системы. ИА развивается после психологической травмы, проявляется резким снижением зрения, иногда до псевдоамавроза в сочетании с нарушением зрачковых рефлексов.

Вторичные:

1. Обскуриционная амблиопия (ОА) - возникающая в результате патологии органа зрения, препятствующей попаданию изображения на сетчатку. Наиболее частыми причинами является врожденная или приобретенная в раннем детском возрасте катаракта и птоз верхнего века. Так же к развитию ОА могут привести врожденные или приобретенные нарушения прозрачности проводящих сред: лейкомы, деструкции стекловидного тела, рудиментарная а. hyaloidea и др.. ОА может возникнуть как на одном, так и на обоих глазах. Причем степень ОА может быть одинаковой или различаться.
2. Неврогенная амблиопия (НА) - в качестве причины причиной могут быть рассмотрены любые заболевания зрительного нерва (невриты, застойные диски и т.д.). Объективные офтальмологические методы исследования подтверждают факт полного излечения, однако, острота зрения остается сниженной.
3. Макулопатическая амблиопия (МА) - сниженное зрение отмечается

после перенесенного заболевания центральной и парацентральной зоны сетчатки.

4. Нистагмическая амблиопия (НисА) - возникает на фоне нистагма чаще всего маятникообразного или смешанной формы. НисА обусловлена снижением фовеального времени (времени попадания изображения на центральную зону сетчатки в результате осцилляций).

5. Комбинированная амблиопия (КА) имеет место совокупность вышеперечисленных причин.

Диагностика

1. Визометрия.

Проводится с помощью таблиц для определения остроты зрения (например, Сивцева — Головина).

Если визометрия проводится ребенку и выявляется снижение остроты зрения, то рекомендовано провести обследование повторно через несколько дней, причем начать визометрию следует с хуже видящего глаза (как правило, это левый глаз). С правого глаза начинается визометрия при первом обследовании и ребенок в дальнейшем теряет интерес.

При исследовании остроты зрения в условиях пробной очковой коррекции важно помнить, что набор линз в пробной оправе не должен формально копировать данные рефрактометрии (до проведения циклоплегии). После проведения циклоплегии и уточнения рефракции целесообразно повторно (в другой день) проверить скорректированную остроту зрения.

Если ребенку впервые выписаны очки и в пробной оправе или в готовых очках результаты визометрии не соответствуют возрастной норме, целесообразно провести повторное обследование через 2-4 недели после начала ношения очков. Если вновь будет отмечен факт сниженной скорректированной остроты зрения, офтальмолог будет правомерен поставить диагноз РА.

2. Рефрактометрия.

Исследование рефракции проводится с использованием объективных методов (рефрактометры, кераторефрактометры) и относительно объективных (скиаскопия) методов. При проведении объективной рефрактометрии очень важно правильно расположить пациента за прибором. Также необходимо создать условия совмещения следующих осей: зрительной и оси головки рефрактометра для исключения возникновения индуцированного астигматизма и наиболее точного определения уже существующего астигматизма. С учетом того, что рефрактометры имеют погрешность измерения и результаты исследования рефракции одного и того же пациента на нескольких приборах могут сильно различаться, следует проводить рефрактометрию многократно, желательно на нескольких приборах.

Обязательным условием является проведение исследования рефракции в физиологических условиях и при медикаментозной циклоплегии. Скиаскопия в настоящее время также не потеряла своей актуальности (особенно при обследовании пациентов младшего детского возраста), но ее проведение требует достаточного опыта. При правильном выполнении данный метод является наиболее точным при исследовании рефракции.

3. Определение состояния глазодвигательной системы.

Является важным и обязательным компонентом обследования, потому что дисбинокулярная амблиопия является второй по частоте после рефракционной. Проводится кавер-тест, кавер-анкавер-тест в пяти диагностических позициях взгляда. Определяется бинокулярный и монокулярный объем подвижности глаз в восьми направлениях взгляда. Проводится исследование конвергенции при прямом взгляде, при поднимании и опускании взгляда. Очень важным является выявление микрокосоглазия, поскольку это косоглазие косметически малозаметно, но функциональный компонент избавления от диплопии может привести к развитию скотомы подавления и формированию аномальной корреспонденции сетчаток. А эти факторы являются ключевыми в возникновении ДА.

4. Определение фиксации.

Данный метод является чрезвычайно важным, поскольку от его результатов принципиально различается тактика лечения амблиопии. Фиксация определяется монокулярно с помощью обратной офтальмоскопии с точечной меткой на линзе, прямой офтальмоскопии (используется звездчатая апертура) и макулотестера.

5. Инструментальные методы исследования органа зрения, включая электрофизиологические, помогают исключить наличие органических заболеваний, являющихся причиной сниженного зрения.

Лечение

Консервативные методы:

1. Оптическая коррекция.

При наличии у пациента амблиопии, сопровождающей аметропию, постоянная очковая или контактная коррекция является обязательным условием. Контактная коррекция возможна в любых случаях, поскольку этот вид оптической коррекции дает более качественное реалистичное изображение. В случаях больших анизометропий, когда очковая коррекция часто не переносима, контактная коррекция является незаменимой.

2. Оклюзия.

Плеоптическая окклюзия является вторым обязательным условием успешного лечения амблиопии. При выборе режима назначения окклюзии офтальмолог должен руководствоваться разницей монокулярной остроты

зрения пациента. Очень важно, чтобы окклюдор на очках не препятствовал их идеальной посадке на лице пациента. В некоторых случаях возможна оптическая пенализация.

3. Плеоптика.

Приступать к проведению плеоптического лечения можно только после устранения этиологической причины. Выбор тактики и методов плеоптического лечения зависит от вида фиксации:

Центральная фиксация.

Возможно комплексное плеоптическое лечение с использованием всего арсенала методик (засветы, компьютерные программы, лазерстимуляция, электростимуляция, магнитостимуляция, тренировки аккомодации). При нецентральных видах фиксации важно в первую очередь переориентировать их в центральную. В противном случае проведение вышеперечисленных методов лечения приведет к упрочению нецентральной фиксации.

Нецентральные внутримакулярные виды фиксации.

Основным видом лечения является переориентирование на макулотестере. Нецентральные внемакулярные виды фиксации. Проводится монокулярное пространственное переориентирование после выполнения засветов на безрефлексном офтальмоскопе. После исправления фиксации, плеоптические мероприятия проводятся по стандартной схеме.

При анизометропических состояниях, невозможности пользоваться контактной коррекцией (особенно при высоких степенях аметропий). В послеоперационном периоде также показаны стандартные плеоптические мероприятия.

4. Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС)

Позволяет неинвазивно стимулировать кору головного мозга при помощи коротких магнитных импульсов. Магнитное поле генерирует слабый электрический импульс, стимулирующий отдельные участки коры головного мозга.

5. Бинокулярное лечение

Основанное на системе компьютерной виртуальной реальности, исключая необходимость окклюзии здорового глаза. Эта система обеспечивает стереоизображение трехмерного виртуального окружения путем создания изображения отдельно для каждого глаза. Во время процедуры глаза пациента «работают» вместе для соединения отдельных изображений в один когерентный образ. Этот процесс основан на усилении бинокулярной фузии за счет супрессии с целью восстановления бинокулярного зрения.

6. Медикаментозные методы.

Препаратом, используемым для лечения пациентов с амблиопией, является фенилэтиламин – продуцируемый в мозге эндогенный амин, который ингибирует поглощение дофамина и обеспечивает повышение

дофаминовой трансмиссии. Такой же эффект обеспечивает другой препарат – фикоцианин. Цитоколин или цитивиндифосфат холин (ЦД-холин) в течение продолжительного периода времени в качестве поддерживающего лечения назначают пациентам с травматическими, ишемическими и дистрофическими поражениями как в неврологии, так и офтальмологии, поскольку ЦД-холин является промежуточным звеном в биосинтезе фосфолипидов клеточных мембран. Поскольку потеря бинокулярного ответа нейронов в зрительной зоне V1 является обратимым процессом, пациентам назначают препарат – селективный блокатор гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Зрительные кортикальные зоны формируются в течение первых лет жизни ребенка, что обеспечивает развитие зрительных функций.

Вывод:

Выявление механизмов развития амблиопии и разработка новых методик лечения этого заболевания позволят снизить частоту ее возникновения и обеспечат повышение остроты зрения у пациентов с этой патологией.

Список литературы:

1. «Амблиопия: Методы диагностики и лечения. Практические советы» Плисов И.Л.
2. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Амблиопия>