

ИССЛЕДОВАНИЯ ДНА ГЛАЗА В ЖЕЛТОМ СВЕТЕ

А. М. Водовозов

*Кафедра глазных болезней (зав. — проф. А. М. Водовозов)
Волгоградского медицинского института*

Исследование дна глаза в свете различного спектрального состава, и в частности в желтом свете, дает возможность обнаружить такие детали, которые при обычном осмотре не видны.

Офтальмоскопию в желтом свете путем установки перед источником света светофильтра осуществил в 1924 г. Фриденвальд.

Мы провели исследования дна глаза в желтом свете с помощью предложенного нами аппарата — офтальмохромоскопа (А. М. Водовозов, 1960), в котором для получения желтого офтальмоскопического света имеются два совмещенных светофильтра (СЗС-18 и ОС-13).

Нормальное дно глаза при исследовании в желтом свете имеет коричневатожелтый цвет. По направлению к периферии примесь коричневого уменьшается, и дно приобретает более чистый желтый цвет.

Паркетное глазное дно в этом свете имеет своеобразный вид. Темные пигментированные поля, ограниченные более светлыми сосудами хориоидеи, становятся светлыми полями, окаймленными более темными, чем эти поля, сосудами сосудистой оболочки. Поэтому паркетное глазное дно в желтом свете похоже на альбинотическое, в котором более темные, чем дно, сосуды хориоидеи четко видны на светлом фоне.

Желтый цвет макулы в этом свете не виден. На месте желтого пятна определяется темное пятнышко, по размерам соответствующее красному пятнышку, которое видно в этом месте при исследовании в обычном свете.

Диск зрительного нерва приобретает светло-желтый цвет и становится восковидным. Контуры диска выступают в желтом свете несколько четче, чем в обычном.

Сосуды сетчатки приобретают темно-коричневый цвет. Вены имеют более темный — шоколадный цвет, артерии — светло-коричневый. Мелкие сосудистые ветви видны довольно хорошо, но в общем не лучше, чем при исследовании в обычном свете.

Сосуды сосудистой оболочки при исследовании в желтом свете видны лучше, чем в обычном. Правда, при интенсивно пигментированном глазном дне нам не удавалось ни разу различить сосуды сосудистой оболочки, как это удавалось Зерру. Однако в тех случаях, когда дно было умеренно пигментированным, сосуды хориоидеи действительно выступали отчетливей, чем при исследовании в обычном свете.

Рефлексы сетчатки в желтом свете видны хуже и уступают по яркости рефлексам, возникающим при исследовании в обычном свете. Так, например, макулярный рефлекс даже у молодых лиц в этом свете кажется значительно менее ярким, чем в обычном.

В основе этих изменений картины глазного дна лежат, по-видимому, следующие причины. Потемнение сосудов дна глаза в желтом свете вызвано тем, что кровь поглощает большую часть желтого офтальмоскопического света. Поглощение желтых лучей, соответствующих по длине волны линии натрия, является характерной спектральной особенностью крови.

Пигмент на дне глаза, судя по изменению его вида в желтом свете, поглощает этот свет в значительно меньшем количестве, чем кровь. Этим можно объяснить своеобразное изменение вида паркетного дна в желтом свете, при котором темные пигментированные поля становятся светлыми полями, а светлые сосуды между ними воспринимаются как темные полосы.

От поверхности сетчатки желтые лучи отражаются мало, о чем можно судить по ослаблению рефлексов сетчатки. В связи с этим не вуализируются сосуды сосудистой оболочки, которые в этом свете видны лучше, чем в каком-либо другом. Правда, здесь играет роль и то, что пигментный эпителий в отношении желтых лучей является достаточно проницаемым, а сосуды хориоидеи в этом свете более контрастно выделяются как темные полосы на светлом фоне.

При исследовании в желтом свете больных с помутнениями прозрачных сред оказалось, что детали дна глаза в этом свете видны лучше, чем в обычном.

Светлые очаги при исследовании в желтом свете приобретают, как правило, желтый цвет и отличаются от окружающего их коричневатожелтого фона тем, что они оказываются более светлыми, чем дно.

В большинстве случаев светлые атрофические очаги видны одинаково четко как в обычном, так и в желтом свете.

Что касается экссудативных очагов, то они в желтом свете видны хуже, чем в обычном.

Пигмент и пигментированные образования в желтом свете видны хуже, чем в обычном. Выше уже было указано, что в нормальных условиях рисунок паркета

при этом освещении становится неразличимым. Это объясняется тем, что пигмент в желтом свете выглядит тусклым, мало контрастным. В патологических случаях пигментные скопления становятся плохо различимыми на фоне дна, а иногда пигмент, хорошо видный при исследовании в обычном свете, оказывается совершенно неразличимым в желтом.

Кровоизлияния при исследовании в желтом свете имеют вид темно-коричневых пятен. Благодаря контрасту с более светлым дном они проступают четче, чем в обычном свете. Впрочем, особых преимуществ при исследовании ретинальных геморрагий в желтом свете по сравнению с обычным мы отметить не могли.

Иные данные были получены при исследовании больных с подретинальными кровоизлияниями. Эти геморрагии в желтом свете видны явно лучше, чем в обычном. Объясняется это не только тем, что желтые лучи интенсивно адсорбируются кровью, но и тем, что они проникают на большую глубину.

Наряду со случаями, когда в желтом свете субретинальные кровоизлияния были лучше видны или в них удавалось рассмотреть детали, оставшиеся незамеченными при исследовании в обычном свете, представляют особый интерес наблюдения, где в желтом свете были обнаружены подретинальные кровоизлияния, совершенно неразличимые при исследовании в обычном свете.

Подобные наблюдения заставили нас исследовать в желтом свете всех больных, у которых можно было подозревать наличие подретинальных или хориоидальных геморрагий. У ряда больных такое исследование привело к неожиданному обнаружению кровоизлияний.

Мы неоднократно сталкивались с фактами, когда клиническую картину заболевания или динамику процесса можно было правильно истолковать только при офтальмоскопии в желтом свете.

Все это дает основание считать, что офтальмоскопия в желтом свете является ценным методом изучения подретинальных и хориоидальных кровоизлияний. В отдельных случаях исследование в желтом свете может являться единственно возможным способом обнаружения подобных изменений на дне глаза.

ЛИТЕРАТУРА

Водовозов А. М. Офт. журн., 1960, 8.

УДК 616.133.32—616.13—002

ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ГЛАЗНОГО ДНА ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ЭНДАРТЕРИИТЕ

Б. А. Сквозников и О. М. Громова

(г. Альметьевск)

В последние годы все чаще появляются работы об изменениях глазного дна при таких заболеваниях, как облитерирующий эндартериит, коарктация аорты, «болезнь Такаиси». Изменения глазного дна при этих заболеваниях, по данным литературы, имеют причинную и патогенетическую связь с основным страданием.

О. И. Шершевская у половины обследованных больных облитерирующим эндартериитом нашла явления спастической ангиопатии и значительное расширение вен сетчатки. В. А. Брусенцова у 3 из 40 обследованных нашла расширение вен и артерий глазного дна, у 5 — расширение вен и сужение артерий и у 9 — только сужение артерий; к сожалению, стадии заболевания не указаны.

Мы обследовали состояние глазного дна у 22 больных облитерирующим эндартериитом. 16 из них были в возрасте от 27 до 40 лет и 6 — от 40 до 49 лет. Диагноз облитерирующего эндартериита этим больным был поставлен на основании клинических данных, осциллографии, электротермометрии, в некоторых случаях — ангиографии. Из сопутствующих заболеваний были выявлены: деформирующий спондилоартроз, хронический бронхит, сахарный диабет (по одному больному), язвенная болезнь желудка (у двоих).

При определении степени тяжести процесса мы пользовались классификацией проф. А. Т. Лидского. Изменения сосудов глазного дна мы нашли у 19 больных.

С начальными стадиями эндартериита было 12 чел., из них изменения сосудов глазного дна были у 6. У 3 чел. было сужение артерий и расширение вен, у 2 — только расширение вен и у 1 были найдены запустевшие участки артерий. Таким образом, расширение вен сетчатки мы наблюдали у 5 больных.

Больных с поздними стадиями эндартериита было 10, из них изменения сосудов глазного дна были найдены у 8. Извитые артерии были у 2 больных, извитые и су-