

**ზოგად პრაქტიკაში გავრცელებული
ოფთალმოლოგიური პრობლემების
მართვა**

ოფთალმოლოგია

ანამნეზი და გასინჯვა
მხედველობითი სინამდვილე
მხედველობის სისტემის გამოკვლევა
ოფთალმოლოგია
წითელი თვალი
კონიუნტიტი

ვირუსული კონიუნტიტი
ქლამიდიებით გამოწვეული კონიუნტიტი
კონიუნტიტი ბავშვებში
ალერგიული კონიუნტიტი

ეპისკლერიტი და სკლერიტი
რძოვანას ალცერაცია
ირიტი, ირიდოციკლიტი და წინა უვითი
მწვავე დასურულ კუთხიანი გლავომა
ქუთუთოს და სხვ. მხედველობის დაზარალებები

ქალაჩონი
ჯიბლით
მარგინალური კისტა
ქსანთელაზმა
ბაზალურუჯრედოვანი კარცინომა
ქუთუთოს ანთებითი დაავადებები
ენტროპიონი
ტრიქიაზი
ექტროპიონი
ფთოზი

საცრემლე სისტემის პათოლოგია

ცრემლდენა თვალისა
მწრალი თვალი

თვალის ტრავმები

რქოვანას აბრაზია
უცხო სხეული
რადიაციული დაზიანება
ქიმიური დაზიანება
თვალის ყრუ დაზიანება
დაზიანება პენეტრაციით

მხედველობის მწვავე დაზარალება

მინისებრი სხეულის უკანა აშრეგება
სისხლჩაქცევა მინისებურ სხეულში
ბადურის აშრეგება
არტერიების ოკლუზია
ვენური ოკლუზია
ყვითელი ხალის დისკოიდური დეგენერაცია
რეტრობულბარული ნეიროტი
შაკიკი

მხედველობის თანდათანობითი დაკარგვა

პირველადი ღია კუთხიანი გლავომა
ბადურის თანდაყოლილი დეგენერაცია
მედიკამენტები
მხედველობის თანდათანობითი ვაუარესების მართვა

კატარაქტა
რეფრაქტიული ცდომა
მიოპია ანუ ახლომხედველობა
ჰიპერმეტროპია ანუ შორსმხედველობა
გლავომა
სიემე
თვალის დაზიანება სხვადასხვა წინაბანი დაავადებების დროს
ნერვული სისტემა და თვალი

ოფთალმოლოგია

ოფთალმოლოგიაში, ისევე, როგორც მედიცინის სხვა დარგებში, სწორი დიაგნოზის დასმისა და მკურნალობისათვის, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ანამნეზის ზუსტად და სრულყოფილად შეკრებას.

ოფთალმოლოგიური ანამნეზის შეკრებისას, დიდი ყურადღება ეთმობა მხედველობით სიმპტომებს.

მხედველობითი სიმპტომები:

- მონოკულარული თუ ბინოკულარული
- მოშლილობის ტიპი
- დაავადებების დაწყების სისწრაფე
- მხედველობის ველის შეზღუდვა და ტიპი
- თანმხლები სიმპტომები, მაგ. სინათლის ციმციმი, მხედველობის შემღვრევა
- სიმპტომებით გამოწვეულია ჩვეული ცხოვრების სტილის შეცვლის აუცილებლობა
- ზოგჯერ, დაავადების მიზეზზე მიუთითებს მხედველობითი სიმპტომების ჩამოყალიბების სისწრაფე. მაგ. მხედველობის სწრაფი გაუარესება დაავადების ვასკულარულ წარმოშობის, ხოლო მხედველობის თანდათანობითი გაუარესება კატარაქტის მახვენებელია.
- მხედველობის ველის შეზღუდვა, დაავადების ცენტრალურ წარმოშობაზე ან მაკულარულ დაზიანებაზე მიუთითებს.
- სინათლის ციმციმი ბადურის მოსალოდნელი აშრეგების მახვენებელია.
- განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შევაფასოთ, თუ რამდენად ძლიერ ზემოქმედებას ახდენს მხედველობის დაქვეითება პაციენტის ცხოვრების წესზე. მაგ. რამდენად უძნელდება კითხვა, მუშაობა, ტელევიზორის ყურება, საოჯახო საქმიანობა და სხვა.

კითხვები, თითოეული სიმპტომის ირგვლივ

განსაზღვრულ გარემოებებში მნიშვნელობა ენიჭება, ზოგიერთ, სპეციფიურ კითხვას. ეგრეთ წოდებული, წითელი თვალის არსებობისას, მნიშვნელოვანია, შეკითხვა თვალთან გამონადენის ხასიათის შესახებ. ზოგჯერ, წითელი თვალი, შეიძლება, გამოწვეული იყოს კონტაქტური ლინზების მონქარებით. მწვავედ განვითარებული მიოპია საკმაოდ ზრდის ბადურის აშრეგების რისკს. მნიშვნელოვანია, იმის გარკვევა, თუ რა მედიკამენტებს ღებულობს პაციენტი და აქვს თუ არა, ჩატარებული თვალზე რაიმე ოპერაცია.

მრავალი მედიკამენტის გვერდითი მოქმედება, ოფთალმოლოგიური სიმპტომების განვითარების მიზეზი შეიძლება გახდეს, მაგ. ქლოროქინმა დააზიანოს ბადურა და ა.შ.

სამედიცინო ანამნეზი:

ზოგიერთი სისტემური დაავადება, მეორადად იწვევს თვალის დაზიანებას. ამ დროს, ანამნეზური მონაცემები დაგვენმარებათ სწორად წარმართოთ დიაგნოსტიკური ძიება. მაგ. დიაბეტის დროს, ხშირად, ვითარდება სისხლჩაქცევა მინისებურ სხეულში.

ოჯახური ანამნეზი:

ოჯახური ანამნეზის მნიშვნელობის საუკეთესო მაგალითს წარმოადგენს ქრონიკული, ღია გლავუკომა. ეს დაავადება ასიმპტომურად მიმდინარეობს, მანამ, სანამ მხედველობის მწვავე დაზიანება არ გამოვლინდება. პირველი რივის ნათესავებში დაავადების რისკის შეფარდება არის 1/10-თან. დაავადება, შეიძლება, შევარჩეროთ ადრეულ სტადიაზე. ოჯახურ ანამნეზს, ასევე დიდი როლი ენიჭება სიელმის ჩამოყალიბებაში.

მხედველობის სისტემის გამოკვლევა

მხედველობის სიმანვილე

ოკულარული პათოლოგიის დროს, მხედველობის სიმანვილის განსაზღვრა უმნიშვნელოვანესი მომენტია, ვინაიდან იგი გამოხატავს თვალის ფუნქციას და წარმოადგენს გვიქმნის პაციენტის შრომის უნარიანობის ხარისხის შესახებ. ეს გამოკვლევა, გარკვეულ შემთხვევებში, დიდ როლს ასრულებს სამედიცინო-საკანონმდებლო თვალსაზრისითაც, მაგ. სამუშაოზე თვალის დაზიანებისას (საწარმოო ტრავმა) ან თავდასხმის შემდეგ.

მხედველობის სიმანვილე განისაზღვრება, სპეციალური სნელენის ცხრილის მიხედვით, ექვსი მეტრის მანძილზე. თუ საკონსულტაციო ოთახის სივრცე მცირეა, მაშინ იყენებენ სარკეს და გამოსაკვლევე მანძილს ამცირებენ სამ მეტრამდე. ასეთ დროს, გამოიყენება შებრუნებული სნელენის ცხრილი. ცხრილში ასოების ქვეშ მითითებული რიცხვი გვიჩვენებს იმ მანძილს, რომლიდანაც პაციენტმა თავისუფლად უნდა წაიკითხოს შესაბამისი რიგი (მაგ. 6/6-ით აღნიშნული რიგი პაციენტმა უნდა წაიკითხოს 6 მეტრის მანძილიდან). თუ, პირველი რივის ასოების წაკითხვა გამოსაკვლევი მანძილიდან ვერ ხერხდება, მაშინ მანძილი პაციენტსა და სნელენის ცხრილს შორის უნდა შემცირდეს. თუ, პაციენტი ვერ კითხულობს სნელენის ტაბულას ერთი მეტრის მანძილიდან, მაშინ მას უნდა ვთხოვოთ დაითვალოს თითების რაოდენობა, რომელსაც ექიმში უჩვენებს. თუ, მას არ შეუძლია თითების დათვლა, მაშინ უნდა გკითხოთ აღიქვამს თუ არა ხელის მოძრაობას და ყველაზე ბოლოს, გკითხოთ აღიქვამს თუ არა სინათლეს. როდესაც პაციენტს შეუძლია თითების დათვლა, მას მეტ-ნაკლებად შეუძლია სახლში ორიენტირება, ხოლო როდესაც იგი მხოლოდ სინათლეს აღიქვამს, მთლიანად დამოკიდებულია სხვაზე.

მხედველობა, შეიძლება გამოვიკვლიოთ სათვალის ან კონტაქტური ლინზის გამოყენებითაც. ოპტიკალური მხედველობის სიმანვილის მისაღებად პაციენტს უნდა ვთხოვოთ გაიხედოს სპეციალურ ბინ-ჰოლში (ფირფიტა შუაში ხვრელით). ეს ამცირებს რეფრაქტურულ ცდომას. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როდესაც პაციენტს რაიმე მიზეზის გამო არ შეუძლია კონტაქტური ლინზის გამოყენება (მაგ. წითელი თვალის დროს).

კითხვის მხედველობითი უნარი, შეიძლება, შემოწმდეს სტანდარტული წიგნების ან სხვადასხვა ზომის ნაბეჭდი გაზეთის გამოყენებით. ამ დროს, ვიკვლევთ მხედველობას ახლო და შორ მანძილზე. კარგი მაგალითია პრესბიოპია, რომელიც აკომოდაციის უნარის დაქვეითების გამო 40 წლის შემოთ ასაკის პირებში ვითარდება.

შორ მანძილზე მხედველობა შეიძლება სათვალის გარეშე ნ/ნ იყოს, მაგრამ ამ დროს პაციენტი კითხულობდეს მხოლოდ გაზეთის მსხვილი შრიფტით ნაბეჭდს.

მხედველობის ველი

მხედველობის ველის გამოკვლევა, ზოგჯერ გვეხმარება დაგადგინოთ პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაცია და დავსვათ ზუსტი დიაგნოზი.

დაზიანების ლოკალიზაცია

- მხედველობის ველის ცხვირისმხრივი, ქვემო უნილატერალური გამოვარდნა გვიჩვენებს ბადურის ტემპორალურ დაზიანებაზე.
- მხედველობის ველის ცენტრალური დაკარგვა, მიუთითებს მაკულარულ დაზიანებაზე.
- ჰომონიმური ჰემიანოპია არა თვალის, არამედ ტვინის დაზიანების მაჩვენებელია.

დიაგნოზი მხედველობის ველის ბიტემპორალური დეფექტი, უფრო ხშირად ბიტუიტარული სიმსივნითაა გამოწვეული. მხედველობის ველის დეფექტი, რომელიც გამოხატულია ცენტრალური მხედველობის ზევით (სკოტომა) პათოგნომურია გლაუკომისათვის.

მხედველობის ველის ბაიოკვლევა

პაციენტი უნდა იჯდეს ექიმის პირდაპირ და ხელისგულით იფარავდეს თვალს, რომელსაც არ ვიკვლევთ. პაციენტმა უნდა უყუროს ექიმს სახეში. თუ, დაზიანება დიდი, პაციენტი ვერ დაინახავს ექიმის სახის ცენტრალურ ნაწილს. თუ, არ არის დიდი დაზიანება, მხედველობის ველს ვიკვლევთ ფორმალურად.

მხედველობის ველის მწვავე დეფექტის დასადგენად, შეიძლება, გამოვიყენოთ თითის მოძრაობა პერიფერიიდან ცენტრისაკენ. გამოკვლევის უფრო მგრძობიარე მეთოდია, წითელი კალმის ან ქინძისთავის მოძრაობის დაფიქსირება და წითელი ფერის აღქმა. დადგენილია, რომ ყველაზე ადრე ქვეითდება წითელი ფერის შეგრძნების უნარი.

წითელი ფერის კალამს გამოძრავებთ პერიფერიიდან ცენტრისაკენ და პაციენტს ვთხოვთ გვითხრას, როდის შეიგრძნობს წითელ ფერს. ყველაზე მეტად მგრძობიარე ტესტია, წითელი ფერის შედარება სხვადასხვა კვარდატებში. კარგი მაგალითია პაციენტი, რომელსაც აღენიშნება ბიტუიტარული დააგადების ნიშნები, როგორცაა მაგალითად აკრომეგალია. ადრეული ტემპორალური დეფექტი შეიძლება დადგინდეს, თუ პაციენტს ვთხოვთ შეადაროს წითელი ფერის ხარისხი, ზემოთ, საფეთქლის და ცხვირისმხრივ ველებში.

გუბები

სწორი დიაგნოზის დასასმელად, მნიშვნელოვანია, გუგების ყურადღებით გამოკვლევა. გუგების გამოკვლევისას, აუცილებელია გამანათებელი ნათურა.

- თვალის შიგნით ანთებითი პროცესი იწვევს გუგების ბროლისაკენ ჩაზნექვას. ეს ყოველთვის ძალიან სერიოზული ნიშანია.
- თვალის ტრავმის შემდგომ გუგის ამოზნექვა მიუთითებს პერფორაციაზე.

- გუგების რეფლექსების შეცვლა, ოკულარული სიმპტომების თანხლებისას, ყოველთვის საჭიროებს სერიოზულ მკურნალობას.
- მხედველობის გზების მთლიანობის დადგენის ყველაზე მარტივი გზაა, სინათლეზე გუგების რეფლექსის შემოწმება.
- ზოგჯერ, მწვავე დაზიანების დროს, გუგების რეაქცია პირდაპირი სინათლით გაღიზიანებაზე არ არის გამონატული.

უფრო მგრძობიარე ტესტია, გუგების რეაქციის ერთმანეთთან შედარება. ძლიერ გამანათებელს ამოძრავებენ თვალებს შორის. ამ დროს გუგები ვერ ასწრებს გაფართოებას.

თუ რომელიმე თვალის გუგა გაფართოვდება, როდესაც მას სინათლე ანათებს, ეს ამ მხარეზე მხედველობის გზაზე არსებული დაზიანების მანიფესტებელია.

კატარაქტა და მაკულარული დეგენერაცია, ჩვეულებრივ, არ იწვევს გუგების დეფექტს მანამ, სანამ დაზიანება აშკარა არ გახდება. მხედველობაში უნდა მივიღოთ ნეგროლოგიური დაზიანება.

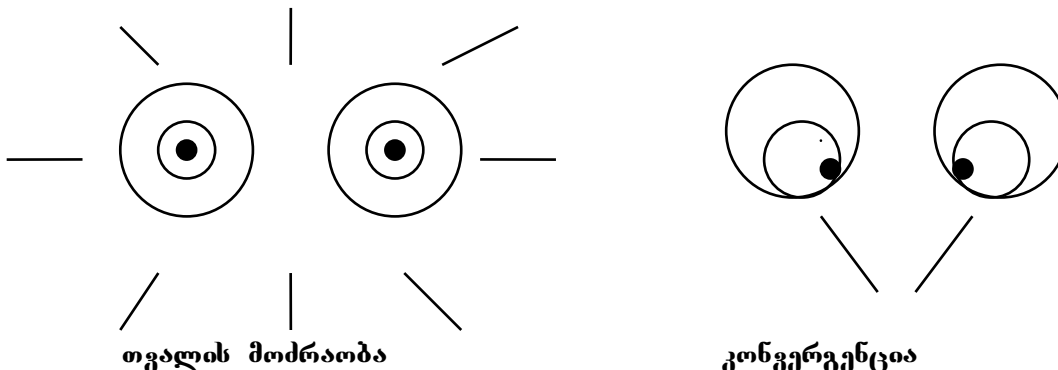
ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი და სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა, რომელიც გუგების ცვლილებას იწვევს, ცნობილია ჰორნერის სინდრომის სახელწოდებით. ამ დროს გამონატულია პატარა გუგები, ფთოზი, ხოლო სინათლეზე რეაქცია შენარჩუნებულია. ამ მდგომარეობას იწვევს ფილტვის აპიკალური კარცინომა.

უფრო იშვიათად გვხვდება არგილ რობერტსონის გუგები. მესამე ნერვის დამბლის დროს გამონატულია გუგების გაფართოება, ფთოზი. ამ დროს თვალი გადახრილია.

თვალის პოზიცია და მოძრაობა

თვალების პოზიცია, შეიძლება, მიუთითებდეს ურთიერთშეუსაბამობის დიდ ხარისხზე. ქუთუთოს მედიალური კიდის სიფართოებ, შეიძლება, შეცდომაში შეგვიყვანოს. რქოვანას რეფლექსის პოზიცია გვეხმარება დაგადგინოთ სიელმის არსებობა.

პაციენტს უნდა ვკითხოთ, ხომ არ აღენიშნება მხედველობის გაორება. დადებითი პასუხისას უნდა გავარკვიოთ, არის თუ არა დიპლოპია, გამონატული რომელიმე ერთი მიმართულებით ყურებისას. აუცილებელია გამოვრიცხოთ მესამე (თვალები გარეთ ინედებიან) და მეექვსე (აბდუქცია ირღვევა) ნერვების დამბლა, რომლებიც შეიძლება გამოწვეული იყვნენ მეორადად, რომელიმე სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობით.



- განსაზღვრეთ კონვერგენცია და თვალის მოძრაობა, ყველა მიმართულებით.
- ჰკითხეთ პაციენტს მხედველობის გაორების შესახებ. დადებითი პასუხის შემთხვევაში გაარკვიეთ, რომელი მიმართულებით მზერისას გამოიხატება გაორება.
- დაადგინეთ ნისტაგმის არსებობა.

თვალის გამოკვლევებისათვის საჭიროა შემდეგი აღჭურვილობა:

- ნათურა (ლურჯი ფილტრით ფლუორესცენციისათვის)
- გამადიდებელი მოწყობილობა (ლუპა)
- ფლუორესცენციული ჩხირები ან თვალის წვეთები

ქუთუთოს, კონიუნქტივის, სკლერის და რქოვანას გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს კარგი განათების პირობებში, გამადიდებელი მოწყობილობით. კონიუნქტივის კარგად დასათვალიერებლად, საჭიროა, ქვემო ქუთუთოს ჩამოწვა. რქოვანაზე უნდა დავაწვეთოთ ფლუორესცენციული წვეთები. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შეიძლება, გამოგვეპაროს ბევრი დაზიანება, კერძოდ რქოვანას ალცერაცია.

წინა კამერის დათვალიერება უნდა ჩატარდეს მთელ სიღრმეზე და რათა მონდეს სისხლის და ჩირქის გამოვლინება.

თუ, გამოხატულია წითელი თვალი, ან თვალეში ქვიშის შეგრძნება, ან ანამნეზში აღინიშნება უცხო სხეულის არსებობა, ზემო ქუთუთო უნდა ავაბრუნოთ.

აღნიშნული პროცედურა არ უნდა ჩატარდეს, თუ ეჭვი გვაქვს ოკულტურ პერფორაციაზე, თორემ შესაძლებელია თვალის შიგთავსის პროლაფსი გამოვიწვიოთ.

თვალშია წნევა

იმ შემთხვევაში, თუ წნევა საგრძნობლად მომატებულია, თვალშია წნევის განსაზღვრა, შესაძლებელია პალპირებით, მაგ. მწვავე დახურული გლაუკომის დროს. დახუჭული თვალი ნაზად უნდა გაფინჯოთ ორი თითით და შევადართოთ ან მეორე თვალს ან სხვა პიროვნების თვალს. მწვავე გლაუკომის დროს თვალი მაგარია.

წმ წელზე მეტი ასაკის პაციენტი, რომელიც მოგვმართავს წითელი თვალით, საეჭვოა მწვავე გლაუკომაზე.

ოფთალმოპროპია

ოფთალმოპროპია, თვალის დაავადებათა უმრავლესობის დიაგნოსტიკისათვის საკმაოდ ღირებული მეთოდია. ხედვის გასაუმჯობესებლად, საჭიროა, გუგების გაფართოება, მაგრამ ამ დროს, არსებობს მწვავე დახურული გლაუკომის განვითარების რისკი. ამიტომ, პაციენტები უნდა გაგაფრთხილოთ, მიმართონ ექიმს ტკივილის ან სინათლეზე რგოლების შემჩნევისთანავე.

დილატირებისათვის ყველაზე საუკეთესო საშუალებაა ტროპიკამიდის 1% -იანი წვეთები. იგი ხანმოკლე მოქმედებისაა და აკომოდაციაზე მცირე ზეგავლენას ახდენს. ზოგჯერ, წამლის ეფექტი რამოდენიმე საათს გრძელდება და საჭიროა გაგაფრთხილოთ პაციენტი, რომ სანამ თვალეში ბინდს გრძნობს არ დაჯდეს საჭესთან.

ოფთალმოპროპია უნდა დაგაყენოთ ბროლის პირდაპირ. პაციენტმა მხედველობა უნდა დააფიქსიროს მოშორებულ ობიექტზე. ეს ამცირებს გუგების შევიწროებას და თვალი მოსვენებულია. ექიმმა მარჯვენა თვალით უნდა გამოიკვლიოს პაციენტის

მარჯვენა თვალი და პირიქით, რათა მას საშუალება მიეცეთ მხედველობა დააფიქსიროს მოშორებულ ობიექტებზე. სინათლე უნდა დაგასნივით მანამ, სანამ არ მივიღებთ წითელ რეფლექსს. წითელი რეფლექსი ფსკერიდან არეკვლის შედეგია.

თუ, წითელი რეფლექსი არ არის ან შემცირებულია, ამასთანავე აღინიშნება გამჭვირვალობის დარღვევა რქოვანასა და ბადურას შორის, რაც ყველაზე მეტად დამახასიათებელია კატარაქტის არსებობისათვის.

მხედველობის დისკი და ბროლი უნდა მოთავსდეს ოფთალმოსკოპის ფოკუსში. გამოკვლევისას არ არის საჭირო სათვალის მოხსნა, რომელსაც პაციენტი ატარებს, მიუხედავად იმისა, რომ ეს იწვევს ზედმეტ არეკვლას. დისკზე გამოხატული ფიზიკური ნიშნები იძლევიან სერიოზული დაავადების გამოვლენის შესაძლებლობას.

- დისკის შემღვრევა შეიძლება იყოს ტვინის სიმსივნის ერთადერთი ნიშანი.
- თასისებური მხედველობის დისკი, შეიძლება, დაუდგენელი პირველადი გლაუკომის ერთადერთი ნიშანი იყოს.
- დისკზე ახალი სისხლძარღვები, მიუთითებს პროლიფერაციულ ნეიროპათიაზე.
- სიმპტომურ პაციენტებში ფერმკრთალი დისკი ოპტიკური ნეირონიტის გადატანილი შეტევის ან ტვინის კომპრესიული სიმსივნის ერთადერთი ნიშანი.

ბადურა, შეიძლება, გამოვიკვლიოთ სისხლჩაქცევის, ექსუდატის ან ახალი სისხლძარღვების არსებობის მხრივ. ოფთალმოსკოპიის მწვანე ფილტრები გვეხმარებიან გამოვავლინოთ სისხლძარღვები და მიკროთანვერნიშები.

მაკულა ანუ ყვითელი ხალის გამოვიკვლევისას უნდა გამოირიცხოს პიგმენტური ცვლილებების არსებობა, რომელიც გამოხატულია ასაკობრივი მაკულარული დეგენერაციის დროს და ექსუდატები, დიაბეტური მაკულოპათიის დროს.

წითელი თვალი

წითელი თვალი, ყველაზე ხშირი ოფთალმოლოგიური პათოლოგიაა, რომელსაც ზოგად პრაქტიკაში ვხვდებით. ამ დროს მნიშვნელოვანია ანამნეზის ყურადღებით შეკრება, მხედველობის გამოკვლევა, დისკომფორტის ტიპის და ხარისხის და გამოხადენის შეფასება. კარგი ანამნეზი და გასინჯვა, ზოგჯერ სპეციალური ოფთალმოლოგიურ აღჭურვილობის გარეშეც იძლევა დიაგნოზის დასმის საშუალებას.

სიმპტომები და ნიშნები:

ყველაზე მნიშვნელოვანი სიმპტომია ტკივილი და მხედველობის გაუარესება, რაც მიგვანიშნებს ისეთ სერიოზულ მდგომარეობაზე, როგორცაა რქოვანას ალცერაცია, ირიტი, მწვავე გლაუკომა.

ჩირქოვანი გამოხადენი, ბაქტერიული კონიუქტივიტის შედეგია. სუფთა გამოხადენი, უფრო გირუსული ან ალერგიული წარმოშობისაა. თვალებში ქვიშის შეგრძნება, ჩვეულებრივ კონიუქტივიტს ახასიათებს, მაგრამ ამ დროს უნდა გამოვრიცხოთ უცხო სხეულის არსებობა, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც დაზიანება ცალმხრივია. თუ არ გამოვიყენებთ ფლუორესცენციას, შეიძლება გამოგვეპაროს რქოვანას ჩამოფცქვანა.

კონიუნქტივიზმი

კონიუნქტივიზმი წითელი თვალის განვითარების ყველაზე ხშირი მიზეზია. კონიუნქტივიზმის გამომწვევი შეიძლება იყოს ბაქტერია, ვირუსი, ქლამიდია, ალერგია. ბაქტერიული კონიუნქტივიტი-პაციენტს ერთი თვალისგან ეწყება დისკომფორტის შეგრძნება და ჩირქოვანი გამონადენი, რომელიც გრძელდება მეორე თვალზეც. დილაობით ძნელდება თვალის გახელა, რადგან გამონადენის გამო ქუთუთოები ერთმანეთს ეწყება. ზოგჯერ ანამნეზში აღინიშნება მსგავსი სიმპტომების მქონე პირთან კონტაქტი.

გამოკვლევა-მხედველობა ნორმალურია, როდესაც რქოვანას გავათავისუფლებთ გამონადენისაგან. გგამონადენი, ჩვეულებრივ ლორწოვან-ჩირქოვანია და გამონატულია კონიუნქტივის ინიცირება სისხლძარღვებით. ფლუორესცენციით რქოვანას შემდგრევა არ გამოიხატება.

მართვა საჭიროა, პირველ დღეს ქლორამფენიკოლის თვალის წვეთების ყოველ საათში ორივე თვალში ჩაწვეთება. შემდგომ დღეებში ვამცირებთ დღეში ოთხ მიღებამდე. ღამით საჭიროა ქლორამფენიკოლის მალამოს წასმა ერთი კვირის განმავლობაში. უფრო მოსახერხებელია ანტიბიოტიკის უფლებს გამოყენება, რომელიც უფრო ნაკლები სისხრით შეიძლება დაზინიშნოს. მნიშვნელოვანია პაციენტის პირადი ჰიგიენის დაცვა.

ვირუსული კონიუნქტივიტი

ჩვეულებრივ, დაკავშირებულია ზემო სასუნთქი გზების ინფექციებთან და გამოწვეულია ადენოვირუსებით. ასეთი კონიუნქტივიტები ხშირია ვირუსული ებიდემიების დროს.

პაციენტი უჩივის ორივე თვალში დისკომფორტს და ქვიშის შეგრძნებას. შესაძლოა, დაკავშირებული იყოს სხვა სიმპტომებთან მაგ. ხველა, სურდო. გამონადენი სეროზულია. ბაქტერიული კონიუნქტივიტისაგან განსხვავებით, ვირუსული კონიუნქტივიტი უფრო ხანგრძლივად მიმდინარეობს. თუ პაციენტს ჩამოუყალიბდა რქოვანას შემდგრევა, მაშინ ვითარდება ფოტოფობია და დისკომფორტი უფრო მწვავე ხასიათს ღებულობს.

გასინჯვისას ვლინდება ორივე თვალის სიწითლე, კონიუნქტივის დიფუზური ინიცირებით და სუფთა გამონადენით. ზოგჯერ, კონიუნქტივაზე შეინიშნება მცირე ზომის აგრეგატები. რქოვანას შემდგრევის დიაგნოსტიკა რთულია სპეციალური გამადიდებლის გარეშე. ვირუსული კონიუნქტივიტი თვითგანკურნებადი პათოლოგიაა. ქლორამფენიკოლის წვეთები და მალამო იწვევს სიმპტომების მხოლოდ შესუსტებას და ხელს უშლის ბაქტერიული კონიუნქტივიტის ჩამოყალიბებას. თუ მდგომარეობა ქრონიკულ ხასიათს ღებულობს, საჭიროა პაციენტს ჩავეუტაროთ შემდგომი მკურნალობა. სტეროიდების გამოყენება მკაცრი ოფთალმოლოგიური მეთვალყურეობის გარეშე არ შეიძლება.

ქლამიდიებით გამოწვეული კონიუნქტივიტი

ამ დროს, გამონატულია ქრონიკული ბილატერალური კონიუნქტივიტი, ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენით. გასინჯვით ნახულობენ კონიუნქტივაში

ლიმფოიდურ აგრეგატებს. სახეზეა კერატიტი და შესაძლოა, აღინიშნებოდეს რქოვანას ზემო ინფილტრაცია (პანუსი).

მართვა-დიაგნოსტიკება რთულია და საჭიროებს სპეციალურ ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას. მკურნალობა ტარდება ტეტრაციკლინის მაღალი დოზით და აბებით (250 მგ. ოთხჯერ დღეში, ერთი თვის განმავლობაში). საჭიროა, გენიტალიის თანმხლები ქლამიდიური ანთების მკურნალობა.

კონიუქტივიტი ბაგშვებში

კონიუქტივიტი ბაგშვებში მეტად საშიშია, რადგან ამ ასაკში თვალი არ არის სრულიად მომწიფებული და მწვავე კონიუქტივიტმა შეიძლება მემბრანის წარმოქმნა და სისხლდენა გამოიწვიოს. დაავადება შეიძლება გართულდეს რქოვანას დაზიანებით და სიბრძავეთ. ერთ თვემდე ასაკის ბაგშვებში კონიუქტივიტის განვითარებისას უნდა გამოირიცხოს მშობლებში სქესობრივი გზით გადაღები დაავადება.

ალერგიული კონიუქტივიტი

მისი ძირითადი თავისებურებაა ქავილი. ჩვეულებრივ ზიანდება ორივე თვალი. გამონადენი სეროზულია. ანამნეზში აღინიშნება ალერგიის ოჯახური ანამნეზი ან კონტაქტი ქიმიურ გამლიზიანებლებთან. ზოგჯერ წარსულშიც დაფიქსირებულია მსგავსი სიმპტომები. გამოკვლევით, გამოვლინდება კონიუქტივის ინიცირება, შეშუპება (ქემოზი), სუფთა გამონადენი.

მკურნალობა ტარდება ანტიჰისტამინური პრეპარატებით და ვაზოკონსტრიქტორებით. ნატრიუმის კრომოგლიკატის თვალის წვეთები გამოიყენება პოხიერი უჯრედების დეგრანულაციის საპროფილაქტიკოდ, მაგრამ ეფექტის მისაღებად საჭიროა ხანგრძლივი მკურნალობა. სასურველია ორალური ანტიჰისტამინური პრეპარატების გამოყენება, განსაკუთრებით მათი, რომელთაც ნაკლები სედაციური ეფექტი ახასიათებთ. ადგილობრივი სტეროიდები ეფექტურია, მაგრამ ხანგრძლივმა გამოყენებამ შეიძლება კატარაქტა ან გლაუკომა გამოიწვიოს.

ემისკლერიტი და სკლერიტი

ემისკლერიტი და სკლერიტი, კონიუქტივიტისაგან განსხვავდებიან ანთების ლოკალური ხასიათით. ემისკლერია მოთავსებულია კონიუქტივის ქვეშე და ეკვრის თეთრი სკლერის მაგარ გარსს. ანთებითი პროცესი შეიძლება განვითარდეს სკლერაშიც და ემისკლერაშიც, განსაკუთრებით რევმატოიდული ართრიტის და სხვა აუტოიმუნური დაავადებების დროს. ემისკლერიტი თვითგანკურნებადი. სკლერიტი უფრო სერიოზული პათოლოგიაა და შეიძლება გართულდეს თვალის პერფორაციით.

პაციენტების უნივიან თვალის სიწითლეს და მტკივნეულობას. შეიძლება გამონატული იყოს ცრემლდენა, მაგრამ არ არის გამონადენი. სკლერიტი ემისკლერიტთან შედარებით უფრო მტკივნეულია.

გამოკვლევით ვლინდება ანთების ლოკალური კერა, რომელიც შენებისას მტკივნეულია. სკლერის და ემისკლერის სისხლძარღვები უფრო ფართოა, ვიდრე კონიუქტივის სისხლძარღვები. სკლერიტის დროს ანთების ნიშნები უფრო მკვეთრად გამოხატული, ვიდრე ემისკლერიტის დროს.

მართვა-აუცილებელია, დაავადებით გამოწვევი, პირველადი დაავადება. ეპიდემიური თვითგანკურნებადია. სტეროიდული თვალის წვეთები აჩქარებენ გამოჯანმრთლებას, ამცირებენ სიმპტომების სიმწვავეს. სკლერიტის დროს, საჭიროა, სპეციალისტის კონსულტაცია. უნდა გამოირიცხოს სერიოზული სისტემური დაავადება. საჭიროა იმუნოსუპრესორული მკურნალობა.

რძობანას ალცერაცია

რქოვანას წყლული, შეიძლება გამოიწვიოს ბაქტერიულმა, ვირუსულმა და სოკოვანმა ინფექციამ. წყლული, შეიძლება განვითარდეს პირველადად ან გამოწვეული იყოს ჩამოფცქვნის, კონტაქტური ლინზების, ტოპიკური სტეროიდების გამოყენებით.

კლინიკა-რქოვანა განსაკუთრებით მგრძობიარე ორგანოა და ტკივილი მკვეთრად არის გამოხატული. თუ რქოვანას მგრძობიარეობა შესუსტებულია, მაგ. ჰერპეს ზოსტერის დროს ტკივილს მწვავე ხასიათი არ აქვს. სწორედ ამან შეიძლება მიგვიყვანოს წყლულის ჩამოყალიბებამდე.

გამოკვლევა: მხედველობის სიმანვილე დამოკიდებულია წყლულის ლოკალიზაციასა და ზომებზე, თუმცა ნორმალური მხედველობის სიმანვილე წყლულის არსებობას არ გამოირიცხავს. შეიძლება გამოხატული იყოს სეროზული ან ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი. ეს უკანასკნელი აღინიშნება ბაქტერიული წყლულის დროს. კონიუქტივის ინიცირება გამოხატულია ზოგადად ან აქვს ლოკალური ხასიათი, თუ წყლული პერიფერიულად მდებარეობს. გამოკვლევისას საჭიროა ფლუორესცენციის გამოყენება. წინააღმდეგ შემთხვევაში წყლული შეიძლება გამოგვეპაროს.

მართვა-აუცილებელია სასწრაფო მიმართვა სპეციალიზებულ კლინიკაში. წინააღმდეგ შემთხვევაში, პაციენტმა შეიძლება მხედველობა დაკარგოს. სამკურნალო პრეპარატის შერჩევა დამოკიდებულია წყლულის გამომწვევ მიზეზზე. დიაგნოსტიკა შესაძლებელია კლინიკური სურათის საფუძველზე. გამომწვევი მიზეზის გამოსაგლენად, საჭიროა, ნაცხის კულტივირება. მგრძობიარეობის გარკვევამდე საჭიროა მკურნალობა დავიწყოთ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით. წამლის ადგილობრივი კონცენტრაციის გასაზრდელად საჭიროა ანტიბიოტიკების სუბკონიუქტივალური ინექციები. წამწამოვანი კუნთის სპაზმისა და მასთან დაკავშირებული ტკივილის კორექციების მიზნით, საჭიროა, ციკლოპლევური წვეთების გამოყენება. ამავე მიზნით შეიძლება გამოვიყენოთ მიდრიაზული საშუალებები. ისინი ხელს უშლიან ფერადი გარსის ბროლთან შეხრდას (უკანა სინექია). ადგილობრივი ანთებითი პროცესის შესამცირებლად, მკაცრი ოფთალმოლოგიური მეთვალყურეობის ქვეშ, შეიძლება, გამოვიყენოთ სისტემური სტეროიდები.

ირიტი, ირიდოციკლიტი და წინა უვეიტი

ფერად გარსს (ირისი), წამწამოვან სხეულს, ქორიოიდს ემბრიოლოგიურად ერთი წარმოშობა აქვთ და იწოდებიან უვეალურ ტრაქტად. ფერადი გარსის ანთება დამოუკიდებლად, წამწამოვანი სხეულის გარეშე არ ხდება. ამიტომ ამ პათოლოგიის ეწოდება ირიდოციკლიტი ანუ წინა უვეიტი.

მაღალი რისკი წინა უვეიტის განვითარებისათვის:

- პაციენტები- ანამნეზში ირიტის შეტევით
- პაციენტები სერონეგატიური ართროპათიით
- სარკოიდოზი
- ჰერპეს ზოსტერი
- სიფილისი
- ტუბერკულოზი

კლინიკა-პაციენტი, რომელსაც გადატანილი აქვს წინა უვეიტის შეტევა, მოსალოდნელი შეტევის წინა პერიოდს ყოველთვის შეიგრძნობს კლინიკური ნიშნების გამოვლინებამდე. ყოველთვის გამოხატულია ტკივილი, ფოტოფობია და წამწამოვანი სხეულის სპაზმი. ტკივილი ძლიერდება კითხვისას და წამწამოვანი სხეულის შეკუმშვისას.

გამოკვლევა- დასაწყისში მხედველობა ნორმალურია, მოგვიანებით შეიძლება დაზიანდეს. შეიძლება, დაირღვეს აკომოდაცია, წინა კამერაში ჩნდება ანთებითი უჯრედები, შეიძლება ჩამოყალიბდეს კატარაქტა. თვალის ყოველთვის წითელია. სფინქტერის სპაზმის გამო, გუგა დაპატარავებულია, ხოლო ფერადი გარსისა და ბროლის შეზრდის გამო, კიდეები არათანაბარია.

მენჯმენტა უმრავლეს შემთხვევაში გამომწვევს ვერ პოულობენ, მაგრამ თუ ასეთი არსებობს, მაშინ საჭიროა მისი მკურნალობა. საჭიროა დავრწმუნდეთ, რომ არ არსებობს თვალის რაიმე სხვა პათოლოგია, რომლის ფონზეც უვეიტი შეიძლება განვითარდეს. ანთების შესამცირებლად და ადჰეზიის საპროფილაქტიკოდ გამოიყენება ტოპიკური სტეროიდები. ტკივილის შესამცირებლად ახდენენ წამწამოვანი სხეულის პარალიზებას. ანთებითმა უჯრედებმა, შეიძლება, გამოიწვიოს ტრაბეკულური ქსელის ბლოკირება, რაც ზრდის თვალში ვწევას. ასეთ შემთხვევაში, საჭიროა, წნევის კორექცია. ხანგრძლივმა ანთებითმა პროცესმა შეიძლება გამოიწვიოს ტრაბეკულური ქსელის სერიოზული დაზიანება, კატარაქტა და მაკულის შეშუპება.

მწვავე დასურულ-კუთხოვანი გლავომა

50 წლის შემდეგ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ წითელი თვალი, ყოველთვის უნდა გამოვრიცხოთ მწვავე გლავომა.

კლინიკა - შეტევა იწყება საკმაოდ მწვავედ და სწრაფად. განსაკუთრებით საღამოს საათებში, როდესაც გუგა ნახევრად დილატირებულია. გამოხატულია ძლიერი ტკივილი ცალ თვალში, ღებინება. პაციენტი უჩივის მხედველობის გაუარესებას, სინათლეზე რგოლების შეგრძნებას, რაც რქოვანას შეშუპებითაა გამოწვეული. ძილის დროს ხდება გუგის შეკუმშვა, რაც სიმპტომებს ამსუბუქებს.

გამოკვლევა - ვლინდება ანთებითი პროცესი და თვალის მტკივნეულობა. რქოვანა დაზიანებულია, გუგა-ნახევრად დილატირებულია და ფიქსირებული. რქოვანას მდგომარეობის გამო შეზღუდულია მხედველობა. მსუბუქი პალპაციით ვლინდება, რომ დაზიანებული თვალი ჯანმრთელ თვალთან შედარებით უფრო მაგარია. წინა კამერაში შეინიშნება სითხის ნაკლებობა. თუ პაციენტს შეტევის ჩამთავრების შემდეგ გაყვინჯავთ ფიზიკალური ნიშნების შეიძლება ვერ აღმოვაჩინოთ.

მართვა საჭიროა, სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია. თუ ამის საშუალება არ გვაქვს გადაუდებელი დახმარებისათვის მოწოდებულია - აცეტაზოლამიდის (დიამოქსის) 500მგ ი/ვ ინექცია და 4% ბილოკარპინის თვალშიდა ინსტილაცია, რაც იწვევს გუგის შეკუმშვას. მეორე თვალზე უნდა ჩატარდეს პროფილაქტიკური მკურნალობა.

ქუთუთოს და საცრემლე ბზების დიაგნოზები

ქუთუთოს სიმსივნეები

ქუთუთოს ყველაზე ხშირი სიმსივნეა ქალაზიონი. აუცილებელია ქუთუთოს სიმსივნეთა ზუსტი დიაგნოსტიკა, რადგან

- ზოგიერთი მათგანი სიცოცხლისათვის საშიშია, მაგ. ბაზალური კარცინომა
- შეიძლება გამოიწვიოს მხედველობის დარღვევა. მაგ. ქალაზიონი აწვება რქოვანას და იწვევს ასტიგმატიზმს.
- შეიძლება სისტემური დაავადების მანკენებელი იყოს. მაგ. ჰიპერლიპიდემიის დროს ქსანთელაზმა.
- ბავშვებში შეიძლება გამოიწვიოს ამბლიოპია.

ქალაზიონი

ქალაზიონი (მეიბომის კისტა) - წარმოადგენს ქუთუთოში განლაგებული მეიბომის ჯირკვლების (ქუთუთოს ნრტილის) გრანულომას. ქალაზიონს ჯირკვლის სადინარის დაზოება იწვევს. პაციენტი უჩივის ქუთუთოს გამაგრებს, შეშუპებას და ანთებას. სიმსივნის დანახვა უფრო ადვილია ქუთუთოს ამობრუნებისას. ქალაზიონი, უმრავლეს შემთხვევაში, ემორჩილება კონსერვატიულ მკურნალობას, რაც გულისხმობს ცხელ კომპრესებს (თბილ წყალში დასველებული საფენით) და ქლორამფენიკოლის საცხის წასმას. თუ ქალაზიონი პაციენტს უქმნის დისკომფორტს მისი ზომის, ხანგრძლივად არსებობის ან მხედველობის შეზღუდვის გამო, საჭირო ხდება ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ მისი გაკვეთა. თუ ქალაზიონი ხშირად ვითარდება, მაშინ უნდა გამოვრიცხოთ ბლექფარიტის, აკნეს, ავთფისებიანი სიმსივნის არსებობა.

ჯიბლიბო

ჯიბლიბო წამწამის ფოლიკულის ანთებაა. პაციენტი უჩივის თვალის კიდის შეშუპებას, სიწითლეს და ტკივილს. ქალაზიონისაგან განსხვავებით შეიძლება შეინიშნებოდეს ჩირქის თავი. მკურნალობა ტარდება ცხელი საფენებით და ქლორამფენიკოლის საცხით. საჭიროა ჩირქის ევაკუაცია.

მარგინალური კისტა

მარგინალური კისტა ვითარდება ქუთუთოების კიდეების ირგვლივ ცხიმისა და ოფლის ჯირკვლებისაგან. მათ გუმბათის ფორმა აქვთ. ანთება არ არის გამონატული. საოფლე ჯირკვლისაგან წარმოქმნილი კისტა, სუფთა სითხითაა სავსე

(მოლის კისტა), ხოლო ცნობიანი ჯირკლის კისტა კი, მოყვითალო შიგთავსს შეიცავს (ზეისის კისტა).

თუ კისტა კოსმეტიკურად მიუღებელია მას ამოკვეთენ ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ.

ქსანთელაზმა

ქსანთელაზმა ხშირი არ არის. გამონატულია ყვითელი ფერის ნადები ქუთუთოს ცხვირისმხრივ ნაწილზე. შეიცავს ცხიმებს. უნდა გამოფრინდეს ზოგადი ჰიპერლიპიდემია. თუ კოსმეტიკურად მიუღებელია, მას ამოკვეთენ ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ.

ბაზალურუჯრედოვანი კარცინომა

ეს ყველაზე ხშირი სიმსივნეა ქუთუთოს არეში. უფრო ხშირად ქვედა ქუთუთოზე ვითარდება. მზის დასნივება ხელს უწყობს მის წარმოქმნას. ბაზალურ უჯრედოვანი კარცინომა სიცოცხლისათვის საშიშ დაავადებებს მიეკუთვნება. თუ დიდ ზომას მიაღწევს საჭიროა ოპერაცია, რომელიც კოსმეტიკურ დეფექტს წარმოშობს. კლასიკურ, ბაზალურ უჯრედოვან კარცინომას მარგალიტისებური შესახედაობა აქვს შუაში ნეკროზული ცენტრით. დიაგნოსტიკება ძნელია, რადგან იგი ხშირად დიფუზური ინდურაციის სახეს იღებს. შესაძლებელია გამოგვეპაროს ინდურაციული ფორმები, რომლებიც კანის ნაკეცში ჩნდებიან და ღრმად ვითარდებიან. ამ დროს კანზე შეიძლება არ იყოს გამონატული კლინიკური ნიშნები. საექვო შემთხვევაში, პაციენტი სასწრაფოდ უნდა გაავაზავნოთ სპეციალისტთან.

ქუთუთოს ანთიპიტი დიაგნოზი

ბლექფარიტი

ბლექფარიტი ხშირი პათოლოგიაა, რომლის დიაგნოსტიკება ყოველთვის არ ხდება. ეს ქრონიკული დაავადებაა. პაციენტი მუდმივად უჩივის თვალის ტკივილს. სიმპტომებს, შეიძლება ჰქონდეს გარდამავალი ხასიათი. გამონატულია თვალში უცხო სხეულის შეგრძობა. ზოგჯერ, ბლექფარიტს თან ახლავს ქალაზიონი ან ჯიბლიბო. ობიექტური ნიშნებიდან, მნიშვნელოვანია, ქუთუთოს კიდის ანთება, მეიბომის ჯირკვლების ბლოკირება, ქუთუთოს კიდის ირგვლივ ფუფუნის წარმოქმნა. კონიუქტივალზე შეიძლება გამონატული იყოს ანთების სურათი.

მკურნალობის პრინციპები:

- საჭიროა, დავიცვათ ქუთუთოების ტუალეტი (ფუფნი ფრთხილად უნდა მოცილდეს თბილ წყალში დასველებული ბამბით).
- საჭიროა, ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლა-ნაჩვენებია ანტიბიოტიკების საცხის გამოყენება.
- საჭიროა, თავიდან ავიცილოთ თვალის სიმშრალე.

- საჭიროა, ცნობილია ჯირკვლების დისფუნქციის მკურნალობა.
- სპეციალისტის კონსულტაცია საჭიროა, თუ მდგომარეობა მკურნალობას არ ექვემდებარება ან როდესაც წიანდება რქოვანა.

ქუთუთოს მწვავე ანთება

აუცილებელია, სწრაფად მოხდეს ქუთუთოს მწვავე ანთების დიაგნოსტიკა, რადგან ზოგიერთი პათოლოგია შესაძლოა სიბრმავის მიზეზი გახდეს. მაგ. ორბიტალური ცელულიტი.

ქუთუთოს მწვავე ანთების განვითარების მიზეზები:

- 1 ძალაზიონი ან ჰიზლიზი-ამ დროს საჭიროა სტანდარტული მკურნალობა, თუ ინფექცია უფრო ფართოდ ვრცელდება საჭიროა სისტემური ანტიბიოტიკები.
- 2 გზავი ღებრივი-ანთება ვითარდება მედიალურად, საცრემლე პარკის ზემოთ. ანამნეზში, შეიძლება, გამონატული იყოს ცრემლდენა. გვამოწვეული საცრემლე არხის ბლოკირებით და შემდგომი ინფიცირებით. მკურნალობა ტარდება ადგილობრივი ქლორამფენიკოლით ან სისტემური ანტიბიოტიკებით. ცრემლდენის ეპიზოდების განმეორებისას დგება ქირურგიული მკურნალობის საკითხი.
- 3 ორბიტალური ცელულიტი-სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობაა, რომელიც სიბრმავის განვითარებას იწვევს. განსაკუთრებით საშიშია ბავშვებში. პაციენტს აღენიშნება ქუთუთოს უნილატერალური შეშუპება. წითელი თვალი, შეიძლება არ იყოს გამონატული. ძირითადი ნიშნებია:
 - ზოგადი მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება
 - მტკივნეულობა სინუსების არეში
 - შეზღუდულია თვალის მოძრაობა

საჭიროა სასწრაფო პოსპიტალიზაცია.

- 4 ალერგია-პაციენტს აღენიშნება ალერგენტთან კონტაქტი (ცხოველის ბეწვი, მცენარეები, ქიმიური ნივთიერებები, კოსმეტიკა). გამონატულია ქავილი. მკურნალობა წარმოებს მსუბუქი ტოპიკური სტეროიდებით. მაგ. 1% ჰიდროკორტიზონით მცირე დროით.
- 5 მარტივი პირამი-გამონატულია ვეზიკულური გამონაყარი ქუთუთოზე. შეიძლება გამონაყარი განვითარდეს სანეზეც. აციკლოვირის კრემის გამოყენება მნიშვნელოვნად ამცირებს დაავადების სიმწვავეს და ხანგრძლივობას. ზოგჯერ ვითარდება თვალის ჰერპესული დაზიანება და წითელი თვალი ამ დროს საჭიროა სასწრაფო კონსულტაცია სპეციალისტთან.
- 6 პირამი ზოსტირი- პაციენტი თავს ცუდად გრძნობს, გამონატულია ტკივილი, თითქმის ყოველთვის წიანდება თვალიც. ოკულარული პრობლემებიდან გამონატულია: კონიუქტივიტი, კერატიტი, უვეიტი. თვალი დიდი შეშუპების გამო, ყოველთვის მონუჭულია. თუ გამონატულია წითელი თვალი და მხედველობის დარღვევა, საჭიროა სასწრაფო კონსულტაცია სპეციალისტთან. ოკულარული გართულებები, შეიძლება გამოვლინდეს დაავადებიდან რამოდენიმე ხნის შემდეგ. ამიტომ, რეკონვალესცენციის პერიოდში, საჭიროა, პაციენტის გამოკვლევა ყოველი ვიზიტისას. მკურნალობისათვის გამოიყენება აციკლოვირის

მაღამო. დაავადების დასაწყისში მიღებული აციკლოვირი ამცირებს ტკივილს და დაავადების ხანგრძლივობას.

ენტროპიონი

პაციენტები უჩივიან რქოვანას გაღიზიანებას წამწამების არასწორი განლაგების გამო. ქვემო ქუთუთოს წამწამები ჩაბრუნებულია თვალის მიმართულებით. ენტროპიონი ჩანს, თუ პაციენტს ვთხოვთ თვალი ძალიან დახუჭოს და შემდეგ გაახილოს. ენტროპიონი ხშირად ვითარდება ასაკოვან პაციენტებში. ამ დროს რქოვანას დაზიანების (დაწყლულება, დანაწიბურება) დიდი საშიშროებაა. მკურნალობას ატარებენ ქვემოთ ჩამოწეული ქუთუთოს დაფიქსირებით და ქლორამფენიკოლის საცხით. ენტროპიონის საბოლოო კორექციისათვის მოწოდებულია ქირურგიული ჩარევა.

ტრიქიაზი

ზოგჯერ, ქუთუთოს ნორმალური პოზიცია აქვს, მაგრამ ხდება წამწამის ჩაზრდა შიგნით, არასწორი მიმართულებით. ყველაზე ხშირად, ეს პათოლოგია ვითარდება ბლექარითის ან ტრაქომის დროს. წამწამის დანახვა შესაძლებელია ლუბით გამოკვლევისას. რქოვანას დაზიანების თავიდან ასაცილებლად, რეკომენდირებულია, ქლორამფენიკოლის მაღამოს წასმა. წამწამების არასწორი ზრდის შესაჩერებლად, საჭიროა, თმის ფესვების ელექტროლიზის ან კრიოთერაპია.

ექტროპიონი

ამ დროს, პირველადი ჩივილი ძლიერი ცრემლდენაა. ქუთუთოს არასწორი მდებარეობის გამო ცრემლი ვერ ხვდება საცრემლე არხში. ამ დროს ვითარდება ცრემლდენა. ექტროპიონის ყველაზე ხშირი მიზეზებია: ქუთუთოს ასაკობრივი ცვლილებები, ან სახის ნერვის დამბლა, რომელიც ქუთუთოს არასწორ მდებარეობას იწვევს. ქუთუთოს კანის დანაწიბურება, მისი კიდის ქვემოთ ჩამოწევის იწვევს. ექტროპიონის მკურნალობა ოპერაციულია. ოპერაციამდე, საჭიროა, მაღამოების გამოყენება, რათა თავიდან ავიცილოთ კონიუქტივის გამოშრობა.

ფთოზი

ფთოზი ანუ ქუთუთოს დაშვება

- ზოგჯერ მიანიშნებს სიცოცხლისათვის საშიშ პათოლოგიაზე (ანევრიზმით გამოწვეული მესამე წყვილი ნერვის დამბლა, ან ფილტვის კარცინომით გამოწვეული ჰორნერის სინდრომი).
- შესაძლოა იყოს დაავადების ნიშანი, რომელიც საჭიროებს ხანგრძლივ მკურნალობას. მაგ. Myasthenia gravis
- ბავშვებში იწვევს ამბლიოპიას. ამ დროს, საჭიროა, სასწრაფო მიმართვა სპეციალისტთან
- მკურნალობა-ოპერაციული პაციენტი უჩივის ზემო ქუთუთოს დაშვებას. ზემო ქუთუთოს ინერვაციას აწარმოებს მესამე წყვილი ნერვი. ქუთუთოს აწევა ხდება ამწევი კუნთით.

არსებობს ე.წ. მიულერის კუნთიც, რომლის ინერვაცია ხდება სიმპათიკური ნერვული სისტემით. ეს კუნთები ქუთუთოს და თვალის სხვა სტრუქტურებს ემაგრებიან ფიბროზული ფირფიტით.

ფთოზი შეიძლება გამოიწვიოს:

- ქუთუთოს ქსოვილის დეფექტმა (ასაკის მატებასთან ერთად ხდება ქუთუთოს ქსოვილის მოღუნება და ვითარდება მიმაგრების დეფექტი. ამ დროს თვალის მოძრაობა და გუგების მდებარეობა, შეიძლება, ნორმალური იყოს).
- კუნთის ქსოვილის დეფექტმა. არ უნდა გამოგვეპაროს ზოგადი კუნთოვანი დაავადება, მაგ. Myasthenia gravis ან Dystrophia myotonica. აღნიშნულ დაავადებაზე უნდა ვიფიქროთ, თუ გამოხატულია დიპლოპია, დღის განმავლობაში სიმპტომების გაუარესება, სხვა კუნთოვანი სიმპტომები. პაციენტის ხელის კანკალი და სახე მიუთითებს კუნთოვან დისტროფიაზე.
- შესამე წყვილი ნერვის დამბლა-თუ ფთოზს თან ერთვის თვალის განზე განზიდვა და გუგის დილატირება, დიაგნოზი საეჭვო აღარ არის. პაციენტი სასწრაფოდ უნდა გაიგზავნოს სპეციალიზებულ კლინიკაში.
- სიმპათიკური კვანძის დაზიანებამ, მაგ. ჰორნერის სიმპტომის დროს. ამ დროს გუგა პატარაა, მაგრამ რეაქტიული. ფთოზის მხარეს, შეიძლება, შემცირებული იყოს კანის ტენიანობა. თვალის მოძრაობა, შესაძლოა, ნორმის ფარგლებში იყოს. ამის მიზეზი, შესაძლოა, იყოს ტვინის ღეროს ან ზურვის ტვინის დაზიანება ან ფილტვის აპიკალური სიმსივნე. ამ დროს, საჭიროა სპეციალისტთან გაგზავნა.

საცრემლე სისტემის პათოლოგია

ცრემლდენა თვალიდან

ცრემლის სეკრეცია საცრემლე ჯირკვალში ხდება, რომელიც მოთავსებულია ორბიტის ზემო ლატერალურ ნაწილში. ცრემლის გადანაწილება თვალის ნამწამის საშუალებით ხდება და ცრემლი მიედინება ქუთუთოების კიდეების გასწვრივ მედიალური ნაწილისაკენ. ზემო და ქვემო ქუთუთოს არეში მოთავსებულია საცრემლე ხვრელი, საიდანაც ცრემლი გადადის საცრემლე არხებში და მიედინება ცხვირისაკენ. საცრემლე არხები გადადიან ნაზოლაკრიმალურ არხში.

თვალიდან ძლიერი ცრემლდენა შეიძლება გამოიწვიოს:

- ცრემლის ჭარბმა გამოყოფამ - ეს პათოლოგია იშვიათია, მაგრამ პარადოქსულად შეიძლება განვითარდეს მშრალი თვალის მქონე პაციენტებში. მშრალ თვალს იწვევს ცრემლის არასრული ბაზალური სეკრეცია. შემდეგში ეს გადაიზრდება ცრემლის რეაქტიულ სეკრეციაში, რაც იწვევს ეპიფორას. პაციენტებს პერიოდულად განვითარებული ჭარბი ცრემლდენის გამო აღენიშნებათ დისკომფორტი.
- ქუთუთოს არასწორი მდებარეობის გამო, რაც იწვევს საცრემლე ხვრელის არასწორ პოზიციას. მცირედ გამოხატულმა ექტროპიონმაც კი, შეიძლება, გამოიწვიოს ცრემლდენა. საჭიროა ქუთუთოს დაკვირვებით გამოკვლევა. მკურნალობა ამ შემთხვევაში ოპერაციულია.

- ხერხელის სტენოზმა-ხერხელი შეიძლება დაიხუროს, რაც იწვევს ცრემლდენას. საჭიროა ლუბით გამოკვლევა, ბლოკირების გამოვლენის მიზნით. მკურნალობა თხერაცულია.
- საცრემლე და ნაწოლაკრიმალური არხის ბლოკადამ - თუ ბლოკირების კორექცია გამოორეცხვით არ ხერხდება, ყველაზე ეფექტური მეთოდი-დაკრიოციტორინოსტომია.

ბავშვებში, ამ დროს გამოხატულია ძლიერი ცრემლდენა და პერიოდულად კონიუქტივიტი. მკურნალობა ტარდება ქლორამფენიკოლის თვალის წვეთებით. ბავშვის დედას უნდა მიეცეთ რჩევა, იმის შესახებ თუ როგორ ჩაატაროს მასაჟი. მძიმე შემთხვევებში საჭიროა ზონდირება.

მშრალი თვალი

მშრალი თვალის დროს, შემცირებულია ცრემლის სეკრეცია. ხშირია ასაკოვან პაციენტებში. ძირითადი მიზეზია ქვიშის შეგრძნება თვალში. თვალი წითელი არ არის. ზოგჯერ, მშრალი თვალი გვხვდება სისტემური დაავადებების დროს. მაგ. რევმატოიდული ართრიტი, დიურეზული მედიკამენტებიც იწვევენ თვალის სიმშრალეს. მკურნალობა მოიცავს:

- ხელთვნური ცრემლის წვეთებს, ჩავაწვეთოთ იმდენი, რამდენიც საჭიროა
- ღამით ცრემლის სეკრეცია მინიმალურია, ამიტომ გამოიყენება მარტივი მალამო
- თუ გამოხატულია ლორწოს დაგროვება რეკომენდირებულია აცეტელცისტეინის თვალის წვეთები. ზოგიერთი პაციენტი უარს ამბობს ამ პრეპარატზე მისი სიმწვავის გამო.
- საჭიროა, თანხლები ბლუფარიტის მკურნალობა.

თვალის ტრამბეზი

რქოვანას აბრაზია

რქოვანას აბრაზია ბლაგვი, ყრუ დაზიანების ყველაზე ხშირი შედეგია. იგი შეიძლება განვითარდეს უცხო სხეულის, თითების ფრჩხილების, ან ხის ტოტის მოქმედებით. თუ გამოკვლევისას არ გამოვიყენებთ ფლუორესცენციას, აბრაზია შეიძლება გამოგვეპაროს. მკურნალობის მიზანია:

- ხელი შევუწყოთ აღდგენას (საჭიროა თვალის შეხვევა)
- მინიმუმამდე შევამციროთ დაინფიცირების საშიშროება (ქლორამფენიკოლის მალამოს საფენები)
- ანალგეზია (ციკლოპლექსური წვეთები (2% ჰომატროპინი) ან ორალური ანალგეზიური საშუალებები) წვეთები ამცირებენ ცილიარულ სპაზმს და აფართოებენ გუგას.

ზოგჯერ, ვითარდება განმეორებითი აბრაზია. ეს იმ შემთხვევაში ხდება, თუ არ მოხდა ეპითელიური უჯრედებისა და ბაზალური მემბრანის კარგი აღჭვწია.

აბრაზიის ხელახალი განვითარება, უფრო ღამის საათებისათვის არის დამახასიათებელი. ამ დროს ცრემლის სეკრეცია დაქვეითებულია და ეპითელიუმი გამომშრალი. მკურნალობა საჭიროა ხანგრძლივად. დღის განმავლობაში

რეკომენდირებულია ხელოვნური ცრემლის წვეთები, ხოლო დამით მალამო თვალის ლუმბრიკაციისათვის. ზოგჯერ საჭირო ხდება ოპერაციული ჩარევა.

უცხო სხეული

რქოვანაზე და კონიქტივაზე არსებული უცხო სხეულის დადგენა და მოცილება უნდა მოხდეს მაქსიმალურად სწრაფად. „წითელი თვალის“ დროს პირველ რიგში უნდა გამოვრიცხოთ უცხო სხეული. ადგილობრივი ანესთეზია საჭიროა, როგორც გამოკვლევის დროს, ასევე უცხო სხეულის მოცილების დროსაც. კონიქტივაზე არსებული მცირე ზომის უცხო სხეული შეიძლება მოგაცილოთ ქალაქის კიდით ან ბამბის ტამპონით. ზოგჯერ, საჭირო ხდება წყლით თვალის გამორეცხვა. რქოვანაზე არსებული უცხო სხეული უფრო ძნელად მოსაძიებელია, თუ იგი მეტალისაა. ამ დროს ხდება რქოვანაში მისი ღრმად ჩასობა. მოცილება, შეიძლება, იგივე მეთოდებით ქალაქის კიდით ან ბამბის ბურთულით. თუ ამ გზით ეს ვერ მოხერხდა, მაშინ ძალიან ფრთხილად უნდა გამოვიყენოთ ნემსის წვერი. თუ უფრო სერიოზულ დაზიანებაზე ვეჭვობთ, პაციენტი უნდა გაგაგზავნოთ სპეციალიზებულ კლინიკაში. უცხო სხეულის ამოღების შემდეგ ეპითელიუმის დეფექტს უნდა ვუმკურნალოთ, როგორც აბრაზიას.

რადიაციული დაზიანება

რადიაციული დაზიანება, ვითარდება იმ შემთხვევაში, თუ შედეგებს აწარმოებენ დაუცველი თვალის. რქოვანას ეპითელიუმს აზიანებს ულტრაიისფერი სხივები. პაციენტები, უნივიან სამუშაოების ჩატარებიდან რამოდენიმე საათში, თვალის მტკივნეულობას და ცრემლდენას. რადიაციული დაზიანება, ზოგჯერ, ვითარდება არეკლილი მზის სხივებით ხანგრძლივი დასხივებისას (ე.წ. თოვლის სიბრძავე). მკურნალობა ტარდება ისევე, როგორც რქოვანას აბრეზიისას.

ქიმიური დაზიანება

ქიმიური დაზიანების დროს თვალის კონიქტივა, რქოვანა და ქუთუთოს ჯიბეები უნდა ჩამორეცხოს წყლის დიდი რაოდენობით. ტუტეები ძლიერ აზიანებენ თვალს. თუ პაციენტს თვალში კირი შეეფრქვა, მოცილება საჭიროა ადგილობრივი ანესთეზიით. ამ დროს აუცილებელია პაციენტის გაგზავნა სპეციალისტთან.

თვალის ყრუ დაზიანება

თუ, თვალს ხვდება დიდი საგანი (მაგ. ფეხბურთის ბურთი), დაზიანება ძირითადად ხდება თვალბუდის კიდეების არეში. თუ საგანი მცირეა (მაგ. ჩოგბურთის ბურთი), მაშინ უფრო მეტად თვალის კაკალი ზიანდება. ამ დროს თვალის წინა კამერაში, შეიძლება, განვითარდეს სისხლჩაქცევა. გამოკვლევისას ადვილად დავინახავთ კამერაში ჩაღვრილ სისხლს. შედეგად იქმნება თვალშიგა წნევის გაზრდის საშიშროება, ამიტომ საჭიროა პაციენტის დაუყოვნებლივ გაგზავნა კლინიკაში. სისხლჩაქცევა, შეიძლება, განვითარდეს მინისებურ სხეულში ან ბადურაზე, რასაც მოჰყვება ბადურის აშრეგება.

ყველა პაციენტი, თვალის ყრუ დაზიანებით უნდა გაისინჯოს თვალის კლინიკაში. შესაძლებელია, გუგის დაზიანებაც. ამ დროს გუგა სინათლეზე არეაქტიული ხდება. თუ, პაციენტს, თავის არეში ტრავმის ანამნეზით, აღენიშნება

დილატირებული გუგა, საექვო ექსტრადურალური ჰემატომის არსებობა. თვალის ტრაჯმისას ზიანდება ბროლიც, შეიძლება, განვითარდეს მისი დისლოკაცია და კატარაქტა. თვალის კუთხის დრენაჟის სისტემის დაზიანებისას იზრდება მომაგალში გლაუკომის განვითარების რისკი.

ძლიერი დაზიანებისას, შეიძლება განვითარდეს ორბიტის მოტენილობა. ყველაზე ხშირად ზიანდება ორბიტის ფუძე, ვინაიდან ამ ადგილას ძვალი თხელია და ნაკლები საყრდენი აქვს. საექვო შემთხვევაში [დიპლოპია, თვალის ჩაფარდნა, თვალის მოძრაობის (განსაკუთრებით ვერტიკალური) დეფექტი], საჭიროა, პაციენტის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია.

დაზიანება პენეტრაციით

პენეტრაციაზე ყოველთვის უნდა ვიფიქროთ, თუ ტრაჯმა მიღებულია სწრაფად მოძრაობი იარაღებით (მაგ. ჩაქუნი, სატენი). თუ ექვი გვაქვს პენეტრაციაზე, თვალის გამოკვლევა უნდა გაწარმოთ ძალიან ფრთხილად, არ უნდა დაგაწვეთ თვალის კაკალს. უნდა ვეძიოთ გუგის მთლიანობის დარღვევის, კატარაქტის, მინისებურ სხეულში სისხლჩაქცევის ნიშნები. გუგები უნდა გვაფართოვოთ (თუ თავის ტრაჯმა არ აღინიშნება) და ვეძიოთ ინტრაოკულარული უცხო სხეული. ზოგჯერ, საჭირო ხდება ორბიტის რადიოგრაფია. თუ, აშკარაა თვალის პერფორაცია პაციენტი სასწრაფოდ უნდა გაგაგზავნოთ სპეციალიზებულ კლინიკაში.

მხედველობის მწვავე დარღვევა

როდესაც, პაციენტს აღენიშნება არაანთებით თვალში მხედველობის მწვავე დარღვევა, საჭიროა სრულყოფილი ანამნეზის შეკრება, რადგან მან შეიძლება ვერ შენიშნოს და არაფერი გითხრათ ხანგრძლივ მიმდინარე პროცესზე. ამის გარკვევა აუცილებელია, რადგან ხშირად პროცესის ხანგრძლივობა მიუთითებს დიაგნოზზე.

მხედველობის მწვავე დარღვევისას საჭიროა სპეციალისტის კონსულტაცია.
უმრავლეს შემთხვევაში, კარგად შეკრებილი ანამნეზი დიაგნოსტიკის საშუალებას იძლევა.

- სინათლის ციმციმის და ცვალებადი მხედველობითი სიმპტომები, მიუთითებს მინისებური სხეულის აშრეგებაზე, მინისებურ სხეულში სისხლჩაქცევაზე ან ბადურის აშრეგებაზე.
- მხედველობის ველის ჰორიზონტალური შეზღუდვა, მიუთითებს ბადურის სისხლძარღვების დაზიანებაზე, ხოლო ვერტიკალური დეფექტი, მიუთითებს ოპტიკური ნიანჭის დაზიანებაზე.
- მხედველობის ველის ცენტრალური შეზღუდვა, მიუთითებს მაკულის დაზიანებაზე.
- თანმხლები სიმპტომები, როგორცაა გულისრევა ან თავის ტკივილი მიუთითებს შაკიკის ან გიგანტურ უჯრედოვანი არტერიტის არსებობაზე.

ზოგჯერ დიაგნოზი დგინდება მხედველობის სიმანვილის განსაზღვრის საფუძველზე:

- სინათლის აღქმის ტოტალური დარღვევა, მიუთითებს, ბადურის ცენტრალური არტერიის ოკლუზიაზე ან მხედველობის ნერვის თავის მომმარაგებელი არტერიის ოკლუზიაზე.
- ოფთალმოსკოპიისას, წითელი რეფლექსის გაქრობა, მიუთითებს, მინისებურ სხეულში სისხლჩაქცევაზე, ასევე პაციენტს შეიძლება აღენიშნებოდეს კატარაქტა.

- მაკულის, ბადურის სსჯა ნაწილების, მხედველობის ნერვის დათვალიერებამ შეიძლება გამოავლინოს ამ არეების სისხლჩაქცევა, არტერიული ან ვენური ოკლუზია.

მინისებრი სხეულის უკანა აზრებობა

ცვალებადი მხედველობის მწვავე დასაწყისის ყველაზე ხშირი მიზეზია, მინისებრი სხეულის უკანა აზრებობა. განსაკუთრებით ასაკოვან პაციენტებში. ანამნეზი-პაციენტი უჩივის ცვალებად მხედველობას. ამ დროს მინისებური სხეული ჩააზნიქება და სცილდება ბადურას. თუ გამოხატულია სინათლის ციმციმის სიმპტომიც, ეს მიანიშნებს ბადურის ტრაქციაზე და აზრებობაზე. თბიექტურად-მხედველობის სიმანვილე ნორმალურია. მხედველობის ველის დარღვევა არ შეინიშნება. მართვა-საჭიროა სპეციალისტის კონსულტაცია.

სისხლჩაქცევა მინისებურ სხეულში

კლინიკა-პაციენტი უჩივის ცვალებადი მხედველობის უეცარ დასაწყისს და წერტილების შეგრძნებას ხედვისას. მხედველობის სიმანვილე შეიძლება ნორმალური იყოს. თუ სისხლჩაქცევა ფართო და მკვრივია, მაშინ მხედველობის სიმანვილე შეიძლება შეეცირდეს. სინათლის ციმციმის სიმპტომი, მიუთითებს ბადურის ტრაქციაზე, რომელიც შეიძლება გადაიზარდოს ბადურის აზრებობაში. ჰემორაგიის მიზეზებია: სისხლძარღვთა სპონტანური დაზიანება, ბადურის აზრებობისას სისხლძარღვთა მოწყვეტა ან სისხლდენა. ბადურის აზრებობა, უფრო ხშირია ანლომხედველ პაციენტებში. თბიექტურად-მხედველობის სიმანვილე დამოკიდებულია ჰემორაგიის ზომაზე. ოფთალმოსკოპიით ვლინდება შესუსტებული წითელი რეფლექსი. შეინიშნება სისხლის კოაგულაციები, რომლებიც მოძრაობენ მინისებურ სხეულთან ერთად. მართვა-პაციენტი უნდა გაიგზავნოს სპეციალიზებულ კლინიკაში.

ბადურის აზრებობა

კლინიკა-პაციენტები უჩივიან უეცრად განვითარებულ ცვალებად მხედველობას (ეს სიმპტომი მიუთითებს მინისებურ სხეულში სისხლის ან პიგმენტის არსებობაზე), სინათლის ციმციმს, რაც ბადურის ტრაქციითაა გამოწვეული. პაციენტები ექიმს, ჩვეულებრივ, მაშინ აკითხავენ, როდესაც დაზიანების კერა დიდ ზომას აღწევს. უარესდება მხედველობის სიმანვილე და ვიწროვდება მხედველობის ველი. მხედველობის სიმანვილე სუსტდება, თუ დაზიანება ვრცელდება მაკულის არეზეც.

ბადურის აზრებობა, უფრო ხშირია, ანლომხედველ პაციენტებში, რადგან ამ დროს ბადურა თხელია, დაზიანებული ბადურის მქონე პირებში და პირებში, რომელთაც წარსულში გადატანილი აქვთ კატარაქტის ოპერაცია. დიაბეტიან პაციენტებში ბადურის აზრებობა, შეიძლება, გამოწვეული იყოს ბადურის ქვემდებარე ქსოვილის შეჭმუნებით.

გამოკვლევა-თუ მაკულა დაზიანებული არ არის, მაშინ მხედველობის სიმანვილე ნორმალურია, ხოლო თუ აზრებობა შეეხება მაკულის არესაც, მაშინ შესაძლებელია მხოლოდ თითების დათვლა ან ხელის მოძრაობის დაფიქსირება. მხედველობის ველის შეზღუდვა, დამოკიდებულია აზრებობის მდებარეობაზე და ზომაზე. მცირე ზომის აზრებობის გამოსავლენად არ არის საკმარისი მხოლოდ პირდაპირი ოფთალმოსკოპია.

მართვა: პაციენტი საჭიროებს სასწრაფო გაგზავნას სპეციალიზებულ კლინიკაში.

არტერიების ოკლუზია

კლინიკა-პაციენტი უჩივის მხედველობის უეცარ დარღვევას, რომელიც შეიძლება იყოს მუდმივი ან დროებითი (Amaurosis fugax-გარდამავალი ამავროზი). მხედველობის დარღვევას პაციენტები აღიქვამენ, როგორც თვალების წინ ჩამოფარებულ ფარდას.

გამოკვლევა-მხედველობის სიმანვილე დამოკიდებულია მაკულის დაზიანების ხარისხზე. თუ, ბადურის ცენტრალური არტერია მთლიანად დაიხშობა, გაქრება გუგის რეაქცია სინათლეზე. მხედველობის ველის შეზღუდვა დამოკიდებულია ბადურის დაზიანებულ არეზე. ნეირობადურის შიგნითა თრქესამედს სისხლით ამარაგებს ბადურის არტერია და მისი ტოტები, ხოლო გარეთა ერთ მესამედს-სისხლძარღვოვანი გარსი (choroid). არტერიების ბლოკირებას იწვევს ათეროსკლეროზი, თრომბოზი ან ემბოლია. ინფარქტის დროს ბადურა შეშუპებული და მკრთალი ხდება.

თავდაპირველად, ოფთალმოსკოპით დათვალიერებისას პათოლოგია არ ვლინდება. ცვლილებები აღინიშნება შეშუპების განვითარების შემდგომ, ხოლო, როდესაც შეშუპება გაივლის, ფსკერი უბრუნდება ნორმას. სისხლძარღვებში ნახულობენ ქოლესტერინის ფოლაქებს ან კალციფიკატებს.

*მართვა-*გიგანტურ უჯრედოვანი არტერიტის გამორიცხვის მიზნით, საჭიროა, განისაზღვროს ედს.

მწვავე შემთხვევებში, უნდა გეცადოთ აღვადგინოთ ცირკულაცია თვალის მხუბუქი მასაჟით ან ნახშირორჟანგის შესუნთქვით. ეს უკანასკნელი იწვევს არტერიულ დილატაციას. საჭიროა რისკ-ფაქტორების დროული გამოვლინება და მათი თავიდან აცილება (მაგ. თამბაქო, ჰიპერლიპიდემია, დიაბეტი).

უკანა წამწამოვანი არტერიების ოკლუზია იწვევს მხედველობის ნერვის თავის იშემიას და ინფარქტს (იშემიური ოპტიკური ნეიროპათია). ამ დროს ოპტიკური დისკი ფერმკრთალია, აუცილებელია სწრაფად და დროულად გამოვლინებით გიგანტურ უჯრედოვანი არტერიტის არსებობა, რადგან სტეროიდებით მკურნალობის არადროულად დაწყების შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს მეორე თვალის დაზიანებაც.

ვენური ოკლუზია

კლინიკა- მხედველობის სიმანვილე იცვლება, თუ ზიანდება საფეთქლის არკადა და მაკულა. პაციენტები უჩივიან მხედველობის შესუსტებას ან მხედველობის ველის შეზღუდვას. თვალის სისხლძარღვებს ანასიათებთ თავისებურება-არტერიები და ვენები განვულნი არიან ერთ გარსში. ვენური ოკლუზია ყველაზე ხშირად ვითარდება ვენებისა და არტერიების გადაკვეთის წერტილში ან მხედველობის ნერვის დასაწყისში. არტერიული წნევის გაზრდა იწვევს ვენურ ოკლუზიას.

გამოკვლევა-ყვითელი ხალის დაზიანებამდე მხედველობის სიმანვილე არ ირღვევა. ვენური ტოტების დაზიანებისას, შეიძლება, გამოინატოს მხედველობის ველის პერიფერიული გამოვარდნა. ოფთალმოსკოპით ვლინდება სისხლჩაქცევები და შეშუპებული დისკი. თვალების წინ ღრუბლისებრი ლაქები მიუთითებს ბადურის იშემიაზე, რაც ცუდი პროგნოზული ნიშანია.

*მართვა-*უნდა გამოირიცხოს დიაბეტი, ჰიპერტენზია, სისხლის სიბლანტის მომატება და ვალაუკომა. **D**დროულად უნდა ჩატარდეს გამოვლენილი პათოლოგიის

მკურნალობა. ბადურის იშემია იწვევს ვაზობროლიფერაციული ფაქტორების გამოთავისუფლებას, რომლებიც ასტიმულირებენ ახალი სისხლძარღვების ფორმირებას ფერად გარსზე (რუბეოზი), ხოლო დრენაჟის კუთხის ნეოვასკულარიზაციამ, შეიძლება, მეორადად გამოიწვიოს გლაუკომის განვითარება. ლაზერული თერაპია გამოიყენება ბადურის ჩამოშლის თავიდან ასაცილებლად.

ყვირთვილი ხალის დისკომიური დემენარაცია

კლინიკა–პაციენტი უჩივის ცენტრალური მხედველობის უეცარ დარღვევას. სწორი ხაზები ეჩვენებათ ტალღისებურად, საგნები დამანინჯებულად, გამრუდებულად, შეცვლილი (გადიდებული და შემცირებული) ზომებით. საბოლოოდ ცენტრალური მხედველობა სრულიად იკარგება.

გამოკვლევა– მხედველობის სიმანვილის დარღვევა დამოკიდებულია მაკულის დაზიანების ფართობზე. თუ პაციენტი უყურებს ბადისებურ საგანს, ხაზები ცენტრში გამრუდებულად ეჩვენება, ხოლო პერიფერიულ ხაზებს ხედავს ნორმალურად. ფსკერის გამოკვლევისას ყვითელი ხალი გამოიყურება ნორმალურად ან ცენტრში შეინიშნება ამოწეული არე.

მართვა–პაციენტს ესაჭიროება მკურნალობა სპეცილიზებულ კლინიკაში.

რეტროზულბარული ნიირიტი

კლინიკა–აღნიშნული პათოლოგია ხშირია 20–40 წლის ასაკის ქალებში, რომლებიც უჩივიან მხედველობის დარღვევას და ტკივილს ერთ თვალში. ტკივილი ძლიერდება თვალის მოძრაობისას. მხედველობის სიმანვილე შეიძლება ნორმალური იყოს (ნ/ნ-ზე) ან შესუსტებული მხოლოდ სინათლის აღქმის დონემდე. პაციენტს აღნიშნება დაზიანებულ მხარეს გუგის დეფექტი და ვერ აღიქვამს წითელ ფერს. მხედველობის ველის დეფექტი გამონატულია ცენტრალურად (ცენტრალური სკოტომა). მხედველობის ველი აუცილებლად უნდა გამოვსკვლიოთ მეორე თვალშიც, იმისათვის რომ არ გამოგვეპაროს ჰიპოფიზის შეშუპება.

შესაძლოა პაციენტი წარსულშიც აღნიშნავდეს მსგავსი სიმპტომების გამოვლინებას. დემიელინიზაციის სხვა ნიშნების არსებობისას (მაგ. სისუსტე, განაგლის და შარდის შეუკავებლობა, ნემსების ჩხვლეტის შეგრძნება უნდა ვივარაუდოთ გაფანტული სკლეროზის არსებობა.

მართვა–ზოგიერთ შემთხვევაში, განკურნება სპონტანურია. პაციენტებს შესაძლოა აღნიშნებოდეთ მხედველობის სიმანვილის დაქვეითება და ოპტიკური ატროფიის ნარჩენი მოვლენები. სტეროიდებით მკურნალობა მთლიანად ვერ ცვლის დაავადების პროგნოზს, მაგრამ შეიძლება დააჩქაროს გამოჯანმრთელება. მაღალი დოზებით სტეროიდების ინტრავენური ინექციები საბოლოოდ პროგნოზზე ნაკლებ გავლენას ახდენენ, მაგრამ აფერხებენ გაფანტული სკლეროზის ჩამოყალიბებას და სწრაფ განვითარებას. აუცილებელია პაციენტის გაგზავნა ნევროპათოლოგთან.

შაპიპი

კლინიკა–შაკიკის პირველი სიმპტომი შეიძლება იყოს მხედველობის დაქვეითება. შაკიკი გარდა აღნიშნულისა ხასიათდება რიგი თავისებურებებით:

- შაკიკის ოჯახური ანამნეზი
- შეტევებს იწვევს გარკვეული მაპროვოცირებელი ფაქტორები. მაგ. საკვები

- ორივე თვალში მრავალფეროვანი ნათება, სინათლის ციმციმი და ზიგზაგი ხაზებია გამოსახული.
- თან ახლავს გულისრევა და ძლიერი თავის ტკივილი

მხედველობის ველის ბილატერალური დარღვევა რამოდენიმე საათში გამოსწორდება. *მართვა*–საჭიროა მკურნალობა ანალგეზიური და ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატებით. ხშირი შეტევების დროს რეკომენდირებულია ხანგრძლივი პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

მხედველობის თანდათანობითი დაკარგვა
ნაწილობრივი უსინათლობა და სიბრმავე

მხედველობის თანდათანობითი დაკარგვის მიზეზები

- რეზრაქტიული ცდომა–რეფრაქტერული ცდომის არსებობის დადგენა, შესაძლებელია, პინჰოლით ტესტირებისას. თუ არსებობს რეფრაქტერული ცდომა, პინ ჰოლში განედვისას მხედველობა უნდა გამოსწორდეს. თუ პაციენტი ატარებს მძლავრ სათვალეს, მაშინ მისი ტესტირებისას, საჭიროა, პინ-ჰოლის გამოყენება. როდესაც გამოირიცხება მხედველობის დაკარგვის სხვა მიზეზები და დაფადავრით, რომ იგი გამოწვეულია რეფრაქტერული დარღვევებით, პაციენტი უნდა გავაგზავნოთ ოფთომეტრისთან რეფრაქციის ცდომის ხარისხის დასადგენად.
- კატარაქტა–ეს არის მხედველობის თანდათანობითი შესუსტების ყველაზე ხშირი მიზეზი. კატარაქტის დადგენა წითელი რეფლექსის შაშუალებით წარმოებს. თუ მხედველობის დაკარგვა ძლიერ ზეგავლენას ახდენს პაციენტის ცხოვრების წესზე, საჭიროა, მისი გავაგზავნოთ სპეციალისტთან. თუ კატარაქტიან პაციენტებს აღენიშნებათ გუგების აშკარა დეფექტი და საერთოდ არ შეუძლიათ სინათლის აღქმა, მაშინ უნდა ვიფარაუდოთ სხვა დაავადების არსებობაც.
- პირველადი ღია კუთხოვანი ბლასპომა–პაციენტები მხედველობის დარღვევას არ უნივიან დაავადების მოგვიანებით სტადიებამდე. ეს კი ზრდის სკრინინგის აუცილებლობას. როდესაც პაციენტი უნივის მხედველობის თანდათანობით გაუარესებას, ყოველთვის უნდა ვიფარაუდოთ პირველადი და კუთხოვანი გლაუკომის არსებობა. ამ დროს, უნდა გამოვიყვილოთ არსებობს თუ არა გლაუკომის ოჯახური ანამნეზი. ზოგჯერ მხედველობის სიმანგილე არის ნ/ნ-ზე, მაგრამ მაინც საჭიროა მხედველობის ველის შემოწმება წითელი კალმის ან ქინძისთავის მოძრაობის საშუალებით. ასევე უნდა შევამოწმოთ არის თუ არა გამონატული ოპტიკური დისკის ფიალისებური ფორმის ცვლილება ან ასიმეტრია, მეორე თვალის ოპტიკურ დისკთან შედარებით.
- მაკულის ასაკობრივი დეგენერაცია–ამ დროს, გამონატულია მხედველობის ველის ცენტრალური დეფექტის თანდათანობითი განვითარება. მაკულაზე გამონატულია პიგმენტური ცვლილებები. ეს პათოლოგია უფრო ხშირად გვხვდება ახლომხედველ პაციენტებში, ზიანდება ორივე თვალი, მაგრამ ზოგჯერ გამონატულია ასიმეტრიული დაზიანება. მაკულის თანდათანობითი დაზიანებით გამოწვეული მხედველობის გაუარესება მკურნალობას არ ექვემდებარება, მაგრამ თუ დაავადების მიმდინარეობის დროს გამოვლინდება მხედველობის მწვავე გაუარესება, ეს ნიშნავს, რომ ბადურის ქვეშ მოთავსებულია გამონაჟონით სავსე უბანი, რომელიც ლაზერით მკურნალობას კარგად ემორჩილება.

- ბაღურის თანდაყოლილი დეპენდენცია-ეს უფრო იშვიათი პათოლოგიაა, რომელიც მემკვიდრეობითი ანამნეზის მქონე პაციენტებში ყოველთვის უნდა გაფთვალისწინოთ. სიმპტომები გამოინატება ღამის პერიოდში მხედველობის გაუარესებით და სინათლისადმი ტოლერანტობის შემცირებით. დეპენდენციის უმეტესი ტიპები მკურნალობას არ ექვემდებარებიან, მაგრამ ზოგიერთი მათგანი დაკავშირებულია ზოგად მეტაბოლურ დაავადებებთან, ამიტომ საჭიროა ამ დაავადებათა მკურნალობა, რომ შევანეროთ მხედველობის გაუარესება.
- მემკვიდრეობითი მხედველობის დაკარგვა, შეიძლება, ზოგიერთმა წამალმაც გამოიწვიოს. მაგ. ქლოროქინმა ან ეტამბუტოლმა. ცნობილია, რომ ალკოჰოლი და ნიკოტინიც ჭარბი მონძარებისას აზიანებენ მხედველობას. ასეთივე თავისებურებით გამოირჩევა მეთანოლიც. სისტემური სტეროიდები იწვევენ კატარაქტას, ხოლო სტეროიდული წვეთები-გლაუკომას.

მედიკაციის თანდაყოლილი გაუარესების მართვა

მხედველობის თანდაყოლილი გაუარესების საწყისი მენეჯმენტი დამოკიდებულია პათოლოგიის გამომწვევ მიზეზზე. რეფრაქტული ცდომის გამოსასწორებლად საკმარისია სათვალის გამოყენება. კატარაქტის სამკურნალოდ ახდენენ მის ექსტრაქციას, ხოლო შემდეგ ხელოვნური ბროლის იმპლანტაციას. გლაუკომის დროს, საჭიროა, ინტრაოკულარული წნევის დაქვეითება. არსებობენ სხვა პათოლოგიებიც, რომლებიც მედიკამენტოზურ ან ქირურგიულ მკურნალობას არ ექვემდებარებიან. მიუხედავად ამისა, ბევრი რამის გაკეთება შეიძლება ასეთი პაციენტებისათვის.

- კარგი განათება-პაციენტებს უნდა გურჩიოთ, რომ საჭიროა კარგი განათება კითხვის და სხვა საქმიანობის დროს. განათება უნდა ეცემოდეს ზურგის მხრიდან.
- დამხმარე საშუალებები სუსტი მხედველობის დროს-დიდი დახმარების გაწევა შეუძლია მარტივ გამადიდებელ სათვალეს. საზოგადოებრივ ბიბლიოთეკაში არსებობს მსხვილი შრიფტით ნაბეჭდი სპეციალური წიგნები. ზოგჯერ სათვალეებზე ამარგებენ გამადიდებელ მოწყობილობას. მრავალი სპეციალური ხელსაწყო არსებობს საოჯახო საქმიანობის შესასრულებლად.

ნაწილობრივ მხედველთა და სრულ უსინათლოთა რებისტრაცია

პაციენტი იგზავნება ოფთალმოლოგთან, რომელიც ავსებს სპეციალურ ფორმას. ნაწილობრივ მხედველად ითვლება პიროვნება, რომელსაც ორივე თვალში აღინიშნება მხედველობის სიმახვილე 6/6-ზე ან უფრო სუსტი. ზოგჯერ მხედველობა უკეთესია, ვიდრე 6/6-ზე, მაგრამ შეზღუდულია მხედველობის ველი.

სრულ უსინათლოდ ითვლება პიროვნება, რომლის მხედველობის სიმახვილე ორივე თვალში არის ან 3/6-ზე, ან უფრო სუსტი. უსინათლოთა რეგისტრაციის დროსაც ითვალისწინებენ მხედველობის ველის მდგომარეობას.

მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტს არ დაფუკარგოთ მომავლის რწმენა. მან არ უნდა ჩათვალოს, რომ ყველაფერი დაკარგულია. უსინათლო პაციენტები საჭიროებენ მთელ რიგი დამხმარე სამსახურების მხარდაჭერას, რომელთა შორის სოციალურ მუშაკს ყველაზე დიდი როლი ეკისრება.

კატარაქტა

სიმპტომები:

- კითხვის გაძნელება
- სახის ამოცნობის გაძნელება;
- ტელევიზორის ყურების გაძნელება;
- მხედველობის გაუარესება ძლიერი განათებისას
- მანქანის მართვის გაძნელება;

კატარაქტა არის ტერმინი, რომელიც ნიშნავს ბროლის ნაწილობრივ გაუმჭვირვალობას ან სრულ ბუნდოვნებას. მსოფლიოში კატარაქტა უსინათლობის ყველაზე ხშირი მიზეზია. კატარაქტის გავრცელების სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება. 50-დან 59 წლამდე, კატარაქტა, აღინიშნება პირთა 65% -ში, ხოლო 80 წლის შემთხვევაში თითქმის ყველას აღინიშნება ბროლის შემდგომი სხვადასხვა ხარისხი. როდესაც ბროლის შემდგომი მხედველობის მნიშვნელოვანი გაუარესება იწვევს დეგრადაციის აუცილებლობის საკითხს.

სიმპტომები დამოკიდებულია პროცესის ორმხრივობაზე, ხარისხზე და პოზიციაზე. თუ ბროლის შემდგომი ცალმხრივია, პაციენტი დიდხანს ვერ ამჩნევს მხედველობის დეფექტს. ზოგჯერ იგი გამოვლინდება სამედიცინო გამოკვლევებისას.

კატარაქტის ნიშნები

- მხედველობის სიმანვილის დაქვეითება
- თვითალმოსკოპიისას წითელი რეფლექსის შესუსტება. წითელი რეფლექსი ჩანს თვალის ფსკერის თვითალმოსკოპიით დათვალიერებისას პაციენტიდან ორი ნაბიჯის მანძილის სიშორიდან. წითელი რეფლექსი უფრო ადვილად ჩანს გუგების დილატირებისას.
- ცვლილებები ბროლის გამოსახულებაში. თუ თვალს გაგანათებთ კაშკაშა სინათლით, ბროლი გამოჩნდება ყავისფერი ან თეთრი, თუ კატარაქტა მკვეთრად არის გამოხატული.

მართვა:

ჩამოყალიბებული კატარაქტის ეფექტურად სამკურნალოდ მედიკამენტოზური საშუალებები არ არსებობს. მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია. ბროლის ამოღების შემდეგ თანამედროვე თვალში ვითარდება ძლიერი ჰიპერმეტროპია (შორსმხედველობა), რომლის კომპენსირებასაც თვალის ხელოვნური კორექციის გარეშე ვერ ახერხებს. ამ რეფრაქტურული ცდომილების გამოსასწორებლად თანამედროვე თვალში ათავსებენ პლასტიკურ ინტრაოკულარულ ბროლის იმპლანტანტს. ამ დროს სათვალის ხმარება მაინც საჭიროა, განსაკუთრებით კითხვის დროს, რადგან ხელოვნურ ბროლს ფიქსირებული ფოკუსი გააჩნია. თუ ხელოვნური ბროლის ჩადგმა

ტექნიკურად შეუძლებელია, ან თუ თბერაცია ჩატარებულია ხელთნური ბროლის შემოღებამდე, თბტიკურ კორექციას შეიძლება მიგაღწიოთ სათგალით ან კონტაქტური ღინწებით.

საოგალმ-ნატურალურ ბროლს დიდი რეფრაქტერული ძალა გააჩნია, ამიტომ კატარაქტის ექსტრაქციის შემდეგ საჭირო სათგალე საკმაოდ სქელი და მძიმეა. ასეთი სათგალის მეშვეობით საგნების აღქმა ხდება ბევრად უფრო ახლოს, ვიდრე ისინი რეალურად მდებარეობენ. ეს ხშირად უსიამოვნო სიტუაციებს იწვევს. ასეთი სათგალის მონმარებისას შეზღუდულია მხედველობის ველიც. მხედველობის ხილული ველის ირგვლივ კი პაციენტები ხედავენ ბნელ რგოლს. აღნიშნული ხარგეწები არ აღინიშნება კონტაქტური ღინწების მმარებისას და ბროლის ინტრაოკულარული იმპლანტაციისას.

კონტაქტური ღინწებით წარმოსახული საგნების წომა 10% -ით მეტია, ვიდრე ნორმალური თგალით. თავის ტვინს აქვს ამ უთანმობის გადალახვის უნარი. ასე რომ, ნაოპერაციები და არანაოპერაციები თგალებით ერთდროულად შეიძლება საგნის დანახვა.

პაციენტების უმრავლესობა ხანდაწმულია და ამიტომ, ძირითად პრობლემას წარმოადგენს არაადექვატური ცრემლდენა ან ინფექცია.

ბროლის მმორაღი ინტრაოკულარული იმპლანტაციით, სათგალის ან კონტაქტური ღინწების მმარება პრობლემებს წარმოშობს საკითხი დგება ბროლის მეორადი ინტრაოკულარული იმპლანტაციის შესახებ. ეს კი დაკავშირებულია გარკვეულ რისკთან. ამიტომ გადაწყვეტილების მიღებამდე უნდა გაფიოგალისწინოთ ყველა დადებითი და უარყოფითი ასპექტი, რომელიც თან ახლავს ამ თბერაციას.

რეფრაქტერული ცდომა

თგალი, რეფრაქტერული ცდომით

ბუნდოვანი მხედველობა, ყველაზე ხშირად, გამოწვეულია რეფრაქციის ცდომილებით. წოგადი პრაქტიკის ექიმში იშვიათად ხვდება თავის პრაქტიკაში ამ პათოლოგიას, ვინაიდან ასეთი პაციენტები თფთომეტრისტებს მიმართავენ.

პაციენტის გამოკვლევისას, აუცილებელია, გამოგარკვიოთ სუსტი მხედველობა რეფრაქტერული ცდომით არის გამოწვეული, თუ სხვა პათოლოგიით. ამ შემთხვევაში გვემარება მარტივი პინ-ჰოლის ფირფიტა. თუ რეფრაქტერული ცდომა ძალიან დიდი არ არის, პინ-ჰოლის გამოყენებისას მხედველობა უმჯობესდება. ეს კი საშუალებას გვაძლევს გამოგრიცხოთ დაავადების არსებობა. ნორმაში, თუ თგალის რეფრაქტერული ცდომა არ არსებობს და იგი მოსგვენებულ მდგომარეობაშია, საგნიდან წამოსული სინათლის სხივები ფოკუსირდება თგალის ბადურაზე (ემეტროპია). თგალის რეფრაქტერული სიმძლავრის თრ-მესამედს განაპირობებს რქოვანა, ხოლო ერთ-მესამედს ბროლი. დაავადება, რომელიც აწიანებს რქოვანას, მაგ. კერატოკონუსი იწვევს მწვავე რეფრაქტერულ მოშლილობებს.

ახლოს მდებარე საგნებიდან წამოსულ სხივებს ახასიათებს დიფერენცია და მათი ბადურაზე ფოკუსირება განპირობებულია აკომოდაციის პროცესით. ცირკულარული წამწამოგანი კუნთი იკუმშება, რის გამოც ბუნებრივად ელასტიური ბროლი დებულბს უფრო მრგვალ ფორმას. ამით იწრდება ბროლის კონვერგენციული სიმძლავრე. ასაკის მატებასთან ბროლი კარგავს ელასტიურობას და ცილიარული კუნთის შეკუმშვა აღარ იწვევს მისი ფორმის შეცვლას. დაახლოებით, თრმოცი წლის შემდეგ ასაკში, ახლოს მდებარე საგნების გარჩევა

თანდათანობით ძნელდება (პრესბიოპია). ამიტომ პიროვნება ცდილობს საგნები მოშორებით დაიჭიროს, რათა შეამციროს აკომოდაციის საჭიროება.

იმისათვის, რომ ვუზრუნველყოთ წამოსული სნივების ფოკუსირება ბადურაზე, საჭიროა ამოწმებული ღინწები სათვალის სახით. ყველა პიროვნებას, რომელსაც ახალგაზრდობაში აღენიშნება ემეტროპია, მოგვიანებით ასაკში კითხვისათვის და ახლო სამუშაოებისათვის სჭირდება სათვალე. მხედველობა არ ზიანდება ცუდი განათების პირობებში კითხვისას ან სათვალის უგულებელყოფით. გამონაკლისს წარმოადგენენ მცირეწლოვანი ბავშვები, რომლებიც აუცილებლად საჭიროებენ რეფრაქციის ცდომის კორექციას, რათა თავიდან ავიცილოთ ამბლიოპიის ჩამოყალიბება.

მიოპია ანუ ახლომხედველობა

თუ რქოვანას და ბროლის კონვერგენციული სიმძლავრე დიდია, ან თუ თვალს აქვს შედარებით მოკრძო ფორმა, საგნიდან წამოსული სნივების ფოკუსირება ხდება არა ბადურაზე, არამედ მის წინ. მკაფიო მხედველობის მისაღწევად, საჭირო ხდება ჩაწნეული ღინწების ხმარება.

ახლოს ხედვისას სინათლის სნივები ფოკუსირდება ბადურაზე მცირე აკომოდაციის საშუალებით, რომელიც დამოკიდებულია მთლიან ხარისხზე, ან საგნის მდებარეობაზე. ახლომხედველი პირები გვიან ასაკში სათვალის გარეშე კითხულობენ მაშინ, როდესაც ემეტროპიის მქონე პირები საჭიროებენ ასაკში სათვალის ხმარებას.

კატარაქტის განსაზღვრული ტიპის დროს (ბერთვული სკლეროზი) იზრდება ბროლის რეფრაქტიული სიმძლავრე, რაც აძლიერებს მითიას. ასეთი პაციენტები ამბობენ, რომ მათ აღენიშნებათ ძლიერ მაღალი ხარისხის ახლომხედველობა, აქვთ ბადურის აშრეგების, მაკულარული დეგენერაციის და პირველადი ღიაკუთხოვანი გლაუკომის განვითარების მაღალი რისკი.

ჰიპერმეტროპია ანუ შორსმხედველობა

თუ რქოვანას და ბროლის კონვერგენციის სიმძლავრე არის მცირე ან თვალს აქვს შედარებით მოკლე სიგრძე, საგნიდან წამოსული სნივები ფოკუსირდება არა ბადურაზე, არამედ მის უკან. ახალგაზრდა ახლომხედველი პირებისაგან განსხვავებით, ახალგაზრდა შორსმხედველ პირებს სჭირდებათ აკომოდაცია, რომ ბადურაზე მიიღონ მკაფიო გამოსახულება. შორსმხედველ პიროვნებას ახლოს მდებარე საგნის დათვალიერებისას სჭირდება მეტი აკომოდაცია. ეს შესაძლებელია სიცოცხლის მეორე და მესამე დეკადის ჩათვლით. ნოლო კითხვისათვის სათვალის ხმარება შორსმხედველ პირებს ბევრად უფრო ახალგაზრდა ასაკში სჭირდებათ, ვიდრე ნორმალური რეფრაქციის მქონე პირებს. ჩვეულებრივ სათვალის საჭიროება იქმნება 50 წლის ასაკის ზევით. თუ გვაქვს მაღალი ხარისხის ჰიპერმეტროპია, მაშინ აკომოდაციის უნარი საკმარისი აღარ არის და ასეთ შემთხვევაში პაციენტები, როგორც შორს მდებარე, ასევე ახლოს მდებარე საგნების დათვალიერებისას სათვალის ტარებას ადრეული ასაკიდან საჭიროებენ.

გლაუკომა

გლაუკომა მოიცავს დარღვევითა მთელ რიგს. მისთვის დამახასიათებელია ობტიკური დისკის ამონეკილობა, მხედველობის ველის შეზღუდვა, ინტრაოკულარული წნევის მომატება, რაც განაპირობებს თვალის დაზიანებას. გლაუკომა მსოფლიოში რიგით მესამე დაავადებაა, რომელიც სიბრძნვეს იწვევს.

ნორმაში ცილიარული სხეული გამოიმუშავებს სეკრეტს. სითხე უკანა კამერიდან წინა კამერაში გუგის გავლით მიედინება. სითხე გავლის ტრაბეკულურ ქსელს და შლემის არხის გავლით მიედინება ეპისკლერალურ ვენაში. შესაძლოა სითხის დენა და დრენირება დაირღვეს აღნიშნულ გზაზე.

თვალშიდა წნევის მომატებით გამოწვეული კლინიკური ნიშნები დამოკიდებულია წნევის აწევის ხარისხზე და სისწრაფეზე.

სიმპტომები და ნიშნები

პირველადი ღია კუთხოვანი გლაუკომის დროს, (რომელიც ასევე ცნობილია ქრონიკული ღია კუთხოვანი გლაუკომის სახელით) მხედველობის მძიმე დაზიანების ჩამოყალიბებამდე, პაციენტებს უჭირთ დაავადების სიმპტომების შექმნევა. წნევის აწევა და მის შედეგად განვითარებული თვალის დაზიანება იმდენად ნელა მიმდინარეობს, რომ ორგანიზმი ახერხებს კომპენსირებას ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. ამის საპირისპიროდ მწვავე დახურულ კუთხოვანი გლაუკომა ვითარდება სწრაფად, რადგან წითელ მტკივნეულ თვალის ინტრაოკულარული წნევის მომატება გამოწვეულია ინტრაოკულარული წნევის სწრაფი აწევით.

რგოლები სინათლის ირგვლივ და ბუნდოვანი რქოვანი

რქოვანას გამჭვირვალობას უზრუნველყოფს ენდოთელიალური უჯრედების მიერ სითხის მუდმივი გადინება. გლაუკომის დროს რქოვანაში გროვდება სითხე, რაც იწვევს მხედველობის სიმახვილის შემცირებას და სინათლეზე რგოლების შეგრძნებას.

ტკივილი

წნევის ნელი აწევისას, გლაუკომის განვითარებას ტკივილი არ სდევს თან, მანამ სანამ წნევა ძლიერ არ აიწევს. ასე, რომ პირველად ღია კუთხოვანი გლაუკომის ტკივილი არ ახასიათებს.

მხედველობის ველის გამოვარდნა

ბადურის ნერვის ბოჭკოებზე ზეწოლა და ნერვის თავის ქრონიკული იშემია იწვევს ბოჭკოების დაზიანებას, რაც გამოვლინდება მხედველობის ველის გამოვარდნით (arcuate scotoma). მხედველობის ველის გამოვარდნა ხდება ცენტრალურად. პაციენტი მას დიდხანს ვერ ამჩნევს. მხედველობის ველის გლაუკომატოზური დაზიანების ტერმინალურ სტადიაზე მხედველობის ველის სიფართო უზრუნველყოფილია იმ მცირერიცხოვანი ბოჭკოებით, რომლებიც არ ზიანდება. ამ სტადიაზე შეიძლება მხედველობის სიმახვილე იყოს 6/6-ზე. ასეთ მხედველობას ეწოდება გვირაბისებური მხედველობა (tunnel vision).

ცვლილებები დისკზე-ბადურაზე ოპტიკური დისკი მდებარეობს წერტილში, სადაც ბადურის ნერვის ბოჭკო თავსდება. გაზრდილი წნევის პირობებში ბოჭკო განიცდის ატროფიას. ამიტომ დისკი იღებს დამახასიათებელ ფიალისებურ ფორმას.

ვენის ოკლუზია

ინტრაოკულარული წნევის გაზრდა ხელს უწყობს ვენური სისხლის დინების დათრგუნვას, რაც განაპირობებს ვენური ოკლუზიის ჩამოყალიბებას.

თვალის ზომაში მომატება

მოზრდილ პირებში, თვალის ზომები არ იზრდება. მცირეწლოვან ბავშვებში გლაუკომის დროს აღინიშნება თვალის ზომის მომატება (*buphthalmos*). ასეთ ბავშვებს აღენიშნებათ ფოტოფობია, წყლიანი თვალი და დაბინდული რქოვანა.

პირველადი, ღია კუთხოვანი გლაუკომა

რისკის ჯგუფები

- ასაკოვანი პირები
- ოჯახური ანამნეზი
- დიაბეტი
- ძლიერი ანლომხედველობა

პირველადი ღია კუთხოვანი გლაუკომა გლაუკომის ყველაზე ხშირი ფორმაა.
სიმპტომები:

ვინაიდან პათოლოგიური პროცესი თანდათანობით ვითარდება, პაციენტები არ მოგეპართავენ მანამ, სანამ არ განვითარდება მძიმე მოშლილობა. დაავადების გამოვლინება შესაძლებელია მაღალი რისკის ჯგუფის პირებში სკრინინგით. გაერთიანებულ სამეფოში გლაუკომით დაავადებულ პირთა გამოვლენა, ძირითადად, ხდება ოფთომეტრისტების მიერ რუტინული გამოკვლევების დროს.

რისკი ჯგუფები:

40-49 წლის ასაკის მქონე ჯგუფებში დაავადების განვითარების რისკია 0,02% , ხოლო 80 წლის ზევით-10%. Pპაციენტების პირველი რიგის ნათესავებს აღენიშნებათ გლაუკომის განვითარების რისკი 1/10-ზე. ასეთივე პროცენტული მონაცემი შეინიშნება დიაბეტიან და ძლიერ ანლომხედველ პირებში.

ნიშნები:

თვალი გარეგნულად ასიმპტომურია. ყველაზე პათოგნომური ნიშანია დისკის ცვლილებები. ნერვის ბოჭკოების ატროფიის პროგრესირებასთან ერთად, იზრდება დისკი თანდათან თასისებური ფორმის ხდება. სწავლასწავა თვალში თასისებრი დისკოს ასიმეტრიასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან ხშირად დაავადება ერთ თვალში

უფრო მეტად ვითარდება. სისხლჩაქცევის არსებობა ობტიკურ დისკზე მნიშვნელოვან პროგნოზულ ნიშანს არ წარმოადგენს.

მწვავე დახურულკუთხედიანი გლაუკომა

რისკის ჯგუფები

- ასაკოვანი პირები
- შორსმხედველი პირები

გლაუკომის ეს ფორმა კარგად არის ცნობილი, რადგან გამოვლინდება მწვავე ფორმით. დაზიანებული თვალი წითელი და მტკივნეულია. მწვავე დახურულკუთხედიანი გლაუკომის დროს, ბროლს, ფერადი გარსის მიმართ უკავია ისეთი მდებარეობა, რომელიც ხელს უშლის სითხის დინებას უკანა კამერიდან წინა კამერისაკენ. ეს უფრო ხშირად საღამოს საათებში ვითარდება, როდესაც გუგა ნახევრად დილატირებულია. სითხე გროვდება ფერადი გარსის უკან, შედეგად ფერადი გარსი აწევს ტრაბეკულურ ქსელს და კეტავს დრენაჟის კუთხეს. ამის გამო თვალში და წნევა სწრაფად იზრდება.

სიმპტომები:

წნევის სწრაფად მომატების გამო, თვალი ხდება წითელი და მტკივნეული. გამონატულია ღებინება. ვითარდება რქოვანას შეშუპება, რაც იწვევს მხედველობის დაბინდვას. შეინიშნება სინათლის ირგვლივ რგოლებიც. ანამნეზში პაციენტი შეიძლება აღნიშნავდეს მსგავს შეტევას, რომელიც დაძინების შემდეგ მოიხსნა. ძილის დროს გუგები ვიწროვდება და პერიფერიული ფერადი გარსი კუთხეს აღარ აწევს.

ნიშნები:

მხედველობის სიმანვილის დარღვევა დამოკიდებულია რქოვანას შეშუპების ხარისხზე. თვალი წითელია და შენებისას მტკივნეული. რქოვანა დაბინდულია შეშუპების გამო. გუგა არის სინათლეზე ფიქსირებული და ნახევრად დილატირებული. წნევის გაზრდა იწვევს ფერადი გარსის იშემიას და ფიქსირებას.

მსუბუქი პალპაციისას დაზიანებული თვალი ჯანსაღთან შედარებით უფრო მაგარია. შეტევის ჩამთავრების შემდეგ, პაციენტის გამოკვლევისას დაზიანების ნიშნები აღარ გამოვლინდება.

მართვა:

მხედველობის შენარჩუნების მიზნით, საჭიროა გადაუდებელი თერაპია. თუ ჰოსპიტალიზაცია შეუძლებელია, მაშინ პაციენტს ინტრავენურად უნდა შეგუყვანოთ 500მგ აცეტაზოლამიდი (დიამოქსი), ადგილობრივ კი საჭიროა 4% პილოკარპინის ინსტილაცია, რაც ავიწრობს გუგას. თავდაპირველად უნდა დაგწიოთ ინტრაოკულარული წნევა, ხოლო შემდეგ ვიფიქროთ სითხის დინების აღდგენაზე ქირურგიული ან ლაზერული მეთოდით. პროფილაქტიკისათვის უნდა გუმკურნალოთ მუორე თვალსაც. არადროული მკურნალობის შედეგად, შეიძლება, მივიღოთ რქოვანასა და ფერადი გარსის ერთმანეთთან შეზრდა (პერიფერიული წინა სინექია).

ეს კი აზიანებს ტრანსპორტულ ქსელს. ასეთ დროს, საჭირო ხდება დრენირების აღდგენა ქირურგიული მეთოდით.

გლავუკომის სხვა ტიპები

წინა უვეიტის შედეგად, ბროლსა და ფერად გრასს შორის, შეიძლება, განვითარდეს ადჰეზია (უკანა სინექია). იგი აფერნებს სითხის დინებას უკანა და წინა კამერებს შორის. ფერადი გარსი ინტრაოკულარული წნევის გამო, ღებულობს ბურთისებრ ფორმას. ადჰეზია, შეიძლება, განვითარდეს ფერად გარსსა და რქოვანას შორისაც (პერიფერიული წინა სინექია). იგი ფარავს ტრანსპორტულ არეს. ქსელის ბლოკირებას იწვევს, აგრეთვე ანთებითი უჯრედების გროვებიც. ადგილობრივი სტეროიდების ხანგრძლივი ხმარება იწვევს ინტრაოკულარული წნევის მომატებას, რასაც პაციენტი ზოგჯერ სიბრძავემდეც კი მიჰყავს. ამიტომ, ტოპიკური სტეროიდებით ხანგრძლივი მკურნალობის დროს პაციენტები უნდა იმყოფებოდნენ ოფთალმოლოგიური მეთვალყურეობის ქვეშ.

ზოგჯერ, ფერად გარსზე ხდება ახალი სისხლძარღვების წარმოქმნა (რუბეოზი). ეს დამახასიათებელია დიაბეტის და ბადურის ცენტრალური ვენის ოკლუზიისათვის. ეს სისხლძარღვები იწვევენ ტრანსპორტულ ქსელის ბლოკირებას. ვითარდება რუბეოზული გლავუკომა მისი მკურნალობა ძალიან ძნელია.

თვით ტრანსპორტულ ქსელს, ზოგჯერ, ახასიათებს არასწორი განვითარება (თანდაყოლილი გლავუკომა). ზოგჯერ, კი შეიძლება დაზიანდეს თვალის ტრავმის გამო. თვალის ტრავმის მქონე პაციენტებს, მომავალში გლავუკომის განვითარების დიდი რისკი აქვთ. თვალის ტრავმის ფონზე განვითარებული სისხლდენისას, ერთნოტივობა შეიძლება გამოიწვიოს ტრანსპორტულ ქსელის ბლოკირება.

მედიკამენტური მკურნალობა:

ადგილობრივი მკურნალობისათვის არჩევის პრეპარატია-თიმოლოლი (ბეტა ბლოკერი). იგი ამცირებს სითხის სეკრეციას. უკუნაჩვენებია ფილტვის ან გულის პათოლოგიების დროს.

პარასიმპათომიმეტიკური საშუალებების წარმომადგენელია პილოკარპინი. იგი იწვევს გუგის შევიწროებას და ხელს უწყობს სითხის დრენირებას. სიმპათომიმეტიკური საშუალებებიდან გამოიყენება ადრენალინი. გვეგერიდითი ეფექტების თავიდან აცილების მიზნით შეიძლება გამოვიყენოთ მისი პროფორმები.

ორალური ან ინტრავენური ფორმით გამოიყენება კარბონანჰიდრაზას ინჰიბიტორები, მაგ. აცეტაზოლამიდი. ამცირებენ ინტრაოკულარულ წნევას სითხის სეკრეციის შემცირების გზით. მათ აღენიშნებათ ბევრი გვეგერიდითი მოვლენა: გულსრევა, პარესთეზია, თირმლის კენჭები, დაღლილობა.

მკურნალობა ლაზერით

ლაზერული მკურნალობა ტარდება სპეციალიზებულ კლინიკაში. ჩვეულებრივ, ამ მეთოდს იყენებენ ისეთი ტიპის გლავუკომის დროს, როდესაც სადრენაჟო კუთხე ღიაა. იგი უზიარესად გამოიყენება ასაკოვან პაციენტებში.

ლაზერული ირიდოტომია ტარდება დაზერულკუთხოვანი გლავუკომის დროს. ეს პროცედურა არ საჭიროებს თვალის ქირურგიულ გახსნას.

ქირურგიული მკურნალობა

ადრე ქირურგიულ მკურნალობას მედიკამენტოზური მკურნალობის არაეფექტურობის დროს მიმართავდნენ. დღეს უფრო ადრეულად ატარებენ თერაპიულ მკურნალობას, რადგან ამ გზით ყველაზე უკეთ მცირდება თვალშია წნევა. გადაწყვეტილების მიღება თერაპიული მკურნალობის შესახებ ხდება სარგებლობა-რისკის მაჩვენებლის სწორად შეფასებით.

სიელმე

სიელმე ნიშნავს მდგომარეობას, როდესაც საგნის ყურებისას ერთ-ერთი თვალი სხვა მიმართულებით იყურება. უნდა აღინიშნოს, რომ ახლომდებარე საგნების ყურებისას თვალის კონვერგენცია სიელმეს არ ნიშნავს.

რატომ არის სიელმე მნიშვნელოვანი?

- სიელმე, შეიძლება, მიგვანიშნებდეს ოკულარულ დაავადებაზე. საგნების თვალყურებისას თვალის ცვლილებები დაიკავონ ისეთი პოზიცია, როდესაც საგანი აისახება მაკულარულ არეში. ექსტრაოკულარული კუნთები განაპირობებენ ამ ფიქსირებული პოზიციის შენარჩუნებას. ერთ-ერთ ან ორივე თვალში მხედველობის დაზიანებისას ექსტრაოკულარულ კუნთებს, აღარ შეუძლიათ ფიქსაცია და ერთ-ერთი თვალი განზე იხედება. სიელმის განკურნება შესაძლებელია, თუ აღნიშნული პათოლოგიის მიზეზია კატარაქტა ან რეტინოპათიური ცდომა. დაავადების მიზეზის ამოცნობა, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, მცირეწლოვან ბავშვებში, რადგან მკურნალობის დაგვიანების შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს შეუქცევადი ცვლილებები. როდესაც ტვინი ინფორმაციას ღებულობს დაზიანებული თვალიდან, მხედველობის გზები არანორმალურად ვითარდება. ქერქოვანი ფუნქციის დაქვეითება იწვევს ამბლიოპიის ან ზარმაცი თვალის განვითარებას. ვინაიდან ბავშვები, იშვიათად, უნივიან მხედველობის შესუსტებას ერთ-ერთ თვალში, აუცილებელია და მნიშვნელოვანია სიფრთხილე, რომ დროულად გამოვავლინოთ პათოლოგია. ზოგჯერ სათვალის ტარება საკმარისი ხდება რეტინოპათიური ცდომის და მასთან დაკავშირებული სიელმის გამოსავლინებლად.
- სიელმემ ბავშვებში, შეიძლება, ამბლიოპია გამოიწვიოს. ზოგჯერ პირველადი პრობლემაა თვალის უსწორმასწორობა, რომელიც მეორედ იწვევს მხედველობის გაორებას, მცირეწლოვან ბავშვებში დიპლოპიის გადასალახად შეიძლება ერთ-ერთ თვალში მხედველობა დაქვეითდეს. ეს კი იწვევს მხედველობის გზების არასწორ განვითარებას.
- ზოგჯერ, სიელმე მიუთითებს სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობაზე. რეტინობლასტომა ბავშვებში სიელმით გამოვლინდება. ამ დროს სიელმე არ არის პარალიზური, ამიტომ სიელმის გადახრის კუთხე არის მუდმივი და არ შეესაბამება მხედველობის მიმართულების ცვლილებას. თვალი გადაინრება მხედველობის დაზიანების გამო. სიმსივნე, რომელიც იწვევს ინტრაკრანიალური წნევის მომატებას და მექქეს ნერვის დამბლას, მეორედ იწვევს სიელმესაც. ამ შემთხვევაში სიელმე პარალიზურია და სიელმის კუთხე იცვლება მხედველობის მიმართულების ცვლილების მიხედვით. ზოგჯერ სიელმე და დიპლოპია გამოვლინდება, როგორც Myasthenia gravis პირველი სიმპტომები.

სიეღმის ღიაზნოსტირება და კლინიკური უმზასება

მოზრდილები, უჩივიან თვალეზის გადანრას ან დიპლოპიას. ბავშვებში, როგორც წესი მოშობლები ამჩნევენ ამ პათოლოგიას. ზოგჯერ სახეზეა სიელმის თჯახური ანამნეზიცი. თჯახური ანამნეზი სიელმის განვითარების მძლავრი რისკ-ფაქტორია. ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებისას ბავშვებში, შედარებით, ხშირია სიელმის გამოვლინება. სიელმის ძალალი სისშირე შეინიშნება ბავშვებში, რომელთაც აღენიშნებოდათ სამშობიარო ტრაგეზები ან განვითარების შეფერნება. რაც უფრო ადრეულ ასაკში გამოვლინდება სიელმე, მით მეტია ოპერაციული ჩარევის საჭიროება. მუდმივი (მყარი) სიელმის პროგნოზი გარდამავალთან შედარებით უფრო ცუდია.

გამოკვლევა: დაადგინეთ მხედველობის სიმანვილე. თუ პინ-ჰოლით გამოკვლევისას ან სათვალის გამოყენებისას იგი არ გამოსწორდა, მაშინ უნდა ვიფიქროთ ოკულარულ დაავადებაზე ან ამბლიოპიაზე. განსაკუთრებით საყურადღებოა ბავშვთა ასაკი. აუცილებელია, აღნიშნული პათოლოგიების დროული მკურნალობა. წინაღმდეგ შემთხვევაში დიდია უსინათლობის ჩამოყალიბების რისკი. ჩვილებში მხედველობის სიმანვილის გამოკვლევა რთულია. საჭიროა დედას ვკითხოთ, უყურებს თუ არა ჩვილი მას ან საგნებს. თუ დაზიანებულია მხოლოდ ერთი თვალის ვიზუალური პრობლემები ხშირად შენიღბულია. თუ ბავშვს დაზიანებული აქვს ერთი თვალის და შესაბამისად აღნიშნულ თვალში შესუსტებულია მხედველობა და ჩვენ ჯანმრთელ თვალს დავაფარებთ ხელის გულს, მაშინ ბავშვი შეეცდება მოიცილოს ჩვენი ხელი. შედარებით მოზრდილ ბავშვებში მხედველობის შესაფასებლად გამოიყენება ფერადი ტკბილეული.

- საჭიროა, შეფასდეს პაციენტის თვალეზის პოზიცია-ძლიერი სიელმე აშკარაა. ზოგჯერ ფართო ეპიკანტუსი იძლევა ცრუ სიელმის სურათს, თუმცა ეს არ გამოირიცხავს ჭეშმარიტი სიელმის არსებობას.
- უნდა შეფასდეს რქოვანას რეფლექსები. ამისათვის, საჭიროა, კაშკაშა სინათლე მოვათავსოთ თვალეზის წინ. უნდა დაფიქსირდეს რეფლექსების პოზიცია. ნორმაში უნდა იყოს სიმეტრიული. ეს ტესტირება საშუალებას გვაძლევს განვსაზღვროთ გადანრის კუთხე.
- დაფარვის ტესტი - არსებობს დაფარვის ტესტის ორი ტიპი, რომლებიც გვეჩმარება მცირე სიელმის გამოვლინებაში. დაფარვის ტესტის დროს, ვაკვირდებით ერთ თვალს, ხოლო მეორეს დროებით დაფარავთ. თუ დაუფარავი თვალის მოძრაობს ობიექტის დასაფიქსირებლად, სიელმე მუდმივი და მანიფესტირებულია. შემდეგ ტესტი უნდა ჩავატაროთ მეორე თვალზე. როდესაც ელამ თვალში მხედველობა შესუსტებულია, მას არ ძალუძს საგანზე მხედველობის ფიქსირება. ამიტომ, ყველა ელამ პაციენტს უნდა ჩავუტაროთ ტესტირება მხედველობის გამოსავლინებლად. თუ დაფარვის ტესტი ნორმალურია, მაშინ უნდა ჩავატაროთ ალტერნატიული ტესტი, კერძოდ საფარი საგანი უნდა გამოძრაოთ თვალეზს შორის. თუ დაუფარავი თვალის მოძრაობს ეს ნიშნავს ფარული სიელმის არსებობას.
- საჭიროა შემოწმდეს თვალის მოძრაობა ყველა მიმართულებით. თუ არსებობს პარალიზური სიელმე, მზერის მიმართულების შეცვლა გამოიწვევს სიელმის კუთხის ცვალეზადობას. მოზრდილი პირები აღნიშნავენ, რომ გამოსახულების

გაორება ცვალებადია და იზრდება დასუსტებული კუნთის მოქმედების მიმართულებით.

- თვალის გამოკვლევისას, გუგები უნდა გაფართოვდეს მიდრიაზული საშუალებებით. საჭიროა, წამწამოვანი კუნთების რელაქსაცია ციტობლეგიური წვეთებით. გუგის გაფართოება აუცილებელია, რომ არ გამოგვეპაროს ბადურის დაავადებები, მაგ: რეტინობლასტომა. თუმცა, ზოგჯერ კატარაქტის ან რეტინობლასტომის დადგენა შესაძლებელია წითელი ან თეთრი რეფლექსის გამოკვლევის გზით გუგების გაუფართოებლად.

მართვა: პარალიზური სიელმე ჩვეულებრივ მოზრდილებში გამოვლინდება. უნდა გამოირიცხოს შემდეგი პათოლოგიების არსებობა:

- ინტრაკრანიალური წნევის მომატება
- კომპრესიული დაზიანებები
- დიაბეტი
- ჰიპერტენზია
- შიასთენია გრაფის
- დისტროფიული დაავადება

თუ გამოხატულია დიპლოპია, საჭიროა ერთი თვალის გაუქმება, მაგ. სათვალეზე საფარის მოთავსებით. ალტერნატიული მეთოდია, სათვალეზე დროებით პრიზმების მოთავსება. თუ, სიელმე გამოხატულია სტაბილურად, საჭიროა ოპერაციული მკურნალობა. თუ, ოპერაციის ჩატარება არ ხერხდება, მაშინ საჭიროა სათვალის დანიშვნა. თუ, გვინდა დროებით მოვსპოთ სიელმე, შეიძლება გამოვიყენოთ ბოტულინოტოქსინი. ინექციას აკეთებენ ჰიპერაქტიურ კუნთში.

ბავშვებში ჩვეულებრივ სახეზეა არაპარალიზური სიელმე.

არაპარალიზური სიელმის სამკურნალო მეთოდები ჩამოთვლილია ქვემოთ:

- სათვალეები – არსებობს სათვალის დანიშვნისათვის ორი ძირითადი ჩვენება
- 1 პირველ რიგში, სათვალე უნდა დაგუნიშნოს შორსმხედველ ბავშვებს, რომელთაც აღენიშნებათ კონვერგენციული სიელმე. ნორმის დროს წამწამოვანი კუნთის შეკუმშვის შედეგად ბროლი ღებულთს უფრო ამობურცულ ფორმას. ეს მას საშუალებას აძლევს მოახდინოს ახლოს მყოფი საგნის ფოკუსირება ბადურაზე (ამ თვისებას აკომოდაცია ეწოდება). კონვერგენციასთან კავშირში, აკომოდაცია საშუალებას იძლევა თვალმა დააფიქსიროს ახლოს მყოფი საგანი. როდესაც ბავშვს აღენიშნება ჰიპერმეტროპია, ახლოს მდებარე საგნის დასაფიქსირებლად თვალს სჭირდება მეტი აკომოდაცია და შესაბამისად ცილიარული კუნთიც მეტად იკუმშება. ჭარბი აკომოდაცია იწვევს ჭარბ კონვერგენციას, რაც სიელმეში გამოვლინდება. ასეთ სიელმეს ეწოდება აკომოდაციურ-კონვერგენციული სიელმე. ასეთ დროს, სათვალის გამოყენება ამცირებს წამწამოვნის კუნთის დაჭიმულობას, რაც თავიდან აგვაცილებს ჭარბ კონვერგენციას.
- 2 სათვალე ენიშნება ბავშვს, რომელსაც აღენიშნება უნილატერალური რეფრაქტორული ცდომა. ამ ცდომის შედეგად, ბადურაზე მიიღება ბუნდოვანი გამოსახულება. ასეთ დროს, მხედველობის გზები ვითარდება არასწორად. შედეგად ვღებულთ ამბლიოპიას. სათვალის გამოყენება თავიდან აგვაცილებს მხედველობის სერიოზულ დაზიანებას.
- ოკლუზია – ეს ნიშნავს ერთ-ერთი თვალის ახვევას, რაც ხელს უწყობს დაზიანებული თვალის მხედველობის გზების განვითარებას. თუ სიელმის ან

რეფრაქტურული ცდომის გამო, ერთ-ერთი თვალის მხედველობის გზების განვითარება ფერხდება, მეორე თვალის ახვევა ასტიმულირებს მას. დაუზიანებელი თვალის ხანგრძლივად ახვევა არ შეიძლება. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შეიძლება, ამ თვალშიც გამოვიწვიოთ ამბლიოპია. დაუზიანებელი თვალის მხედველობა შეიძლება შევასუსტოთ ატროპინის წვეთების გამოყენებითაც.

- თრთოპედიული მკურნალობა-არსებობს სპეციალური ვარჯიშები ორივე თვალის ერთდროული დასაქმებისათვის.
- ოპერაციული მკურნალობა-ოპერაციას აწარმოებენ თვალის კუნთებზე.

თვალის დაზიანება სხვადასხვა უინაზანი დაავადებების დროს

რიგი მიზეზების გამო აუცილებელია ვიცოდეთ სისტემური დაავადებების თვალისმხრივი გამოვლინებების ხასიათი, კერძოდ:

- ადრეული ოკულარული ცვლილებების გამოსავლენად საჭიროა სკრინინგი. ეს თავიდან აგვაცილებს უსინათლობას.
- ზოგად დაავადებათა თვალისმხრივი გართულებების ცოდნა გვეხმარება ოფთალმოლოგიური დიაგნოზის დასმაში. მაგ. რევმატოიდული ართრიტით დაავადებულ პაციენტებში მტკივნეული „წითელი თვალი“, გვაფიქრებინებს სკლერიტის დიაგნოზზე. ამ დროს, არსებობს პროცესის პროგრესირების და თვალის პერფორაციის განვითარების მაღალი რისკი. მაანკილოზირებული სპონდილიტის მქონე ახალგაზრდა მამაკაცებში წითელი თვალის გამოვლინება მიგვანიშნებს ირიტის არსებობაზე.
- ოკულარული სიმპტომები, რიგ შემთხვევაში გვეხმარება სისტემური დაავადებების დიაგნოსტიკაში. მაგ. ეგზოფთალმი და ენოფთალმი მიგვანიშნებენ ჰიპერთირეოიდიზმზე, ხოლო კაისერ-ფლეშერის სპილენძის რეოლი მიუთითებს ვილსონის დაავადებაზე.
- ოკულარულ ნიშნებს, ზოგჯერ პროგნოზული მნიშვნელობა აქვს. მაგ. შიდათ დაავადებულ ასიმპტომურ პაციენტებში დრუბლისებრი ლაქების გაჩენა ცუდი პროგნოზული ნიშანია.

თვალის დაზიანება დიაბეტის დროს

დიაბეტით დაავადებულ პაციენტთა 2%-ში ვითარდება უსინათლობა. მათგან ბევრი, უმცროს ასაკობრივ ჯგუფს მიეკუთვნება. კატარაქტა და პირველადი ღია კუთხოვანი გლაუკომა, დიაბეტიან პაციენტებში უფრო ადრე მანიფესტირდება, ვიდრე არადიაბეტიანებში.

რაც ხანგრძლივია დიაბეტის მიმდინარეობა, მით მაღალია დიაბეტური რეტინოპათიის განვითარების რისკი (20 წლის ხანგრძლივობის დიაბეტიან პაციენტთა 80%-ს აღენიშნება დიაბეტური რეტინოპათია). აუცილებელია დიაბეტიან პაციენტთა ყოველწლიური შემოწმება.

არსებობს დიაბეტური რეტინოპათიის ორი ტიპი:

- 1 არაპროლიფერაციული რეტინოპათია-გამოვლინდება მიკროანევრიზმებით, სისხლჩაქცევებით, მყარი, მოყვითალო, შემოსაზღვრული ექსუდატით. თუ ცვლილებები ბადურის პერიფერიულ ნაწილში ვითარდება, მხედველობა არ სუსტდება, ხოლო თუ ცვლილებები ყვითელი ხალის არეში განვითარდა, მაშინ ზიანდება ცენტრალური მხედველობა. დიაბეტური მაკულოპათია, სიბრმავის

ძირითადი მიზეზია, როგორც ასაკოვან, ასევე ახალგაზრდა პაციენტებში. იგი ემორჩილება ლაზერული ფოტოკოაგულაციით მკურნალობას განსაკუთრებით, თუ მაკულოპათიის ძირითადი ნიშანი მყარი ექსუდატია.

- 2 კროლიფერაციული რეტინოპათია-გამოვლინდება ბადურაზე ან მინისებრ სხეულში ახალი სისხლძარღვების წარმოქმნით. ბადურის დიაბეტური იშემიის გამო, გამოძეულობა ვაზოპროლიფერაციული ფაქტორები, ეს კი იწვევს ახალი სისხლძარღვების პათოლოგიურ ზრდას. ასეთი სისხლძარღვებიდან ხშირია სისხლდენა, რაც გამოიხატება სისხლჩაქცევებით მინისებურ სხეულში. კლინიკურად, ამ დროს გამოხატულია მხედველობის უეცარი გაუარესება. წარმოქმნილი სისხლის რეტრაქციის შედეგად წარმოიქმნება კუმშვადი მემბრანა, რომელიც იწვევს ბადურის თანდათანობით მოცილებას და უსინათლობას. ეს პროცესი, უფრო ხშირად, აღინიშნება ახალგაზრდა ინსულინდამოკიდებულ პაციენტებში. სისხლდენის განვითარებამდე მხედველობა შეიძლება იყოს ნ/ნ-ზე. ამიტომ, საჭიროა ფსკერის ყურადღებით დათვალიერება. ახალი სისხლძარღვები, შეიძლება, განვითარდეს ფერად გარსშიც, რაც ახშობს წინა კამერის სადრენაჟო კუთხეს და ვითარდება მტკივნეული „წითელი თვალი“ (რუბეოზული გლაუკომა). პროლიფერაციული რეტინოპათიის სამკურნალოდ წარმატებით გამოიყენება ლაზერული ფოტოკოაგულაცია.

სპრინგბი

პაციენტები დიაბეტური რეტინოპათიით შეიძლება დაგყოთ შეძლევა ჯგუფებად.

- 1 პირები, რომელთაც არ აღენიშნებათ რეტინოპათია ან აქვთ დიაბეტური ფონური რეტინოპათია მხედველობის დაურღვევლად. საჭიროა, მათი ყოველწლიური გამოკვლევა სათვალის ან ბინ-ჰოლით. ცვლილებების გამოვლინებისას პაციენტებს უნდა აგუხსნათ, რომ საჭირო იქნება განმეორებითი საკონტროლო ვიზიტი.
- 2 პირები, რომელთაც აღენიშნებათ ფონური რეტინოპათია და ცვლილებები მაკულის ირგვლივ. საჭიროა, ასეთი პაციენტების კონსულტირება ოფთალმოლოგის მიერ.
- 3 პირები, რომელთაც აღენიშნებათ ფონური რეტინოპათია და დაზიანებული მხედველობა, რომელიც არ უმჯობესდება სათვალის ან ბინ-ჰოლის გამოყენებისას. ამ დროს, პაციენტს შეიძლება აღენიშნებოდეს მაკულოპათიის შეშუპებითი ან იშემიური ფორმა, რომლის დიაგნოსტიკა მხოლოდ პირდაპირი ოფთალმოსკოპიით მეტად ძნელია. მაკულოპათიის შეშუპებითი ფორმა ემორჩილება ადრეულ ლაზეროთერაპიას.
- 4 პირები, რომელთაც აღენიშნებათ პროლიფერაციული რეტინოპათია. ამ დროს არ არის განვითარებული ახალი სისხლძარღვები, მაგრამ ხშირია დიდი სისხლჩაქცევები, დაკლაკნილი ვენები და ღრუბლისებრი ლაქები. აღნიშნული ფიზიკური ნიშნები მიუთითებენ ბადურის იშემიაზე და მომავალში ახალი სისხლძარღვების წარმოქმნის მაღალ რისკზე. აუცილებელია ასეთი პაციენტის გაგზავნა სპეციალისტთან.
- 5 პირები, რომელთაც აღენიშნებათ პროლიფერაციული რეტინოპათია. იგი გამოვლინდება ახალი სისხლძარღვებით, ზოგჯერ რბილი ბამბისებური ლაქებით, ფიბროზით, მინისებრი სხეულის სისხლჩაქცევით. ასეთი პაციენტები საჭიროებენ დაუყოვნებლივ გაგზავნას სპეციალისტთან.

გარდა იმისა, რომ უნდა ვუმკურნალოთ თვალის დაზიანება, აუცილებელია შაქრის დონის მოწესრიგება. რეტინოპათიის პროგნოზს აუარესებს ჰიპერტენზია და ჰიპერლიპიდემია და თამბაქოს მოწევა.

ჰიპერტენზია

არტერიული ჰიპერტენზიის დროს, ხშირად ვითარდება მსუბუქი ცვლილებები თვალის ფსკერზე. მაგ: ბადურის არტერიების ვერცხლისფერი შესახედაობა, არტერიოლების შევიწროება და ა. შ. ჰიპერტენზიის ავთვისებიან ფორმას ახასიათებს მხედველობის ნერვის თავის შეშუპება. ასეთ დროს საჭიროა სპეციალისტთან სასწრაფოდ მიმართვა. ჰიპერტენზიით დაავადებულ პაციენტებში ხშირია ბადურის ვენების ოკლუზიაც.

თვალისმხრივი ცვლილებები შარისმბრი ჰირიგლის დაავადებების დროს

ჰიპერთირეოიდიზმის დროს, ადგილი აქვს სიმპათიკური სისტემის გააქტიურებას. პაციენტებს, შეიძლება, აღენიშნებოდეთ ქუთუთების რეტრაქცია, რაც ქუთუთთა სიმპათიკური ინერვაციის მქონე კუნთების ჰიპერსტიმულაციის შედეგია. ამ დროს გამონატულია ზემო ქუთუთოს ჩამორჩენა ქვევით ყურებისას. აღნიშნულ ნიშნებს სადიაგნოსტიკო მნიშვნელობა აქვთ და მათი არსებობისას ყოველთვის საჭიროა ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიის გამორიცხვა.

რემპატოიდული ართრიტი

რემპატოიდული ართრიტის დროს, ხშირია გართულებები თვალის მხრივ. ანთებითი პროცესის გამო ზიანდება საცრემლე ჯირკვალი და მცირდება ცრემლის გამოყოფა. პაციენტი უჩივის თვალის სიმშრალეს, ქვიშის შეგრძნებას და ტკივილს თვალის არეში. მკურნალობისათვის საჭიროა ხელოვნური ცრემლის წვეთები, რომელსაც აწვეთებენ იმდენად ხშირად, რამდენიც საჭიროა. დღის განმავლობაში მარტივი მალამოს გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი, რადგან იწვევს ბუნდოვან მხედველობას. ლორწოს აგრეგაციისას საჭიროა მუკოლიზური წვეთები მაგ. აცეტილცისტინი. ანთებითი პროცესი, ზოგჯერ, აზიანებს სკლერას და ეპისკლერას. პაციენტებს უვითარდებათ წითელი თვალი და მტკივნეულობა. სკლერიტი ეპისკლერიტთან შედარებით უფრო მტკივნეულია. სკლერიტის განახრძლივებისას, ვითარდება სკლერომალაცია და თვალის პერფორაცია. აუცილებელია პაციენტის დროულად გაგზავნა სპეციალისტთან.

აღნიშნული პროცესები ვითარდება სხვა სისტემური დაავადებების დროსაც მაგ. წითელი მგლურას, სკლეროდერმიის ან დერმატომიოზიტის დროს.

სხვა ართრიტები

მაანკილოზირებელი სპონდილიტი, რეიტერის სინდრომი, ფსორიაზული ართრიტი და ნაწლავთა ანთებითი დაავადებები სერონეგატიური ტიპის ართრიტებს მიეკუთვნებიან. P პაციენტებს, ზემოთ ჩამოთვლილი დაავადებებით, ხშირად აღენიშნებათ წინა უვეიტის განვითარება. გართულებების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა პაციენტის გაგზავნა სპეციალისტთან.

ბავშვთა სერონეგატიური ართრიტები წინა უვეიტის ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზია. ბავშვებში თვალი, ამ დროს თეთრი და უმტკივნეულოა, ასე რომ ბავშვი

ჩივილებს არ წარმოადგენს. ეს კი დიდ საფრთხეს უქმნის მხედველობას. მეორადი კატარაქტის არსებობა, განაპირობებს შეუქცევადი ამბლიოპიის განვითარებას. წინა უვეიტის დროს, შეიძლება, ჩამოყალიბდეს გლაუკომაც, რომელიც ასევე ასიმპტომურია მანამ, სანამ მხედველობის ძლიერი მოშლილობა არ განვითარდება. წინა უვეიტის დროს შეიძლება ჩამოყალიბდეს გლაუკომაც, რომელიც ასევე ასიმპტომურია მანამ, სანამ მხედველობის ძლიერი მოშლილობა არ განვითარდება.

აპნო როზაცმა

ამ პათოლოგიამ შეიძლება სერიოზულად დააზიანოს თვალი. გვამონატება თანმხლები ბლექფარიტი, რომელიც იწვევს მორეციდივე ჯიბიბოს განვითარებას. პათოლოგიური ცვლილებები ქუთუთოზე და ლიბიდების ჭარბი სეკრეცია აფერხებს ცრემლდენას, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს მშრალი თვალი. რქოვანას გარკვეულ არეებში, ვითარდება ნეიროვასკულარიზაცია. ამ ადგილებში რქოვანა თხელდება, რაც ზრდის პერფორაციის რისკს. საჭიროა ცრემლის შემცვლელით მკურნალობასთან ერთად ვუმკურნალოთ თანდართულ ბლექფარიტს. ამ მიზნით იყენებენ პერორალურად ტეტრაციკლინს 250მგ 4ჯერ დღეში, ერთი თვის განმავლობაში.

სარკოიდოზი

სარკოიდოზის დროს, ვითარდება თვალის სსგადასწავგარი დაზიანება. შესაძლოა განვითარდეს მწვავე ან ქრონიკული უვეიტი, რომელიც შემდეგში იწვევს კატარაქტას და გლაუკომას, ხოლო რქოვანაზე ვითარდება კალციუმის დეპოზიტები. საცრემლე ჯირკვალი განიცდის ინფილტრაციას და ვითარდება მშრალი თვალის სიმპტომები. თვალის უკანა ნაწილებში, გრანულომატოზური პროცესის გამო, ვითარდება ვასკულიტები და ზოგჯერ მხედველობის ნერვის ინფილტრაცია.

თანდაყოლილი წითურა

გამონატულია:

კატარაქტა, სიელმე, რეფრაქტერული ცდომა, გლაუკომა, რეტინოპათია

თვალი, უპეინილი იმუნოლოგიური სინდრომის დროს

შიდსის დროს თვალის დაზიანება, შეიძლება, უსინათლობით დასრულდეს. კონიუქტივაზე ვითარდება კაპოშის სარკომა, ბადურაზე-სისხლჩაქცევები და ვასკულიტი. სპონტანურად შეიძლება განვითარდეს ღრუბლისებრი ლაქები, რაც უსიმპტომო პაციენტებში ცუდი პროგნოზის მიმანიშნებელია.

ციტომეგალოვირუსული ინფექცია თვალში იწვევს შემღვრევას, სისხლჩაქცევას, ექსუდაციას, ბადურის აშრეგებას. მკურნალობისათვის გამოიყენება ანტივირუსული საშუალებები. საჭიროა მათი ხანგრძლივი გამოყენება, რაც იწვევს არასასურველი გვერდითი მოვლენების ჩამოყალიბებას. შიდსით დაავადებულთა შორის უსინათლობა სწორად სუიციდის მიზეზი ხდება.

ნერვული სისტემა და თვალი

ზოგჯერ, სერიოზულ ნევროლოგიურ დაავადებაზე თავდაპირველად ოკულარული ნიშნები მიაჩნებოდა. საპირისპიროდ, თვალის იწვევს ზოგიერთ ნევროლოგიურ სიმპტომს მაგ. თავის ტკივილს.

თავის ტვინის III, IV და VI წყვილი ნერვების დამბლა იწვევს პარალიზურ სიელმეს, რომლის დროსაც სიელმის კუთხე იცვლება მზერის მიმართულების მიხედვით. მოზრდილი პაციენტები, შეიძლება, უჩიოდნენ მხედველობის გაორებას. ასე რომ, პაციენტებში, რომლებსაც აღენიშნებათ სიელმე ან დიპლოპია პირველ რიგში უნდა გამოვრიცხოთ აღნიშნული ნერვების დაზიანება.

მესამე წყვილი ნერვის დამბლა-პაციენტები უჩივიან ქუთუთოს ჩამოშვებას, მხედველობის გაორებას (თუ ქუთუთო თვალს ვერ ფარავს), თავის ტკივილს სამწვერა ნერვის თვალის განშტოების არეში. გამოკვლევისას ვლინდება ფტოზი, რაც გამოწვეულია ქუთუთოს ამწევი კუნთის დამბლით, თვალის განზე დგომა, რაც გამოწვეულია დაუზიანებელი ლატერალური სწორი კუნთის მოქმედებით. აღნიშნულ კუნთს აინერვირებს მეექვსე წყვილი ნერვი. ზოგჯერ, თვალის ოდნავ ქვევით იხედება, რასაც განაპირობებს დაუზიანებელი ზემო ირიბი კუნთის მოქმედება, მის ინერვაციას კი მეოთხე წყვილი ნერვი აწარმოებს. გუგუები ფართოვდება, რადგან ნერვი, რომელიც გუგის სფინქტერის ინერვაციას უზრუნველყოფს ზიანდება (სპინქტერის ინერვაციას აწარმოებს მესამე წყვილი ნერვის პარასიმპათიკური ბოჭკოები). მესამე წყვილი ნერვის დამბლის მიზეზი შეიძლება იყოს ინტრაკრანიალური ანევრიზმა, მღვიმოვან სინუსში განვითარებული კომპრესიული დაზიანება ან დიაბეტი. ამიტომ გამონატული ტკივილის და გაფართოებული გუგის არსებობის შემთხვევაში, პირველ რიგში, უნდა გამოვრიცხოთ კომპრესიული დაზიანება, რომლის დროულმა მკურნალობამ, პაციენტს შეიძლება სიცოცხლე შეუნარჩუნოს.

მეოთხე წყვილი ნერვის დამბლა-ძნელია მისი დიაგნოსტიკა. ამ დროს გამონატება თავის გადახრა დაზიანებული მხარის საპირისპირო მიმართულებით და ნიკაპის ქვევით ჩამოწევა. თუ პაციენტს თავის ტრავმის გამო აღენიშნება მეოთხე წყვილი ნერვის ბილატერალური დამბლა, გამონატული იქნება კითხვის გაძნელება. ამის მიზეზია თვალის დახრის და კონვერგენციის გაძნელება ორივე ზემო ირიბი კუნთის დამბლის გამო. ამიტომ თვალის ტრავმის შედეგად კითხვის გაძნელების შემთხვევაში უნდა ვივარაუდოთ მეოთხე წყვილი ნერვის დამბლა.

მეექვსე წყვილი ნერვის დამბლა-ამ დროს, დაზიანებულ მხარეზე გაძნელებულია თვალის აბდუქცია. პაციენტს უვითარდება ჰორიზონტალური დიპლოპია, რომელიც უარესდება დაზიანებული კუნთის მხარეს ყურებისას. მეექვსე წყვილი ნერვის დამბლის ამოცნობას დიდი მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან იგი ხშირად გაზრდილი ინტრაკრანიალური წნევის შედეგად განვითარებული კომპრესიის შედეგია.

სახის ნერვის დამბლა

მეშვიდე წყვილი ნერვის დამბლის, გამო გამოწვეული სახის კუნთების სისუსტე ხშირი პათოლოგიაა. ხშირ შემთხვევაში, დამბლის მიზეზს ვერ ადგენენ და გამოჯანმრთლება სპონტანურად ხდება. თუ ქუთუთო თვალს სრულყოფილად ვერ დაფარავს, შეიძლება, განვითარდეს რქოვანას დაზიანება, დაწყლულება და დანაწიბურება, რომელიც უსინათლობას იწვევს.

თვალის გამოკვლევისას საჭიროა:

- რქოვანას მგრძობელობის გამოვლენა-რქოვანას ინერვაციას აწარმოებს მენუთე წყვილი ნერვის მხედველობის ტოტი. თუ გამოვავლენთ, რომ რქოვანას მგრძობელობა დაქვეითებულია. საჭიროა, პაციენტის დაუყოვნებლივ გაგზავნა სპეციალიზებულ კლინიკაში, რადგან ამ დროს არსებობს რქოვანას დაზიანების დიდი რისკი. პაციენტები ვერ შეიგრძობენ უცხო სხეულს ან რქოვანას დაწყლულებას. გარდა ამისა, ვითარდება რქოვანას სიმშრალე.
- ბელის ფენომენის გამოვლენა-ნორმის დროს, როდესაც თვალი დახუჭულია რქოვანა თავსდება ზემო ქუთუთოს ქვეშ. ბელის ფენომენის გამოსავლენად პაციენტს ვთხოვთ, რომ დახუჭოს თვალი და დამკვირვებელი უყურებს პაციენტის რქოვანას პოზიციას. თუ რქოვანა არ გადაადგილდება ზემო ქუთუთოს ქვეშ, მაშინ არსებობს მისი დაზიანების მაღალი რისკი.
- რქოვანას გამოკვლევა ფლუორესცენციით-თუ რქოვანაზე რჩება ფლუორესცენციული წვეთები, ეს მიანიშნებს რქოვანას გამოშრობაზე. საჭიროა სწრაფი მკურნალობა ცრემლის წვეთებით და მაღაშთი. თუ ამასთან ერთად თვალი წითელია პაციენტი სასწრაფოდ უნდა გაიგზავნოს სპეციალიზებულ კლინიკაში.

სიმპათიკური ინერვაციის მოშლა

ჰორნერის სინდრომის დროს, ირღვევა თვალის სიმპათიკური ინერვაცია. ჰორნერის სინდრომი კლინიკურად ვლინდება შემდეგი ნიშნებით:

- *სინათლეზე რეაქტიული ვიწრო გუგებო*-რის მიზეზიც არის სიმპათიკური ინერვაციის მქონე გამაფართოებელი კუნთის დამბლა. გუგის კონსტრიქტორულ კუნთებს ახასიათებთ პარასიმპათიკური ინერვაცია. ჰორნერის სინდრომის დროს ეს უკანასკნელი არ ზიანდება.
- *ჩამოშვებული ქუთუთო* - ქუთუთოს ამწევი კუნთის ინერვაცია ხორციელდება მესამე წყვილი ნერვის და სიმპათიკური ნერვების საშუალებით.
- *დაზიანებულ მხარეზე სახის კანის შემცირებული ტენიანობა* - ეს, ასევე სიმპათიკური დენერვაციით არის გამოწვეული. თვალის მოძრაობა ნორმალურია, ვინაიდან თვალის მამოძრაებელ კუნთებს სიმპათიკური ინერვაცია არ გააჩნიათ.