

Причины снижения зрения.

Как прекрасен этот мир! И это действительно так, а ведь именно через орган зрения мы получаем около 80% информации об окружающем мире. Способность видеть - это уникальная возможность, данная нам природой, это очень сложный многоступенчатый процесс, в котором задействованы не только все структуры глаза, но и большинство центров головного мозга. Видя определенный предмет мы не только должны определить его размер, цвет, форму, но и понять что конкретно мы видим, для чего он используется, как он движется, как его взять в руки и т.д. Поэтому любые нарушения зрения, даже на первый взгляд самые незначительные, изменяют качество нашей жизни, а порой и лишают нас многих возможностей. Нарушения зрения могут быть как острыми, так и хроническими. При остром, внезапном снижении зрения перед глазом появляется пятно, пелена, облако, чернота, меняется острота и контрастность зрения. При хроническом варианте изменения нарастают медленно, постепенно, иногда в течении нескольких месяцев, а то и лет, и поэтому часто замечаются уже при значительной потере зрительных функций. Ухудшение зрения практически всегда является симптомом какого-либо заболевания. Это могут быть:

1. болезни непосредственно самих глаз: роговицы(кератиты,кератопатии), хрусталика(катаракта), стекловидного тела(деструкция), сосудистой оболочки и сетчатки(глаукома, отслойка сетчатки, центральные и периферические дистрофии сетчатки, хориодиты, хориоретиниты), зрительного нерва и всего зрительного тракта(нарушение кровообращения, тромбоз, эмболия сосудов);

2. сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, ангиосклероз сосудов головного мозга), которые являются основной причиной ишемии диска зрительного нерва и вызывают как непосредственно патологию самого зрительного нерва на различных его уровнях(сосудистые оптические нейропатии), так и поражение всего сосудистого тракта глаза(ишемическая болезнь глаз);

3. системные заболевания соединительной ткани(ревматоидный артрит, системная красная волчанка и т.д.), которые поражают все структуры глаз, особенно хориодальную систему глаз и сетчатку, вызывая кератоуветы,склериты, передние и задние увеиты, хориоретиниты;

4. воспалительные и демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы при которых поражается в основном зрительный анализатор на всем его протяжении(острая и хроническая демиелинизирующая или воспалительная нейропатия);

5. эндокринные заболевания (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы) которые приводят к поражению не только сосудистой оболочки и сетчатки(диабетические ангиоретинопатии) ,но и к нарушениям со стороны тканей, окружающих глаз: глазных мышц, жировой ткани, которая окружает глазное яблоко(эндокринные офтальмопатии);

6. образования головного мозга и зрительных нервов, проявления которых всегда зависит от локализации патологического процесса(отек зрительных нервов различной степени выраженности, компрессионные оптические нейропатии, атрофии зрительных нервов).

Наиболее частыми причинами снижения зрения являются глаукома, катаракта, диабетическая ретинопатия, возрастная макулярная дегенерация, атрофия зрительного нерва вследствие оптических нейропатий различной этиологии.

Глаукома характеризуется значительным повышением внутриглазного давления, что сопровождается прогрессирующим снижением периферического зрения вследствие необратимого повреждения волокон зрительного нерва. Различают две основные формы глаукомы: открытоугольную и закрытоугольную. Открытоугольная глаукома встречается примерно в 90 %случаев, радужно-роговичный угол при этой форме открыт, что и обусловило её название. Отток внутриглазной жидкости снижается за счёт уменьшения промежутков между трабекулами. Закрытоугольная глаукома — более редкая форма глаукомы, которая в основном бывает при дальнозоркости у людей в возрасте старше 30 лет. При этой форме глаукомы угол передней камеры блокируется радужной оболочкой, что вызывает резкое нарушение оттока внутриглазной жидкости и быстрый подъем давления в глазу. Повреждение зрительного нерва и потерю зрения при глаукоме невозможно остановить, но существуют методы лечения, которые позволяют замедлить или остановить прогрессирование заболевания. Цель лечения - нормализация внутриглазного давления и предотвращение дальнейшего повреждения зрительного нерва и развития слепоты. Лечение – медикаментозное, хирургическое или лазерное.

Катаракта является одной из наиболее распространенных патологий хрусталика. Она характеризуется его помутнением и ухудшением остроты и качества зрения. В большинстве случаев катаракта развивается в пожилом возрасте. Помутнение хрусталика и ухудшение зрения могут быть вызваны нарушением обмена веществ, травмами, действием свободных радикалов. Ухудшение зрение сильно зависит от того, в какой части хрусталика располагается катаракта. Если помутнение затрагивает только периферию,

зрение в течение длительного времени остается нормальным. Если же помутнение расположено в центре хрусталика, зрение снижается быстро и человек имеет большие проблемы с видением предметов. Ухудшение зрения при катаракте на начальных стадиях можно лечить консервативно, при помощи глазных капель. Однако единственным радикальным методом является хирургическое лечение.

Возрастная макулярная дегенерация – заболевание, являющееся причиной ухудшения зрения и развития слепоты у большого числа людей в возрасте после 55 лет. При данной патологии поражается центральная зона сетчатки, так называемое желтое пятно – место на сетчатке, где находится наибольшее количество светочувствительных нервных рецепторов. Заболевание чаще всего обусловлено недостатком в организме важных витаминов и микроэлементов (особенно лютеина и зеаксантина), избытком ультрафиолетового излучения, наследственностью, курением. Начальными признаками макулодистрофии могут быть затуманивание зрения, нечеткие контуры линий, предметов, искажение их формы, сложности при чтении, разглядывании лиц, букв. Выделяют два вида макулодистрофии сетчатки глаза – сухую и влажную. Сухая встречается в 90% случаев, для нее характерна прогрессирующая атрофия макулярной зоны сетчатки глаза, но при этом зрение «падает» сравнительно медленно. Влажная макулодистрофия развивается как следствие образования новых сосудов, которые стремятся к восстановлению питания макулы, но за счет своей хрупкости легко становятся причиной кровотечений и отеков тканей. Прогрессирует этот вид макулодистрофии намного быстрее и приводит к серьезному ухудшению зрения. Перспективными направлениями в лечении влажных форм признаны интравитриальное введение антиангиогенных препаратов (подавляющих рост новых кровеносных сосудов) и фотодинамическая терапия. При сухой форме используется весь спектр сосудистой терапии, направленной на улучшение микроциркуляции.

Диабетическая ретинопатия чаще развивается у людей, страдающих сахарным диабетом первого типа. На начальных стадиях диабетической ретинопатии. ухудшения зрения не отмечается. Однако изменения в капиллярах и мелких сосудах сетчатки в это время уже могут происходить. Поэтому всем больным сахарным диабетом очень важно своевременно проходить осмотры у офтальмолога. При длительном течении сахарного диабета и отсутствии эффективного лечения практически всегда наблюдается ухудшение зрения. На поздних стадиях диабета данное осложнение встречается у 90% пациентов. Диабетическая ретинопатия и связанное с ней резкое ухудшение зрения вызваны поражением мелких

сосудов сетчатки. В капиллярах артериального типа развивается атеросклероз, венозные сосуды сильно расширяются, кровь в них застаивается. Целые участки сетчатки остаются без адекватного кровоснабжения, их функция существенно страдает. Начинаясь с диабетической ангиопатии, заболевание может прогрессировать, вовлекая центральную и периферическую зоны сетчатки с образованием твердого и мягкого экссудата, аневризм, кровоизлияний. В наиболее тяжелых случаях происходят грубые пролиферативные изменения в сетчатке, приводящие к необратимой потере зрения.

Передняя оптическая ишемическая нейропатия - наиболее частая сосудистая патология, приводящая к резкому снижению зрительных функций. В большом количестве случаев в исходе данного процесса развивается атрофия зрительных нервов различной степени выраженности. Причиной развития передней оптической ишемической нейропатии является недостаточность кровотока по задней цилиарной артерии, кровоснабжающей диск зрительного нерва. Чаще всего она развивается у больных с длительной артериальной гипертензией и сахарным диабетом, пациентов со стенозирующими процессами в системе брахиоцефальных сосудов, нередко – у больных васкулитами или полицитемией. В 5% случаев (особенно часто у больных старше 65 лет) нейропатия связана с височным артериитом и требует немедленного назначения кортикостероидной терапии для предупреждения поражения второго глаза. Диагноз височного артериита облегчается при выявлении болезненного уплотнения и отсутствия пульсации височной артерии и признаков ревматической полимиалгии. Принципиально своевременное проведение сосудистой и нейропротекторной терапии, направленной на восстановление питания зрительного нерва.

И в заключении хочется еще раз отметить, что если вы заметили у себя какие-либо изменения со стороны зрения, лучше не откладывать визит к офтальмологу. Во многих случаях ранняя диагностика и своевременно назначенное лечение спасают ваше зрение.

В нейроофтальмологическом кабинете Минского консультативно-диагностического центра созданы все условия для своевременной диагностики, лечения и динамического наблюдения пациентов с сосудистыми и демиелинизирующими заболеваниями зрительной системы. В кабинете ведется бесплатный (по направлению учреждений здравоохранения города) и платный прием.

Врач высшей категории, кандидат меднаук Кубарко Ю.А.