

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А.Дмитриева

Реферат

На темы: «Закрывтоугольная глаукома»

Выполнил: клинический ординатор
кафедры офтальмологии с курсом ПО
Лукьянова И. В.

Красноярск

2019 г

Закрытоугольная глаукома характеризуется как повышение давления внутри глаза из-за того, что угол его передней камеры закрылся. При этом происходит нарушение оттока внутриглазной жидкости. Болезнь может быть острой или хронической. Она не имеет возрастной привязки, но в большинстве случаев развивается у людей старше 40 лет. Для болезни характерно быстрое течение с ярко выраженной симптоматикой. Важно вовремя начать лечение, иначе больной потеряет зрение. Примечательно, что около 20% незрячих ослепли именно из-за закрытоугольной глаукомы.

Этапы формирования патологии

Развиваясь закрытоугольная глаукома при отсутствии должного лечения проходит через такие стадии:

1-ая. Латентная. Результат особенностей строения зрительных органов. Не всегда перерастает в глаукому, но иногда может развиваться до образования приступов острого характера.

2-ая. Подострая. Угол передней камеры закрывается. Блок исчезает без какого-либо лечения и беспокойств для больного.

3-ая. Острая застойная или острый приступ. Характеризуется ярко выраженной симптоматикой. Без лечения не проходит. В целях выздоровления пациента используется консервативная терапия. Некоторые обстоятельства становятся показанием к операции.

4-ая. Постзастойная. Выражается как последствие приступов с острым характером. В некоторых случаях дефекту подвергается зрительный нерв. Итог – потеря зрения.

Только полностью проанализировав клиническую картину врач назначает подходящее к конкретному случаю лечение.

Приводящие к нарушению факторы

Закрытоугольная глаукома появляется из-за того, что угол между радужкой и роговицей уменьшается в размерах. Его показатели при этом становятся менее 15° . В образуемом пространстве скапливается объем жидкости, не соответствующий его размерам. В результате отмечается повышение давления внутри глаза. Процесс происходит по таким причинам:

Блокирование оттока жидкости из-за плотного прилегания хрусталика к радужке.

Близкое расположение радужки по отношению к системам, через которые происходит отток жидкости. Она блокирует их в момент постепенного раскрытия зрачка.

Узкий угол камеры глаза, расположенной спереди.

Образование опухоли на задней части радужки.

Риски образования патологии увеличиваются при наличии таких факторов:

Наследственность.

Дальнозоркость.

Травмы зрительных органов.

Расовые особенности.

Постоянное повышение внутриглазного или артериального давления.

Истончение роговицы.

Использование медикаментов кортикостероидной группы.

Сахарный диабет.

Лишний вес.

Нарушение работы сердечно-сосудистой системы.

Ознакомившись со списком, можно заметить, что влияние на образование закрытоугольной глаукомы оказывают болезни зрительных органов, общие отклонения в организме и особенности в анатомии глаз.

Диагностика

Комплексное обследование поможет выявить патологию на начальных этапах. Иногда обследование пациента занимает несколько часов. Но если учитывать тот факт, что глаукома способна вызвать потерю зрения, то становится понятным, что такие меры оправданы.

Измерение ВГД

Внутриглазное давление можно измерять несколькими способами. Для начала рассмотрим методику самостоятельного прощупывания глаза. Сразу же стоит отметить, что пальпация дает лишь приблизительные результаты. Пациент закрывает глаза и через сомкнутые веки осуществляется небольшое надавливание. При нормальных показателях ВГД глазное яблоко на ощупь представляет собой упругий шарик, который немного продавливается. При глаукоме глаз на ощупь твердый, как камень.

Точное измерение внутриглазного давления проводится в специализированных учреждениях по методу Маклакова. Перед исследованием пациенту капают анестезирующие глазные капли. Затем его усаживают на кушетку, фиксируют голову и говорят смотреть в одну точку. На глаз устанавливается окрашенный грузик. Это приносит небольшой дискомфорт, но не вызывает болезненных ощущений. Надавливая на глаз, грузик вызывает его деформацию. В зависимости от степени деформации и определяется величина ВГД.

Первая помощь

Состояние требует оказания экстренной медицинской помощи и госпитализации в офтальмологическое отделение. Острый процесс чреват возникновением неврологических и сердечно-сосудистых осложнений. Снятие симптомов – это не все лечение. Полностью избавиться от недуга поможет оперативное вмешательство.

До приезда бригады скорой помощи близким следует максимально побеспокоиться о снятии глазного давления. Первая помощь заключается в следующем:

использование Пилокарпина каждые пятнадцать минут;

наложение компресса на икроножные мышцы;

ножная ванна для оттока крови;

применение мочегонного и слабительного средства.

В постоперационный период больные должны придерживаться следующих рекомендаций:

носить специальные очки;

ограничить просмотр телевизора;

своевременно лечить офтальмологические заболевания;

избегать переохлаждения и перегрева;

соблюдать режим труда и отдыха;

исключить эмоциональные переживания.

Лечебная тактика во многом зависит от степени тяжести глаукомы:

1 стадия. Применяются лекарственные препараты в виде капель: Пилокарпин, Тимолол, Дорзопт.

2 стадия. Используются комбинированные препараты с двумя активными компонентами, например, Пилокарпин или Тимолол. На этом этапе показана лазерная операция.

3 стадия. Главной задачей лечения на этом этапе является сохранение зрительной функции.

4 стадия. Это запущенная форма, при которой о сохранении зрения речь даже не идет. Специалисты стараются сохранить глазное яблоко, устранить болезненные ощущения, а также не допустить развития патологии на втором глазу.

Список литературы:

1. Клиническая анатомия органа зрения человека - Сомов Е.Е. - Практическое пособие
2. "Глазные_болезни" для студентов медицинских училищ, колледжей (Егоров_Е.А, 2010 г.)