

Максим Васильевич Кабков

Катаракта и другие болезни глаз



Максим Кабков

Катаракта и другие болезни глаз

«Научная книга»

Кабков М. В.

Катаракта и другие болезни глаз / М. В. Кабков — «Научная книга»,

Данная книга рассчитана на широкий круг читателей. В ней простым языком описаны наиболее часто встречающиеся заболевания глаз: катаракта, глаукома, близорукость, заболевания век, травмы и ожоги глаз и т. п. В книге рассмотрены разнообразные методы лечения соответствующих заболеваний, включая неотложную помощь при некоторых состояниях, основная часть книги приходится на фитотерапию – метод лечения лекарственными травами, который с успехом можно применять в домашних условиях.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
СТРОЕНИЕ ГЛАЗА	6
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ	8
КАТАРАКТА И ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗ	9
ГЛАУКОМА	12
Конец ознакомительного фрагмента.	13

Максим Васильевич Кабков

Катаракта и другие болезни глаз

ВВЕДЕНИЕ

Уважаемые читатели!

Я представляю вашему вниманию книгу, посвященную заболеваниям глаз. В наш век бурно развивающихся технологий и поголовной компьютеризации населения заболевания глаз стали встречаться очень часто. За работой люди часто проводят очень много времени, не обращая внимания на зрительное утомление. А ведь достаточно всего нескольких минут на простую гимнастику для глаз, которая поможет снять все симптомы усталости. Заболевания глаз зачастую поражают людей самого молодого и трудоспособного возраста, а в некоторых случаях могут приводить к инвалидности и даже полной потере зрения. В данной книге, уважаемые читатели, вы найдете описания клинических проявлений и первых симптомов заболевания глаз, кроме этого, в книге описаны основные направления медикаментозной терапии, гимнастика для глаз. Большая часть книги посвящена фитотерапии как одному из самых эффективных методов лечения в домашних условиях, который успешно сочетается с медикаментозной терапией и зачастую служит неотъемлемым дополнением к ней. В состав некоторых рецептов входит мед, который является сильным аллергеном, поэтому, дорогие читатели, если у вас аллергия на мед, исключите его из состава рецепта. Надеюсь, что, прочитав мою книгу, вы сможете вовремя обратиться к врачу-офтальмологу, который назначит вам адекватное лечение, и вы всегда будете смотреть на мир без очков!

СТРОЕНИЕ ГЛАЗА

Дорогие читатели, для того чтобы вам было просто и легко ориентироваться в месторасположении основных частей глаза, а также локализации патологических процессов, в результате которых наблюдается нарушение зрения, я расскажу вам о том как устроены глазные яблоки.

Глазные яблоки расположены в глазницах и имеют шарообразную форму, за счет этого они могут двигаться во всех анатомических плоскостях, обеспечивая нам максимальный обзор. Движения глазных яблок осуществляются с помощью глазодвигательных мышц, расположенных вокруг последних. Различают 4 прямых глазодвигательных мышцы: верхнюю, нижнюю, наружную и внутреннюю, а также 2 косых: верхнюю и нижнюю. Соответственно своему названию, глазодвигательные мышцы выполняют строго определенные функции. Наряду с двигательной функцией глазодвигательные мышцы помогают хрусталику фокусировать изображение на сетчатке.

Снаружи глаз покрыт плотной наружной оболочкой. **Наружная оболочка глаза** представлена фиброзной оболочкой – плотной соединительной тканью, в которой выделяют две части: роговицу и склеру. **Роговица** лишена сосудов, очень богата нервами, ее функциями являются защита глаза и преломление солнечных лучей, она обуславливает форму глаза и обеспечивает его тургор, а также является местом прикрепления глазодвигательных мышц. Роговица имеет 5 слоев. Место перехода роговицы в склеру называется *лимбом*. От прозрачности вашей роговицы зависит острота зрения. В норме роговица прозрачная, гладкая, блестящая, очень высокочувствительна, так как очень богата нервами. При попадании на роговицу или на ее слои различных инородных тел может возникать ее помутнение, которое нуждается в обязательном лечении. При неблагоприятном исходе может образоваться от облачковидного помутнения до бельма роговицы. В результате таких нарушений происходит соответствующее нарушение остроты зрения.

Склера, или белочная оболочка в отличие роговицы непрозрачная, матового белого цвета, с желтоватым оттенком за счет отложения жиров. Ее основная функция защитная, кроме этого склера придает форму главному яблоку.

Средняя оболочка глаза представлена сосудистым трактом. Средняя оболочка включает в себя радужку, ресничное тело и хориоидею. В центре радужки расположен зрачок, от склеры радужка отделена передней камерой глаза. Диаметр зрачка регулируется двумя мышцами: мышцей, суживающей зрачок (сфинктер), и мышцей, расширяющей зрачок (дилататор). Ширина зрачка в норме от 2 до 8 мм. Зрачок обильно кровоснабжается. **Радужка** представляет собой пластинку, натянутую во фронтальной (вертикальной) плоскости. В радужке различают два пояса: зрачковый и цилиарный, которые разделены брыжами. В радужке выделяют два отдела: передний и задний. Радужка имеет радиарную исчерченность. На поверхности радужки имеются отложения пигмента – веснушки. С возрастом участки радужки могут обесцвечиваться.

Ресничное тело является часть сосудистого тракта, представляет собой замкнутое кольцо диаметром около 8 мм и располагается между радужкой и хориоидеей. Ресничное тело принимает участие в выработке внутриглазной жидкости, обладает аккомодативной функцией, поддерживает внутриглазное давление, кровоснабжает другие ткани глаза.

Хориоидея состоит из 5 слоев. Хориоидея представляет собой мягкую, эластичную тонкую оболочку, содержит небольшое количество крови. Состоит из кровеносных сосудов и соединительнотканых волокон.

От хрусталика к боковым поверхностям ресничных отростков тянутся волокна ресничного пояса, которые являются связками, поддерживающими хрусталик. В ресничном теле

выделяют переднюю часть – ресничный венец – и заднюю часть – ресничный кружок. Ресничное тело выполняет две основных функции: продуцирование водянистой влаги и функцию аккомодации.

Внутренняя оболочка глаза представлена сетчаткой. Сетчатка выстилает всю внутреннюю поверхность сосудистого тракта и играет роль периферического рецептора. В сетчатке выделяют оптическую и слепую части. Оптическая часть состоит из 10 слоев. Сумеречное зрение обеспечивают палочки, цветное зрение обеспечивают колбочки. Слепая часть сетчатки состоит из 2 слоев. Весь сложный процесс преобразования зрительных сигналов поступает в мозг посредством зрительных путей.

Внутреннее ядро глаза представлено передней и задней камерами, заполненными водянистой влагой, которая обладает незначительной преломляющей способностью, хрусталиком, стекловидным телом и глазницей.

Передняя поверхность глазных яблок прикрывается во время акта моргания веками, которые защищают их от внешних воздействий и способствуют равномерному распределению слезы, увлажняющей глаза. Задняя поверхность век и глазных яблок вплоть до роговицы покрыта конъюнктивой.

Таким образом, дорогие читатели, устроены наши глазные яблоки. Рекомендую вам постоянно обращаться к этому разделу книги для понимания локализации патологического процесса в глазу.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ

Дорогие читатели, к факторам риска в развитии патологических процессов в глазных яблоках относятся самые различные сопутствующие заболевания.

При гиповитаминозах и авитаминозах жирорастворимых витаминов, таких как А и D, нарушается нормальная работоспособность глаз – возникает сухость роговицы, в результате чего снижается устойчивость глаза к различным воспалительным процессам. Кроме этого, при *ожирении* нарушаются все виды обмена, в том числе и витаминного, поэтому может наблюдаться подобная симптоматика. Дорогие читатели, для того, чтобы избежать дефицита этих витаминов настоятельно рекомендую вам полноценно и регулярно питаться.

Заболевания, при которых происходит нарушение кровоснабжения глазного яблока и глазодвигательных мышц, также нарушают нормальную работоспособность глаз. К таким заболеваниям можно отнести сахарный диабет и артериальную гипертензию, а ведь эти заболевания очень распространены в настоящее время, что объясняет значимость этой проблемы. Однако в последнем случае нарушение кровоснабжения происходит в результате изменения сосудистой стенки из-за длительно существующего повышенного артериального давления. Рекомендую вам регулярно измерять артериальное давление, а при выявлении его повышения (даже не смотря на хорошее самочувствие) обязательно обратитесь к лечащему врачу – это поможет остановить прогрессирование заболевания, а так же поможет предупредить многие осложнения, в том числе и со стороны глазных яблок!

Кроме этого, к нарушению нормальной остроты зрения могут приводить *нерациональное и несбалансированное питание, избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни*. Поэтому двигайтесь и еще раз двигайтесь! Ведь движение – это жизнь!

Плохая экологическая обстановка так же может неблагоприятно сказаться на остроте вашего зрения – излишняя задымленность и запыленность оказывают сильное раздражающее действие на ваши глаза.

При длительно существующей ЛОР-патологии (фронтитах, фарингитах, гайморитах, а также при хронических бронхитах) возможно вторичное поражение глаз за счет попадания туда болезнетворных микроорганизмов с током крови или лимфы.

Кроме всего этого, свою роль в развитии патологии органа зрения вносит *наследственная предрасположенность* к тем или иным заболеваниям.

КАТАРАКТА И ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗ

КАТАРАКТА

Катарактой чаще всего заболевают люди после 60 лет. Статистика данного заболевания в России – 5 % на 100 000 населения. Пациенты жалуются на мелькание темных мушек перед глазами, затуманивание зрения, на то, что очки перестают помогать. Начинающуюся катаракту обязательно нужно лечить закапыванием витаминных капель и ограничением зрительных нагрузок.

Катаракта является заболеванием хрусталика. Любое помутнение хрусталика называется катарактой. Хрусталик имеет форму двояковыпуклой линзы, преломляющая способность которой 18 дптр. В молодом возрасте хрусталик имеет мягкую консистенцию, которая с возрастом изменяется, выделяют кору и ядро хрусталика. Хрусталик расположен между радужкой и стекловидной оболочкой, в нем различают передний и задний полюса и экватор. Диаметр хрусталика около 1 см. В глазу хрусталик занимает особое положение – он имеет капсулу, которая отделяет его от остальных тканей организма. Хрусталик состоит из воды, в которой находятся белки, липоиды, минеральные соли (хлориды, сульфаты, фосфаты), калий, магний, кальций, глутатион и аскорбиновая кислота. Хрусталик относится к оптическим средам глаза и в норме прозрачен. Однако с возрастом происходит изменение его химического состава, в результате чего наблюдается помутнение хрусталика и изменение его формы.

Для того чтобы более подробно разобраться в причинах развития и особенностях клинического проявления катаракт их можно классифицировать на следующие подгруппы.

Классификация катаракт

По причине развития различают приобретенные и врожденные катаракты.

Приобретенные катаракты

1. Старческие катаракты, которые могут быть корковыми, ядерными или смешанными.

При корковой катаракте начальное помутнение возникает в коре хрусталика, а центральная часть его остается длительное время прозрачной, в результате чего зрение страдает не сильно и основной жалобой людей является мелькание мушек перед глазами. Формирование катаракты – довольно длительный процесс. В течение катаракты различают 4 основных периода: начинающаяся катаракта, незрелая катаракта, зрелая катаракта, перезрелая катаракта. Стадия начинающейся катаракты – довольно растянутый во времени процесс, может занимать от 2–3 лет до нескольких десятилетий, потом она переходит в стадию незрелой катаракты. В этой стадии помутнение хрусталика захватывает почти всю кору последнего, и больные жалуются на значительное ухудшение зрения. Кроме помутнения в этой стадии происходит увеличение хрусталика в размерах, в связи с чем может возникнуть глазная гипертензия. В стадии незрелой катаракты еще сохранено предметное зрение. По мере прогрессирования болезни происходит переход незрелой катаракты в зрелую, при которой теряется предметное зрение, а сохраняется лишь реакция на свет. Затем стадия зрелой катаракты переходит в стадию перезрелой катаракты, во время которой больной снова обретает возможность видеть, при этом улучшения зрения можно добиться мощной (12 дптр) собирательной линзой.

При ядерной катаракте очень рано появляется центральное зрение. Усиливается преломляющая способность хрусталика и у больных может развиваться временная близорукость. При ядерной катаракте никогда не наблюдается увеличения размеров хрусталика.

Лечение старческой катаракты

Больной должен состоять на диспансерном учете у окулиста и наблюдаться не менее 1 раза в 2 месяца. При быстро прогрессирующей катаракте – 1 раз в месяц. Для замедления прогрессирования процесса можно применять комбинированные препараты, улучшающие метаболические и ферментативные процессы в хрусталике, а так же витаминные препараты (Р, С, группы В). Основным методом лечения катаракты является хирургический метод – удаление мутного хрусталика. Показанием к операции является снижение остроты зрения обоих глаз до расстояния на вытянутую руку, и (в меньшей степени) зрелость катаракты.

Перед проведением операции по удалению хрусталика больной должен пройти полное обследование для исключения проведения операции под местным наркозом: некомпенсированные тяжелые формы сахарного диабета, высокие цифры артериального давления, любые простудные или вирусные заболевания, тяжелая сердечно-сосудистая патология, бронхиальная астма в стадии обострения, тяжелые заболевания почек и печени. Очень важно оценить все функции кровеносной системы.

После оценки состояния и исключения противопоказаний анестезиологом выбирается наиболее подходящий способ анестезии: местная анестезия или наркоз. Широкое распространение в последнее время получила операция под общим наркозом, в результате чего уменьшается воздействие нервно-эмоционального фактора, т. е. меньше страдает нервная система.

Суть операционного вмешательства при катаракте состоит в удалении мутного хрусталика. А в зависимости от состояния всех оболочек глаза производится замена собственного хрусталика на искусственный, либо очковая коррекция. При высокой остроте зрения другого глаза предпочтительна операция с заменой мутного собственного хрусталика на искусственный или контактная коррекция на оперированный глаз.

Виды очковой коррекции

В настоящее время существует несколько видов коррекции – линзы из стекла и линзы из пластика. Так как при отсутствии хрусталика в глазу или искусственной линзы в глазу коррекция проводится очками, то пластиковые линзы получили большее распространение – они более легкие, более тонкие, не вызывают дискомфорта при ношении очков, в отличие от своих стеклянных собратьев. Стеклянные линзы создают больше неудобств: из-за своей тяжести возникает перевес очков в сторону более тяжелой линзы, в результате чего снижается острота зрения. Кроме этого, больные вынуждены очень часто их поправлять, что создает массу неудобств для больного. Контактная коррекция нужна не только в косметических целях при высокой остроте зрения у другого глаза, но и для удобства больного. В зависимости от возраста и трудоспособности больного различают одноразовые линзы и линзы длительного ношения. В настоящее время созданы линзы нового поколения, которые влагопроницаемы и воздухопроницаемы, за счет чего не нарушается питание роговицы, и острота зрения остается длительное время на должном уровне.

2. Катаракты, возникающие под действием радиации.

Хрусталик очень чувствителен к лучистой энергии, или радиации. При этом катаракта начинает развиваться с заднего полюса и может быть вызвана воздействием на глаз как ионизирующей радиации, так и электрического тока, инфракрасных лучей. При поражении органа зрения электрическим током возникают помутнения под капсулой хрусталика, при поражении ионизирующей радиацией – также под капсулой хрусталика, но преимущественно у его заднего полюса. Доза ионизирующей радиации, которая обладает способностью вызвать ката-

ракту, равна 200 рад. Катаракта, вызванная ионизирующей радиацией, развивается так же под капсулой хрусталика, но у переднего его полюса.

3. Катаракты при общих заболеваниях.

Данная группа катаракт имеет особое значение – ведь они развиваются вторично, т. е. на фоне других заболеваний, обычно тяжелых и запущенных. Актуальность этой проблемы состоит в том, что заболеваемость катарактой можно снизить за счет своевременного выявления и правильного лечения этих заболеваний.

У людей с сахарным диабетом до 5 % случаев может развиваться диабетическая катаракта. Особенностью развития катаракты в данном случае является частое симметричное поражение хрусталика и достаточно быстрое прогрессирование данного процесса.

Диабетическая катаракта встречается почти в половине случаев у больных сахарным диабетом. Частота встречаемости истинной диабетической катаракты составляет 2 %, остальной процент приходится на возрастные изменения хрусталика. Особенностью диабетической катаракты часто является двустороннее поражение глаз, быстрое прогрессирование заболевания и частая встречаемость в молодом возрасте. В большом количестве случаев до развития диабетической катаракты развивается близорукость, которая является своеобразным предвестником будущего заболевания. Диабетическая катаракта часто сочетается с воспалительными процессами радужной оболочки, клинические проявления которых обычно слабо выражены. Основным методом лечения диабетической катаракты является хирургическое вмешательство.

Врожденные катаракты

Врожденные катаракты достаточно часто сочетаются с другими аномалиями развития глаза и в большинстве случаев носят двусторонний характер. Врожденные катаракты включают в себя:

- 1) переднюю полярную катаракту, сущность которой заключается в ограниченном помутнении белого цвета, которое расположено у переднего полюса хрусталика;
- 2) заднюю полярную катаракту, сущность которой заключается в ограниченном помутнении белого цвета, которое расположено у заднего полюса хрусталика;
- 3) зонулярную катаракту (самый частый вариант врожденной катаракты), которая представляет собой чередование прозрачных и мутных слоев хрусталика;
- 4) диффузную катаракту, при которой помутнение хрусталика носит тотальный характер; оперативное вмешательство в данном случае необходимо провести в первый год жизни.

Вторичная катаракта

Вторичная катаракта развивается в послеоперационный период после удаления катаракты. Ее развитие объясняется тем, что во время операции остается небольшое количество герминативной зоны субкапсулярного эпителия, который обладает способностью продуцировать хрусталиковые волокна, которые, несмотря на свою прозрачность, значительно ухудшают зрение за счет неправильного преломления световых лучей. Вторичная катаракта является показанием к повторному оперативному вмешательству, которое откладывать очень нежелательно.

Надеюсь, вы поняли всю сложность катаракты. Уверяю вас, что при правильно назначенном лечении вашим лечащим врачом, удастся остановить прогрессирование этого заболевания.

ГЛАУКОМА

Глаукома в настоящее время является одним из наиболее часто встречающихся офтальмологических заболеваний. За последнее время отмечается омоложение этого заболевания. У людей некоторых специальностей измерение внутриглазного давления необходимо проводить с 31 года, хотя раньше первое измерение проводилось при достижении 40-летнего возраста.

Глаукома – обширная группа заболеваний, характеризующаяся периодическим или постоянным повышением внутриглазного давления, в результате чего развиваются дефекты зрения и атрофия зрительного нерва. Различают врожденную, первичную и вторичную глаукому.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.