

Галин Алексей Юрьевич – врач-офтальмолог ООО «Центр «Зрение». Адрес: 454014, г. Челябинск, Комсомольский пр-т, 88. Тел./факс: (351) 792-63-60.

Шаимов Тимур Булатович – клинический ординатор кафедры офтальмологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России. Адрес: 454087, г. Челябинск, ул. Воровского, 64.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исследование частоты встречаемости периферических дистрофий сетчатки в зависимости от длины глазного яблока / О.М. Баталова [и др.] // Актуальные проблемы офтальмологии: сб. науч. работ IV Всерос. науч. конф. молодых ученых / под ред. Х.П. Тахчиди. – М.: Изд-во «Офтальмология», 2009. – С. 66-68.
2. Кански, Дж. Дж. Клиническая офтальмология / Дж. Дж. Кански / под ред. В.П. Еричева. – М., 2006. – С. 360-363.
3. Кудинова-Савченко, Н.А. Периферические витреохориоретинальные дистрофии у пациентов с разными видами аметропии / Н.А. Кудинова-Савченко, Н.А. Веснина, Н.Н. Крыжова // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии: сб. науч. статей. – Москва, 2009. – С. 212.
4. Мироненко, Л.В. Решетчатая дистрофия сетчатки при различных видах рефракции / Л.В. Мироненко, В.А. Соколов, Е.В. Коростелева // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии. – Москва, 2010. – С. 220.
5. Поздеева, О.Г. Периферические витреохориоретинальные дистрофии у лиц молодого возраста: особенности клиники, диагностика, патогенез, комплексное лечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2005. – 262 с.
6. Родин, А.С. Биомикроретинотомия. Теоретические основы работы на оптическом когерентном томографе сетчатки и принципы интерпретации томографических изображений / А.С. Родин // Офтальмология. – 2006. – №2. – С. 81-87.
7. Тарутта, Е.П. Акустическая плотность склеры как фактор прогноза развития периферических витреохориоретинальных дистрофий при миопии / Е.П. Тарутта // Вестник офтальмологии. – 2013. – №1. – С. 16-20.
8. Червоняк, И.А. Клинические особенности течения периферических витреохориоретинальных дистрофий у детей с прогрессирующей близорукостью / И.А. Червоняк, И.Е. Панова, Е.П. Тагиева // Восток – Запад: сб. науч. тр. науч.- практ. конф. по офтальмохирургии с междунар. участ. 13–14 мая 2011 г. – Уфа, 2011. – С. 444.
9. Оптическая когерентная томография в диагностике ретинальных разрывов / В.А. Шаимова [и др.] // Вестник офтальмологии. – 2013. – №6. – С. 52-56.
10. Оптическая когерентная томография в диагностике периферических витреоретинальных дистрофий / Шаимова В.А. [и др.] // Офтальмология. – 2013. – Т. 10, № 4. – С. 32-40.
11. Якимов, А.П. ОСТ-критерии дифференциальной диагностики регматогенной отслойки сетчатки и различных видов ретиношизиса / А.П. Якимов, В.А. Зайка, М.В. Акуленко // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии: тез. докл. – М., 2010. – 220 с.
12. Optical Coherence Tomography of peripheral retinal lesions in enucleated human eye specimens with histologic correlation / Ghazi N.G. [et al.] // Am J Ophthalmol. – 2006. – Vol. 141, №4. – P. 740-742.
13. Kothari, A. In vivo sectional imaging of the retinal periphery using conventional optical coherence tomography systems / A. Kothari, V. Narendran, V.R. Saravanan // Indian J of Ophthalmol. – 2012. – Vol. 60. – P. 235-239.
14. Lewis, H. Peripheral retinal degenerations and the risk of retinal detachment / H. Lewis // Am J of Ophthalmol. – 2003. – Vol. 136, №1. – P. 155-160.
15. Posterior lattice degeneration characterized by spectral domain optical coherence tomography / V. Manjunath [et al.] // V.Retina. – 2011. – Vol. 31, №3. – P. 492-496.

УДК 617.731-007.23+617.753-072.1

© М.Ю. Прокопьева, Р.Б. Шаимов, Т.А. Шаимова, 2014

М.Ю. Прокопьева, Р.Б. Шаимов, Т.А. Шаимова
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ
 ГЛАЗ – ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИИ
 И НЕЙРООПТИКОПАТИИ – У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**
*ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Челябинск*

Цель исследования – определить частоту встречаемости, особенности клинического течения возрастной макулодистрофии (ВМД) в сочетании с нейрооптикопатией (НОП) у геронтологических больных.

Обследовано 164 человека (317 глаз) с ВМД, средний возраст 78,7±8,7 года. Выделены две группы: 1-я – пациенты с ВМД в сочетании с НОП – 72 человека (144 глаза), из них у 17 больных (34 глаза) диагностирована первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ), у 55 пациентов (110 глаз) – хроническая ишемическая нейрооптикопатия (ХИОП); 2-я – пациенты с ВМД без признаков НОП – 92 человека (173 глаза).

У пациентов ИГ1 достоверно чаще встречаются ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 56,2% и катаракта – 80% (p<0,05); острота зрения менее 0,2 выявлена у 52,3% больных, в основном имеющих сочетание ВМД с ПОУГ. При этом клинически ВМД достоверно чаще (52,9%) представлена атрофической формой. При сочетании ВМД с ХИОП достоверно чаще диагностируются начальная и промежуточная стадии ВМД – 47,3%, мелкие, средние (64%), множественные (62%), сливные (63%) друзы.

Ключевые слова: возрастная макулярная дистрофия, нейрооптикопатия, особенности клиники.

M.Yu. Prokopyeva, R.B. Shaimov, T.A. Shaimova
**CLINICAL COURSE OF COMBINED OPHTHALMIC PATHOLOGY
 WITH AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION AND NEUROOPTICOPATHY
 IN GERIATRIC PATIENTS**

Purpose – to determine the frequency of occurrence, clinical features of age-related macular degeneration with neuroopticothy in geriatric patients.

There were 164 patients (317 eyes) with age-related macular degeneration; the average age was 78.7 ± 8.7 years. We identified two study groups (SG): SG1 – 72 patients (144 eyes) with age-related macular degeneration with neuroopticopathy (AMD with NOP), including 17 patients (34 eyes) with primary open-angle glaucoma (POAG), 55 patients (110 eyes) with chronic ischemic neuroopticopathy (CINOP); SG2 – 92 (173 eyes) patients with age-related macular degeneration without neuroopticopathy (AMD without NOP).

In patients of AMD with NOP group the frequency of coronary heart disease and angina (56.2%), cataract (80%) was significantly higher ($p < 0.05$); the visual acuity less than 0.2 was noticed in 52.3% of patients with AMD combined with POAG. In that combination AMD significantly more often is presented by atrophic form (52.9%). When combined AMD with CINOP the initial and intermediate stage of AMD – 47.3%, small, medium (64%), multiple (62%), confluent (63%) drusen are significantly more frequently diagnosed.

Key words: age-related macular degeneration, neuroopticopathy, clinical features.

Нейрооптикопатия (НОП) различного генеза (глаукома, передняя ишемическая нейрооптикопатия, синдром сдавления зрительного нерва, инсульт и др.) и возрастная макулярная дистрофия (ВМД) являются одними из главных причин необратимой слепоты и снижения качества жизни пациентов [1,2]. Нейрооптикопатию и возрастную макулярную дистрофию объединяет ряд особенностей: двусторонний характер поражения, прогрессирующее течение, стойкая потеря зрительных функций, высокий удельный вес в структуре инвалидности (более 30%). С ростом продолжительности жизни населения заболеваемость ВМД и НОП имеет все большее значение как социальное, так и экономическое [3,4]. ВМД и глаукома имеют ряд общих звеньев патогенеза: первичные генетические дефекты, патологические изменения кровотока глазного яблока, метаболические изменения (оксидативный стресс), иммунопатологические механизмы (аутоиммунное повреждение). Кроме этого, обе нозологии имеют общность факторов риска: возраст [5,6], наследственная предрасположенность [7,8], курение [9,10], сердечно-сосудистая патология [5,11], нарушения питания [12].

Цель исследования – определить частоту встречаемости, особенности клинического течения у геронтологических больных с сочетанной патологией – возрастной макулярной дистрофией и нейрооптикопатией.

Материал и методы

Обследование проводилось в Челябинском областном госпитале ветеранов войн за период с 2001 по 2013 гг. у 164 пациентов (317 глаз) с ВМД. Средний возраст пациентов оставил $78,7 \pm 8,4$ года. Всем пациентам проведено комплексное офтальмологическое обследование: визометрия, тонометрия, биомикроскопия, периметрия, офтальмоскопия с линзой Гольдмана, оптическая когерентная томография. Выделены две группы пациентов: 1-я – пациенты с ВМД в сочетании с НОП – 72 человека (144 глаза); 2-я – пациенты с ВМД без признаков НОП – 92 человека (173 глаза). Группы пациентов сопоставимы по возрасту и полу.

Результаты и обсуждение

При оценке структуры НОП в 1-й группе выявлены следующие нозологии: с хронической ишемической нейрооптикопатией (ХИОП) вошли 55 (34,8%, 110 глаз) человек и 17 (10,7 %, 34 глаза) человек – с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ).

При анализе структуры ВМД по стадиям нами не установлены достоверные различия в исследуемых группах: промежуточная стадия диагностирована у 37,5% пациентов 1-й группы, у 46,9% больных 2-й группы, трансудативная стадия – у 36,1% и 22,5%, атрофическая форма – у 26,4% и 30,6% пациентов соответственно.

Сравнительная оценка данных визометрии (рисунок) позволила установить более низкие значения остроты зрения в ИГ1, что можно объяснить сочетанием патологий, снижающих зрительные функции.

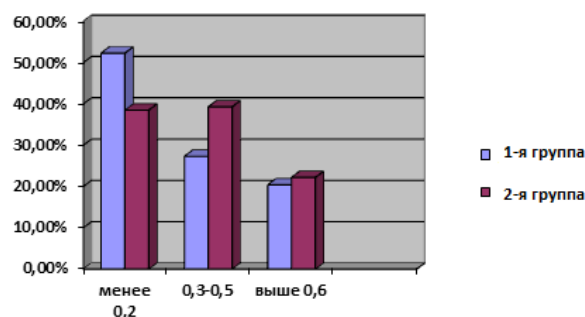


Рис. Данные визометрии пациентов исследуемых групп

Так, у 52,3% ($p < 0,05$) пациентов 1-й группы острота зрения составляет менее 0,2. Острота зрения в диапазоне 0,3 – 0,5 выявлена у 27,3% больных 1-й группы и у 39,3% пациентов 2-й группы, острота зрения выше 0,6 – у 20,4% и 22,2% больных соответственно.

При анализе вида рефракции выявлено преобладание гиперметропии в обеих исследуемых группах: 51,4% пациентов 1-й группы и 57,1% – 2-й группы; миопическая рефракция встречалась у 41,2% пациентов 1-й и у 37,1% больных 2-й группы; эмметропия – у 7,4% и 5,8% пациентов соответственно. Таким образом, обе исследуемые группы были сопоставимы по характеру рефракции.

При оценке сопутствующей сердечно-сосудистой патологии у пациентов 1-й группы

достоверно чаще встречалась ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия – 56,2% ($p < 0,05$) по сравнению с 2-й группой – 34,2%. Гипертоническая болезнь выявлена у 72,4% пациентов 1-й группы, у 74,3% – 2-й; постинфарктный кардиосклероз у 3,5% и у 8,5 % больных соответственно. Анализ прочей сопутствующей соматической патологии не выявил достоверных различий в исследуемых группах: церебральный атеросклероз (1-я группа – 53,4%, 2-я группа – 47,5%), атеросклероз сонной артерии (1-я группа – 15,6%, 2-я – 12,4%), болезни нервной системы (1-я группа – 23,5%, 2-я – 29,5 %).

В структуре сопутствующей офтальмопатологии у пациентов 1-й группы достоверно чаще диагностирована катаракта – 80% ($p < 0,05$), в сравнении с пациентами 2-й группы (59,7%). Ангиопатия сетчатки выявлена у 43,6% пациентов 1-й и у 52,1% пациентов 2-й группы; ангиосклероз сетчатки диагностирован у 56,4% и 46,4% пациентов соответственно.

В зависимости от причины НОП пациенты 1-й группы были разделены на две подгруппы: ИГЗ – больные с ВМД в сочетании с ПОУГ – 17 человек (34 глаза); ИГ4 – пациенты с ВМД в сочетании с ХИОП – 55 человек (110 глаз). Подгруппы пациентов были сопоставимы по возрасту и видам клинической рефракции. При анализе сопутствующей сердечно-сосудистой патологии не выявлено достоверных различий между ИГЗ и ИГ4: гипертоническая болезнь диагностирована у 73,1% пациентов ИГЗ и у 75,4% больных ИГ4; ИБС, стенокардия – у 57,3% и 62,3% пациен-

тов, постинфарктный кардиосклероз – у 3,1% и 5,7% больных соответственно. Анализ сопутствующей офтальмологической патологии показал, что у пациентов ИГ4 достоверно чаще диагностируется ангиосклероз сетчатки – 83,6%. Оценка данных визометрии свидетельствует, что у 70,8% пациентов ИГЗ ($p < 0,05$) острота зрения не превышает 0,2. При анализе клинических особенностей ВМД внутри подгрупп нами установлено, что у больных ИГЗ достоверно чаще выявляется атрофическая форма ВМД (52,9%), а у пациентов ИГ4 – начальная и промежуточная стадии ВМД (47,3%, $p < 0,05$), представленные множественными друзами (62%) средних размеров (64%) сливного характера (63%). Различия клинической картины ВМД при сочетанной патологии, вероятно, связаны с преобладанием дисметаболических нарушений на уровне ПЭ с отложением друз у пациентов ИГ4 и явлений хориоваскулосклероза с формированием атрофической формы ВМД у пациентов ИГЗ.

Заключение

Частота сочетанной патологии ВМД и НОП у пациентов старшей возрастной группы составляет 45,5%: ВМД в сочетании с глаукомой встречается у 10,7%, а в сочетании с ХИОП – у 34,8 % больных. У пациентов с сочетанной патологией (ВМД с НОП) достоверно чаще диагностируются ИБС, стенокардия и катаракта. При этом у пациентов с ОУГ клинические признаки ВМД достоверно чаще представлены атрофической формой (52,9%), у больных с ХИОП – друзообразованием (47,3%).

Сведения об авторах статьи:

Прокопьева Марина Юрьевна – к.м.н., ассистент кафедры офтальмологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России. Адрес: 454087, г. Челябинск, ул. Воровского, 64. E-mail: marinaprokopieva@mail.ru.

Шаймов Руслан Булатович – к.м.н., зав. офтальмологическим отделением МБУЗ ГКБ №6. Адрес: 454000, г. Челябинск, ул. Румянцева, 28. E-mail: shaimovrb@gmail.com.

Шаймова Татьяна Анатольевна – врач-офтальмолог ООО «Центр «Зрение» доктора Шаймовой В.А.». Адрес: 454000, г. Челябинск, Комсомольский пр., 88. E-mail: tanya.shaimova@gmail.com.

ЛИТЕРАТУРА

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 – М.: МАКС Пресс, 2004. – 121-130 с.
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 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 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 POU/ 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.