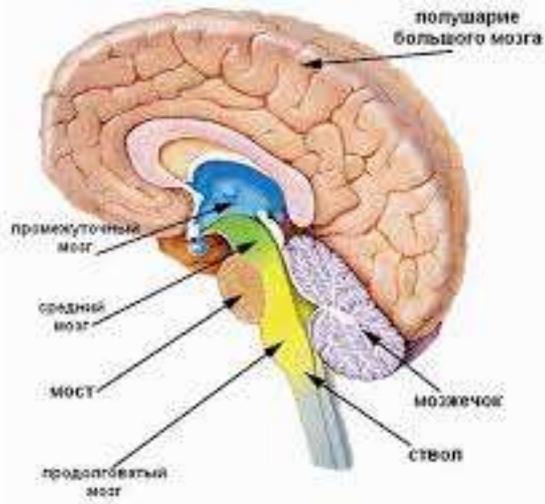


*ГОО ВПО Донецкий национальный
медицинский университет
Кафедра офтальмологии ФИПО*



**Хиазмальный синдром:
офтальмологические
проявления**

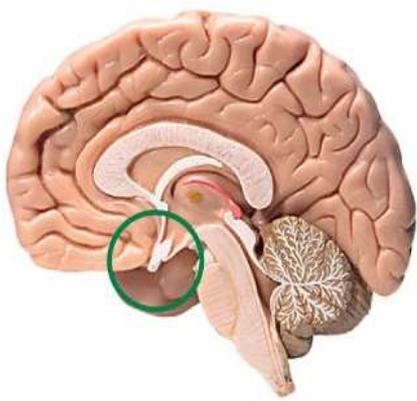
Доц.Смирнова А.Ф.



Опухоли гипофиза рано привлекли к себе внимание врачей, стали правильно распознаваться и успешно оперироваться.

Зрительные нарушения при этих опухолях уже в конце прошлого века стали предметом специального изучения врачей офтальмологов.

Появление глазных симптомов всегда указывает на большие размеры опухоли.

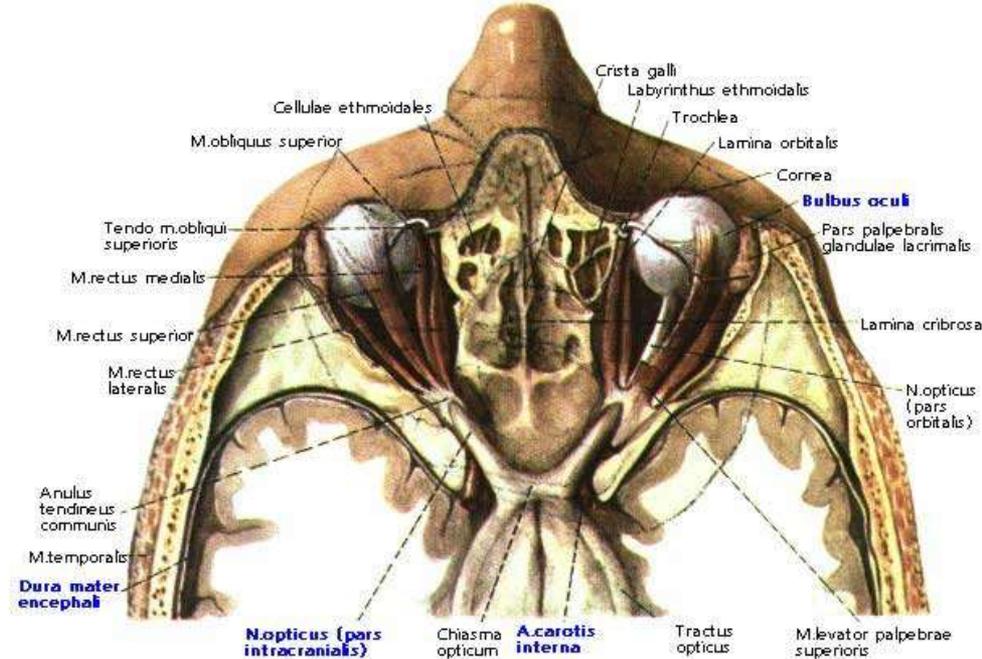


Знание анатомо-топографических особенностей хиазмально-селлярной области является важным условием для ранней диагностики её поражения.

Сложность в диагностике связана

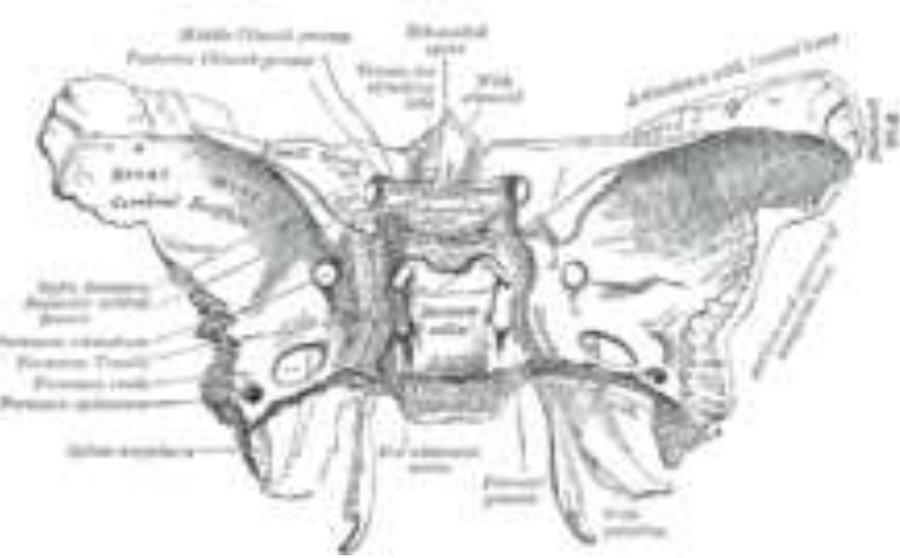
- с малыми размерами образований
- тесном взаимоотношении различных по структуре и функций анатомических образований.

1. Строение турецкого седла.



Ямка турецкого седла ограничена:

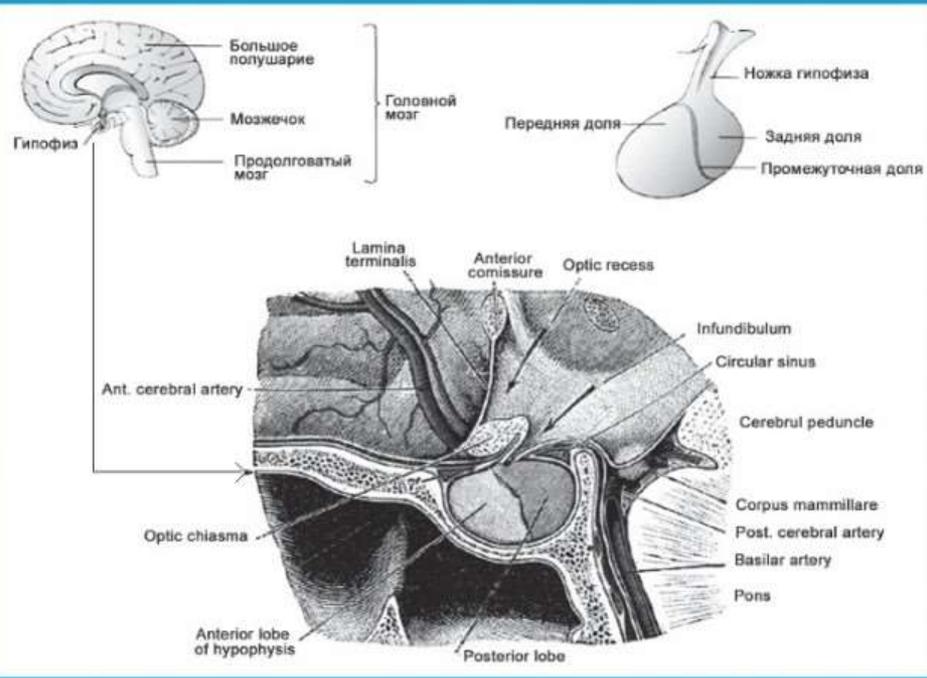
- спереди поперечным валиком – бугорком турецкого седла.
- сзади – спинкой турецкого седла.
- по обеим сторонам бугорка турецкого седла расположены передние клиновидные отростки, являющиеся продолжением малых крыльев основной кости.



- верхние боковые участки седла выдаются вперед, образуя задние клиновидные отростки.

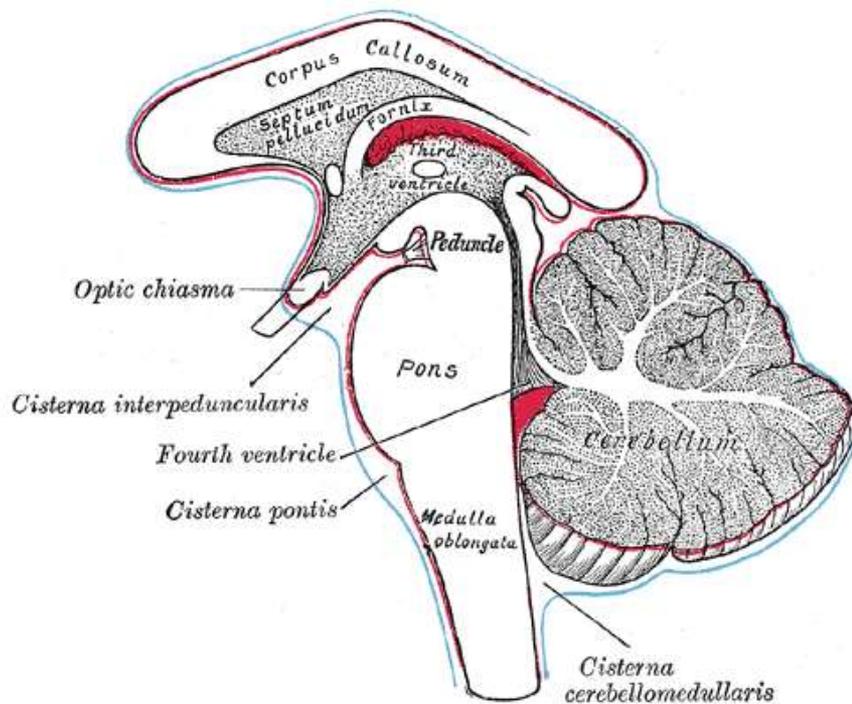
- внутри от клиновидных отростков находятся отверстия пропускающие зрительный нерв в полость черепа.

- между зрительными отверстиями располагается хиазмальная борозда.



В турецком седле находится гипофиз, который прилежит к верхней интракраниальной поверхности тела основной кости.

2. Расположение хиазмы и окружающие её структуры.



- Хиазма располагается над диафрагмой турецкого седла. Ее окружает заполненное церебральной жидкостью расширенное субарахноидальное пространство - цистерна перекрестка (cisterna chiasmatis)

Над хиазмой - структуры гипоталамуса, составляющие дно III мозгового желудочка с двумя выпячиваниями: recessus opticus и recessus infundibuli.

Диаграмма турецкого седла, на которой располагается хиазма, представляет собой дубликатуру (складку) т.м. оболочки, прикрывающую вход в турецкое седло.

В центре ее имеется отверстие, через которое проходит относящаяся к гипоталамусу воронка (infundibulum) серого бугра соединяющая гипоталамус с гипофизом.

Положение хиазмы на диафрагме турецкого седла может варьировать, но центральная часть ее всегда находится впереди серого бугра

1: хиазма расположена частично над бугорком турецкого седла



3: задний край хиазмы расположен над спинкой турецкого седла



2: хиазма расположена полностью над диафрагмой турецкого седла

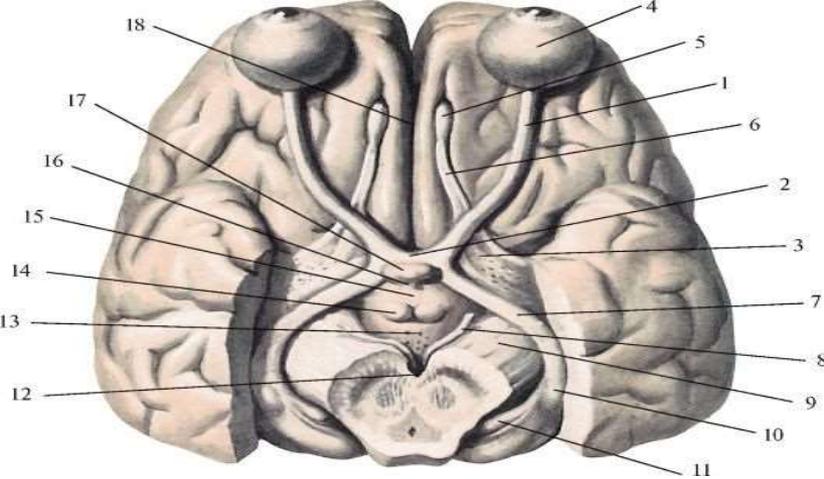


4: хиазма расположена над и позади спинки турецкого седла

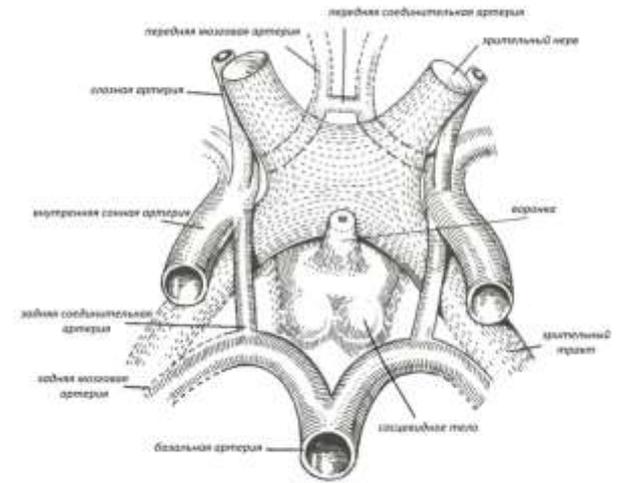
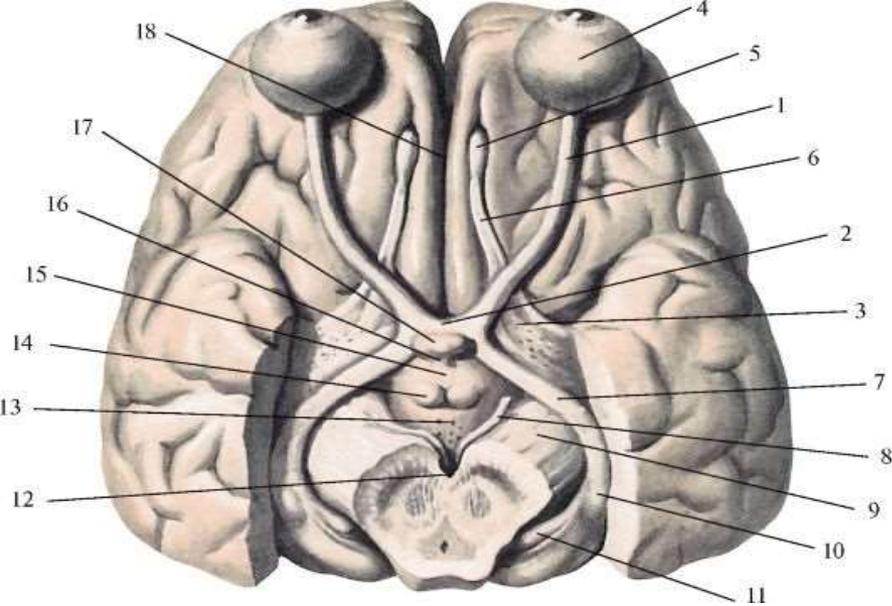


- А) Хиазма расположена частично над бугорком турецкого седла
- Б) Полностью над диафрагмой турецкого седла
- В) Задний край хиазмы расположен над спинкой турецкого седла
- Г) Хиазма расположена над и позади спинки турецкого седла

Это ведет к различным по характеру изменениям полей зрения, чаще бывают варианты гетеронимной гемианопсии.



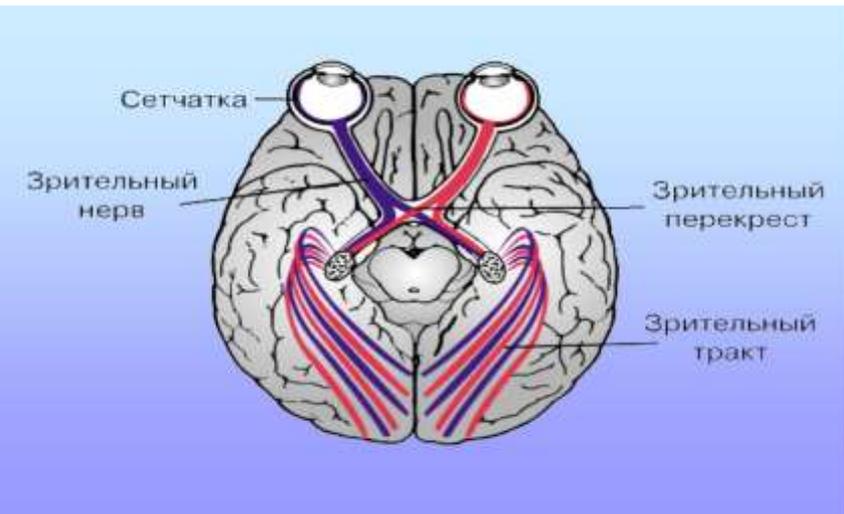
- Длина хиазма от 4 до 10мм (в среднем 7мм) ширина от 9 до 11мм, толщина около 5мм.
- По бокам хиазма окружена крупными артериями входящими в состав артериального круга большого мозга (виллизиева круга)
-



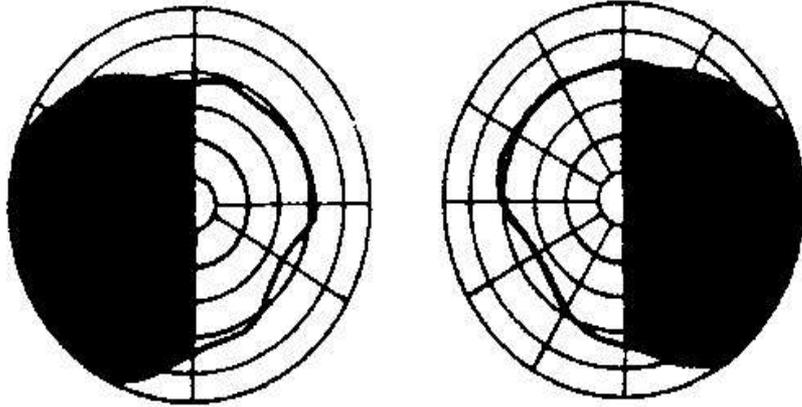
Сзади к хиазме прилегает воронка гипоталамуса, которая спускается от серого бугра к гипофизу.

Передний край хиазмы иногда прилегает к основной кости в области хиазматической борозды.

По всей поверхности хиазма, кроме своей верхней части, сращенная с дном 3 желудочка мозга, окутана мягкой мозговой оболочкой.

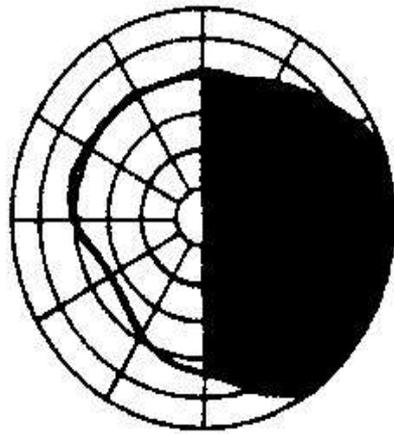
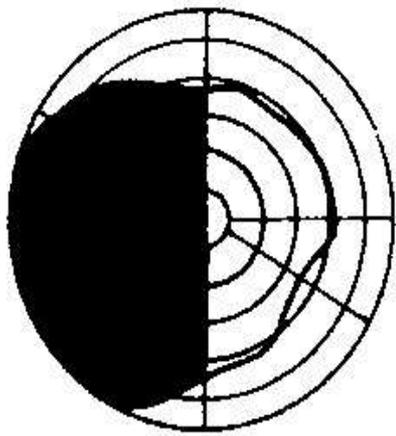


- В хиазме перекрещиваются 75% волокон зрительного нерва 25% - не перекрещиваются.
- Волокна папилломакулярного пучка частично перекрещенные, расположены в центре хиазмы.
- По бокам зрительных нервов и хиазмы расположены внутренние сонные артерии, которые в случае их патологии (аневризмы) могут влиять на зрительные нервы, так и на хиазмальный отдел.
-



- Хиазмальный синдром возникает при поражении хиазмы (зрительного перекреста)
- Поражение центрального отдела хиазмы, где располагается перекрещенные зрительные волокна проявляются гетеронимной (разноименной) битемпоральной гемианопсией.

•



- Величина гемианопсического дефекта различается от начального сужения границ поля зрения в верхневисочном реже в нижневисочном квадранте до полного выпадения половин.
- Острота зрения может оставаться высокой, несмотря на полную битемпоральную гемианопсию.
- Это характерно для пациентов с аденомой гипофиза.

Хиазмальный синдром



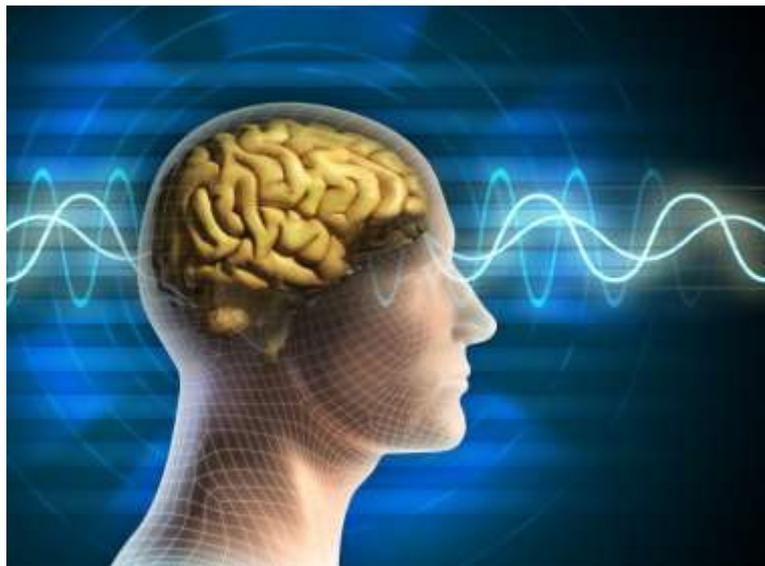
- Хиазмальный синдром сопровождается развитием первичной нисходящей атрофией зрительных нервов.
- Однако ХС может наблюдаться и со снижением остроты зрения, что говорит о воздействии процесса помимо хиазмы на дистальные отделы ЗН.
-

Хиазмальный синдром



- При асимметричном поражении хиазмы вследствие асимметричного воздействия объемного процесса ХС будет тоже ассиметричен:
 - снижение остроты зрения
 - различной степени выраженности дефектов поля зрения
 - атрофией зрительных нервов.

Хиазмальный синдром



- При экзофильном росте глиомы хиазмы - преимущественные поражения одного ЗН.
- Это приводит к слепоте одного глаза, с сохранением на втором глазу значительно высокого визуса в сочетании с выпадением височной половины поля.

Хиазмальный синдром



- При опухолях воздействующих на дно 3-его желудочка - развивается застойный сосок ЗН, как признак ВЧГ.

ЫНЫЙ СИНДРОМ



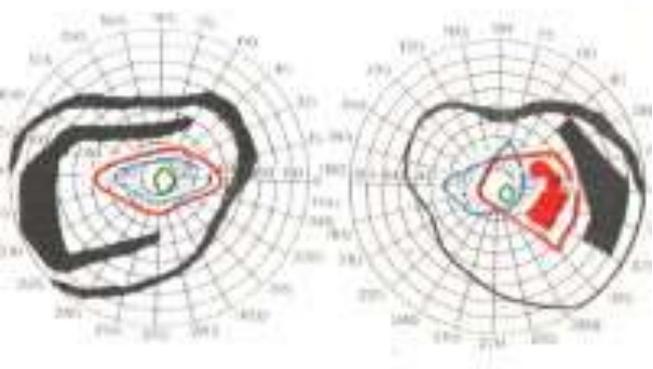
- Повреждение заднего отдела хиазмы проявляются битемпоральными парацентральными гемианопсическими скотомами, с высокой остротой зрения.
- Скотомы возникают в результате воздействия на пересекающиеся волокна папилломакулярного пучка



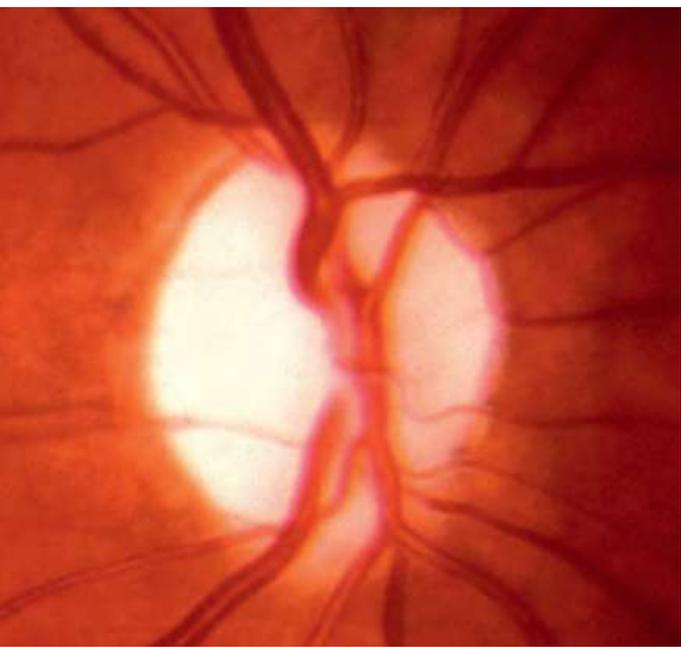
- Важность изучения оптико-хиазмального арахноидита определяется вовлечением в процесс зрительных нервов и области их перекреста, что зачастую приводит к необратимой потере зрения.
- Среди этиологических факторов возникновения оптико-хиазмального арахноидита особое значение имеют
 - инфекционные поражения придаточных пазух носа,
 - ангина,
 - сифилис,
 - малярия,
 - черепно-мозговая травма

- В области хиазмы и внутричерепной части зрительных нервов при арахноидите образуются множественные спайки и кисты.
- В тяжелых случаях создается рубцовая оболочка вокруг хиазмы.
- Как правило, оптико хиазмальный арахноидит не является строго локальным: менее интенсивные изменения обнаруживаются и в отдалении от основного очага.
- На зрительные нервы оказывают воздействие механические факторы (сдавление), а также переход на них воспалительного процесса и расстройство кровообращения (ишемия).

- Оптико-хиазмальный арахноидит, как правило, развивается медленно.
- Сначала арахноидит захватывает один глаз, затем постепенно (через несколько недель или месяцев) вовлекается и другой.
- Одной из первых жалоб пациентов зачастую является ощущение «сетки» перед глазами.
- Степень снижения зрения при оптико-хиазмальном арахноидите может быть различной — от незначительного снижения до полной слепоты.



- Оптико-хиазмальный арахноидит, как правило, развивается медленно.
- Сначала арахноидит захватывает один глаз, затем постепенно (через несколько недель или месяцев) вовлекается и другой.
- Одной из первых жалоб пациентов зачастую является ощущение «сетки» перед глазами.
- Степень снижения зрения при оптико-хиазмальном арахноидите может быть различной — от незначительного снижения до полной слепоты.



- Со стороны глазного дна в 60—65% случаев определяется атрофия зрительных нервов (первичная или вторичная, полная или частичная).
- У 10—13% заболевших обнаруживаются застойные соски зрительного нерва. Проявления со стороны гипоталамической области, как правило, отсутствуют. Снимок турецкого седла также не выявляет патологии. При этой форме арахноидита основными являются очаговые (зрительные) симптомы, гипертензионные явления (внутричерепная гипертензия) выражены обычно умеренно



- При оценке ХС надо помнить, что в его развитии имеют значения топографо - анатомические взаимоотношения между- хиазмой
 - зрительными трактами
 - окружающими структурами (турецким седлом, его стенкой, диафрагмой, сосудами большого круга головного мозга)