


Семейный доктор 

Леонид Рудницкий



БОЛЕЗНИ ГЛАЗ ИЗЛЕЧИМЫ

методами
нетрадиционной
медицины



Глаукома

Катаракта

 ПИТЕР

Леонид Рудницкий

**Болезни глаз излечимы методами
нетрадиционной медицины**

«Питер»

Рудницкий Л. В.

Болезни глаз излечимы методами нетрадиционной медицины /
Л. В. Рудницкий — «Питер»,

Рудницкий Леонид Витальевич – доктор медицинских наук, профессор, автор многих медицинских монографий – эту книгу создал для пожилых людей, которым не понаслышке известны такие серьезные заболевания, как катаракта и глаукома. Глаза – пожалуй, важнейшие из органов чувств. Свет и тень, зелень листьев и травы, голубизна морей и рек, пурпур заката, черты лица любимого человека и шедевры изобразительного искусства – всю красоту мира дарит нам зрение. Но время идет, человек понемногу стареет, зрение становится хуже, приходят болезни глаз. Наиболее грозные из них – это катаракта, которая наблюдается у 95–98 % пожилых людей, и глаукома, встречающаяся уже в среднем возрасте. В этой небольшой, но чрезвычайно информативной книге впервые собраны воедино как научные сведения об этих недугах, так и рецепты альтернативной и народной медицины, а также рекомендации и авторские методики по укреплению зрения и оздоровлению глаз. Автор искренне надеется, что каждый читатель сможет найти здесь для себя что-то действительно полезное, способное помочь и научить, как справляться с болезнью и сохранить зрение.

© Рудницкий Л. В.

© Питер

Содержание

К ЧИТАТЕЛЮ	5
Раздел I	6
Глава 1	7
Раздел II	9
Глава 2 ГЛАУКОМА	9
ГИДРОДИНАМИКА ГЛАЗА	9
НЕСКОЛЬКО СЛОВ О КЛАССИФИКАЦИИ ГЛАУКОМ	11
КАК МОЖНО НА РАННЕЙ СТАДИИ ЗАПОДОЗРИТЬ У	12
СЕБЯ ГЛАУКОМУ	
Конец ознакомительного фрагмента.	13

Леонид Рудницкий

Болезни глаз излечимы методами нетрадиционной медицины

К ЧИТАТЕЛЮ

Окружающий мир воспринимается человеком в комплексе самых ярких и разнообразных ощущений. Звуки приходят к нам в шорохе леса, песне птиц и великой музыке, в голосах других людей. Тактильные ощущения позволяют отличить гладкие и шероховатые поверхности, форму предметов; мы воспринимаем холод и тепло; резкие запахи и тонкие ароматы, – все это возможно благодаря органам чувств. Каждый орган при этом раздражается только определенным воздействием (глаз – светом, ухо – звуком и т. д.), но способен различить тончайшие оттенки раздражителя. Горькое от сладкого, теплое от холодного, красное от зеленого мы различаем при анализе полученных раздражителей головным мозгом, то есть в процессе участвуют не только сами органы чувств, но и центральная нервная система.

Поэтому всю систему органов, отвечающих за восприятие того или иного раздражителя внешней среды, принято называть *анализаторами*. Каждый из них состоит из рецепторов органов чувств (*периферический отдел анализатора*), нервных волокон, отвечающих за проведение импульса (*проводниковый отдел*), и участка коры больших полушарий головного мозга (*центральный отдел анализатора*). Любые наши ощущения являются результатом совместной работы всех этих отделов.

Не представляет исключения и *зрительный анализатор*. Глаза напрямую связаны с головным мозгом глазными нервами, недаром их называют «зеркалом души». Зрение – пожалуй, важнейшее из чувств, с его помощью мы получаем не только максимальное количество информации. Свет и тень, цвета, их оттенки, солнечный свет, зелень листьев и травы, голубизна морей и рек, пурпур заката, всю красоту Природы дарит нам зрение.

Но время идет, человек понемногу стареет... Как ни жаль, но постепенно увядают те новизна и яркость ощущений, которые свойственны юности.

Как и в любых других тканях нашего организма, значительные изменения происходят в тканях глаза в связи со старением. Часть таких изменений относятся непосредственно к физиологическим признакам старения, часть же – к проявлениям болезней, наиболее свойственных тому или иному возрасту.

Многие болезни глаз зависят от общего состояния организма, от нервной и эндокринной систем, образа жизни, внешних условий, но при этом все они без исключения прямо связаны с процессами старения.

Однако совершенно особое место среди заболеваний глаз занимают два – это катаракта, которая наблюдается у 95–98 % пожилых людей, и глаукома, которая очень часто встречается начиная уже со среднего возраста.

Цель этой книги – собрать воедино как научные сведения об этих недугах (которые представляется полезным знать больному), так и рецепты альтернативной и народной медицины для их лечения, вкуче с общими рекомендациями по укреплению зрения и оздоровлению глаз.

Автор искренне надеется, что каждый читатель сможет найти здесь для себя что-то действительно полезное, способное помочь и научить, как сохранить зрение либо справиться с болезнью.

Раздел I

КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ ПО АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ ГЛАЗА

Орган зрения состоит из *глазного яблока, защитного аппарата*, включая глазницу и придатки глаза, *нервных путей и центров*.

Мы в основном остановимся на анатомическом строении глазного яблока – по той причине, что именно его патологические изменения становятся основой для развития тех двух основных болезней, которым посвящена данная книга: катаракты и глаукомы.

Глава 1

АНАТОМИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Глазное яблоко имеет диаметр около 24 мм и форму почти правильного шара, но с несколько более выпуклой передней частью.

Наружная оболочка глазного яблока состоит из плотной части, *склеры*, и прозрачного, более выпуклого отдела, *роговой оболочки*. Плотная наружная оболочка придает глазу форму.

Склера занимает большую часть (пять шестых) всей наружной оболочки и состоит из плотной, волокнистой соединительной ткани. Кпереди она переходит в роговицу. Кзади склера переходит в твердую оболочку зрительного нерва.

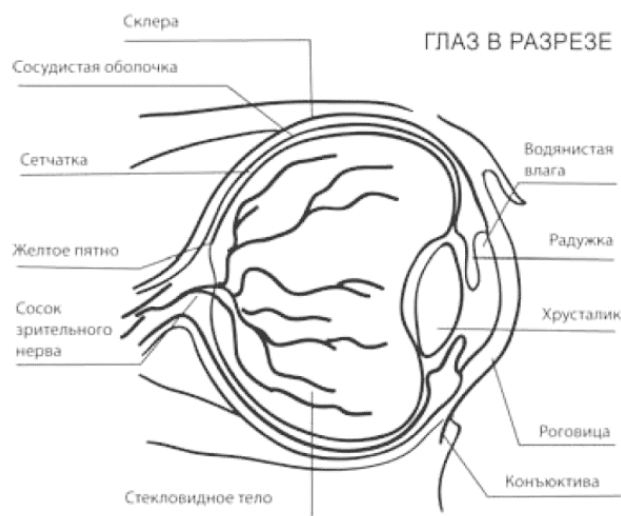


Рис. 1. Анатомическое строение глаза

Роговая оболочка – наиболее выпуклая передняя часть глаза. Через нее проникает свет. Прозрачность роговицы обусловлена отсутствием в ней сосудов. В роговице много чувствительных нервных веточек тройничного нерва, что придает ей высокую чувствительность.

Внутри глазного яблока, ближе всего к наружной его оболочке, находится *сосудистый тракт*, состоящий из радужной оболочки, цилиарного (или ресничного) тела и собственно сосудистой оболочки.

Сосудистая оболочка находится под роговицей, она пронизана многочисленными сосудами. Напротив роговицы сосудистая оболочка переходит в *радужную*.

Радужная оболочка хорошо видна через роговицу, она может быть разного цвета. Именно она определяет цвет глаз человека. Она, как перегородка, отделяет *переднюю камеру* (пространство между роговицей и радужкой) от *задней камеры* (пространство между радужкой и хрусталиком).

В центре радужки есть отверстие – *зрачок*, он способен сужаться и расширяться под действием мышц, регулируя поступление лучей света внутрь глаза. Через него сообщаются передняя и задняя камеры и циркулирует *водянистая влага*. Радужка также переходит в *ресничное (цилиарное) тело*, которое на продольном разрезе имеет форму треугольника с закругленными гранями и углами.

Основная функция сосудистого тракта – питание глаза. Кроме того, радужка и цилиарное тело являются местом образования *внутриглазной жидкости*, а ресничное тело принимает непосредственное участие в акте аккомодации.¹

Самая внутренняя оболочка глаза – сетчатка. Там находятся светочувствительные рецепторы – *палочки* и *колбочки*. Палочки – рецепторы сумеречного цвета, колбочки – рецепторы дневного зрения, они способны воспринимать цвета и сосредоточены в центре сетчатки, образуя *желтое пятно*. Оно является местом наиболее точного и ясного зрения, называемого центральным.

В месте выхода зрительного нерва из глаза нет ни палочек, ни колбочек и потому отсутствует зрительная функция. Это так называемое *слепое пятно*.

Взаимосвязь сосудистой оболочки, сетчатки и зрительного нерва нередко обуславливает их одновременное вовлечение в патологический процесс, независимо от места начала заболевания.

В сетчатке есть место, не содержащее рецепторов, оно называется слепым пятном, в этом месте от глазного яблока отходит зрительный нерв, соединяющий глазное яблоко с головным мозгом.

Оптическая система глаза (обеспечивающая зрение) состоит из *водянистой влаги*, *хрусталика*, *стекловидного тела*.

Водянистая влага заполняет переднюю и заднюю камеры глаза. Она образуется в радужке и ресничном теле, а оттуда поступает в общий ток крови.

Хрусталик лежит позади радужки за зрачком в углублении стекловидного тела, имеет вид прозрачной двояковыпуклой линзы. Хрусталик при помощи связок, которые вплетаются в его капсулу по экватору, прикрепляется к ресничному телу. В строении хрусталика выделяют *капсулу*, или *сумку*, *эпителий* и *хрусталиковое вещество*.

Капсула хрусталика сильно преломляет свет, она отличается весьма высокой устойчивостью к самым различным патологическим факторам. С возрастом капсула хрусталика утолщается.

Это образование играет определенную роль в аккомодации и, являясь полупроницаемым, способствует осуществлению обмена в лишенном сосудов и нервов хрусталике.

Четкость зрения зависит именно от взаимодействия хрусталика и ресничного тела. В нем расположены мышцы, при сокращении которых меняется кривизна хрусталика и лучи света преломляются так, чтобы изображение объекта зрения попало на желтое тело.

Эпителий хрусталика выполняет в основном барьерную и питательные функции. Хрусталик растет в течение всей жизни.

Вещество хрусталика содержит в среднем 62 % воды, 18 % растворимых и 17 % нерастворимых белковых веществ, небольшое количество жиров, 2 % минеральных солей и следы холестерина.

Источником для питания хрусталика является внутриглазная жидкость. Недостаток необходимых веществ или проникновение патологических агентов приводит к расщеплению белка, распаду волокон и, в конечном счете, помутнению хрусталика. Прозрачность обеспечивается совершенством физико-химической структуры белка.

Большая часть полости глазного яблока выполнена прозрачным, студнеобразным *стекловидным телом*. Оно состоит из 98,5 % воды и 1,5 % твердого остатка.

Лучи света, отражаясь от предметов, проходят через оптическую систему и собираются на сетчатке, где фокусируется изображение предмета.

¹ Аккомодация глаза (от лат. *accomodatio* – приспособление) – приспособление его к четкому видению предметов, находящихся на разных расстояниях, посредством фокусировки изображения на сетчатке, путем изменения кривизны хрусталика.

Раздел II

ДВЕ «ГЛАВНЫЕ» БОЛЕЗНИ ГЛАЗ В СРЕДНЕМ ВОЗРАСТЕ – ГЛАУКОМА И КАТАРАКТА

Глава 2 ГЛАУКОМА

Одной из наиболее частых причин возникновения слепоты во всем мире является заболевание, которое называется глаукомой.

Глаукома чаще развивается после 40–45 лет и отмечается в среднем у 1–1,5 % от общего числа больных с различными заболеваниями глаз. По данным профессора В. В. Волкова (2002), в развитых странах каждый шестой слепой человек потерял зрение от глаукомы. В нашей стране около полутора миллионов человек на сегодняшний день находятся под угрозой слепоты в связи с тяжелыми формами глаукомы.

Термин «глаукома» происходит от греческого слова «глаукос», что означает «зеленый»; название это объясняется тем, что при остром приступе заболевания зрачок кажется желтовато-зеленым. Народное название глаукомы – «зеленая вода».

С конца XIX в. стало общепринятым положением, что «глаукома есть больной глаз в больном организме». Тогда же стали связывать это заболевание с эндокринными нарушениями, склеротическими изменениями в сосудах и физико-химическими изменениями крови. Явная связь возникновения глаукомы с различными психическими факторами (стрессами, сильными потрясениями) служит обоснованием для того, что глаукома считается недугом, развитие которого находится в неразрывной связи с состоянием нервной системы.

Под определением «глаукома» мы понимаем заболевание глаз, среди признаков которого главнейшими являются повышение внутриглазного давления, приводящее к ухудшению зрения вплоть до полной слепоты (при неблагоприятном течении и неправильном лечении – либо при отсутствии лечения).

Рассмотрим подробнее вопрос о том, что такое внутриглазное давление. Для того чтобы уяснить себе это понятие, необходимо иметь представление о системе выработки, притока, оттока и дренажа тех жидких сред, которые динамично циркулируют в органе зрения. Вкупе этот процесс носит название «гидродинамика глаза».

ГИДРОДИНАМИКА ГЛАЗА

Внутриглазное давление значительно превышает давление тканевой жидкости и колеблется от 9 до 22 мм ртутного столба.

Внутриглазное давление у взрослых и детей в норме практически одинаково. Суточное колебание его составляет (также в норме) от 2 до 5 мм ртутного столба; оно обычно выше по утрам.

Разница внутриглазного давления обоих глаз в норме не превышает 4–5 мм ртутного столба. При суточных колебаниях более 5 мм ртутного столба и такой же разнице между глазами (например, утром – 24, а вечером – 18) необходимо заподозрить глаукому и обследовать пациента даже при глазном давлении в пределах нормы.

Постоянный уровень внутриглазного давления играет важную роль в обеспечении обменных процессов и нормальной функции глаза.

Внутриглазное давление расправляет все оболочки глаза, создает определенное натяжение, придает главному яблоку сферическую форму и поддерживает ее, обеспечивает правиль-

ное функционирование оптической системы глаза, выполняет трофическую функцию (способствует питательным процессам).

Постоянство уровня давления поддерживается при помощи как активных, так и пассивных механизмов. Активная регуляция обеспечивается за счет образования водянистой влаги – процесс ее выделения контролируется гипоталамусом, то есть на уровне центральной нервной системы. В обычных условиях существует *гидродинамическое равновесие*, то есть поступление водянистой влаги в глаз и отток ее сбалансированы.

Итак, гидродинамическое равновесие в равной степени зависит от *циркуляции* водянистой влаги и от *давления и скорости тока крови* в сосудах ресничного тела.

Количество внутриглазной жидкости в раннем детском возрасте не больше $0,2 \text{ см}^3$, однако по мере взросления оно растет и у взрослого человека составляет $0,45 \text{ см}^3$. Резервуарами водянистой влаги являются передняя и (в меньшей степени) задняя камеры глаза.

Задняя камера, расположенная позади хрусталика, в нормальном положении сообщается с передней. При патологических процессах (например, при растущей в заднем отделе глаза опухоли, при глаукоме) может развиваться прижатие хрусталика к задней поверхности радужной оболочки, так называемая блокада зрачка. Это ведет к полному разобщению обеих камер и повышению внутриглазного давления.

Снижение секреции внутриглазной жидкости приводит к *гипотонии глаза* (внутриглазное давление – менее 7–8 мм рт. ст.).

Гипотония чаще всего наблюдается при травмах глаза, коматозных состояниях (диабетическая, почечная кома) и некоторых воспалительных болезнях глаз. Гипотония может вести к атрофическим процессам глазного яблока, вплоть до полной атрофии с потерей зрения.

Внутриглазная жидкость вырабатывается цилиарным телом и сразу попадает в заднюю камеру глаза, находящуюся между хрусталиком и радужкой, а через зрачок она выходит в переднюю камеру.

У места смыкания роговицы и радужки находится угол передней камеры. Камерный угол граничит непосредственно с дренажным аппаратом, т. е. шлеммовым каналом. В передней камере жидкость делает круговорот под влиянием температурных перепадов и уходит в угол передней камеры, а оттуда через пути оттока – в венозные сосуды.

Состояние камерного угла имеет большое значение в обмене внутриглазной жидкости и может играть важную роль в изменении внутриглазного давления при глаукоме, особенно вторичной.

Сопrotивление движению жидкости по дренажной системе глаза примерно в 100 000 раз превышает сопротивление движению крови по всей сосудистой системе человека. Столь большое сопротивление оттоку жидкости из глаза при небольшой скорости ее образования обеспечивает необходимый уровень внутриглазного давления.

В 95 % случаев развитие глаукомы обусловлено затруднением оттока жидкости из глаза.

Анатомия оттока внутриглазной жидкости весьма сложна и требует отдельного пояснения; однако именно нарушения в анатомических структурах угла передней камеры служат основой для возникновения и дальнейшего развития глаукомы.

Суммируя вышесказанное, можно сказать, что в основе патологического процесса, приводящего к возникновению глаукомы, лежит нарушение циркуляции внутриглазной жидкости, что ведет к повышению внутриглазного давления. В результате происходит гибель нервных волокон, как следствие – снижение зрения, а на конечной стадии утрата зрительной функции.

НЕСКОЛЬКО СЛОВ О КЛАССИФИКАЦИИ ГЛАУКОМ

Почему так важно знать, какой именно формой заболевания вы страдаете?

Современная медицинская классификация глаукомы весьма сложна. Поэтому читателю предлагается упрощенная схема. Итак, существуют врожденная, первичная и вторичная формы заболевания. В данной книге мы делаем основной акцент на болезнях среднего и преклонного возраста, поэтому врожденная и вторичная (как осложнение после травм) формы подробно рассматриваться не будут. А вот первичная форма глаукомы, которой и страдает подавляющее большинство людей, подразделяется на три основных вида.

1. Открытоугольная. Повышение внутриглазного давления связано с ухудшением оттока водянистой влаги по дренажной системе глаза.

2. Закрытоугольная. Данная форма характеризуется блокадой угла передней камеры (см. выше), когда перекрыт доступ для водянистой влаги к фильтрующей зоне.

3. Смешанная форма. Как видно из названия, присутствуют оба указанных выше механизма развития.

Основную проблему представляет собой закрыто-угольная форма заболевания. С чем это связано?

Жизнь больного с закрытоугольной формой глаукомы неизбежно сопряжена со множеством ограничений: нельзя работать в темноте, в горячих цехах, с постоянным наклоном головы; противопоказаны также медикаментозные средства, расширяющие зрачок (атропин, «беллоид» и т. д.); необходимо строгое ограничение потребляемой в сутки жидкости до полутора литров.

У таких больных любое нарушение режима может служить причиной повышения внутриглазного давления. *Особенно опасно применение любых сосудорасширяющих средств.* Увеличение наполнения сосудистого тракта даже на одну каплю крови повышает внутриглазное давление до 38 мм рт. ст.

Нередко врачи скорой помощи купируют приступ бронхиальной астмы или гипертонический криз именно введением таких средств – как наиболее частый пример можно указать *эуфиллин*. Это может не только спровоцировать такое опасное состояние, как острый приступ глаукомы, но даже в отдельных случаях привести к необратимой слепоте.

Имеются различия в клиническом течении различных форм глаукомы – которые, как ясно видно из вышесказанного, необходимо знать.

Для *закрытоугольной формы* наиболее характерными являются следующие симптомы:

- периодически возникающие боли в глазу и в области надбровья;
- затуманивание зрения;
- возникновение радужных кругов при взгляде на источник света;
- очень характерно также циклическое течение болезни – когда периоды обострений чередуются с промежутками мнимого благополучия;
- наконец, при специальном офтальмологическом обследовании выявляется узкий либо закрытый угол передней камеры – а в периоды острого повышения внутриглазного давления налицо отек роговицы и общее покраснение больного глаза.

У больных *открытоугольной* формой глаукомы симптоматика и даже неприятные субъективные ощущения нередко могут отсутствовать как таковые. Это связано с тем, что внутриглазное давление повышается у них очень медленно, постепенно и достигает максимума лишь тогда, когда болезнь переходит в последнюю, так называемую терминальную стадию.

И это со всей очевидностью ставит перед нами очередной важный вопрос, а именно: диагностика глаукомы на возможно более ранних стадиях процесса как одно из главных условий успешного лечения и возможности сохранить зрение.

КАК МОЖНО НА РАННЕЙ СТАДИИ ЗАПОДОЗРИТЬ У СЕБЯ ГЛАУКОМУ

При благоприятном течении глаукомы вас могут вообще не беспокоить какие-либо болезненные ощущения; может казаться, что вы полностью здоровы – но это не так. В том и заключается коварство глаукомы: она вполне может никак явно не проявлять себя вплоть до того момента, пока не перейдет уже в серьезную, с трудом излечимую стадию или форму.

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.