

ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДИСТРОФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Определить частоту сочетанной патологии и выявить характерные особенности клинического течения возрастной макулодистрофии (ВМД) у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой.

Ключевые слова: возрастная макулярная дистрофия, первичная открытоугольная глаукома, частота, особенности клиники.

Материалы и методы

Обследовано 1039 человек (2092 глаза), средний возраст пациентов 71,9±9,3 лет. Сравнительный анализ особенностей клинического течения проведен в двух группах пациентов: ИГ1 – больные с сочетанной патологией (ВМД и глаукома) – 113 пациентов (198 глаз), ИГ2 – пациенты с ВМД без признаков нейрооптикопатии, 92 пациента (173 глаза).

Результаты

Установлено, что частота сочетанной патологии – ВМД и глаукомы составляет 10,9%, у пациентов данной группы достоверно чаще диагностирована ИБС (48,8%), ангиосклероз (61,1%), катаракта (88,9%), миопическая рефракция (52,8%), низкая (0,2 и менее) острота зрения – 59,7%. Анализ клинической картины ВМД у больных глаукомой позволил установить превалирование сухой (атрофической) формы (47%) реже диагностированы друзы (крупные, изолированные, мягкие друзы, расположенные парафовеально) – 46%; выявлено, что с увеличением стадии глаукомы увеличивается доля сухой (атрофической) и уменьшается частота неоваскулярной формы.

Актуальность

Глаукома и возрастная макулярная дистрофия (ВМД) являются одними из главных причин снижения качества жизни у пациентов старшего и пожилого возраста, что определяется двусторонним характером поражения, прогрессирующим течением, стойкой потерей зрительных функций и высоким удельным весом в структуре инвалидности [1], [2]. Снижение рождаемости и увеличение продолжительности жизни населения ставит данную проблему в

разряд социально и экономических значимых [3], [4]. ВМД и глаукома имеют схожие факторы риска: возраст [5], [6], наследственная предрасположенность [7], [8], курение [9], [10], сердечно-сосудистая патология [5], [11], нарушения питания [12], а так же патогенетическую связь с первичными генетическими дефектами, патологическими изменениями кровотока глазного яблока, метаболическими изменениями (оксидативный стресс), иммунопатологическими механизмами (аутоиммунное повреждение). Несмотря на широкую распространенность данных заболеваний среди населения, вопросы частоты их сочетания и особенностей течения остаются открытыми.

Цель

Определить частоту сочетанной патологии ВМД и первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ), характерные особенности клинического течения ВМД у пациентов с диагностированной глаукомой.

Материалы и методы

В исследование включено 1039 человек (2092 глаза), средний возраст пациентов составил 71,9±9,3 лет, находящихся на диспансерном учете по поводу глаукомы 849 пациентов (1698 глаз) в Челябинском областном глаукомном центре за период январь– апрель 2014 г. (средний возраст – 69±8,9 лет) и 190 человек (394 глаза), состоящих на диспансерном наблюдении по поводу ВМД на базе Челябинского областного госпиталя ветеранов войн за период 2001–2014 г., средний возраст – 78,7±8,4 лет.

Для изучения особенностей клиники выделено две исследуемых группы пациентов: ИГ1 – пациенты с ВМД в сочетании с диагностирован-

ной глаукомной оптической нейрооптикопатией, 113 пациентов (198 глаз) и ИГ2 – пациенты с ВМД без признаков нейрооптикопатии (НОП), 92 пациента (173 глаза). Обе группы не имели статистически достоверных различий по возрасту и полу. Анализ распределения ПОУГ по стадиям в ИГ1 представлен следующим образом: ОУГ I – 63 глаза, 33%, ОУГ II – 78 глаз, 40%, ОУГ III – 41 глаз, 21%, ОУГ IV – 11 глаз, 6%.

Всем пациентам в исследуемых группах проведено комплексное обследование: визометрия, тонометрия, рефрактометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, биомикроскопия с линзой Гольдмана, оптическая когерентная томография (ОКТ), периметрия. Оптическая когерентная томография сетчатки проведена в исследуемых группах на аппарате RTV-ue 100, в условиях медикоментозного мидриаза. Оценка формы (друзы макулы, атрофическая и экссудативная (неоваскулярная) формы) проведена согласно классификации МКБ 10.

Статистическая обработка данных произведена с вычислением процентных соотношений, средних величин, стандартного отклонения, критерия Стьюдента – z и t.

Результаты

Анализ частоты встречаемости сочетанной патологии – ВМД и ПОУГ у 1039 пациентов позволил установить, что сочетание данных заболеваний диагностировано у 113 пациентов (10,9%).

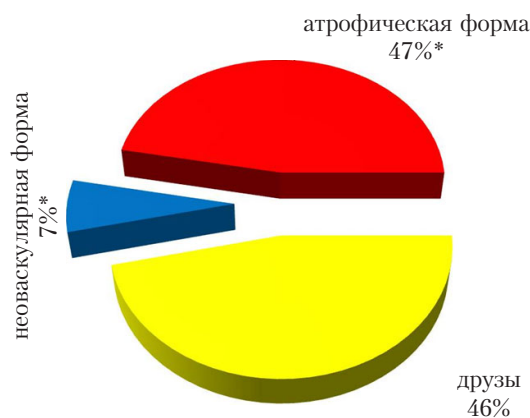
При сравнительном анализе сопутствующей соматической патологии выявлены более высокая частота встречаемости ишемической болезни сердца (ИБС) при сочетанной патологии 48,8% ($p < 0,05$), чем в группе пациентов с ВМД – 34,2%, достоверности различий при других заболеваниях – гипертонической болезни, постинфарктном кардиосклерозе, атеросклерозе, болезнях нервной системы, и прочих заболеваний (органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы и мочеполовой системы) не выявлено.

При оценке сопутствующей офтальмопатологии в ИГ1 достоверно чаще встречались катаракта – 88,9% (ИГ2 – 59,7%) и ангиосклероз – 61,1% (ИГ2 – 46,4%). Ангиопатия диагностирована у 31,9% в ИГ1 и у 52,1% в ИГ2 и не имела статистически достоверных различий.

Данные визометрии позволили выявить достоверно более низкую остроту зрения у пациентов с сочетанной патологией: так, острота зрения с коррекцией 0,2 и менее составила в ИГ1 – 59,7%, в ИГ2 – 38,5%; острота зрения 0,3–0,6 составила 31,9% в ИГ1 и 39,3% в ИГ2; 0,6 и выше – 8,3% ($p < 0,05$) и 22,2% соответственно.

Анализ данных рефрактометрии показал преобладание миопической рефракции в ИГ1 – 52,8%, $p < 0,05$ (в ИГ2 миопическая рефракция составила 37,1%), что, вероятно, обусловлено миопизацией вследствие более высокой частоты встречаемости катаракты в данной группе. Гиперметропическая рефракция составила в ИГ1 – 37,5% ($p < 0,05$), в ИГ2 – 57,1%; эмметропия – 9,7% и 5,8% соответственно.

Структура клинических форм ВМД в исследуемых группах представлена на рисунке 1 и 2. Как видно, у пациентов с сочетанной патологией, достоверно чаще встречается атрофи-



* – достоверность различий между ИГ1 и ИГ2, $p < 0,05$

Рисунок 1. Частота клинических форм ВМД у пациентов ИГ1

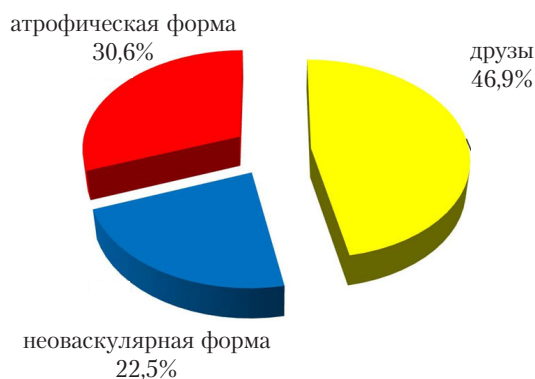


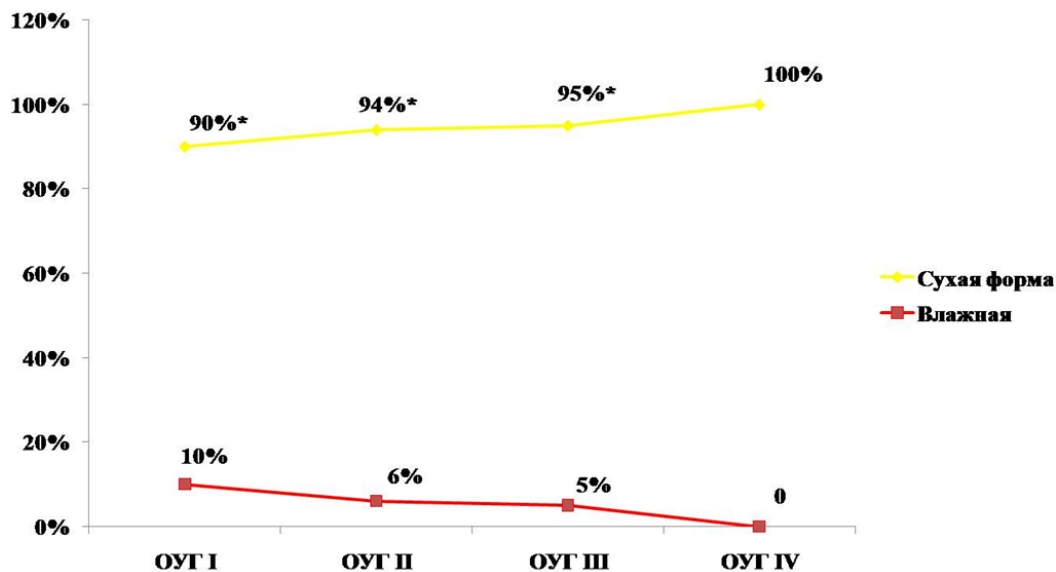
Рисунок 2. Частота клинических форм ВМД у пациентов ИГ2

ческая форма ВМД – 47%, реже диагностирована неоваскулярная форма – 7%. Частота встречаемости сухой формы в виде друз в исследуемых группах не имеет статистически достоверных различий (в ИГ1 – 46%, в ИГ2 – 46,9%).

Анализ частоты сухой и влажной формы ВМД в зависимости от стадий глаукомы в ИГ1 (рис. 3) показывает выраженную зависимость увеличения процента сухой формы ВМД с увели-

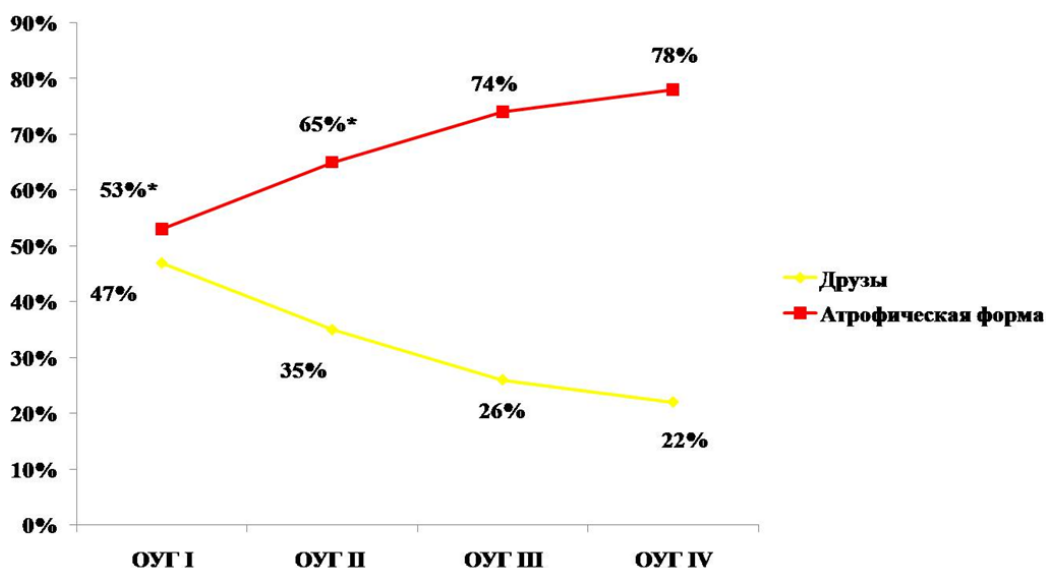
чением стадии глаукомы и преобладание сухой формы ВМД при всех стадиях глаукомы. Так при ОУГ I стадии сухая форма составила 90%, $p < 0,05$ (57 глаз), влажная форма – 10% (6 глаз), при ОУГ II – 94%, $p < 0,05$ (73 глаза) и 6% (5 глаз) соответственно, при ОУГ III – 95%, $p < 0,05$ (39 глаз) и 5% (2 глаза) соответственно, при ОУГ IV – 100% (11 глаз) составила сухая форма ВМД.

Исследование структуры сухой формы ВМД в зависимости от стадии глаукомы (рис.



* – достоверность различий долей сухой и влажной форм в структуре ВМД, $p < 0,05$

Рисунок 3. Анализ частоты сухой и влажной формы ВМД в зависимости от стадий глаукомы в ИГ1



* – достоверность различий долей атрофической формы и друз макулы в структуре ВМД, $p < 0,05$

Рисунок 4. Структура сухой формы ВМД в зависимости от стадий глаукомы в ИГ1

4) выявило увеличение частоты встречаемости атрофической формы и уменьшение встречаемости друз с увеличением стадии глаукомы и преобладание атрофической формы ВМД при всех стадиях глаукомы. При ОУГ I стадии частота атрофической формы ВМД составила 53%, $p < 0,05$, друзы – 47%; при ОУГ II стадии 65%, $p < 0,05$ и 35% соответственно; при ОУГ III стадии 74% и 26% соответственно; при ОУГ IV стадии – 78% и 22% соответственно.

При изучении особенностей клинического течения ВМД у больных глаукомой установлено, что в структуре атрофической формы ВМД превалирует географическая атрофия – 61%, реже диагностирована фокальная атрофия – 22% и субретинальный фиброз – 17%. Характеристика друз при сочетанной патологии представлена следующим образом: превалируют крупные (60%), изолированные (91%), мягкие (65%) друзы, расположенные преимущественно парафовеально (79%). Неоваскулярная форма представлена наличием классической и скрытой ХНВ.

Выводы

1. Частота сочетанной патологии ВМД и ПОУГ составляет 10,9%

2. У пациентов с сочетанной патологией (ВМД и ПОУГ) достоверно чаще диагностированы ИБС, ангиосклероз; офтальмологический статус отличается более низкой острой зрения, высокой частотой встречаемости катаракты и миопической рефракции.

3. В структуре ВМД у пациентов с сочетанной патологией, достоверно чаще встречается атрофическая форма ВМД – 47% и реже диагностируется экссудативная (неоваскулярная) форма – 7%.

4. Сухая форма ВМД преобладает при всех стадиях глаукомы, с увеличением стадии глаукомы увеличивается доля сухой формы (преимущественно в виде атрофической) в структуре ВМД.

5. У пациентов с сочетанной патологией (ВМД и глаукома) атрофическая форма представлена преимущественно географической атрофией, при друзах преобладают крупные, изолированные, мягкие друзы, расположенные парафовеально.

3.10.2014

Список литературы:

1. Valtot, F. Glaucoma and age – related macular degeneration intricacy / F. Valtot // Ophthalmol. – 2008. – Vol. 2. – P. 55–60.
2. The Quality of life impact of peripheral versus central vision loss with a focus on glaucoma versus age-related macular degeneration / Evans K. [et al.] // Clinical ophthalmology. – 2009. – Vol. 3(1) – P. 433–445.
3. Сафарова, Г.В. Старение городского и сельского населения России / Г.В. Сафарова. – М.: МАКС Пресс, 2004. – С. 121–130.
4. Итоги Всероссийской переписи населения 2002 г. Т. 2. Возрастно-половой состав и состояние в браке. – М.: ИИЦ «Статистика России», 2004. – 15 с.
5. AMRD: Etiology pathogenesis and therapeutic strategies / J. Ambati [et al.] // Surv Ophthalmol. – 2003. – Vol. 48 (3). – P. 257–293.
6. Chauhan, B.C. Risk factors the progression of primary open-angle glaucoma primary open-angle glaucoma/ B.C. Chauhan // Arch ophthalmol. – 2008. – Vol. 126 (10). – P. 1364
7. The epidemiology of age-related macular degeneration / R. Klein [et al.] // Am. Journal of Ophthalmology. – 2004. – Vol. 137(3). – P. 486.
8. Genetic risk of primary open-angle glaucoma / C.W. Roger [et al.] // Arch Ophthalmol. – 1998. – Vol. 116 (12). – P. 1640–1645.
9. Gulliams, T.G. Free radicals in eye diseases: Antioxidants & Eye Diseases / T.G. Gulliams // The Standard. – 1999. – Vol. 2 (1).
10. Risk factors in age-related macular degeneration and primary open-angle glaucoma, own observations/J. Wiebrzowska [et al.] // Klin Oczna. – 2009. – Vol. 110(10–12). – P. 370–374.
11. Leaske, M.C. Risk factors for POUG/The Barbodos eye study / M.C. Leaske // Arch. Ophthalmol. – 1995. – Vol. 113. – P. 918–924.
12. Seddon, J.M. Progression of age-related macular degeneration: association with dietary fat, transunsaturated fat, nuts, and fish intake/ J.M. Seddon, J. Cote, B. Rosner // Arch. Ophthalmol. – 2004. – Vol. 122(3). – P. 426.

Сведения об авторах:

Панова Ирина Евгеньевна, заведующий кафедрой офтальмологии Южно-Уральского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, e-mail: eyeren@yandex.ru

Шаимов Тимур Булатович, аспирант кафедры офтальмологии Южно-Уральского государственного медицинского университета, e-mail: timur-shaimov@mail.ru

454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

Шаимова Татьяна Анатольевна, врач-офтальмолог ООО «Центр «Зрение» доктора Шаимовой В.А.»

г. Челябинск, Комсомольский проспект, 88, e-mail: Tanya.saimova@gmail.com