

## ПОВЫШЕННОЕ ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ. ГЛАУКОМА.

*Шодмонова Жонона Жалолитдиновна,  
Андижан во имя Абу Али ибн Сины  
техникум общественного здравоохранения,  
преподаватель кафедры узкого специализации*

### Аннотация

Здоровый глаз имеет постоянное внутриглазное давление (18-22 мм. рт. ст.), благодаря балансу притока и оттока жидкости. При глаукоме циркуляция жидкости в глазу нарушается, она накапливается, и внутриглазное давление начинает расти. При этом зрительный нерв и другие структуры глаза испытывают повышенную нагрузку, страдает кровоснабжение глаза.

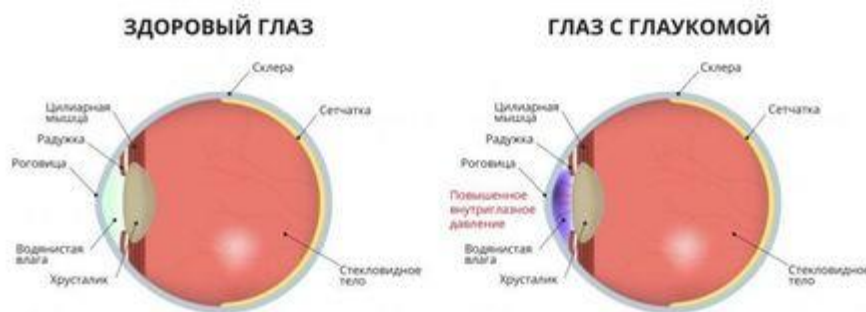
**Ключевы слова:** Офтальмотонус, глаукома, открытоугольная глаукома, закрытоугольная глаукома .

Офтальмотонус — это не постоянная величина. Его показатели зависят от времени суток, возраста, общего самочувствия человека. Также глазное давление имеет тенденцию с возрастом повышаться. Поэтому после 40 лет нужно ежегодно посещать офтальмолога. Но возрастные изменения не единственная причина, из-за чего давление в глазном яблоке может измениться. К его повышению могут привести:

- стойкая артериальная или внутричерепная гипертензия;
- воспалительные заболевания глаз;
- сердечно-сосудистые патологии, которые приводят к задержке жидкости в организме;
- прием некоторых лекарств;
- постоянное напряжение и/или переутомление глаз;
- проблемы с сосудами;
- черепно-мозговые травмы;
- врожденные анатомические особенности строения глаза;
- климакс;
- наследственные патологии органов зрения.

Повышение внутриглазного давления наблюдается у людей, которые профессионально играют на некоторых видах духовых инструментов. Частое употребление крепкого чая или кофе нередко могут стать причиной высокого глазного давления, так как кофеин влияет на состояние сосудов. В группе риска также находятся тяжелоатлеты и люди, страдающие от хронического стресса.

Изменение офтальмотонуса в ту или иную сторону — опасный симптом, который может стать причиной потери зрения.



При увеличении давления происходит передавливание капилляров, что приводит к травмированию некоторых участков глазного яблока. Сдавливание оптических нервов становится причиной ухудшения обменных процессов, в результате орган зрения недополучает необходимых питательных веществ. Это приводит к стойкой, а иногда и необратимой потере зрения из-за атрофии глаза. Нередко высокое ВГД становится причиной возникновения глаукомы.

Не менее опасно и снижение офтальмотонуса. Если при высоком давлении наблюдается сдавливание сосудов, то при низком — нарушается работа стекловидного тела. Это приводит к уменьшению и деформации глазного яблока, потере зрения. При обнаружении признаков атрофии восстановить зрение сложно.

Иногда изменение глазного давления — симптом других патологических изменений в организме. Например, повышенное ВГД говорит о проблемах с сердечно-сосудистой системой, а низкое — указывает на сбой в работе печени.

Контроль за глазным давлением позволяет обнаружить отклонения от нормы вовремя. Своевременное и грамотное лечение помогает предупредить наступление негативных последствий.

Термин «глаукома» используется для обозначения группы заболеваний, для которых характерны поражение (нейропатия) зрительного нерва и изменение (выпадение) полей зрения, обычно сочетающиеся с повышенным внутриглазным давлением. Поражение зрительного нерва приводит к необратимой потере зрения, поэтому очень важны ранняя диагностика и своевременное лечение глаукомы.

Глаукома — одна из ведущих причин слепоты. Поздняя диагностика является основной причиной слепоты при глаукоме.

На сегодняшний день очевидна роль наследственности в развитии многих видов глаукомы, и любой человек с глаукомой у ближайших родственников (родителей, братьев и сестер) должен быть отнесен к группе риска, особенно после 40 лет. Кроме того, риск глаукомы повышается при сахарном диабете,

близорукости высокой степени, артериальной гипертонии, сердечно-сосудистых заболеваниях.

Ранняя и умеренная первичная открытоугольная глаукома часто протекает бессимптомно. Только при выраженном поражении зрительного нерва больные иногда отмечают нечеткость или затуманивание зрения. В редких случаях они замечают потерю периферического зрения; чтобы обнаружить дефект поля зрения, обычно необходимо закрыть лучше видящий глаз. Больные с перемежающейся закрытоугольной глаукомой могут жаловаться на боль в глазу или радужные круги вокруг источников света. Кроме того, приступ закрытоугольной глаукомы может сопровождаться тошнотой и рвотой.

Поскольку некоторые симптомы могут быть слабо выраженными, отсутствовать или маскироваться общими симптомами, важен тщательный офтальмологический осмотр.

### Диагностика

1. Измерение внутриглазного давления. Внутриглазное давление измеряется путем определения силы, необходимой для вдавления роговицы. Чаще всего его измеряют бесконтактным воздушно-струйным тонометром. К достоинствам данного метода относятся отсутствие необходимости в анестезии и малая вероятность переноса инфекции, поскольку роговицы касается лишь струя воздуха.

2. Исследование полей зрения. Чтобы выявить сужение полей зрения, необходимо специальное оборудование. Офтальмологи часто применяют автоматизированные периметры, при использовании которых больному предъявляют источники света с регулируемой яркостью в стандартно заданных позициях полей зрения.

3. Изменения диска зрительного нерва. Диск зрительного нерва можно разглядеть с помощью прямого офтальмоскопа, даже без расширения зрачка.

#### Формы глаукомы:

- Первичная (хроническая) открытоугольная глаукома — наиболее распространенная форма глаукомы. Вначале заболевание течет бессимптомно, лишь в далеко зашедшей стадии можно выявить выпадение полей зрения. Лечение начинают с лекарственных средств для местного применения (глазных капель), затем, в зависимости от общего состояния больного и побочного действия препаратов, могут понадобиться назначение лекарственных средств внутрь, лазерная хирургия или фистулизирующая операция.

- Закрытоугольная глаукома обычно развивается при дальнозоркости. Без лечения острый приступ глаукомы может привести к слепоте вследствие серьезного повреждения зрительного нерва. Первоочередная задача лечения —

как можно быстрее снизить внутриглазное давление, в этой ситуации требуется немедленное обращение к офтальмологу.

При всем многообразии глаукомы известно лишь несколько способов снижения внутриглазного давления. Их применяют последовательно по мере усугубления заболевания.

Начинают с использования глазных капель, снижающих внутриглазное давление. Эти препараты подавляют выработку или увеличивают отток водянистой влаги. Иногда используют комбинацию нескольких препаратов. Часто назначаемые бета-адреноблокаторы могут оказывать побочное действие на сердечно-сосудистую систему и бронхи.

Когда лекарственные препараты перестают снижать внутриглазное давление, прибегают к трабекулопластике с помощью аргонowego лазера. Вмешательство проводят амбулаторно. В первый раз оно дает эффект почти у 80% больных. К сожалению, через 5 лет примерно у половины успешно леченных больных внутриглазное давление опять повышается.

Операции, создающие пути оттока водянистой влаги из передней камеры глаза под конъюнктиву, эффективно снижают внутриглазное давление. Операция бывает успешной в 85—90% случаев, но иногда вызывает тяжелые осложнения, в том числе формирование катаракты. Хирургическое лечение позволяет снизить дозу лекарственных средств или отменить их. Кроме того, эффективность такого лечения не зависит от того, насколько добросовестно больной выполняет предписания врача. Хирургическое лечение чаще всего проводится при безуспешности медикаментозного и лазерного лечения.

#### Литература:

1. Алексеев Б.Н., Кабанов И.Б. Силиконовый дренаж в лечении глаукомы с неоваскуляризацией радужки и иридокорнеального угла // Вестник офтальмологии. 1986.
2. Анисимова С.Ю., Анисимов С.И., Рогачева И.В. Хирургическое лечение рефрактерной глаукомы с использованием нового, стойкого к биодеструкции коллагенового дренажа // Глаукома. 2006.
3. Астахов Ю.С., Егоров Е.А., Астахов С.Ю. Хирургическое лечение «рефрактерной» глаукомы // Клиническая офтальмология. 2006.
4. Венгер Г.Е., Пашковская В.А. Современные возможности оперативного лечения первичной глаукомы // Глаукома на рубеже тысячелетий: итоги и перспективы: Матер. Всерос. Науч - но-практ. конф. М., 1999.
5. Волков В.В., Ушаков Н.А., Юмагулова А.Ф. Способы оперативного лечения вторичной глаукомы при тяжелых ожогах глаз и их последствиях // Военно-мед. журн. 1981.
6. Веб сайт <https://ru.wikipedia.org/>