

УДК 617.7-007.681

ФАКТОРЫ РИСКА ИСХОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИГМЕНТНОЙ ГЛАУКОМЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

© **Е.О. Датских, Л.Ф. Руднева, О.С. Коновалова,
Н.А. Коновалова, М.Н. Пономарева**

Ключевые слова: пигментная открытоугольная глаукома; старческий возраст; соматическая патология. Анализ 416 больных, оперированных по поводу пигментной первичной открытоугольной глаукомы, показал, что факторами риска повторного оперативного лечения являлись: отсутствие компенсации внутриглазного давления после первичной операции, старческий возраст, сочетанность и тяжесть соматической патологии, осложнившейся выраженной сосудистой мозговой недостаточностью с дисциркуляторной энцефалопатией 2–3 степени. Каждый третий мужчина или женщина старческого возраста с сочетанной соматической патологией перенесли повторное оперативное лечение.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пигментная глаукома сопровождается интенсивными отложениями пигмента в углу передней камеры (УПК), строме радужки и на задней поверхности роговицы, которые описал S. Suger (1949 г.) [1–2]. Эта патология относится к заболеваниям с неустраняемой слепотой [2–3]. Развитие пигментной глаукомы на фоне соматических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста ухудшает качество жизни. Решение о хирургическом лечении пациентов с глаукомой принимается в зависимости от стадии заболевания, стабилизации процесса, наличия сопутствующих заболеваний и их осложнений, в соответствии с рекомендуемыми схемами гипотензивной терапии [1–2; 4]. Показанием для повторного хирургического вмешательства является декомпенсация внутриглазного давления. Перед врачом-офтальмологом стоит задача оптимальной компенсации глаукомного процесса с индивидуальным выбором как медикаментозной терапии, так и выбора хирургических вмешательств [1–2; 4]. Выбор вида оперативного вмешательства в зависимости от соматической патологии недостаточно изучен. Общепринятыми подходами являются применение антиглаукомных операций проникающего и непроникающего типа [5–6].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ исходов хирургического лечения по поводу пигментной первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) у 416 больных в офтальмологическом отделении ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1» г. Тюмени в 2012–2014 гг. Среди обследованных было 218 (52,4 %) женщин, 198 (47,6 %) мужчин, в возрасте от 60 до 85 лет, средний возраст составил $75,1 \pm 2,1$. Соматические заболевания пациентов были компенсированы и находились вне обострения. Проводилось стандартное офтальмологическое исследование до и после лечения, включающее в себя определение монокулярной и бинокулярной остроты

зрения без коррекции и с коррекцией, офтальмоскопию, тонометрию, периметрию, биомикроскопию в условиях медикаментозного мидриаза и гониоскопию. Результаты гониоскопии оценивались по классификации угла передней камеры (УПК) Ван-Бойнингена, пигментация трабекулярного аппарата по А.П. Нестерову [1]. При повторных хирургических вмешательствах анализировались пациенты, у которых просматривалась зона операции без видимых хирургических дефектов с повышением внутриглазного давления (ВГД) выше 25 мм рт. ст. Выполнялись следующие виды оперативного лечения: синустрабекулэктомия с задней трепанацией склеры (СТЭ) (М.М. Краснов, 1974), непроникающая глубокая склерэктомия (НГСЭ) (М.М. Краснов, С.Н. Федоров, В.И. Козлов и др., 1989), синустрабекулэктомия с задней трепанацией склеры (СТЭ) и применением силиконового дренажа «Репегель-1» (СТЭ + дренаж). Выбор хирургического вмешательства определялся по условным критериям, выбранным конкретным хирургом – при операции НГСЭ: 1–2 стадия глаукомы и уровень ВГД до 30 мм рт. ст.; операция СТЭ с задней трепанацией склеры без дренажа или с применением дренажа «Репегель-3» выполнялась при условиях: 3–4 стадии глаукомы, уровне ВГД выше 30 мм рт. ст., выраженной экзогенной пигментации угла передней камеры (УПК), повторно проведенного хирургического или лазерного лечения глаукомы. Статистическую обработку материала проводили с помощью программы Statistica (версия 6.0). Рассчитывались общепринятые статистические показатели: средние значения, стандартное отклонение, стандартную ошибку средней арифметической. Достоверность выявленных различий оценивалась по *t*-критерию Стьюдента для независимых групп, динамика исследуемых параметров оценивалась по *t*-критерию Стьюдента для зависимых групп, уровень значимости различия *p* был принят равным менее 0,05. Статистическая связь между количественными показателями выявлялась с помощью коэффициента корреляции Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результат анализа показал, что у пациентов с пигментной ПОУГ наиболее часто встречаются группы с сочетанной соматической патологией: ишемическая болезнь сердца (ИБС) + артериальная гипертензия (АГ) + сахарный диабет (СД) 1 типа (35,8 %) и ИБС + АГ + СД 2 типа (32,7 %) в сочетании с ожирением – 68,5 %; реже были оперированы пациенты с ИБС в сочетании с АГ (15,9 %) и ИБС + АГ + хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (15,6 %). Во всех случаях у больных с пигментной ПОУГ соматическая патология осложнялась хронической сосудистой мозговой недостаточностью с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП) преимущественно 2–3 степени. ДЭП 3 степени наблюдалась у каждого третьего пациента в группе больных ИБС, АГ с сахарным диабетом (1 или 2 типа) и ожирением (66,0 %). В группе больных с ИБС и АГ при отсутствии сахарного диабета наблюдалась только ДЭП

2 стадии. Таким образом, сочетание соматической сердечной патологии с сахарным диабетом протекало на фоне более тяжелого нарушения хронической сосудистой мозговой недостаточности. По поводу пигментной ПОУГ первичная операция проведена у 268 пациентов (64,4 %), повторная операция проведена у 148 пациентов (35,6 %). У повторно оперированных пациентов в 100 % случаев проведено в анамнезе хирургическое вмешательство – НГСЭ, со сроком давности от года до полутора лет. Среди первично и повторно оперированных пациентов по поводу пигментной ПОУГ существенных различий по гендерным признакам не отмечено: мужчин (31,5 и 33,8 % соответственно) и женщин (32,9 и 37,1 % соответственно). Примерно каждый третий мужчина или женщина подвергались повторной операции по поводу пигментной ПОУГ. Неожиданным результатом оказалось, что группу повторно оперированных пациентов составили лица только старческого возраста. Частота первично оперированных пациентов с пигментной ПОУГ в зависимости от сопутствующей соматической патологии распределилась следующим образом: ИБС + АГ + СД 1 типа + ожирение (34,3 %), ИБС + АГ + СД 2 типа + ожирение (37,6 %), ИБС + АГ (11,1 %) и ИБС + АГ + ХОБЛ (17,0 %). В то время как частота повторно оперированных пациентов в зависимости от соматической патологии распределилась следующим образом: ИБС + АГ + СД 1 типа + ожирение (32,4 %), ИБС + АГ + СД 2 типа + ожирение (29,7 %), ИБС + АГ (24,3 %) и ИБС + АГ + ХОБЛ (13,6 %). Полученные данные показали, что именно повышенное внутриглазное давление на фоне ИБС, АГ, сахарного диабета и тяжелого течения хронической сосудистой мозговой недостаточности с ДЭП 3 стадии, старческий возраст являются факторами риска повторного оперативного вмешательства. Среди первично оперированных пациентов НГСЭ (69 %) была проведена в 2 раза чаще по сравнению с СТЭ (31 %). Осложнения наблюдались преимущественно при СТЭ в 7,7 %, в виде: гифемы (6,0 %), цилиохориоидальной отслойки (10,8 %), послеоперационной гипертензии (2,4 %) и гипотонии (3,6 %). Больным при повторной операции проводилось преимущественно СТЭ (96,6 %), в редких случаях они нуждались в использовании дренажа (3,4 %). Послеоперационные осложнения при повторных операциях

наблюдаются в 19,6 % случаев: гифема (7,4 %), послеоперационная гипотония (6,0 %), цилиохориоидальная отслойка (3,3 %) и послеоперационная гипертензия (2,7 %). Послеоперационные осложнения наблюдались в 2,5 раза чаще при повторных операциях пигментной глаукомы. Таким образом, послеоперационные осложнения при первичном и при повторном оперативном вмешательстве наблюдались при СТЭ. Нами отмечено, что послеоперационные осложнения как при первичной, так и при повторной операции наблюдались только при сочетанной соматической патологии в группах ИБС, АГ в сочетании с СД 1 или 2 типа и ожирением (7,4 и 12,2 % соответственно). Показанием к повторному хирургическому вмешательству при пигментной ПОУГ является отсутствие компенсации ВГД. Причиной, которой может быть нарушение центральной и локальной гемодинамики (мозговой и глазной), наличие сочетанной соматической патологии: ИБС, АГ в сочетании с сахарным диабетом и ожирением, на что может влиять возрастной фактор – старческий возраст. Более оптимальным является хирургический метод лечения НГСЭ, при котором редко развиваются послеоперационные осложнения. Несмотря на то, что НГСЭ редко вызывает послеоперационные осложнения, больные нуждаются в повторных операциях в связи с повышением ВГД в сроки через 1–1,5 года. Таким образом, на основании проведенного исследования можно предположить, что наиболее оптимальным методом оперативного лечения пигментной глаукомы является СТЭ, не вызывающая повышения ВГД в течение 3 лет.

ВЫВОДЫ

1. Оперативному лечению пигментной ПОУГ наиболее часто подвергались больные с сердечно-сосудистой патологией (ИБС и АГ) в сочетании с эндокринными нарушениями (сахарный диабет и ожирение) и хронической сосудистой мозговой недостаточностью с ДЭП 2–3 степени.

2. Каждый третий мужчина или женщина старческого возраста с сочетанной соматической патологией перенесли повторное оперативное лечение пигментной ПОУГ.

3. Факторами риска повторного оперативного лечения являлись: отсутствие компенсации ВГД после первичной операции, старческий возраст, сочетанность и тяжесть соматической патологии, осложнившейся выраженной сосудистой мозговой недостаточностью с ДЭП 2–3 степени.

4. Оптимальным оперативным методом лечения пигментной глаукомы является СТЭ, при котором наблюдается более длительная компенсация ВГД, чем при НГСЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров Е.А., Астахов Ю.С., Еричев В.П. и др. Национальное руководство по глаукоме для практикующих врачей. М., 2015. 452 с.
2. Национальное руководство по глаукоме для практикующих врачей. Изд. 2-е, исправл. и доп. / под ред. Е.А. Егорова, Ю.С. Астахова, А.Г. Шуко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 15 с.
3. Диагностика и лечение первичной открытоугольной глаукомы. Федеральные клинические рекомендации / Межрегиональная общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов»; ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» Минздравсоцразвития России. М., 2012. 3 с.

4. Коновалова О.С., Широкова В.А., Андрюхина А.С., Пономарева Е.Ю. и др. Изучение результатов диспансеризации пациентов сельской местности при глаукоме // Материалы 22 науч.-практ. конф. офтальмологов по вопросам хирургического и консервативного лечения заболеваний органа зрения. Екатеринбург, 2014. С. 41-43.
5. Кузмин С.И., Фабрикантов О.Л. Оптимизированная техника имплантации дренажной системы «Ahmed Claucoma Valve» в случаях рефрактерных глауком с высоким внутриглазным давлением // 9 съезд офтальмологов России: тез. докл. М., 2010.
6. Мачехин В.А., Кузмин С.И. Интраканальная трабекулэктомия – операция, восстанавливающая ангулярный отток при открытоугольной глаукоме, и математическая модель гидромеханики трабекулярной диафрагмы. М., 2003. С. 303-307.

Поступила в редакцию 9 февраля 2015 г.

Datskih E.O., Rudneva L.F., Konovalova O.S., Konovalova N.A., Ponomareva M.N. RISK FACTORS FOR OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT OF PIGMENTARY GLAUCOMA IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS WITH SOMATIC PATHOLOGY

Analysis of 416 patients, operated on for primary open angle glaucoma pigment showed risk factors for re-operative treatment were: lack of compensation after primary surgery, a combination of old age and the severity of somatic pathology complicated by severe cerebral vascular insufficiency with 2–3 st. Every third male or female elderly with concomitant somatic pathology suffered repeated surgery.

Key words: pigment open-angle glaucoma; old age; somatic pathology.

Датских Евгений Олегович, Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень, Российская Федерация, аспирант, кафедра офтальмологии, e-mail: marina.datskih@yandex.ru

Datskih Evgenii Olegovich, Tyumen State Medical Academy, Tyumen, Russian Federation, Post-graduate Student, Ophthalmology Department, e-mail: marina.datskih@yandex.ru

Руднева Лариса Федоровна, Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень, Российская Федерация, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии, e-mail: marina.datskih@yandex.ru

Rudneva Larisa Feodorovna, Tyumen State Medical Academy, Tyumen, Russian Federation, Doctor of Medicine, Professor of Hospital Therapy with the Course of Endocrinology Department, e-mail: marina.datskih@yandex.ru

Коновалова Ольга Станиславовна, Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, доцент кафедры офтальмологии, e-mail: olga5k@mail.ru

Konovalova Olga Stanislavovna, Tyumen State Medical Academy, Tyumen, Russian Federation, Candidate of Medicine, Associate Professor of Ophthalmology Department, e-mail: olga5k@mail.ru

Коновалова Наталья Александровна, Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень, Российская Федерация, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой офтальмологии, e-mail: doctor@bk.ru

Konovalova Natalia Aleksandrovna, Tyumen State Medical Academy, Tyumen, Russian Federation, Doctor of Medicine, Professor, Head of Ophthalmology Department, e-mail: doctor@bk.ru

Пonomарева Мария Николаевна, Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень, Российская Федерация, доктор медицинских наук, профессор кафедры офтальмологии, e-mail: mariyponomareva@yandex.ru

Ponomareva Maria Nikolaevna, Tyumen State Medical Academy, Tyumen, Russian Federation, Doctor of Medicine, Professor of Ophthalmology Department, e-mail: mariyponomareva@yandex.ru