

ოფთალმოლოგია
საექთნო პრაქტიკაში

თბილისი

2006

ოფთალმოლოგია

ანამნეზი და გასინჯვა
მხედველობითი სიმპტომები
მხედველობის სისტემის გამოკვლევა
ოფთალმოსკოპია
წითელი თვალი
კონიუნქტივიტები

ეპისკლერიტი და სკლერიტი
რქოვანას ალცერაცია
ირიტი, ირიდოციკლიტი და წინა უვეიტი
მწვავე დახურულ კუთხოვანი გლაუკომა
ქუთუთოს და საცრემლე გზების დაავადებები
საცრემლე სისტემის პათოლოგია
თვალის ტრავმები
მხედველობის მწვავე დარღვევა
მხედველობის თანდათანობითი დაკარგვა
კატარაქტა
რეფრაქტურული ცდომა
მიოპია ანუ ახლომხედველობა
ჰიპერმეტროპია ანუ შორსმხედველობა
გლაუკომა
სიელმე
თვალის დაზიანება სხვადასხვა შინაგანი დაავადებების დროს
ნერვული სისტემა და თვალი

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 მაჩვენებელია.
- მხედველობის ველის შეზღუდვა, დაავადების ცენტრალურ წარმოშობაზე ან მაკულარულ დაზიანებაზე მიუთითებს.

- სინათლის ციმციმი ბადურის მოსალოდნელი აშრევების მაჩვენებლია.
- განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შევავსოთ, 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 თვალიდან გამონადენის ხასიათის შესახებ. ზოგჯერ, წითელი თვალი, შეიძლება, გამოწვეული იყოს კონტაქტური ლინზების მოხმარებით. მწვავედ განვითარებული მიოპია საკმაოდ ზრდის ბადურის აშრევების 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 დაგეხმარებათ სწორად წარმართოთ დიაგნოსტიკური ძიება. მაგ. დიაბეტის დროს, ხშირად, ვითარდება სისხლჩაქცევა მინისებურ სხეულში.

ოჯახური ანამნეზი:

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

მხედველობის სისტემის გამოკვლევა

მხედველობის სიმახვილე

ოკულარული პათოლოგიის დროს, მხედველობის სიმახვილის 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 სიმახვილე განისაზღვრება, სპეციალური სნელენის ცხრილის მიხედვით, ექვსი მეტრის მანძილზე. თუ საკონსულტაციო ოთახის სიგრძე მცირეა, მაშინ იყენებენ სარკეს და გამოსაკვლევ 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 წაკითხოს 6 მეტრის მანძილიდან). თუ, პირველი რიგის ასოების წაკითხვა გამოსაკვლევია 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 ექიმი უჩვენებს. თუ, მას არ შეუძლია თითების დათვლა, მაშინ უნდა ვკითხოთ აღიქვამს თუ არა ხელის მოძრაობას და ყველაზე ბოლოს, ვკითხოთ 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. ოპტიმალური მხედველობის სიმახვილის მისაღებად პაციენტს უნდა ვთხოვოთ გაიხედოს სპეციალურ „პინ-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 ზემოთ ასაკის პირებში ვითარდება. შორ მანძილზე მხედველობა შეიძლება სათვალის გარეშე 6/6 იყოს, მაგრამ ამ დროს პაციენტი კითხულობდეს მხოლოდ გაზეთის მსხვილი შრიფტით ნაბეჭდს.

მხედველობის ველი

მხედველობის ველის გამოკვლევა, ზოგჯერ გვეხმარება დავადგინოთ 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 პიტუიტარული სიმსივნითაა გამოწვეული. მხედველობის ველის დეფექტი, რომელიც გამოხატულია ცენტრალური მხედველობის ზევით (სკოტომა) პათოგნომურია გლაუკომისათვის.

მხედველობის ველის გამოკვლევა

პაციენტი უნდა იჯდეს ექიმის პირდაპირ და ხელისგულით იფარავდეს თვალს, რომელსაც არ ვიკვლევთ. პაციენტმა უნდა უყუროს ექიმს სახეში. თუ, დაზიანება დიდია, 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 მგრძნობიარე ტესტია, წითელი ფერის შედარება სხვადასხვა კვარდატებში. კარგი მაგალითია პაციენტი, რომელსაც აღენიშნება პიტუიტარული დაავადების ნიშნები, როგორცაა მაგალითად აკრომეგალია. ადრეული ტემპორალური დეფექტი შეიძლება დადგინდეს, თუ პაციენტს ვთხოვთ შეადაროს წითელი ფერის ხარისხი, ზემოთ, საფეთქლის და ცხვირისმხრივ ველებში.

გუგები

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 გალიზიანებაზე არ არის გამოხატული.

უფრო მგრძნობიარე 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 მაჩვენებელია.

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

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

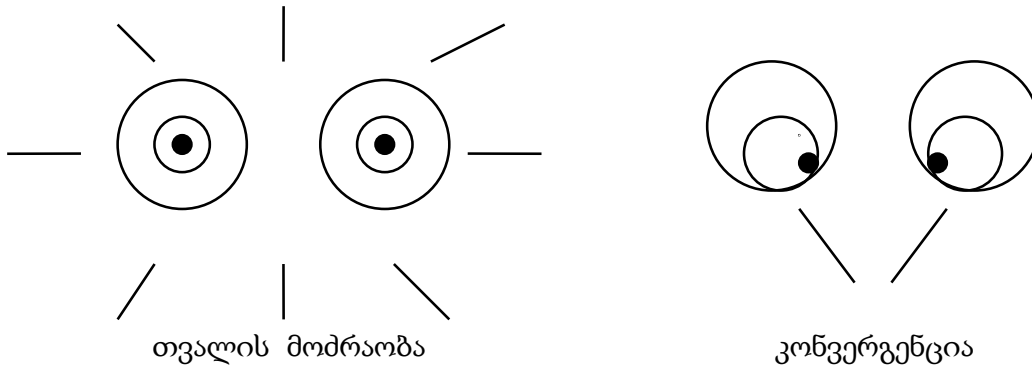
უფრო იშვიათად გვხვდება არგილ რობერტსონის გუგები. მესამე ნერვის დამბლის დროს გამოხატულია გუგების გაფართოება, ფთოზი. ამ დროს თვალი გადახრილია.

თვალის პოზიცია და მოძრაობა

თვალეების პოზიცია, შეიძლება, მიუთითებდეს ურთიერთშეუსაბამობის დიდ ხარისხზე. ქუთუთოს მედიალური კიდის სიფართემ, შეიძლება, შეცდომაში შეგვიყვანოს. რქოვანას რეფლექსის პოზიცია გვეხმარება დავადგინოთ სიელმის არსებობა.

პაციენტს უნდა ვკითხოთ, ხომ არ აღენიშნება მხედველობის გაორება. დადებითი პასუხისას უნდა გავარკვიოთ, არის თუ არა დიპლოპია, გამოხატული რომელიმე ერთი მიმართულებით ყურებისას. აუცილებელია გამოვრიცხოთ მესამე (თვალეები გარეთ

იხედებიან) 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 ჩამოწევა. რქოვანაზე უნდა დავაწვეთოთ ფლუორესცენციული წვეთები. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შეიძლება, გამოგვეპაროს ბევრი დაზიანება, კერძოდ რქოვანას ალცერაცია.

წინა კამერის დათვალიერება უნდა ჩატარდეს მთელ სიღრმეზე და რათა მოხდეს 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.

თვალშიდა წნევა

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

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

ოფთალმოსკოპია

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

გამოკვლევისას არ არის საჭირო სათვალის მოხსნა, რომელსაც პაციენტი ატარებს, მიუხედავად იმისა, რომ ეს იწვევს ზედმეტ არეკვლას.

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 გამონადენის 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 გამონადენი, ბაქტერიული კონიუქტივიტის შედეგია. სუფთა გამონადენი, უფრო ვირუსული ან ალერგიული წარმოშობისაა. თვალეში “ქვიშის” შეგრძნება, ჩვეულებრივ კონიუქტივიტს ახასიათებს, მაგრამ ამ დროს უნდა გამოირიცხოს უცხო სხეულის არსებობა, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც დაზიანება ცალმხრივია.

კონიუქტივიტები

კონიუქტივიტი წითელი თვალის განვითარების ყველაზე ხშირი მიზეზია. კონიუქტივიტის გამომწვევი შეიძლება იყოს ბაქტერია, ვირუსი, ქლამიდია, ალერგია.

ბაქტერიული კონიუქტივიტი - პაციენტს ერთი თვალიდან ეწყება დისკომფორტის შეგრძნება და ჩირქოვანი გამონადენი, რომელიც ვრცელდება მეორე თვალზეც. დილაობით ძნელდება თვალის გახელა, რადგან გამონადენის გამო ქუთუთოები ერთმანეთს ეწებება. ზოგჯერ ანამნეზში აღინიშნება მსგავსი სიმპტომების მქონე პირთან კონტაქტი.

გამოკვლევა - მხედველობა ნორმალურია, როდესაც რქოვანას გავათავისუფლებთ გამონადენისაგან. გამონადენი, ჩვეულებრივ ლორწოვან-ჩირქოვანია და გამოხატულია კონიუქტივის ინიცირება სისხლძარღვებით.

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

ვირუსული კონიუქტივიტი

ჩვეულებრივ, დაკავშირებულია ზემო სასუნთქი გზების ინფექციებთან და გამოწვეულია ადენოვირუსებით. ასეთი კონიუქტივიტები ხშირია ვირუსული ეპიდემიების დროს. პაციენტი უჩივის ორივე თვალში დისკომფორტს და “ქვიშის” შეგრძნებას. შესაძლოა, დაკავშირებული იყოს სხვა სიმპტომებთან მაგ. ხველა, სურდო. გამონადენი სეროზულია. ბაქტერიული კონიუქტივიტისაგან განსხვავებით, ვირუსული კონიუქტივიტი უფრო ხანგრძლივად მიმდინარეობს. თუ პაციენტს ჩამოუყალიბდა რქოვანას შემღვრევა, მაშინ ვითარდება ფოტოფობია და დისკომფორტი უფრო მწვავე ხასიათს ღებულობს. გასინჯვისას ვლინდება ორივე თვალის სიწითლე, კონიუქტივის დიფუზური ინიცირებით და სუფთა გამონადენით. ზოგჯერ, კონიუქტივაზე შეინიშნება მცირე ზომის აგრეგატები. რქოვანას შემღვრევის დიაგნოსტიკა რთულია სპეციალური გამადიდებლის გარეშე. ვირუსული კონიუქტივიტი თვითგანკურნებადი პათოლოგიაა. ქლორამფენიკოლის წვეთები და მალამო იწვევს სიმპტომების მხოლოდ შესუსტებას და ხელს უშლის ბაქტერიული კონიუქტივიტის ჩამოყალიბებას. თუ მდგომარეობა ქრონიკულ ხასიათს ღებულობს, საჭიროა პაციენტს ჩაუტაროთ შემდგომი მკურნალობა. სტეროიდების გამოყენება მკაცრი ოფთალმოლოგიური მეთვალყურეობის გარეშე არ შეიძლება.

ქლამიდიებით გამოწვეული კონიუქტივიტი

ამ დროს, გამოხატულია ქრონიკული ბილატერალური კონიუქტივიტი, ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენით. გასინჯვით ნახულობენ კონიუქტივაში ლიმფოიდურ აგრეგატებს. მართვა – დიაგნოსტიკა რთულია და საჭიროებს სპეციალურ ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას. მკურნალობა ტარდება ტეტრაციკლინის მალამოთი და აბებით (250 მგ. ოთხჯერ დღეში, ერთი თვის განმავლობაში). საჭიროა, გენიტალიის თანმხლები ქლამიდიური ანთების მკურნალობა.

კონიუქტივიტი ბავშვებში

კონიუქტივიტი ბავშვებში 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 სიბრძავით. ერთ თვემდე ასაკის ბავშვებში კონიუქტივიტის განვითარებისას უნდა გამოირიცხოს მშობლებში სქესობრივი გზით გადამდები 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.

ეპისკლერიტი და სკლერიტი

ეპისკლერიტი და სკლერიტი, კონიუქტივიტისაგან განსხვავდებიან ანთების ლოკალური ხასიათით. ეპისკლერა მოთავსებულია კონიუქტივის ქვეშ და ეკვრის თეთრი სკლერის მაგარ გარსს. ანთებითი პროცესი შეიძლება განვითარდეს სკლერაშიც და ეპისკლერაშიც, განსაკუთრებით რევმატოიდული ართრიტის და სხვა აუტოიმუნური დაავადებების დროს. ეპისკლერიტი თვითგანკურნებადია. სკლერიტი უფრო სერიოზული პათოლოგიაა და შეიძლება გართულდეს თვალის პერფორაციით.

პაციენტების უჩივიან თვალის სიწითლეს და მტკივნეულობას. შეიძლება გამოხატული იყოს ცრემლდენა, მაგრამ არ არის გამონადენი. სკლერიტი ეპისკლერიტთან შედარებით უფრო მტკივნეულია.

გამოკვლევით ვლინდება ანთების ლოკალური კერა, რომელიც შეხებისას მტკივნეულია. სკლერის და ეპისკლერის სისხლძარღვები უფრო ფართოა, ვიდრე კონიუქტივის სისხლძარღვები. სკლერიტის დროს ანთების ნიშნები უფრო მკვეთრად გამოხატული, ვიდრე ეპისკლერიტის დროს.

მართვა – აუცილებელია, დავადგინოთ გამომწვევი, პირველადი დაავადება. ეპისკლერიტი თვითგანკურნებადია. სტეროიდული თვალის წვეთები აჩქარებენ გამოჯანმრთელებას, ამცირებენ სიმპტომების სიმწვავეს. სკლერიტის დროს, საჭიროა, სპეციალისტის კონსულტაცია. უნდა გამოირიცხოს სერიოზული სისტემური დაავადება. საჭიროა იმუნოსუპრესორული მკურნალობა.

რქოვანას ალცერაცია

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

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

გამოკვლევა: მხედველობის სიმახვილე დამოკიდებულია წყლულის ლოკალიზაციასა და ზომებზე, თუმცა ნორმალური მხედველობის სიმახვილე 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.

მართვა – აუცილებელია სასწრაფო მიმართვა სპეციალიზებულ კლინიკაში. წინააღმდეგ შემთხვევაში, პაციენტმა შეიძლება მხედველობა დაკარგოს.

ირიტი, ირიდოციკლიტი და წინა უვეიტი

ფერად გარსს (ირისი), წამწამოვან სხეულს, ქორიოდს ემბრიოლოგიურად ერთი წარმოშობა აქვთ და იწოდებიან უვეალურ ტრაქტად. ფერადი გარსის ანთება დამოუკიდებლად, წამწამოვანი სხეულის გარეშე არ ხდება. ამიტომ ამ პათოლოგის 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. დასაწყისში მხედველობა ნორმალურია, მოგვიანებით შეიძლება დაზიანდეს.

მწვავე დახურულ-კუთხოვანი გლაუკომა

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

კლინიკა – შეტევა იწყება საკმაოდ მწვავედ და სწრაფად. განსაკუთრებით სადამოს საათებში, როდესაც გუგა ნახევრად დილატირებულია. გამოხატულია ძლიერი ტკივილი ცალ თვალში, ღებინება. პაციენტი უჩივის მხედველობის გაუარესებას, სინათლეზე რგოლების შეგრძნებას, რაც რქოვანას შემუშპებითაა გამოწვეული. ძილის დროს ხდება გუგის შეკუმშვა, რაც სიმპტომებს ამსუბუქებს. ვლინდება ანთებითი პროცესი და თვალის მტკივნეულობა. მსუბუქი პალპაციით ვლინდება, რომ დაზიანებული თვალი ჯანმრთელ თვალთან შედარებით უფრო მაგარია.

მართვა – საჭიროა, სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია.

ქუთუთოს და საცრემლე გზების დაავადებები

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 მაჩვენებელი იყოს. მაგ. ჰიპერლიპიდემიის დროს ქსანთელაზმა.
- ბავშვებში შეიძლება გამოიწვიოს ამბლიოპია.

ქალაზიონი

ქალაზიონი (მეიბომის კისტა) - წარმოადგენს ქუთუთოში განლაგებული მეიბომის ჯირკვლების (ქუთუთოს ხრტილის) გრანულომას. ქალაზიონს ჯირკვლის სადინარის დახშობა 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 ბლეფარიტის, აკნეს, ავთვისებიანი 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 გამოხატული. საოფლე ჯირკვლისაგან წარმოქმნილი კისტა, სუფთა სითხითაა სავსე (მოლის კისტა), ხოლო ცხიმოვანი ჯირკვლის კისტა კი, მოყვითალო შიგთავსს შეიცავს (ზეისის კისტა). თუ კისტა კოსმეტიკურად მიუღებელია მას ამოკვეთენ ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ.

ქსანთელაზმა

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

ბაზალურუჯრედოვანი კარცინომა

ეს ყველაზე ხშირი სიმსივნეა ქუთუთოს არეში. უფრო ხშირად ქვედა ქუთუთოზე ვითარდება. მზის დასხივება 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. დიაგნოსტიკა ძნელია, რადგან იგი ხშირად დიფუზური ინდურაციის სახეს იღებს. შესაძლებელია გამოგვეპაროს ინდურაციული ფორმები, რომლებიც კანის ნაკვეთი ჩნდებიან და ღრმად ვითარდებიან. ამ დროს კანზე შეიძლება არ იყოს გამოხატული კლინიკური ნიშნები. საექვო შემთხვევაში, პაციენტი სასწრაფოდ უნდა გავაგზავნოთ სპეციალისტთან.

ქუთუთოს ანთებითი დაავადებები

ბლეფარიტი

ბლეფარიტი ხშირი პათოლოგიაა, რომლის დიაგნოსტიკა ყოველთვის არ ხდება. ეს ქრონიკული დაავადებაა. პაციენტი მუდმივად უჩივის თვალის ტკივილს. სიმპტომებს, შეიძლება ჰქონდეს გარდამავალი ხასიათი. გამოხატულია თვალში უცხო სხეულის შეგრძნება. ზოგჯერ, ბლეფარიტს თან ახლავს ქალაზიონი ან ჯიბლიზო. ობიექტური ნიშნებიდან, მნიშვნელოვანია, ქუთუთოს კიდის ანთება, მეიბომის ჯირკვლების ბლოკირება, ქუთუთოს კიდის ირგვლივ ფუფხის წარმოქმნა. კონიუქტივაზე შეიძლება გამოხატული იყოს ანთების სურათი.

მკურნალობის პრინციპები:

- საჭიროა, დავიცვათ ქუთუთოების ტუალეტი (ფუფხი ფრთხილად უნდა მოცილდეს თბილ წყალში დასველებული ბამბით).
- ექიმის დანიშნულების შესრულება, შესაძლოა დასჭირდეს სპეციალისტის კონსულტაცია.

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 **ქალაზიონი ან ჯიბლიზო** - ამ დროს საჭიროა სტანდარტული მკურნალობა, თუ ინფექცია უფრო ფართოდ ვრცელდება საჭიროა სისტემური ანტიბიოტიკები.
- 2 **მწვავე დაკრიოციტიტი** - ანთება ვითარდება მედიალურად, საცრემლე პარკის ზემოთ. ანამნეზში, შეიძლება, გამოხატული იყოს ცრემლდენა. გამოწვეული 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 სიბრძნის განვითარებას იწვევს. განსაკუთრებით საშიშია ბავშვებში. პაციენტს აღენიშნება ქუთუთოს უნილატერალური შეშუპება. „წითელი თვალი, შეიძლება არ იყოს გამოხატული. ძირითადი ნიშნებია:

- ზოგადი მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება
- მტკივნეულობა სინუსების არეში
- შეზღუდულია თვალის მოძრაობა

საჭიროა სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია.

4 **ალერგია** - პაციენტს აღენიშნება ალერგენტთან კონტაქტი (ცხოველის ბეწვი, მცენარეები, ქიმიური ნივთიერებები, კოსმეტიკა). გამოხატულია ქავილი. მკურნალობა წარმოებს მსუბუქი ტოპიკური სტეროიდებით. მაგ. 1% ჰიდროკორტიზონით მცირე დროით.

5 **მარტივი ჰერპესი** - გამოხატულია ვეზიკულური გამონაყარი ქუთუთოზე. შეიძლება გამონაყარი განვითარდეს სახეზეც. აციკლოვირის კრემის გამოყენება მნიშვნელოვნად ამცირებს დაავადების სიმწვავეს და ხანგრძლივობას. ზოგჯერ ვითარდება თვალის ჰერპესული დაზიანება და “წითელი თვალი” ამ დროს საჭიროა სასწრაფო კონსულტაცია სპეციალისტთან.

6 **ჰერპეს ზოსტერი** - პაციენტი თავს ცუდად გრძნობს, გამოხატულია ტკივილი, თითქმის ყოვეთვის ზიანდება თვალიც. ოკულარული პრობლემებიდან გამოხატულია: კონიუქტივიტი, კერატიტი, უვეიტი. თვალი დიდი შეშუპების გამო, ყოველთვის მოხუჭულია. თუ გამოხატულია „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 მალამო. 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 ბლევარიტის ან ტრაქომის დროს. წამწამის დანახვა შესაძლებელია ლუპით გამოკვლევისას. რქოვანას დაზიანების თავიდან ასაცილებლად, რეკომენდირებულია, ქლორამფენიკოლის მალამოს 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 ჩამოწევას იწვევს. ექტროპიონის მკურნალობა ოპერაციულია. ოპერაციამდე, საჭიროა, მალამოების 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.

საცრემლე სისტემის პათოლოგია

ცრემლდენა თვალიდან

ცრემლის სეკრეცია საცრემლე ჯირკვალში ხდება, რომელიც მოთავსებულია ორბიტის ზემო ლატერალურ ნაწილში. ცრემლის გადანაწილება თვალის ხამხამის 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.
- ხვრელის სტენოზმა-ხვრელი შეიძლება დაიხუროს, რაც იწვევს ცრემლდენას. საჭიროა ლუპით გამოკვლევა, ბლოკირების გამოვლენის მიზნით. მკურნალობა ოპერაციულია.

- საცრემლე და ნაზოლაკრიმალური არხის ბლოკადამ - თუ ბლოკირების კორექცია გამორეცხვით არ ხერხდება, ყველაზე ეფექტური მეთოდია-დაკრიოციტორინოსტომია.

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

მშრალი თვალი

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

თვალის ტრავმები

რქოვანას აბრაზია

რქოვანას აბრაზია ბლავი, ყრუ დაზიანების ყველაზე ხშირი შედეგია. იგი შეიძლება განვითარდეს უცხო სხეულის, თითების ფრჩხილების, ან ხის ტოტის მოქმედებით.

უცხო სხეული

რქოვანაზე და კონიუქტივაზე 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. კონიუქტივაზე არსებული მცირე ზომის უცხო სხეული შეიძლება მოვაცილოთ ქალაღდის 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 ქალაღდის კიდით ან ბამბის ბურთულით. თუ ამ გზით ეს ვერ მოხერხდა, მაშინ ძალიან ფრთხილად უნდა გამოვიყენოთ ნემსის წვერი. თუ უფრო სერიოზულ დაზიანებაზე ვეჭვობთ, პაციენტი უნდა გავაგზავნოთ სპეციალიზებულ კლინიკაში. უცხო სხეულის ამოღების შემდეგ ეპითელიუმის დეფექტს უნდა ვუმკურნალოთ, როგორც აბრაზიას.

რადიაციული დაზიანება

რადიაციული დაზიანება, ვითარდება იმ შემთხვევაში, თუ შედეგებს აწარმოებენ დაუცველი თვალით. რქოვანას ეპითელიუმს აზიანებს ულტრაიისფერი სხივები. პაციენტები, უჩივიან სამუშაოების ჩატარებიდან რამოდენიმე საათში, თვალის მტკივნეულობას და ცრემლდენას. რადიაციული დაზიანება, ზოგჯერ, ვითარდება არეკლილი მზის სხივებით ხანგრძლივი დასხივებისას (ე.წ. “თოვლის სიბრმავე). ზოგჯერ აუცილებელი ხდება მკურნალობა.

ქიმიური დაზიანება

ქიმიური დაზიანების დროს თვალის კონიუქტივა, რქოვანა და ქუთუთოს ჯიბეები უნდა ჩამოირეცხოს 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. საჭიროა პაციენტის დაუყოვნებლივ გაგზავნა კლინიკაში. სისხლჩაქცევა, შეიძლება, განვითარდეს მინისებურ სხეულში ან ბადურაზე, რასაც მოჰყვება ბადურის აშრეება.

ყველა პაციენტი, თვალის ყრუ დაზიანებით უნდა გაისინჯოს თვალის კლინიკაში. შესაძლებელია, გუგის დაზიანებაც. ძლიერი დაზიანებისას, შეიძლება განვითარდეს ორბიტის მოტეხილობა. ყველაზე ხშირად ზიანდება ორბიტის ფუძე, ვინაიდან ამ ადგილას ძვალი თხელია და ნაკლები საყრდენი აქვს. საექვო შემთხვევაში [დიპლოპია, თვალის ჩავარდნა, თვალის მოძრაობის (განსაკუთრებით ვერტიკალური) დეფექტი], საჭიროა, პაციენტის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია.

დაზიანება პენეტრაციით

პენეტრაციაზე ყოველთვის უნდა ვიფიქროთ, თუ ტრავმა მიღებულია სწრაფად მოძრავი იარაღებით (მაგ. ჩაქუჩი, სატეხი). თუ ეჭვი გვაქვს პენეტრაციაზე, პაციენტი სასწრაფოდ უნდა გაგზავნავნოთ ოჯახის ექიმთან ან 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.

მინისებრი სხეულის უკანა აშრეება

ცვალებადი მხედველობის მწვავე დასაწყისის ყველაზე ხშირი მიზეზია, მინისებრი სხეულის უკანა აშრეება. განსაკუთრებით ასაკოვან პაციენტებში.

ანამნეზი - პაციენტი უჩივის ცვალებად მხედველობას. ამ დროს მინისებური სხეული ჩაიზნიქება და სცილდება ბადურას. თუ გამოხატულია სინათლის ციმციმის სიმპტომიც, ეს მიანიშნებს ბადურის ტრაქციაზე და აშრეებაზე.

ობიექტურად - მხედველობის სიმახვილე 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 სიმახვილე შეიძლება ნორმალური იყოს. თუ სისხლჩაქცევა ფართო და მკვრივია, მაშინ მხედველობის სიმახვილე შეიძლება შემცირდეს. სინათლის ციმციმის სიმპტომი, მიუთითებს ბადურის ტრაქციაზე, რომელიც შეიძლება გადაიზარდოს ბადურის აშრევაში.

მართვა - პაციენტი უნდა გაიგზავნოს სპეციალიზებულ კლინიკაში.

ბადურის აშრევა

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 სიმახვილე და ვიწროვდება მხედველობის ველი. მხედველობის სიმახვილე სუსტდება, თუ დაზიანება ვრცელდება მაკულის არეზეც.

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

მართვა: პაციენტი საჭიროებს სასწრაფო გაგზავნას სპეციალიზებულ კლინიკაში.

არტერიების ოკლუზია

კლინიკა - პაციენტი უჩივის მხედველობის უეცარ დარღვევას, რომელიც შეიძლება იყოს მუდმივი ან დროებითი (Aმაუროსის ფუგაზ - გარდამავალი ამაუროზი). მხედველობის დარღვევას პაციენტები აღიქვამენ, როგორც თვალბის წინ ჩამოფარებულ “ფარდას”.

ვენური ოკლუზია

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

მართვა - უნდა გამოირიცხოს დიაბეტი, ჰიპერტენზია, სისხლის სიბლანტის მომატება და გალაუკომა. დროულად უნდა ჩატარდეს გამოვლენილი პათოლოგიის მკურნალობა. საჭიროა ოჯახის ექიმის/სპეციალისტის კონსულტაცია.

ყვითელი ხალის დისკოიდური დეგენერაცია

კლინიკა - პაციენტი უჩივის ცენტრალური მხედველობის უეცარ დარღვევას. სწორი ხაზები ეჩვენებათ ტალღისებურად, საგნები დამახინჯებულად, გამრუდებულად,

შეცვლილი (გადიდებული და შემცირებული) ზომებით. საბოლოოდ ცენტრალური მხედველობა სრულიად იკარგება.

მართვა – პაციენტს ესაჭიროება მკურნალობა სპეცილიზებულ კლინიკაში.

რეტროზულბარული ნეირიტი

კლინიკა – აღნიშნული პათოლოგია ხშირია 20-40 წლის ასაკის ქალებში, რომლებიც უჩივიან მხედველობის დარღვევას და ტკივილს ერთ თვალში. ტკივილი ძლიერდება თვალის მოძრაობისას. მხედველობის სიმახვილე შეიძლება ნორმალური იყოს (6/6-ზე) ან შესუსტებული მხოლოდ სინათლის აღქმის დონემდე. პაციენტს აღნიშნება დაზიანებულ მხარეს გუგის დეფექტი და ვერ აღიქვამს წითელ ფერს. მხედველობის ველის დეფექტი გამოხატულია ცენტრალურად (ცენტრალური სკოტომა). მხედველობის ველი აუცილებლად უნდა გამოვიკვლიოთ მეორე თვალშიც, იმისათვის რომ არ გამოგვეპაროს ჰიპოფიზის შეშუპება.

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

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

შაკიკი

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 მრავალფერი 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 ლებინების საწინააღმდეგო პრეპარატებით. ხშირი შეტევების დროს რეკომენდირებულია ხანგრძლივი პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

მხედველობის თანდათანობითი დაკარგვა

ნაწილობრივი უსინათლობა და სიბრმავე

მხედველობის თანდათანობითი დაკარგვის მიზეზები:

- **რეფრაქტერული ცდომა** - რეფრაქტერული ცდომის არსებობის დადგენა, შესაძლებელია, პინჰოლით ტესტირებისას. თუ არსებობს რეფრაქტერული ცდომა, პინჰოლში გახედვისას მხედველობა უნდა გამოსწორდეს. თუ პაციენტი ატარებს მძლავრ სათვალეს, მაშინ მისი ტესტირებისას, საჭიროა, პინ-ჰოლის გამოყენება. როდესაც გამოირიცხება მხედველობის დაკარგვის სხვა მიზეზები და დავადგენთ, რომ იგი გამოწვეულია რეფრაქტერული დარღვევებით, პაციენტი უნდა გავაგზავნოთ ოფთომეტრისტთან რეფრაქციის ცდომის ხარისხის დასადგენად.
- **კატარაქტა** - ეს არის მხედველობის თანდათანობითი შესუსტების ყველაზე ხშირი მიზეზი. კატარაქტის დადგენა წითელი რეფლექსის საშუალებით წარმოებს. თუ მხედველობის დაკარგვა ძლიერ ზეგავლენას ახდენს პაციენტის ცხოვრების წესზე, საჭიროა, მისი გაგზავნა სპეციალისტთან. თუ კატარაქტიან პაციენტებს აღენიშნებათ გუგების აშკარა დეფექტი და საერთოდ არ შეუძლიათ სინათლის აღქმა, მაშინ უნდა ვივარაუდოთ სხვა დაავადების არსებობაც.
- **პირველადი ღია კუთხოვანი გლაუკომა** - პაციენტები მხედველობის დარღვევას არ უჩივიან დაავადების მოგვიანებით სტადიებამდე. ეს კი ზრდის სკრინინგის აუცილებლობას. როდესაც პაციენტი უჩივის მხედველობის თანდათანობით გაუარესებას, ყოველთვის უნდა ვივარაუდოთ პირველადი და კუთხოვანი გლაუკომის არსებობა. ამ დროს, უნდა გამოვიკვლიოთ არსებობს თუ არა გლაუკომის ოჯახური ანამნეზი. ზოგჯერ მხედველობის სიმახვილე არის 6/6-ზე, მაგრამ მაინც საჭიროა მხედველობის ველის შემოწმება წითელი კალმის ან ქინძისთავის მოძრაობის საშუალებით. ასევე უნდა შევამოწმოთ არის თუ არა გამოხატული ოპტიკური დისკის ფიალისებური ფორმის ცვლილება ან ასიმეტრია, მეორე თვალის ოპტიკურ დისკთან შედარებით.
- **მაკულის ასაკობრივი დეგენერაცია** - ამ დროს, გამოხატულია მხედველობის ველის ცენტრალური დეფექტის თანდათანობითი განვითარება. მაკულაზე გამოხატულია პიგმენტური ცვლილებები. ეს პათოლოგია უფრო ხშირად გვხვდება ახლომხედველ პაციენტებში, ზიანდება ორივე თვალი, მაგრამ ზოგჯერ გამოხატულია 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.
- **ბადურის თანდაყოლილი დეგენერაცია** - ეს უფრო იშვიათი პათოლოგიაა, რომელიც მემკვიდრეობითი ანამნეზის მქონე პაციენტებში ყოველთვის უნდა გავითვალისწინოთ. სიმპტომები გამოიხატება ღამის პერიოდში მხედველობის გაუარესებით და სინათლისადმი ტოლერანტობის შემცირებით. დეგენერაციის უმეტესი ტიპები მკურნალობას არ ექვემდებარებიან, მაგრამ ზოგიერთი მათგანი დაკავშირებულია ზოგად მეტაბოლურ დაავადებებთან, ამიტომ საჭიროა ამ დაავადებათა მკურნალობა, რომ შევაჩეროთ მხედველობის გაუარესება.

- **მედიკამენტები** - მხედველობის დაკარგვა, შეიძლება, ზოგიერთმა წამალმაც გამოიწვიოს. მაგ. ქლოროქინმა ან ეტამბუტოლმა. ცნობილია, რომ ალკოჰოლი და ნიკოტინიც ჭარბი მოხმარებისას აზიანებენ მხედველობას. ასეთივე თავისებურებით გამოირჩევა მეთანოლიც. სისტემური სტეროიდები იწვევენ კატარაქტას, ხოლო სტეროიდული წვეთები-გლაუკომას.

მხედველობის თანდათანობითი გაუარესების მართვა

მხედველობის თანდათანობითი გაუარესების საწყისი მენეჯმენტი დამოკიდებულია პათოლოგიის გამომწვევ მიზეზზე. რეფრაქტორული 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 ვურჩიოთ, რომ საჭიროა კარგი განათება კითხვის და სხვა საქმიანობის დროს. განათება უნდა ეცემოდეს ზურგის მხრიდან.
- დამხმარე საშუალებები სუსტი მხედველობის დროს - დიდი დამხმარების გაწევა შეუძლია მარტივ გამადიდებელ სათვალეს. საზოგადოებრივ ბიბლიოთეკაში არსებობს მსხვილი შრიფტით ნაბეჭდი სპეციალური წიგნები. ზოგჯერ სათვალეებზე ამაგრებენ გამადიდებელ მოწყობილობას. მრავალი სპეციალური ხელსაწყო არსებობს საოჯახო საქმიანობის შესასრულებლად.

ნაწილობრივ მხედველთა და სრულ უსინათლოთა რეგისტრაცია

პაციენტი იგზავნება ოფთალმოლოგთან, რომელიც ავსებს სპეციალურ ფორმას. ნაწილობრივ მხედველად ითვლება პიროვნება, რომელსაც ორივე თვალში აღენიშნება 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 დაუუკარგოთ მომავლის რწმენა. მან არ უნდა ჩათვალოს, რომ ყველაფერი დაკარგულია. უსინათლო პაციენტები საჭიროებენ მთელ რიგი დამხმარე საშუალებების მხარდაჭერას, რომელთა შორის სოციალურ მუშაკს ყველაზე დიდი როლი ეკისრება.

კატარაქტა

სიმპტომები:

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

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 6%-ში, ხოლო 80 წლის ზემოთ თითქმის ყველას აღინიშნება ბროლის შემღვრევის სხვადასხვა ხარისხი. როდესაც ბროლის შემღვრევა მხედველობის მნიშვნელოვან გაუარესებას იწვევს დგება ოპერაციის აუცილებლობის საკითხი.

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

კატარაქტის ნიშნები

- მხედველობის სიმახვილის დაქვეითება
- ოფთალმოსკოპიისას წითელი რეფლექსის შესუსტება. წითელი რეფლექსი ჩანს თვალის ფსკერის ოფთალმოსკოპიით დათვალიერებისას პაციენტიდან ორი ნაბიჯის მანძილის სიშორიდან. წითელი რეფლექსი უფრო ადვილად ჩანს გუგების დილატირებისას.
- ცვლილებები ბროლის გამოსახულებაში. თუ თვალს გავანათებთ 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 ოპერირებულ თვალში ვითარდება ძლიერი ჰიპერმეტროპია (შორსმხედველობა), რომლის კომპენსირებასაც თვალი ხელოვნური კორექციის გარეშე ვერ ახერხებს. ამ რეფრაქტურული ცდომილების გამოსასწორებლად ოპერაციის დროს 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 ოპერაცია ჩატარებულია ხელოვნური ბროლის შემოღებამდე, ოპტიკურ კორექციას შეიძლება მივაღწიოთ სათვალით ან კონტაქტური ლინზებით.

სათვალე – ნატურალურ ბროლს დიდი რეფრაქტურული ძალა გააჩნია, ამიტომ კატარაქტის ექსტრაქციის შემდეგ საჭირო სათვალე საკმაოდ სქელი და მძიმეა. ასეთი სათვალის მემვეობით საგნების აღქმა ხდება ბევრად უფრო ახლოს, ვიდრე ისინი რეალურად მდებარეობენ. ეს ხშირად უსიამოვნო სიტუაციებს იწვევს. ასეთი სათვალის მოხმარებისას შეზღუდულია მხედველობის ველიც. მხედველობის ხილული ველის ირგვლივ კი პაციენტები ხედავენ ბნელ რგოლს. აღნიშნული ხარვეზები არ აღინიშნება კონტაქტური ლინზების ხმარებისას და ბროლის ინტრაოკულარული იმპლანტაციისას.

კონტაქტური ლინზები - კონტაქტური ლინზებით წარმოსახული საგნების ზომა 10%-ით მეტია, ვიდრე ნორმალური თვალით. თავის ტვინს აქვს ამ “უთანხმოების” გადალახვის უნარი. ასე რომ, ნაოპერაციები და არანაოპერაციები თვალებით ერთდროულად შეიძლება საგნის დანახვა.

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

ბროლის მეორადი ინტრაოკულარული იმპლანტაცია - თუ, სათვალის ან კონტაქტური ლინზების ხმარება პრობლემებს წარმოშობს საკითხი დგება ბროლის მეორადი ინტრაოკულარული იმპლანტაციის შესახებ. ეს კი დაკავშირებულია გარკვეულ რისკთან. ამიტომ გადაწყვეტილების მიღებამდე უნდა გავითვალისწინოთ ყველა დადებითი და უარყოფითი ასპექტი, რომელიც თან ახლავს ამ ოპერაციას.

რეფრაქტერული ცდომა

თვალი, რეფრაქტერული ცდომით

ბუნდოვანი მხედველობა, ყველაზე ხშირად, გამოწვეულია რეფრაქციის ცდომილებით. ზოგადი პრაქტიკის ექიმი იშვიათად ხვდება თავის პრაქტიკაში ამ პათოლოგიას, ვინაიდან ასეთი პაციენტები ოფთომეტრისტებს მიმართავენ.

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

ახლოს მდებარე საგნებიდან წამოსულ სხივებს ახასიათებს დივერგენცია და მათი ბადურაზე ფოკუსირება განპირობებულია აკომოდაციის პროცესით. ცირკულარული წამწამოვანი კუნთი იკუმშება, რის გამოც ბუნებრივად ელასტიური ბროლი ღებულობს უფრო მრგვალ ფორმას. ამით იზრდება ბროლის კონვერგენციული სიმძლავრე. ასაკის მატებასთან ბროლი კარგავს ელასტიურობას და ცილიარული კუნთის შეკუმშვა აღარ იწვევს მისი ფორმის შეცვლას. დაახლოებით, ორმოცი წლის შემდეგ ასაკში, ახლოს მდებარე საგნების გარჩევა თანდათანობით ძნელდება (პრესბიოპია). ამიტომ პიროვნება ცდილობს საგნები მოშორებით დაიჭიროს, რათა შეამციროს აკომოდაციის საჭიროება.

იმისათვის, რომ ვუზრუნველყოთ წამოსული სხივების ფოკუსირება ბადურაზე, საჭიროა ამოზნექილი ლინზები 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 კორექტირებას, რათა თავიდან ავიცილოთ ამბლიოპიის ჩამოყალიბება.

მიოპია ანუ ახლომხედველობა

თუ რქოვანას და ბროლის კონვერგენციული სიმძლავრე დიდია, ან თუ თვალს აქვს შედარებით მოგრძო ფორმა, საგნიდან წამოსული სხივების ფოკუსირება ხდება არა ბადურაზე, არამედ მის წინ. მკაფიო მხედველობის მისაღწევად, საჭირო ხდება ჩაზნექილი ლინზების ხმარება.

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

კატარაქტის განსაზღვრული ტიპის დროს (ბირთვული სკლეროზი) იზრდება ბროლის რეფრაქტერული სიმძლავრე, რაც აძლიერებს მიოპიას. ასეთი პაციენტები ამბობენ, რომ მათ აღენიშნებათ ძლიერ მაღალი ხარისხის ახლომხედველობა, აქვთ ბადურის აშრეების, 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 სხივები 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. ხოლო 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 დარღვევათა მთელ რიგს. მისთვის დამახასიათებელია ოპტიკური დისკის ამოზნექილობა, მხედველობის ველის შეზღუდვა, ინტრაოკულარული წნევის მომატება, რაც განაპირობებს თვალის დაზიანებას. გლაუკომა მსოფლიოში რიგით მესამე დავადებაა, რომელიც სიბრძნვეს იწვევს.

ნორმაში ცილიარული სხეული გამოიმუშავებს სეკრეტს. სითხე უკანა კამერიდან წინა კამერაში გუგის გავლით მიედინება. სითხე გაივლის 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 შემჩნევა. 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 რქოვანა

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 აწევას, გლაუკომის განვითარებას ტკივილი არ სდევს თან, მანამ სანამ წნევა ძლიერ არ აიწევს. ასე, რომ პირველად ღია კუთხოვან გლაუკომას 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 სიფართე 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 ახლომხედველობა

პირველადი ღია კუთხოვანი გლაუკომა გლაუკომის ყველაზე ხშირი ფორმაა.

სიმპტომები:

ვინაიდან პათოლოგიური პროცესი თანდათანობით ვითარდება, პაციენტები არ მოგვმართავენ 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.

რისკის ჯგუფები:

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

მწვავე დახურულკუთხოვანი გლაუკომა

რისკის ჯგუფები

- ასაკოვანი პირები
- შორსმხედველი პირები

გლაუკომის ეს ფორმა კარგად არის ცნობილი, რადგან გამოვლინდება მწვავე ფორმით. დაზიანებული თვალი წითელი და მტკივნეულია. მწვავე დახურულ კუთხოვანი 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 აწვება ტრამბეკულურ ქსელს და კეტავს დრენაჟის კუთხეს. ამის გამო თვალშიდა წნევა სწრაფად იზრდება.

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

მართვა – მხედველობის შენარჩუნების მიზნით, საჭიროა გადაუდებელი თერაპია. თუ ჰოსპიტალიზაცია შეუძლებელია, მაშინ პაციენტს ინტრავენურად უნდა შევეყვანოთ 500მგ აცეტაზოლამიდი (დიამოქსი), ადგილობრივ კი საჭიროა 4% პილოკარპინის ინსტილაცია, რაც ავიწრობს გუგას. თავდაპირველად უნდა დავწიოთ ინტრაოკულარული წნევა, ხოლო შემდეგ ვიფიქროთ სითხის დინების აღდგენაზე ქირურგიული ან ლაზერული მეთოდით. პროფილაქტიკისათვის უნდა ვუმკურნალოთ მეორე თვალსაც. არადროული მკურნალობის შედეგად, შეიძლება, მივიღოთ რქოვანასა და ფერადი გარსის ერთმანეთთან შეზრდა (პერიფერიული წინა სინექია). ეს კი აზიანებს ტრამბეკულურ ქსელს. ასეთ დროს, საჭირო ხდება დრენირების აღდგენა ქირურგიული მეთოდით.

გლაუკომის სხვა ტიპები

წინა უვეიტის შედეგად, ბროლსა და ფერად გრასს შორის, შეიძლება, განვითარდეს ადჰეზია (უკანა სინექია). იგი აფერხებს 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 ტრაბეკულურ არეს. ქსელის ბლოკირებას იწვევს, აგრეთვე ანთებითი უჯრედების გროვებიც. ადგილობრივი სტეროიდების ხანგრძლივი ხმარება იწვევს ინტრაოკულარული წნევის მომატებას, რასაც პაციენტი ზოგჯერ სიბრმავემდეც 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 ტრაბეკულური ქსელის ბლოკირებას. ვითარდება რუბეოზული გლაუკომა მისი მკურნალობა ძალიან ძნელია.

თვით ტრაბეკულურ ქსელს, ზოგჯერ, ახასიათებს არასწორი განვითარება (თანდაყოლილი გლაუკომა). ზოგჯერ, კი შეიძლება დაზიანდეს თვალის ტრავმის გამო. თვალის ტრავმის მქონე პაციენტებს, მომავალში გლაუკომის განვითარების დიდი რისკი აქვთ. თვალის ტრავმის ფონზე განვითარებული სისხლდენისას, ერთროციტებმა შეიძლება გამოიწვიონ ტრაბეკულური ქსელის ბლოკირება.

მედიკამენტური მკურნალობა:

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

პარასიმპათომიმეტიური საშუალებების წარმომადგენელია პილოკარპინი. იგი იწვევს გუგის შევიწროებას და ხელს უწყობს სითხის დრენირებას.

სიმპატომიმეტიური საშუალებებიდან გამოიყენება ადრენალინი. გვერდითი 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 აღნიშნებათ ბევრი გვერდითი მოვლენა: გულისრევა, პარესთეზია, თირმლის კენჭები, დაღლილობა.

მკურნალობა ლაზერით

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

ლაზერული ირიდოტომია ტარდება დახურულკუთხოვანი გლაუკომის დროს. ეს პროცედურა არ საჭიროებს თვალის ქირურგიულ გახსნას.

ქირურგიული მკურნალობა

ადრე ქირურგიულ მკურნალობას მედიკამენტოზური მკურნალობის არაეფექტურობის დროს მიმართავდნენ. დღეს უფრო ადრეულად ატარებენ ოპერაციულ მკურნალობას, რადგან ამ გზით ყველაზე უკეთ მცირდება თვალშიგა წნევა. გადაწყვეტილების მიღება ოპერაციული 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 თვალების კონვერგენცია სიელმეს არ ნიშნავს.

რატომ არის სიელმე მნიშვნელოვანი?

- სიელმე, შეიძლება, მიგვანიშნებდეს ოკულარულ დაავადებაზე. საგნების თვალიერებისას თვალები ცდილობენ 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 რეფრაქტერული 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, უჩივიან მხედველობის შესუსტებას ერთ-ერთ თვალში, აუცილებელი და მნიშვნელოვანია სიფრთხილე, რომ დროულად გამოვავლინოთ პათოლოგია. ზოგჯერ სათვალის ტარება საკმარისი ხდება რეფრაქტერული ცდომის და მასთან დაკავშირებული სიელმის გამოსავლინებლად.
- სიელმემ ბავშვებში, შეიძლება, ამბლიოპია გამოიწვიოს. ზოგჯერ პირველადი პრობლემა თვალების უსწორმასწორობა, რომელიც მეორადად იწვევს მხედველობის გაორებას, მცირეწლოვან ბავშვებში დიპლოპიის გადასალახავად 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 გადაიხრება მხედველობის დაზიანების გამო. სიმსივნე, რომელიც იწვევს ინტრაკრანიალური წნევის მომატებას და მეექვსე ნერვის დამბლას, მეორადად იწვევს სიელმესაც. ამ შემთხვევაში სიელმე პარალიზურია და სიელმის კუთხე იცვლება მხედველობის მიმართულების ცვლილების მიხედვით. ზოგჯერ სიელმე და დიპლოპია გამოვლინდება, როგორც ყასტენია გრავის პირველი სიმპტომები.

სიელმის დიაგნოსტიკა და კლინიკური შეფასება

მოზრდილები, უჩივიან თვალების გადახრას ან დიპლოპიას. ბავშვებში, როგორც წესი მშობლები ამჩნევენ ამ პათოლოგიას. ზოგჯერ სახეზეა სიელმის ოჯახური ანამნეზიც. ოჯახური ანამნეზი სიელმის განვითარების მძლავრი რისკ-ფაქტორია. ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებისას ბავშვებში, შედარებით, ხშირია სიელმის გამოვლინება. სიელმის მაღალი სიხშირე შეინიშნება ბავშვებში, რომელთაც აღენიშნებოდათ სამშობიარო ტრავმები ან განვითარების შეფერხება. რაც უფრო ადრეულ ასაკში გამოვლინდება სიელმე, მით მეტია ოპერაციული ჩარევის საჭიროება. მუდმივი (მყარი) სიელმის პროგნოზი გარდამავალთან შედარებით უფრო ცუდია.

- საჭიროა, შეფასდეს პაციენტის თვალების პოზიცია - ძლიერი სიელმე აშკარაა. ზოგჯერ ფართო ეპიკანტუსი იძლევა ცრუ სიელმის სურათს, თუმცა ეს არ გამოორიცხავს ჭეშმარიტი სიელმის არსებობას.

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

- ინტრაკრანიალური წნევის მომატება
- კომპრესიული დაზიანებები
- დიაბეტი
- ჰიპერტენზია
- მიასტენია გრავის
- დისტროფიული დაავადება

თვალის დაზიანება სხვადასხვა შინაგანი 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. მანკილოზირებელი 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 კასიერ-ფლეშერის სპილენძის რგოლი მიუთითებს ვილსონის დაავადებაზე.
- ოკულარულ ნიშნებს, ზოგჯერ პროგნოზული მნიშვნელობა აქვს. მაგ. შიდათ დაავადებულ ასიმპტომურ პაციენტებში ღრუბლისებრი 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
- 2 პროლიფერაციული რეტინოპათია

სკრინინგი

პაციენტები დიაბეტური რეტინოპათიით შეიძლება დავყოთ შემდეგ ჯგუფებად.

- 1 პირები, რომელთაც არ აღენიშნებათ რეტინოპათია ან აქვთ დიაბეტური ფონური რეტინოპათია მხედველობის დაურღვევლად. საჭიროა, მათი ყოველწლიური გამოკვლევა სათვალთ ან პინ-ჰოლით. ცვლილებების გამოვლინებისას პაციენტებს უნდა ავუხსნათ, 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 პინ-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 პრეპროლიფერაციული რეტინოპათია. ამ დროს არ არის განვითარებული ახალი სისხლძარღვები, მაგრამ ხშირია დიდი სისხლჩაქცევები, დაკლანკილი 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 საჭირობენ 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 ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებების დროს

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

რევმატოიდული ართრიტი

რევმატოიდული 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. აცეტილცისტეინი. ანთებითი პროცესი, ზოგჯერ, აზიანებს სკლერას და ეპისკლერას. პაციენტებს უვითარდებათ წითელი თვალი და მტკივნეულობა. სკლერიტი ეპისკლერიტთან შედარებით უფრო მტკივნეულია. სკლერიტის განხანგრძლივებისას, 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. 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 ჩვილებს 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.

აკნე როზაცეა

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

სარკოიდოზი

სარკოიდოზის დროს, ვითარდება თვალის სხვადასხვაგვარი დაზიანება. შესაძლოა განვითარდეს მწვავე ან ქრონიკული უვეიტი, რომელიც შემდეგში იწვევს კატარაქტას და

გლაუკომას, ხოლო რქოვანაზე ვითარდება კალციუმის დეპოზიტები. საგრემლე ჯირკვალი განიცდის ინფილტრაციას და ვითარდება მშრალი თვალის სიმპტომები. თვალის უკანა ნაწილებში, გრანულომატოზური პროცესის გამო, ვითარდება ვასკულიტები და ზოგჯერ მხედველობის ნერვის ინფილტრაცია.

თანდაყოლილი წითურა

გამოხატულია - კატარაქტა, სიელმე, რეფრაქტერული ცდომა, გლაუკომა, რეტინოპათია

თვალი. შეძენილი იმუნოდეფიციტის 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 აშრევებას. მკურნალობისათვის გამოიყენება ანტივირუსული საშუალებები. საჭიროა მათი ხანგრძლივი გამოყენება, რაც იწვევს არასასურველი გვერდითი მოვლენების ჩამოყალიბებას. შიდსით დაავადებულთა შორის უსინათლობა ხშირად სუიციდის მიზეზი ხდება.

ნერვული სისტემა და თვალი

ზოგჯერ, სერიოზულ ნევროლოგიურ დაავადებაზე თავდაპირველად ოკულარული ნიშნები მიანიშნებენ. 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 აღნიშნებათ 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, თვალი ოდნავ ქვევით იხედება, რასაც განაპირობებს დაუზიანებელი ზემო ირიბი კუნთის მოქმედება, მის ინერვაციას კი მეოთხე წყვილი ნერვი აწარმოებს. გუგები 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 გამოხატული ტკივილის და გაფართოებული გუგის არსებობის შემთხვევაში, პირველ რიგში, უნდა გამოვრიცხოთ კომპრესიული დაზიანება, რომლის დროულმა მკურნალობამ, პაციენტს შეიძლება სიცოცხლე შეუნარჩუნოს.

მეოთხე წყვილი ნერვის დამბლა -მწელია მისი დიაგნოსტიკა. ამ დროს გამოიხატება თავის გადახრა დაზიანებული მხარის საპირისპირო მიმართულებით და ნიკაპის ქვემოთ ჩამოწევა. თუ პაციენტს თავის ტრავმის გამო აღენიშნება მეოთხე წყვილი ნერვის ბილატერალური დამბლა, გამოხატული 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 გამოჯანმრთელება 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 მეხუთე 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 შეიგრძნობენ 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 მალამოთი. 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 გუგები** - 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 მამოძრავებელ კუნთებს სიმპათიკური ინერვაცია არ გააჩნიათ.

პროტოკოლი

მიზანი: მხედველობის დაქვეითების შემთხვევების დროული გამოვლენა.

შრომითი რესურსი:

პრაქტიკის ექთანი
 უბნის ექთანი
 ოჯახის/უბნის ექიმი

მატერიალური:

მხედველობის სიმახვილის განსასაზღვრი ტაბულა (სივცევის).

ორგანიზაციული ასპექტები:

1. მხედველობის დაქვეითებაზე სკრინინგი განიხილება, როგორც პაციენტთა რეგულარული სამედიცინო მეთვალყურეობის კომპონენტი;
2. მხედველობის დაქვეითებაზე სკრინინგს ატარებს:
 - ა) ზოგადი პრაქტიკის ექთანი სამ-ხუთ წელიწადში ერთხელ 50 წლამდე, სამ წელიწადში ერთხელ 65-74 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, ხოლო წელიწადში ერთხელ 75 წლიდან, ვინც მომართავს დაწესებულებას რეგულარული სამედიცინო შემოწმებისათვის;
 - ბ) უბნის ექთანი ლოგინს მიჯაჭვულ პაციენტებში, ვისთვისაც ამბულატორიული ვიზიტის შესრულება შეუძლებელია.
3. სკრინინგის შედეგებს ექთანი აფიქსირებს პაციენტთა სამედიცინო მეთვალყურეობის ბარათის სათანადო გრაფაში.

პროცესი:

მხედველობის ფუნქციის შეფასება იწყება სუბიექტური მეთოდით, როგორცაა პაციენტის გამოკითხვა ამის თაობაზე. მარტივი შეკითხვა: “ზოლო ხანს მხედველობის გაუარესების გამო პრობლემები ხომ არ გაგჩენიათ, მაგ. მანქანის მართვა, ტელევიზორის ყურება, ყოველდღიური საქმიანობის შესრულება ან კითხვა გიჭირთ?”. თუ პაციენტი ამას არ ადასტურებს, მაინც საჭიროა მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა სივცევის ტაბულის საშუალებით. მხედველობის სიმახვილის შეფასებისას პაციენტმა არ უნდა მოიხსნას სათვალე ან კონტაქტური ლინზები, რასაც ჩვეულებრივ ატარებს.

მხედველობის სიმახვილის დაქვეითებისას პაციენტი იგზავნება ოჯახის ექიმთან ან პირველადი ჯანდაცვის დონის დაწესებულების ოკულისტთან.

ბინაზე (ლოგინს მიჯაჭვულ პაციენტებში) მხედველობის ფუნქცია უნდა შეაფასოს უბნის ექთანმა.

მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა

მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრისათვის არსებობს სპეციალური ტაბულები (ცხრილები), რომელიც შედგენილია პირობითი ნიშნების რამოდენიმე რიგით. ამ ნიშნებს ოპტოტიპები ეწოდება. ოპტოტიპებად შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ასოები, ციფრები, რგოლები, ხაზები, ნახატები და ა.შ. სკოლამდელი ასაკის ბავშვებისათვის ოპტოტიპებად ნახატები გამოიყენება.

მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრისათვის საქართველოში, ჩვეულებრივ, სივცოვის ტაბულას იყენებენ, რომელშიც ოპტოტიპებად გამოყენებულია, როგორც ასოები, ასევე რგოლები.

ტაბულა (ცხრილი), ჩვეულებრივ, ოპტოტიპების 10-12 რიგითაა წარმოდგენილი. თითოეულ რიგში ოპტოტიპების ზომა ერთნაირია, მაგრამ თანდათანობით მცირდება პირველიდან მეთორმეტე რიგამდე. თითოეული რიგის მარჯვნივ აღნიშნულია მხედველობის სიმახვილე, რომელიც პაციენტს 5 მეტრის მანძილიდან ამ რიგის სწორად წაკითხვის შემთხვევაში აქვს.

ინსტრუქცია:

- მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრისას პაციენტი დაშორებული უნდა იყოს ტაბულიდან 5მ-ით. თუ ამ მანძილიდან პაციენტი ოპტოტიპების მეთა რიგს სრულად კითხულობს, მაშინ მისი მხედველობის სიმახვილე 1,0-ია (ვისუს=1,0). თუ პაციენტი მეთა რიგს სრულად ვერ კითხულობს, მაშინ აგრძელებენ გამოკვლევას და განსაზღვრავენ, რომელი რიგის ამოცნობა შეუძლია გამოსაკვლევ პირს. ტაბულაში მწკრივების მიხედვით ქვემოდან ზემოთ გადანაცვლებისას მხედველობის სიმახვილე მცირდება 0,1-ით. ეს პრინციპი დარღვეულია მხოლოდ ქვედა ორ რიგში: მეთერთმეტე რიგი შეეფერება მხედველობის სიმახვილე 1,5-ს, და მეთორმეტე რიგი კი—2,0-ს.
- თუ გამოკვლევა ნაკლები მანძილიდან წარმოებს, მაშინ სწელენის ფორმულის გამოყენებით ადვილია მხედველობის სიმახვილის გამოთვლა.

$$\text{visus}=\frac{d}{D}$$

d —მანძილი, რომელზედაც წარმოებს გამოკვლევა

D—მანძილი, რომელზედაც ნორმალური თვალი არჩევს ამ რიგის ოპტოტიპებს. მაგ. თუ, გამოკვლევა 2,5 მ-ის მანძილიდან წარმოებს და პაციენტი ხედავს მხოლოდ პირველ რიგს, მაშინ სწელენის ფორმულის მიხედვით მხედველობის სიმახვილე იქნება $V=2,5/50=0,05$.

- მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრისას ტაბულა თანაბარზომიერად და კარგად უნდა იყოს განათებული. განათებისათვის გამოიყენება 40 ვტ-იანი ნათურა, რომელიც პაციენტის მხრიდან ფართო არის დაფარული. გამანათებელი მოწყობილობის ძირი იატაკიდან 1,2 მ-ის, ხოლო პაციენტისაგან 5 მ-ის დაშორებით უნდა მდებარეობდეს;
- მხედველობის სიმახვილე ფასდება ცალკეულ თვალზე—რიგრიგობით;
- ჩვეულებრივ, გამოკვლევას იწყებენ მარჯვენა თვალიდან;
- შეფასების დროს ორივე თვალი ღია უნდა იყოს. თვალი, რომელსაც კონკრეტულ მომენტში არ იკვლევენ, უნდა დაიფაროს გაუმჭვირვალე, იოლად სადენინფექციო

მასალით. ზოგჯერ, დასაშვებია თვალის ხელისგულით დაფარვა, მხოლოდ ისე, რომ თვალზე ზეწოლა არ მოხდეს;

- ოპტოტიპების მისათითებლად საჭიროა კარგი საჩვენებელი ჯოხი. გამოკვლევისას მისი ბოლო ზუსტად გამოსაცნობი ოპტოტიპის ქვეშ უნდა მოათავსონ, თუმცა ისე, რომ არ მოხდეს მასზე ზედდება. თითოეული ნიშნის ექსპოზიციის ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს 2-3 წმ-ს;
- იმისათვის, რომ გამოკვლევა შედარებით სწრაფად შესრულდეს და, თანაც, პაციენტმა შედარებით დიდი ზომის ოპტოტიპებთან უბრალოდ არ გამოიცილოს პატარა ზომის ოპტოტიპები, შეფასება უნდა დაიწყოს მეათე რიგის ოპტოტიპებიდან, მათი ჩვენება თანმიმდევრობით არ უნდა მოხდეს;
- მხედველობადაქვეითებულ პაციენტებში დასაშვებია გამოკვლევის დაწყება დიდი ოპტოტიპების რიგიდან ქვემოთ, ვერტიკალური მიმართულებით, თითო რიგში ერთი ოპტოტიპის ჩვენებით, იქამდე, ვიდრე გამოსაკვლევი პირი შეცდომას დაუშვებს. ამის შემდეგ არათანმიმდევრულად ახდენენ წინა რიგების ოპტოტიპების დემონსტრირებას;
- მხედველობის სიმახვილეს აფასებენ იმ რიგის მიხედვით, რომელშიც პაციენტი ყველა ოპტოტიპს სწორად ამოიცნობს. 0,3-0,6 მხედველობის სიმახვილის შესაფერის მწკრივში დასაშვებია ერთი ოპტოტიპის არასწორად დასახელება, ხოლო 0,7-1,0 მწკრივში—ორი ოპტოტიპისა, მხოლოდ მხედველობის სიმახვილის შესახებ ჩანაწერში უნდა მიეთითოს, რომ მხედველობის სიმახვილე “არასრულია”;
- მწლიარე პაციენტებისათვის მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრისას იყენებენ სპეციალურ ტაბულებს, რომლებიც თვალიდან 33 სმ-ის დაშორებითაა გათვლილი. ამ დროს ფასდება, როგორც ცალკეული ასოს სწორად გამოცნობა, ასევე წვრილი შრიფტით დაბეჭდილი ტექსტის კითხვის უნარი (აუცილებელია მანძილის მითითება);
- თუ გამოსაკვლევი პირის მხედველობის სიმახვილე 0,1-ზე ნაკლებია, მაშინ უნდა განისაზღვროს მანძილი, რომლიდანაც იგი პირველი რიგის ოპტოტიპებს ხედავს (ვცვლით მანძილს პაციენტსა და ტაბულას შორის) და სნელენის ფორმულის საშუალებით ვითვლით მხედველობის სიმახვილეს;
- მხედველობის ფუნქციის მძიმე დარღვევის შემთხვევაში, ოპტოტიპების პირველი რიგის ნაცვლად, შესაძლებელია ხელის თითების გამოყენება (მუქ ფონზე), ვინაიდან თითების სიგანე, დაახლოებით, სნელენის პირველი რიგის ოპტოტიპების სიგანეს უახლოვდება.

გამოსავალი:

1. ექთანმა გამოავლინა მხედველობის დაქვეითების X შემთხვევა (ამბულატორიულად/ბინაზე);
2. ექთანმა მხედველობის დაქვეითების გამო ოჯახის ექიმთან/ან პირველადი ჯანდაცვის დონის დაწესებულების ოკულისტთან გაგზავნა X პაციენტი;
3. შემდგომი გამოკვლევებისათვის გაგზავნილი პაციენტების რაოდენობა.