

2.2. Клиническая классификация амблиопии.

Заболевание, согласно Международной классификации болезней, имеет статус: Амблиопия код МКБ-10 в блоке ***H53.0 «Амблиопия вследствие анопсии»***, то есть нарушения зрительных путей импульсов, получаемых мозгом.

Различные взгляды на суть амблиопии вызвали появление и различных ее классификаций. Так, Э.С. Аветисов (1968), к примеру, предлагает оценивать степень выраженности амблиопии уровнем снижения у больного центрального зрения, а Е.Е. Сомов (1997) — сохранением характера зрения. А оно, как известно, является интегральным показателем функционального статуса зрительного анализатора и, как правило, неизменным спутником амблиопии любого генеза служат нарушения, выявляемые в бинокулярном зрении.

Согласно классификации Э.С. Аветисова степень амблиопии определяется уровнем потери зрения на момент диагностики. Со временем клиническая картина может меняться, поэтому так важен динамический контроль. При постановке диагноза в зависимости от показателей снижения остроты зрения амблиопии присваивается одна из степеней:

- I степень - слабая амблиопия (острота зрения 0,4-0,8);
- II степень - средняя амблиопия (острота зрения 0,2-0,3);
- III степень - высокая амблиопия (острота зрения 0,05-0,1);
- IV степень - очень высокая амблиопия (острота зрения ниже 0,04).

При высоких степенях почти невозможна эффективная коррекция зрения.

Существенной характеристикой амблиопии также является точка зрительной фиксации. Различают центральную, парафовеолярную,

макулярную, парамакулярную, окоلودисковую и периферическую фиксацию.

Причины развития амблиопии тесно связаны со временем начала её развития. Патология может быть:

1. врождённая (первичная);
2. приобретённая (вторичная).

Врождённая амблиопия является следствием генетических мутаций или дефектов внутриутробного развития, обусловленных действием неблагоприятных факторов во время беременности.

Вторичная амблиопия в зависимости от этиологии и клинической картины может быть отнесена к одной из форм:

- страбизматическая (дисбинокулярная);
- обскурационная (депривационная);
- рефракционная;
- анизометропическая;
- истерическая;
- смешанная.

Общим для всего разнообразия форм амблиопии является то, что механизм её развития связан с депривацией форменного зрения, а также патологиями бинокулярных связей. Совокупность этих условий (или каждое в отдельности) приводит к функциональным нарушениям, проявляющимся снижением остроты центрального зрения.

Страбизматическая (дисбинокулярная) амблиопия развивается при расстройстве бинокулярного зрения, обусловленного продолжительной супрессией одного глаза. Дисбинокулярная амблиопия может быть с правильной или неправильной фиксацией. В первом случае зона фиксации сохраняется в центре сетчатки, во втором – смещена от центра (в любую сторону).

Страбизматическая амблиопия встречается наиболее часто. В 70% случаев заболевание относится именно к этому типу.

Клиническая классификация амблиопий (Сомов Е.Е.)

По виду		По генезу	По стороне выраженности	По типу зрительной фиксации	По тяжести	По прогнозу
Врожденные	Первичные	Сенсорные (включая истерию*)	<ul style="list-style-type: none"> • Одного глаза. • Обоих глаз 	Центральная (фовеолярная) <ul style="list-style-type: none"> ◦ устойчивая, ◦ неустойчивая 	<ul style="list-style-type: none"> • Легкие (сохранено бинокулярное зрение для близи). • Средней тяжести (сохранено одно-временное зрение для близи). • Тяжелые (зрение монокулярное для дали и близи). • Особо тяжелые (зрение монокулярное, зрительная фиксация отсутствует) 	<ul style="list-style-type: none"> • Курабельные (легкие и средней тяжести). • Сомнительно курабельные (тяжелые). • Инкурабельные (особо тяжелые)
	Вторичные	Органические: <ul style="list-style-type: none"> • обскурационные • рефракционные (изо- и анизометропические), • страбизматические, • комбинированные 				
* Утрата ребенком способности к сознательному зрению						

По состоянию зрительной фиксации Э.С. Аветисов выделяет следующие разновидности амблиопии:

- 1) амблиопия с правильной (центральной) фиксацией;
- 2) амблиопия с неправильной фиксацией, в том числе:
 - а) с перемежающейся фиксацией;
 - б) с устойчивой нецентральной фиксацией;

- в) с неустойчивой нецентральной фиксацией;
- 3) амблиопия с отсутствием зрительной фиксации.

Неправильная зрительная фиксация может быть парафовеолярной, макулярной, парамакулярной и периферической.

Состояние зрительной фиксации имеет большое значение для определения прогноза и рациональной тактики лечения дисбинокулярной амблиопии. По мнению Э.С. Аветисова, амблиопия с нецентральной фиксацией - качественно новый вид амблиопии, который значительно труднее поддается устранению и в большинстве случаев требует применения специальных методов лечения.

Диагностика состояния зрительной фиксации проводится при помощи большого безрефлексного офтальмоскопа с затеняющим шариком. Для определения места локализации неправильной фиксации Э.С. Аветисовым (1968) введена в БО специальная тангенциальная шкала (рис. 13).

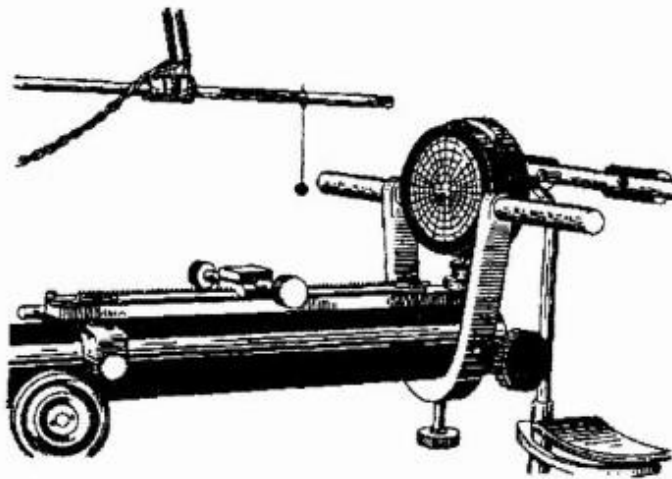


Рис. 13. Тангенциальная шкала для определения места зрительной фиксации.

Исследование состояния зрительной фиксации на БО удается лишь у детей старше 5-6 летнего возраста.

У детей более младшего возраста зрительная фиксация определяется при помощи зеркального офтальмоскопа и офтальмоскопической лупы +13.0 Д со специально вмонтированным в ее ободок стержнем, на который подвешивается непрозрачный шарик или бусинка диаметром 2мм (рис. 14).

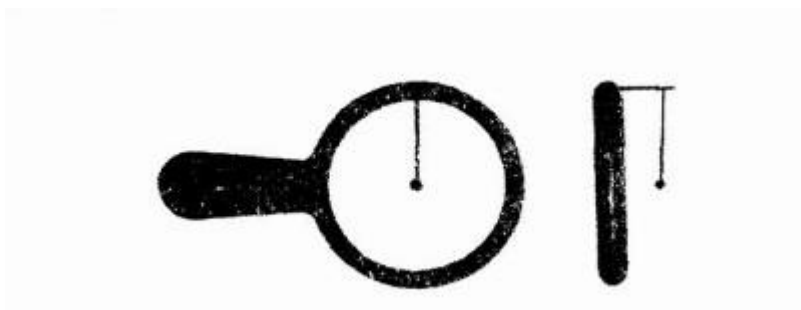


Рис.14. Лупа с шариком для определения состояния фиксации.

Исследование зрительной фиксации на амблиопичном глазу проводится при расширенном зрачке и закрытии второго глаза.

Потеря центральной фиксации при дисбинокулярной амблиопии наблюдается, в основном, у детей с врожденным или рано появившемся косоглазием при запоздалом начале лечения. Это еще раз подтверждает необходимость раннего проведения лечебных процедур, предупреждающих появление такого серьезного осложнения.

Помимо снижения остроты зрения и нарушения центральной фиксации, на амблиопичном глазу могут наблюдаться и другие монокулярные зрительные расстройства: ослабление аккомодации, нарушение цветоощущения, пупилломоторной возбудимости, контрастной чувствительности, темновой адаптации.

На практике врачи клиницисты рекомендуют придерживаться классификации амблиопии, предложенной профессором В.И. Пospelовым.

По данной классификации, исходя из этиологии, амблиопии необходимо разделять на первичные и вторичные виды. К первичным видам амблиопии относятся:

1. Рефракционная амблиопия (РА), которая возникает у детей в результате своевременно не скорректированных очками аметропий, препятствующих развитию детского зрения. РА может быть односторонней, двухсторонней, симметричной или ассиметричной (при анизометропии).

2. В основе дисбинокулярной амблиопии (ДА), как следует из названия, лежит нарушение бинокулярного зрения, возникающее в результате косоглазия и несвоевременного назначения или ненадлежащего выполнения окклюзионного режима. ДА, как правило, возникает на чаще косящем глазу.

3. Смешанная амблиопия (СА) является комбинацией РА и ДА на чаще косящем глазу. Так как скорее всего причиной снижения монокулярного зрения является сочетанная патология. В процессе лечения степень вклада каждой причины в существовании амблиопии меняется.

4. При истерической амблиопии (ИА) причиной снижения остроты зрения являются нарушения деятельности центральной нервной системы. ИА развивается после психологической травмы, проявляется резким снижением зрения, иногда до псевдоамавроза в сочетании с нарушением зрачковых рефлексов.

Что касается вторичных форм амблиопии, то само понятие «вторичные» подразумевает в качестве причины наличие в анамнезе патологии органа зрения, которая была клинически успешно вылечена. Однако после устранения причины имеет место функциональное снижение остроты зрения.

К вторичным видам амблиопии относятся:

1. Обскурационная 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. В качестве причины неврогенной амблиопии (НА) в качестве причины 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. При макулопатической амблиопии (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. При комбинированной амблиопии (КА) имеет место совокупность вышеперечисленных причин.

Следует отметить, что зарубежные офтальмологи выделяют следующие формы амблиопии: страбизмологическая, рефракционная (анизометропическая), депривационная, идиопатическая и органическая (относительная) (D. Godts, I. De Veuster, 2007, G.K. von Noorden, E.C. Campos, 2006).

Следует помнить, что не каждое снижение остроты зрения следует рассматривать как амблиопию, особенно это относится к пациентам детского возраста.