

Mida pidada silmas, kui haigus on silmas?

Silm on üks neist elunditest, mille täpsemaks uurimiseks on vaja mitmeid instrumente. Olles kaitstud silmalaugude ja silmakoopa luude poolt, näeme me silmast vaid osa struktuure, needki on väikesed.



MAARJA KIRSIMÄE
silmaarst
Ida-Tallinna
Keskhaigla

Vaatamata sellele saab apteeker silmaprobleemidega patsiente aidata, kui teab põhiliste silmahaiguste sümptomeid ja alarmeerivaid kaebusi, mis viitavad erakorralisusele.

Silmapõletik

Silmapõletik on üks sagedasemaid silmahaigusi. Enim pöörduakse arsti poole selle probleemiga lastega (1). Silmapõletik ehk konjunktiviit võib olla viiruslik, bakteriaalne või allergiline. Tüüpiliselt esinevad haigel punetavad silmalaud, laugude turse, limaskestal laienenud veresooneid.

Viirusliku konjunktiviidi korral esineb läbipaistev eritis, **bakteriaalset põletikku** iseloomustab kollakasroheline rähm. Mõnikord kaasneb ka nohu või kõha. **Allergilise silmapõletiku** tunneb lisaks laugude tursele ja punetusele ära selle järgi, et patsient kaebab tugevat sügelust. Limaskestad on sel puhul kohevad, silmadest jookseb läbipaistvat eritist.

Põletikulise silma puhul on kõige olulisem puhastada ripsmed rähmast ja lasta silmadel puhata. Märg kompress süvendab turset ja seetõttu tuleks silmadel hoida hoopis midagi kuiva ja jahedat (nt geelikott).

Puhastamiseks sobib keedetud vesi, kummelitee vaid juhul, kui ei esine õietolmuallergiat. Leevendust saab käsimüügis saadavatest kunstpisaratest, mis aitavad silma puhastada ja rahustada.

da. Sageli neist võtetest piisab, et põletik hakkaks lahenema.

Allergilise silmapõletiku raviks on apteegis saadaval spetsiaalsed silmatilgad, mis sisaldavad naatriumkromoglükaati või aselastiini. Ka suukaudsed antihistamiinikumid aitavad kaebusi vähendada. Kui nendest abi ei ole, on järgmiseks sammuks perearsti või silmaarsti poolt kirjutatud retseptiravimid.

Kaasasündinud pisarakanali stenoos

Ligikaudu 11%–1 vastsündinuist esineb pisarakanali stenoos (2). Selle tunnuseks tekib lapsel ühe või mõlema silma vesitsemine ja rähmamine, silmamuna on aga enamasti rahulik ja laps pole sellest ise eriti häiritud. Enamikul juhtudest laheneb stenoos esimese eluaasta jooksul. Abiks on pisarakanali massaaž, mida tuleb vanemal teha järjepidevalt 2–3 korda päevas.

Alates 6 kuu vanusest võib silmaarst teostada pisarakanali sondeerimise ning see toob lahenduse enamikule neist, kellel kanal vaatamata massaažile avanenud ei ole.

Vanemad kui aastased lapsed vajavad sondeerimist juba aga üldnarkoosis – seetõttu on vajalik, et stenoosiga lapsed suunataks silmaarstile enne esimest sünnipäeva.

Valge pupill ja liikuvushäired

Kui lapse pupillis paistab midagi hallikat või valget, siis võib see viidata silmaläätse hägustumisele, reetina haigusele või kasvajalisele moodustisele silma sees. Vahel tuleb see ilmsiks fotol, kus ühel silmal on silmapõhjast peegelduv refleks punane, teisel aga hallikas või valge (3). Selline sümptom vajab erakorralist silmaarstile pöördumist.

Samuti vajab lähipäevade jooksul silmaarsti poole pöördumist, kui lapsel

“Põletikulise silma puhul on kõige olulisem puhastada ripsmed rähmast ja lasta silmadel puhata. Märg kompress süvendab turset ja seetõttu tuleks silmadel hoida hoopis midagi kuiva ja jahedat.

on tekkinud kõõritus või nüstagm ehk silmamuna tahtmatud hüppelised liigutused.

Kuiv silm

Kuiv silm on levinud probleem, esinedes kuni 33%-l patsientidest (4). See võib olla põhjustatud vähesest pisarate tootmisest, suurenenud pisarate äravoolust, pisarakile mõne komponendi puudumisest või nende omavahelisest kombinatsioonist. Pisarate tootmine väheneb eaga, hormonaalsete muutustega ning mitmete autoimmuunhaiguste tagajärjel, nagu näiteks Sjögreni sündroom, reumatoidartriit, luupus. Ka menopaus võib naistel suurendada kuiva silma riski.

Üheks levinuimaks pisarakile häirumise põhjuseks on lausera põletik ehk blefariit. See on lau rasunäärmete düsfunktsioon, mille tagajärjel pisaravedeliku osmolaarsus muutub ja see ei püsi enam silma pinnal.

Tegevused, mis vajavad keskendumist, nagu näiteks lugemine, teleri või arvutiekraani jälgimine, viivad selleni, et inimene ei pilguta silmi nii sageli kui vaja ja silm kuivab suurenenud pisarate aurustumise tõttu. Kuiva silma esinemist suurendab ka keskkond, kus on vähem niiskust, kõrgem temperatuur, tuulele eksponeeritus, tolmune ja halva kvaliteediga õhk, suitsetamine ning harv pilgutamine.

Peaaegu pooled kontaktläätsede kandjad kannatavad kuiva silma sümptomite all, ka võib kuivus suurenda refraktiivse kirurgia tulemusena.

Samuti võivad pisarate tootmist vähendada mõned ravimid, nagu antihistamiinikumid, antidepressandid, beetablokaatorid ning suukaudsed rasestumisvastased vahendid.

Tüüpiline kaebus, mida kirjeldatakse, on põletus-, sügelus- või liivateratunne, nägemise ähmasus ning valguskartus. Limaskestadel võib esineda punetus.

Vahel väljendub kuiv silm hoopis suurenenud pisaravoolus – see on põhjustatud silmade suurenenud ärritusest, mistõttu võib pisaranääre korraga toota niisutamiseks liiga suure koguse pisaravedelikku. Kahjuks ei saa silmad nii suure pisarate kogusega hakkama ning need kukuvad üle lauääre põsele. Sel viisil ei niisuta pisarad silma ja mõne aja pärast on silmad jällegi kuivad ning kogu protsess algab otsast peale. Enamikule kuiva silma all kannatajatele ei ole see ohtlik, küll aga halvendab elukvaliteeti.

Väheste kaebuste korral on abi keskonnatingimuste ja toitumisharjumuste muutmisest. Kuiva õhu korral on oluline suurendada selle niiskustaset, siis aurustuvad pisarad aeglasemalt. Tolmuse keskkonna korral on abistavaks meetodiks õhufiltrid.

Apteegis on saadaval mitmeid silma niisutavaid tilkasid, geele ja salve. Nende seast leiab igaüks endale sobivaima ja tihti jõuabki parima valikuni mitmeid erinevaid tilkasid katsetades. Seejuures tuleks meeles pidada, et kui niisutavaid

võib valguskartus. Harvem on kaebuseks kahekordne nägemine (ühe silmaga vaadates). Viite katarakti arenemisele võib anda ka see, et prille on vaja sagedamini vahetada.

Katarakti teke on seotud vanusest tingitud ainevahetushäirega: toimub läätse olevate valkude lagunemine ning väheneb toitainete jõudmine läätse sissemistesse struktuuridesse. See võib olla kiirenenud kaasuvate silma- või üldhaiguste tõttu, nagu diabeet, reumatoidartriit ja hüpertensioon. Oma rolli

“ Kui lapse pupillis paistab midagi hallikat või valget, siis võib see viidata silmaläätse hägustumisele, reetina haigusele või kasvajalisele moodustisele silma sees.

preparaate vajatakse rohkem kui kuus korda päevas, siis on soovitatav valida ilma konservandita variant.

Salvid, mille toime on oluliselt pikem kui tilkadel, teevad nägemise mõneks ajaks uduseks ja sobivad seetõttu paremini ööseks. Ka on olemas spetsiaalsed kunstpisarad kontaktläätsede kandjaile.

Puhkepausid ja silmade sulgemine kümneks sekundiks iga viie minuti järel, aga ka sage pilgutamine, vähendavad kaebusi.

Blefariidi korral on abi soojust kompressist, laugude massaažist ning vatipulgaga puhastamisest – see aitab luua stabiilsema pisarakile. Kui nendest abinõudest jääb väheks, tuleks pöörduda silmaarsti poole.

Katarakt

Katarakt ehk hallkae on silmaläätse hägustumine, mistõttu on võrkkestale jõudev kujutis normaalsest udusem ja nägemine hägune. See on levinuim silmahaigus, mis peamiselt esineb vanemas eas.

Läätse hägustumine on järkjärguline protsess, mis ei pruugi algstaadiumis inimest väga oluliselt häirida. Kae süvenedes aga muutuvad värvid tuhmimaks, nägemine pimedas kehvimaks, tekkida

mängivad ka suitsetamine, alkoholi tarbimine ja keskkonnanfaktorid (toksiinid, radiatsioon ja ultraviolettkiirgus) (5). Põhjused võivad olla ka traumad, ravimid ning geneetilised haigused (Wilsoni tõbi ja Downi sündroom). Lastel esineb katarakti harva, olles enamasti seotud kas geneetilise haiguse või üsisiseste arenguhäiretega.

Hallkae seni ainsaks tõhusaks raviks on operatsioon. Vanusest tingitud kate korral sõltub operatsiooni teostamise aeg enamikul juhtudest sellest, kuivõrd on halvenenud patsiendi elukvaliteet. Enamasti katarakt silmale kahjulik ei ole, seega võib patsient ise otsustada, millal on õige aeg seda teha. Arst selgitab operatsiooni perspektiivi ja riske, patsient peab seejärel ise otsutama, kas ta soovib operatsiooni kohe või tulevikus.

Katarakti operatsioon tähendab silmaläätse eemaldamist ja selle asendamist kunstläätsel. Komplikatsioonide risk on tänapäeva tehnika ja oskustega väike ja üle 90% operatsioonidest kulgeb komplikatsioonideta (6). Järeldravi silmatilkadega kestab 4–5 nädalat. Kuna nägemise stabiliseerumine pärast operatsiooni võtab aega umbes kaks kuud, ei ole mõttekas enne selle aja möödumist uusi prille hankida. Operatsioonijärgse töövõimetuse perioodi pikkus sõltub

otseselt patsiendi elukutsest. Kui katarakt esineb mõlemas silmas, teostatakse operatsioon 1–2kuulise vahega kõigepealt ühes ning seejärel teises silmas.

Siiski tasub meenutada, et vaatamata hoolikalt tehtud operatsioonile ning järelravile ei ole kirurgiline ravi kunagi 100% riskivaba. Harva esineb silma mädapõletikku, sarvkesta kahjustust, võrkkesta irdumist.

Kaasnevad silma- või üldhaigused (nagu kõrgvererõhktõbi, suhkruhaigus ja vere hüübimishäired) võivad soodustada komplikatsioonide teket, mistõttu on operatsioonieelselt oluline teha perearstil üldtervise kontroll.

Kui enne katarakti lõikust on patsient tarvitanud ravimeid glaukoomi vastu, siis tuleb seda reeglina teha ka pärast operatsiooni.

Sage kaebus pärast hallkae operatsiooni on ka puru- või kuivustunne, sel juhul on soovitatav kasutada käsimüügist saadavaid kunstpisaraid.

Glaukoom

Silmarõhk on silmasisese vesivedeliku rõhk, mille normväärtus jääb enamikul inimestest vahemikku 12–22 mm Hg. Kõrgenenud silmarõhu korral on glaukoomi ehk rohekae tekke oht. Glaukoom

AVATUD NURGAGA GLAUKOOM

Silmasisene vedelik on pidevas ringluses – seda toodetakse silma sees ja viiakse seejärel silmast välja. Struktuuri, kus asuvad vedelikku silmast ärajuhtivad kanalid, nimetatakse eeskambri nurgaks. Kui eeskambri nurk on avatud, pääseb vedelik kanalite kaudu välja. Vanusega seotud muutused tekitavad aga kanalitesse ladestised ning ummistused viivad pikkamööda silmasiserõhu tõusuni. Suurenenud silmarõhk kahjustab närvirakke ning surub ka võrkkestas kulgevatele veresoontele, mis toidavad nägemisnärv. Aegamööda kahjustused silmas ja vaateväljas süvenevad.

SULETUD NURGAGA GLAUKOOM

Tegemist on olukorraga, kus patsiendi anatoomiliste eripärade tõttu blokeerib silma iiris eeskambri nurgas olevad ära-voolukanalid ning silma siserõhk tõuseb väga kiiresti. Vahel võib blokeerijaks olla ka silmalääts.

Selle vormi korral tekib kiirest silmarõhu tõusust äkiline nägemise halvenemine, tugev valu silma või pea piirkonnas, rõngad ja kiired valgusallikate ümber. Väga kõrge silmarõhu tõusu korral võib kaasneda iiveldustunne ja oksendamine. Selline seisund nõuab kiiret silmaarsti poole pöördumist.

“Glaukoomi ei ole võimalik ennetada, ent kellel on sugulaste hulgas glaukoomi põdevaid inimesi, peaks kindlasti käima silmaarsti juures kontrollis.

kahjustab silmanärvi ja viib vaatevälja ahenemiseni, ravimata juhtudel pimedaks jäämiseni. Maailmas on glaukoomi diagnoos peaaegu 80 miljonil inimesel (7).

Lisaks vanusele ja perekondlikule eelsoodumusele on glaukoomi riskiteguriks ka suur müopia ehk lühinägevus, suitsetamine, liiga kõrge või madal vererõhk.

Glaukoomil on erinevaid vorme, ent peamiselt klassifitseeritakse see avatud nurgaga ja suletud nurgaga glaukoomiks.

Harva võib glaukoomi esineda ka lastel. Neil ei ole eeskambri nurga struktuurid korralikult välja arenenud. Varane diagnoosimine ja ravi on neil lastel nägemise säilitamiseks kriitilise tähtsusega.

Vastsündinutel väljendub klassikaline triaad: suurenenud pisaravool, valguskartus ja blefarospasm (laps pigistab silmad kinni) (8). Juba pisut vanematel lastel (üle 3 aastased) ei pruugi sarnaselt täiskasvanutele esialgu mingeid sümptomeid olla.

Glaukoomi ravivõimaluste hulka kuuluvad silmatilgad, laserravi ja operatsioon. Silmatilku tuleb panna erilise hoolega iga päev ja pidevalt. Nagu kõigil ravimitel, on ka nendel võimalikud kõrvaltoimeid, mille eest arst patsienti hoiatab.

Glaukoomi ei ole võimalik ennetada, ent kellel on sugulaste hulgas glaukoomi põdevaid inimesi, peaks kindlasti käima silmaarsti juures kontrollis. Kui glaukoom õigel ajal avastada, saab selle edasiarenemist raviga pidurdada ja pimedaks jäämise ohtu oluliselt vähendada. Varakult alustatud ravi aitab haigust kontrolli all hoida.

Glaukoomi diagnoosiga tuleb silmaarsti kontrollis käia regulaarselt. Minimaalselt kord aastas on vaja teha vaatevälja kontroll, eriti oluline on see neil patsientidel, kes autot juhivad.

Maakuli degeneratsioon (AMD)

Võrkkest on see osa silmast, kus asuvad valgustundlikud retseptorid kepikesed ja kolvikesed.

Võrkkestal eristatakse kahte osa: maakul ehk kollatähn ja perifeerne võrkkest. Maakul on väike ümar ala silmapõhja keskosas, mis tagab terava ehk tsentraalse nägemise. Kogu ülejäänud silmapõhi, mis ümbritseb maakulit, on perifeerne reetina – see moodustab 90% kogu silmapõhjast ja vastutab külgmise nägemise eest.

AMD on haigus, mille korral tekivad kahjustused kollatähnis ja seetõttu kannatavad just need tegevused, mis vajavad teravat nägemist. Objektide kuju ja kontuur on moondu ja tuhm, tume laik nägemisvälja keskosas segab vaatevälja, raskusi on nii käsitöö tegemise kui ka näiteks raamatute ja tänavasiltide lugemisega.

Õnneks ei põhjusta see haigus täieliku pimedaks jäämist, kuna kahjustamata võrkkesta osad tagavad külgnägemise.

AMD on seotud vananemisega ja saab enamasti alguse pärast 50 eluaastat (9). Riskifaktoriteks on geneetiline eelsoodumus, suitsetamine, kaugelääteline nägemine, kõrge vererõhk, südame-veresoonkonnahaigused, ebatervislik toitumine.

KUIV AMD VORM

Sagedamini esineva kuiva AMD vormi korral muutub maakul õhemaks ega tööta enam nii nagu varem. Sellele vor-



iStock

tuleb diabeetikutel käia regulaarselt arsti juures silmi kontrollimas. Võrkkestal on näha kiirendatud arterilubjastuse tagajärjel tekkinud väikeste veresoonte aneurüsme. Veresoonte seinte elastsus väheneb, sealt imbuvad silmapõhja-le veres ringlevad rasvad ja valgud ning tekivad ladestised. Esimesed kaebused tekivad siis, kui esineb maakuli või nägemisnärvi turse. Nägemine muutub siis uduseks.

Kaugelearenenud staadiumis tekivad sümptomid juba kindlasti. Kahjustatud ja katkenud veresoonte asemele hakkab tekkima uus veresoonte võrgustik. Need väikesed lisaveresooned võivad lõhkeda ning siis näeb inimene hõljuvaid musti veretäpikesi. Sageli järgneb sellele mõne päeva või nädala jooksul äkiliselt tekkiv suurem veritsus. Veri voolab klaaskeha sisse ja moodustab silma ette justkui kardina, raskematel juhtudel on inimene võimeline eristama vaid valgust. Sellise verevalumi kadumine võib võtta aega mõne päeva kuni mõne aasta.

Diabeetilise retinopaatia hilises staadiumis tekib suurem nägemishäire või isegi pimedus. See on pöördumatu ning kahjuks pole seda võimalik enam ravida.

Diabeetilise retinopaatia ravi eesmärk on retinopaatia edasiarenemist aeglustada, välja ravida seda võimalik ei ole. Kasutusel on silmapõhja laser, silmasisised süstid ja vajadusel operatsioon.

Prognoozi muudab halvemaks kaasuv kõrge vererõhk, mis samuti kahjustab silmapõhja (11).

Diabeeti põdev inimene peab kindlasti käima regulaarselt silmaarsti juures kontrollis, soovitatavalt 1–2 korda aastas. Kui veresuhkrut suudetakse normaalsel tasemel hoida, siis võrkkesta kahjustuse teke pidurdub.

Kuna organismi veresoonte seisund sõltub otseselt ka suitsetamisest, siis tuleks kindlasti sellest loobuda. Inimestel, kellel on tekkinud kaugelearenenud retinopaatia, soovatakse hoiduda raskest füüsilisest koormusest.

Sähvatused silmade ees

Kõige tõenäolisemalt on niisuguste väljusähvatuste põhjuseks klaaskeha irdumine. Klaaskeha on geeljas mass, mis täidab silma sisemust. Sündides on see kinnitunud võrkkesta pinnale. Eaga klaaskeha vananeb ja ühel hetkel eraldub võrkkestast. Kõige tõenäolisemalt

mile ei ole konservatiivset ega kirurgilist ravi. Abi võib saada suurendavatest luupidest ja teleskoopilistest prillidest. Et igapäevaste toimingutega hakkama saada, õpib mingil määral vaatama ka perifeerne võrkkest.

Kuna kuiv vorm võib muutuda märjaks vormiks, on oluline kontrollida nägemist ja teha Amsleri ruudustiku test – see aitab patsiendil aru saada, kas on tekkinud uusi muutusi kollatähnis.

MÄRG AMD VORM

AMD märja vormi korral kasvavad mitetäisväärtuslikud veresooned reetina alla, need veritsevad, lekivad ja tõstavad reetina üles. Selle tulemusena halveneb nägemine, tekivad moonutused.

Märja vormi korral saab teha silmasisest süsti, et peatada haiguse edasist arengut. Kui maakuli degeneratsiooni märk vorm tekib ühte silma, siis kümnest juhust ühel võib kahjustus tekkida ka teise silma.

Mida varem märk vorm diagnoositakse, seda suurem on nägemise säilimise võimalus. Ka märja vormi korral aitab uute muutuste tekkimisest aru saada Amsleri test.

Mõlema vormi korral on soovitatav toetuda tasakaalukalt ja tarvitada spetsiaalselt silma tööd toetavaid toidulisandeid, mis sisaldavad luteiini, zeaksantiini ja karotinoide.

Diabeetiline retinopaatia

Diabeedist põhjustatud võrkkesta muutusi ehk diabeetilist retinopaatiat esineb nii 1. kui ka 2. tüüpi diabeedi põdejatel. Pikaajaline diabeet kahjustab silma võrkkestas olevaid väikeseid veresooni, mistõttu nägemine halveneb ja võib täielikult kaduda. Silmakahjustuse raskusaste on otseses sõltuvuses diabeedi kestusest (10).

Algstaadiumis ei anna retinopaatia mingisuguseid sümptomeid, seepärast

tekib see peale 60. eluaastat, esimesi irdumise märke on aga leitud juba peale 40. eluaastat (12). See eraldumine võibki sähvatusi anda. Kaasnevana võivad esineda mustad laigud silma ees, mis tekitab klaaskeha hõljumitest. Enamikul juhtudest ei teki irdumisprotsessi käigus probleeme, ent harva võib see kaasa tuua võrkkesta rebendi ja see omakorda võrkkesta irdumise. Viimane on juba väga tõsine seisund ja vajab kohest ravi.

Kahjuks ei saa võrkkesta rebendi tekimist diagnoosida vaid kaebuste järgi, vaid selleks peab silmaarst vaatama silma sisse. Kui sähvimine on väga intensiivne ja tekib suurem kogus musti täppe või laiike, on vajalik patsient suunata valvesilmaarstile.

Silmatraumad

SÖÖVITUS JA PÕLETUS

Silma sattunud kemikaal on üks erakorralisemaid traumasid oftalmoloogias, mille korral tuleb tegutseda kohe sündmuskohal. Söövitada saanud silma on raske avada, reflektorselt jookseb silm vett. On näha laugude punetus ja turse, silmamunale sattunud kemikaal muudab limaskesta punetavaks ja turseliseks, sarvkesta pind võib olla tuhm. Silma sattunud aluseline aine koaguleerib kudesid ja need võivad muutuda valkjaks.

See, kui kiiresti ja kui palju esimeste sekundite/minutite jooksul silma loputatakse, on üks asjaoludest, millest sõltub edasine prognoos nägemisele. Esmaabi sellises olukorras on silma loputamine suure hulga (soovitavalt voolava) veega. Patsienti tuleb instrueerida, et ta jätkaks loputamist abi saabumiseni ja ka transpordi ajal silmaarstini. Oluline on see, et silmalaud oleks avatud – eriti just lapsed kipuvad refleksi tõttu silmi kõvasti kinni pigistama ja neil tuleb aidata laugusid lahti hoida. Kõige ohtlikumad on aluselised ained, aga ka silma sattunud hape ja gaas.

Silmaarstile tuleb sellise õnnetuse korral pöörduda kohe. Kui võimalik, siis kirjutada üles kemikaali nimi või võtta kaasa pakend. Kahjustuste ulatus võib selguda alles nädalate pärast.

Samuti vajavad erakorralist silmaarstile pöördumist põletused. Sümptomid on söövitusega sarnased. Silma võib loputada jaheda veega ning silmaarsti juurde jõudmiseni tilgutada niisutavaid tilkasid. Pidevat loputamist nagu söövituse korral see ei vaja (kui silmas ei ole

just põlenud aine jääke). Silmale asetada puhas side ning transportida kannatanu haiglasse.

VÕÖRKEHA SILMAS

Kui tegemist on väiksema prügi ja võõrkehaga silma pinnal, on tunnusteks pisaravool, kraapimistunne, laugude ja limaskesta punetus, vahel ka udune nägemine. Suure energiaga läbi silma lennanud võõrkeha korral võib patsient kaevata nägemise halvenemist, võõrkeha sisenemise koht võib aga vaid kergelt punetada. Kindlaks tunnuseks, et tegemist on silmasisese võõrkehaga, on tilgakujuline pupill, mis on kistud kahjustatud osa poole. 360° (täies ulatuses) limaskestaaluse verevalumi korral tuleks samuti sellele mõelda.

Suuremate esemete tekitatud läbivate traumade korral võib haavas olla näha silmasiseseid kudesid, immitseda vedelikku, eeskambris näha verd.

Silm tuleb silmaarsti juurde jõudmiseni katta õrnalt puhta sidemega ja on ülioluline, et silmamunale ei vajutataks ega pühitaks midagi ära, ka mitte väljaulatuvat võõrkeha – šokis patsient võib seda endale teadvustamata teha. Patsienti tuleb teavitada, et sellest hest alates ta enam midagi ei sööks ega jooks, juhaks kui edaspidi on vaja operatiivset ravi.

TÕMPTRAUMA

Löök tennisepalli, šampusepudeli korgi või rusikaga vastu silmamuna ja seda ümbritsevaid struktuure võib tuua endaga kaasa hulgaliselt kahjustusi, mis esialgu peale vaadates ei pruugi olla nähtavad. Enamiku löögi jõust võtavad enda peale silmakooa luude servad. Tavaliselt esineb sel juhul tugev nahaalne hematoom, mistõttu ei pruugi silmalaud esimestel päevadel pärast traumat avaneda. Siinjuures peaks kahtlustama *orbita* seinakirguse. Enne kui see pole uuringutega välistatud, tuleb patsiendil keelata nuuskamine – õhk võib fraktuuri olemasolul sattuda silmaümbruse kudedesse.

Silmamuna kahjustused võivad ulatuda konjunktiivihemorraagiast kõigi kestade rebenemiseni. Erinevate tüsistuste tõttu võib tagajärjeks olla pimedus. Igal juhul peab silmaarst suure löögi saanud silma üle kontrollima. Kuna ka siin võib esineda (vahel ka varjatud) silmasiseste struktuuride sopistumist, tuleb silm katta puhta sidemega ja mitte lubada silma hõõruda ega sellele vajutada (13).

Äkiline nägemise kadu

Põhjuseid, miks nägemine võib järsku osaliselt või täielikult kaduda, on mitmeid ja väga erinevaid: tsentraalarteri(haru) või tsentraalveeni(haru) sulgus, võrkkesta irdumine, võrkkesta verevalum, endoftalmiit (silma mädapõletik), hiidrakuline arteriit. Arvesse peab võtma ka võimalikku patoloogiat peaaegu. Need on mõned näited tõsisematest diagnoosidest. Kindlasti leiab põhjusena ka haigusi, mis ei vaja kohest sekkumist, ent kuna silma sisse vaatamata on keeruline öelda, millega tegemist, siis tuleb patsient sellise kaebusega *cito!* saata valvesilmaarstile.

Näiteks arteri sulguse korral on võimalik teatud juhtudel vältida *bulbus'* e massaažiga nägemise täielikku kadu (surudes kolesterooliboli perifeersemaale), ent selleks peab patsient silmaarstini jõudma kaebuste tekkest alates paari tunni jooksul.

Klaaskeha verevalumi korral võib vaja minna esialgu vaid jälgimist, kuni verevalum sulab, ja alles siis saab tegutseda vastavalt verevalumi tekitanud põhjusele. Paljud tõsised ja halva prognoosiga haigused on sellised, millega ei kaasne peale nägemise halvenemise patsiendi jaoks ei valu ega muid ebameeldivaid sümptomeid. Mitmed haigused on aga seotud üldtervisega, seega on vajalik sellisel patsiendil mõõta vererõhu, veresuhkru ja kolesterooli näitajad ning uurida, kas on kaebusi/probleeme teiste elundkondade osas.

Kasutatud kirjandus

- Sheldrick JH, Wilson AD, Vernon SA. Management of ophthalmic disease in general practice. *Brit J Gen Pract* 1993; 43 (376): 459–462.
- Sathiamoorthi S, Frank RD, Mohney BG. Incidence and Clinical Characteristics of Congenital Nasolacrimal Duct Obstruction. *Br J Ophthalmol*. 2019; 103 (4): 527–529.
- Leukocoria. Updated 03/2019. American Association for Pediatric Ophthalmology & Strabismus <https://aapos.org/glossary/leukocoria>
- Stapleton F, Alves M, Bunya VY et al. TFOS DEWS II epidemiology report. *Ocul Surf*. 2017; 15 (3): 334–65.
- West SK, Valmadrid CT. Epidemiology of risk factors for age-related cataract. *Survey of Ophthalmology*. 1995; 39: 323–334.
- Thevi T, Maizura Z, Abas AL. The Melaka Hospital cataract complications study analysis of 12,992 eyes. *Indian J Ophthalmol*. 2017; 65 (1): 24–29.
- Quigley HA, Broman AT. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *Br J Ophthalmol*. 2006; 90: 262–267.
- Khaw PT, Freedman S, Gandolfi S. Management of congenital glaucoma. *J Glaucoma*. 1999; 8 (1): 81–85.
- VanNewkirk MR, Nanjan MB, Wang JJ et al. The prevalence of age-related maculopathy: The visual impairment project. *Ophthalmology*. 2000; 107 (8): 1593–1600.
- Fong DS, Aiello L, Gardner TW, et al. Retinopathy in Diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27 (1): s84–s87.
- UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ*. 1998; 317 (7160): 703–713.
- Uchino E, Uemura A, Ohba N. Initial Stages of Posterior Vitreous Detachment in Healthy Eyes of Older Persons Evaluated by Optical Coherence Tomography. *Arch Ophthalmol*. 2001; 119 (10): 1475–1479.
- Saari KM. Oftalmoloogia. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus; 2019.