ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ ГБОУ ВПО КРАСГМУ ИМ. ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО МЗ и СР РФ

Кафедра офтальмологии имени профессора М.А.Дмитриева с курсом ПО

**РЕФЕРАТ**

**Застойный диск зрительного нерва.**

Выполнила: Снегирева А.Д.

ординатор 2 года обучения

Проверила: ассистент кафедры

Балашова П.М.

г. Красноярск 2024 год

СОДЕРЖАНИЕ:

1. ВВЕДЕНИЕ………………………………………………………………2
2. Причины …………………………………………………………………2
3. Этиология и патогенез…………………………………………………..3
4. Клиника……....…………………………………………………….…….5
5. Симптомы………………………………………………………………..7
6. Диагностика……………………………………………………………..11
7. Лечение…………………………………………………………………..13
8. ЗАКЛЮЧЕНИЕ………………………………………………………....16
9. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ………………………………………………17

ВВЕДЕНИЕ

**Застойный диск** - это отек диска зрительного нерва, развивающийся вторично по отношению к повышенному внутричерепному давлению. Почти всегда он является двухсторонним, хотя может быть и односторонним. Все прочие причины отека диска при отсутствии повышенного внутричерепного давления касаются собственно отека и обычно вызывают зрительные нарушения. Впервые клиническая картина описана А. Грефев 1860 г. А в 1908 г. Английский физиолог и офтальмолог Г. Парсон ввел термин «Отек соска»

### Причины отёка диска зрительного нерва

Заболевание встречается довольно часто, болеют как взрослые, так и дети. Чаще всего ЗДЗН становится осложнением болезней, при которых повышается внутричерепное давление, таких как:

* гипертония;
* внутримозговое кровоизлияние;
* отёк головного мозга (например, при травме);
* опухоль или абсцесс мозга;
* изменение костных структур и ограничение объёма черепа (например, при краниосиностозе — раннем закрытии черепных швов, приводящем к деформации черепа);
* нарушение оттока спинномозговой жидкости (например, при коллоидной кисте, закупоривающей межжелудочковое отверстие);
* повышенная выработка спинномозговой жидкости (например, при папилломе сосудистого сплетения);
* снижение всасывания спинномозговой жидкости (например, при минингите, энцефалите и церебральном венозном тромбозе).

При опухолях мозжечка, задней черепной ямки, среднего и продолговатого мозга отёк диска зрительного нерва отмечаются в 82,7 % случаев; при опухолях височной, лобной и теменной области — в 65,5 % случаев. На частоту развития отёка также влияет строение опухоли и её рост. Если опухоль растёт быстро, то отёк диска может развиться достаточно рано. Также на его развитие влияет возраст: у молодых людей эта патология возникает в 70–80 % случаев, а у пациентов старше 55–60 лет — примерно в 50 % случаев. Но всё-таки главной причиной развития отёка остаётся повышенное внутричерепное давление.

Факторы риска идиопатической внутричерепной гипертензии (т. е. возникшей без явных причин) включают недавнее увеличение веса и сопутствующие заболевания, такие как синдром поликистозных яичников, анемия, апноэ и заболевания щитовидной железы.

**Этиология**

В 73–92% случаев причиной **застойного диска** зрительного нерва являются заболевания центроальной нервной системы с повышением внутричерепного давления: опухоли головного мозга, арахноидиты, абсцессы, менингиты, паразитарные заболевания. Также причиной данной патологии могут быть гипертоническая болезнь, атеросклероз, сифилис и туберкулез головного мозга, мозговые кровоизлияния, огнестрельная и тупая травма черепа, деформация костей черепа (дизостоз костей черепа и др.), заболевания крови, гипотония глаза, опухоль орбиты.

Все этиологические факторы, вызывающие развитие застойного диска, можно разделить на несколько групп:

* Заболевания центральной нервной системы
* Общие заболевания организма
* Заболевания глазного яблока и орбиты
* Деформация и заболевании костей черепа

## Патогенез

**Предложены следующие теории патогенеза застойного диска**:

* воспалительная
* дисциркуляционная - развитие застойного диска вследствие нарушения кровообращения
* транспортная - развитие застойного диска при повышении давления спинномозговой жидкости на зрительный нерв
* ретенционная (в настоящее время является наиболее признанной теорией)

**Ретенционная теория развития застойного диска (Бэр 1912)**. Зрительный нерв имеет оболочки, которые являются продолжением оболочек головного мозга. Спинномозговая жидкость в межоболочечных пространствах зрительного нерва двигается по направлению к III желудочку. В случае нарушения оттока жидкости из зрительного нерва через III желудочек (вследствие повышения внутричерепного давления или по другим причинам) возникает давление на решетчатую пластинку зрительного нерва (складка твердой мозговой оболочки перемещается и прижимает зрительный нерв к подлежащим костям; он сдавливается по окружности), смещение которой приводит к нарушению аксоплазматического тока в нервных волокнах, венозному стазу и развитию отека диска зрительного нерва, который хорошо виден через оптические среды глаза.

Застойный диск вызывается задержкой тканевой жидкости, в норме свободно оттекающей в полость черепа. Выраженность застойных дисков зрительных нервов отражает степень повышения внутричерепного давления, но не зависит от величины объемного образования в полости черепа. Скорость развития застойного диска в большей степени обусловлена локализацией новообразования по отношению к ликворной системе головного мозга и венозным коллекторам, в частности к синусам головного мозга: чем ближе опухоль располагается к путям ликворооттока и синусам, тем быстрее развивается застойный диск зрительного нерва.

# Клиническая картина

Заболевание, как правило, двустороннее. Односторонний застойный диск наблюдают при опухолях глазницы, травматической гипотонии глазного яблока. Возможно сочетание атрофией диска зрительного нерва на стороне опухоли головного мозга с застойным диском зрительного нерва с противоположной стороны (симптом Фостера-Кенеди).

Возможно сочетание с другими симптомами повышения внутричерепного давления: головной болью, брадикардией, рвотой, головокружением, эпилептическими припадками. В клинике гипертензионного синдрома застойный диск не является ранним симптомом. Нередко опухоли головного мозга могут протекать без его развития.

**В развитии процесса застойного диска зрительного нерва различают пять стадий**:

**I стадия** - начальный застойный диск - гиперемия диска, границы его размыты, вены расширены, затем отёк захватывает весь диск зрительного нерва, отмечают его увеличение, вены становятся не только расширены, но и извиты, артерии сужены;

**II стадия** - выраженный застойный диск - усиление гиперемии, увеличение диска зрительного нерва, его выстояние (проминирование) в стекловидное тело, на диске и вокруг него появляются кровоизлияния, белые очажки;

**III стадия** - резко выраженный застойный диск - увеличивается проминирование диска в стекловидное тело, в области жёлтого пятна обнаруживают мелкие жёлто-белые очажки;

**IV стадия** - застойный диск с переходом в атрофию - появляется серый оттенок на фоне отёчного диска;

**V стадия** - атрофия зрительного нерва после отёка - диск уплощается и приобретает грязно-серый оттенок.

**Классифицируются застойные диски зрительных нервов по следующим критериям:**

1. по степени выраженности (по стадии развития)
2. двусторонние или односторонние
3. симметричные или ассиметричные
4. простые или осложненные

Зрительные функции при застойном диске длительное время остаются нормальными. Изменение их связано с развитием атрофии зрительного нерва, когда острота зрения начинает снижаться и сужаются границы поля зрения. Однако застойный диск всегда сопровождается увеличением размеров слепого пятна.

По особенности клинического течения выделяют осложненный застойный диск. Он развивается в случаях, когда патологический процесс, вызвавший повышение внутричерепного давления, оказывает еще и прямое действие на один из участков зрительного пути.

**При осложненных застойных дисках наблюдаются**:

* атипичные изменения поля зрения (гемианопические дефекты);
* сочетание высокой остроты зрения с резко суженным полем зрения;
* значительная разница в остроте зрения обоих глаз;
* резкое понижение остроты зрения, возникающее до появления атрофии (этот симптом связывают с преходящим спазмом артерий, питающих зрительный нерв; частота возникновения таких приступов зависит от нескольких факторов, в том числе от степени выраженности отека диска, и может составлять до нескольких приступов в течение 1 часа);
* развитие атрофии одного диска при двусторонних застойных явлениях.

Среди заболеваний нервной системы, сопровождающихся развитием застойных дисков, первое место занимают опухоли головного мозга. Далее идет целая группа заболеваний центральной нервной системы, которые вызывают повышение внутричерепного давления в меньшей степени, чем опухоли головного мозга, при этих заболеваниях реже бывают застойные диски. Это абсцессы головного мозга, воспаления мозговых оболочек, травмы, тромбозы синусов, аневризмы сосудов и др.

Остальные группы заболеваний, приводящих к развитию застойных дисков, очень молочисленны. Наиболее часто застойные диски возникают при таких общих заболеваниях организма, как заболевания почек, цинга, гипертоническая болезнь, заболевания крови. Застойные диски возникают и вследствие заболеваний костей орбиты, тромбозе центральной вены сетчатки, при башнеобразном черепе и остеодистрофическом процессе основания черепа.

## Симптомы

Симптомы ЗДЗН могут появиться как через нескольких часов, так и через несколько недель после повышения внутричерепного давления. Самым первым проявлением может стать помутнение зрения, размытие силуэтов, блики, двоение в глазах или потеря цветового зрения на несколько секунд. Также могут наблюдаться и другие признаки повышенного внутричерепного давления: головная боль, тошнота, рвота, которая не приносит облегчения, как это бывает при отравлении.

При таких симптомах очень важно сразу же обратиться за медицинской помощью, так как это состояние может угрожать не только потерей зрения, но и жизни.

В дальнейшем симптомы могут прогрессировать: слепое пятно расширяется, появляется пелена перед глазами, выпадают поля зрения. Всё это может привести к полной потере зрения.

# Особенностью ЗДЗН является долгая, до 3–4 недель, сохранность остроты зрения. Но если отёк прогрессирует, то зрительный нерв атрофируется (что сопровождается постепенным уменьшением отёка, так как погибшие отростки нервных клеток уже не отекают). В результате снижается острота зрения и развивается слепота. Диагностика

**Диагноз основывается на**:

* сборе анамнеза;
* офтальмоскопии;
* определении полей зрения (периметрия);
* клинической картине заболевания;
* результатах неврологического осмотра;
* рентгенологического и флюоресцентно-ангиографических исследований.

Для уточнения причины возникновения внутричерепной гипертензии проводят компьютерную (КТ) или магнитно-резонансную (МРТ) томографию головного мозга.

***Диагностика застойного диска зрительного нерва****: диск увеличен и грибовидно выбухает в стекловидное тело; виден отек окружающей сетчатки; цвет диска розовато-сероватый; границы нечеткие или совсем не видны; вены резко расширены, извиты; могут быть кровоизлияния; артерии узкие; иногда сосуды теряются в отечной ткани.*

При обнаружении признаков застойного диска зрительного нерва необходимо немедленно направить пациента на консультацию к нейрохирургу или неврологу.

## Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводят с невритом и псевдоневритом. От неврита застойный диск в начальной стадии заболевания отличается сохранностью зрительных функций и наличием частичного или полного краевого отека диска зрительного нерва. Псевдоневрит представляет собой аномалию развития диска и обычно сопровождается аномальным ходом сосудов с атипичным разветвлением и образованием сетки сосудов на поверхности диска. Разница в калибре артерий и вен незначительна. Длительное наблюдение за динамикой клинической картины в ряде случаев способствует установлению правильного диагноза. При осложненном застойном диске форма гемианопсии позволяет определить локализацию опухоли.

Однако в некоторых случаях очень сложно дифференцировать застойный диск зрительного нерва от таких заболеваний, как начинающийся тромбоз центральной вены сетчатки, передняя ищемическая нейропатия, менингиома зрительного нерва. При этих заболеваниях также возникает отек диска зрительного нерва, но природа его иная. Он обусловлен патологическими процессами, развивающимися непосредственно в зрительном нерве, и сопровождается понижением зрительных функций разной степени выраженности.

В некоторых случаях в связи с затруднениями, возникающими при установлении диагноза, неизбежно проведение пункции спинного мозга с измерением давления цереброспинальной жидкости и исследованием ее состава.

## Лечение

Этиотропное - устранении причины, вызвавшей застой диска зрительного нерва.

Для уменьшения отека проводят осмотерапию и дегидратационную терапию.

При развитии атрофии зрительного нерва - соответствующее лечение.

Для поддержания питания нерва назначают сосудорасширяющие (**Кавинтон, Трентал, Сермион**) препараты, препараты, улучшающие питание нервной системы (**Актовегин, Диавитол, Мексидол, Ноотропил**).

## Течение и прогноз

При застойном диске долго сохраняются нормальные зрительные функции даже при выраженном отёке. В дальнейшем происходит сужение полей зрения. При переходе в стадию атрофии острота зрения быстро падает, резко сужаются границы полей зрения. Снижение остроты зрения и сужение полей зрения чаще происходит равномерно на обоих глазах. В случаях, когда основной патологический процесс воздействует на зрительные пути, может наблюдаться неравномерность снижения зрительных функций на обоих глазах (осложнённый застойный диск). Если причина, вызвавшая застой диска зрительного нерва, устранена до развития фазы атрофии, то отёк регрессирует и картина глазного дна нормализуется. Однако, если атрофические процессы начались, то и после устранения причины часто развивается частичная или полная атрофия зрительного нерва.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Среди других, менее значимых, причин повышения внутричерепного давления, а, следовательно, и развития застойных дисков зрительных нервов, следует назвать черепно-мозговую травму, посттравматическую гематому, воспалительное поражение головного мозга и его оболочек, объемные образования неопухолевой природы, поражение сосудов и синусов головного мозга, гидроцефалию, внутричерепную гипертензию неясного генеза, опухоль спинного мозга.

Клинически застойный диск проявляется его *отеком*, который обусловливает нечеткость рисунка и границ диска, а также гиперемию его ткани. Как правило, процесс *двусторонний*, но в редких случаях застойный диск может развиться только на одном глазу. Иногда односторонний застойный диск зрительного нерва сочетается с атрофией диска и низкими зрительными функциями на другом глазу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глазные болезни: Учебник/А. А. Бочкарёва, Т. И. Ерошевский, А. П. Нестеров и др.; Под ред. А. А. Бочкарёвой. 3-е изд. — М.:Медицина, 2000.
2. Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Бурд Г. С. Неврология и нейрохирургия: Учебник. — М.: Медицина, 2000
3. Коэн С.-И., Квинтель Г. Флюоресцентная ангиография в диагностике патологии глазного дна. — М.: Рейтар, 2005. — 320 с.
4. Шпак А. А. Новая номенклатура оптической когерентной томографии // Офтальмохирургия. — 2015. — № 3. — С. 80–82.