



ИЗМЕНЕНИЕ МЕТОДИК КОМПЕНСАЦИИ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПРИ ГЛАУКОМЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДЕСЯТЬ ЛЕТ ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ

**А.И. БЕРЕЗНИКОВ
Н.Г. ФИЛИППЕНКО**

*Курский государственный
медицинский университет*

e-mail: FilippenkoNG@kursksmu.net

Проведен сравнительный анализ тактики компенсации внутриглазного давления и лечения атрофии зрительного нерва при глаукоме за 10 лет. Больных с компенсацией внутриглазного давления после проведения консервативной терапии в 2010 году выявлено почти в 2 раза больше по сравнению с 2001 годом, в то время, как к хирургическому лечению стали прибегать реже. К 2010 году число хирургических операций сократилось в 1,5 раза по сравнению с 2001 годом.

На настоящем этапе в терапии глаукоматозной атрофии зрительного нерва наравне с применением новых препаратов все шире используются различные оперативные вмешательства.

Ключевые слова: глаукома, компенсация внутриглазного давления, лечение атрофии зрительного нерва.

Глаукома является одним из наиболее распространенных и тяжелых заболеваний органа зрения. По данным ВОЗ (2002 г.), глаукома является одной из основных причин слепоты и слабовидения (12%), уступая по данному показателю лишь катаракте (47%). Количество больных первичной глаукомой, ослепших на оба глаза, достигло 4,5 млн человек, что послужило поводом для включения данной патологии в список приоритетных глазных заболеваний ВОЗ [5]. По данным различных авторов, она приводит к развитию необратимой слепоты в 5-33% случаев [1, 2, 3].

Несмотря на очевидный прогресс в офтальмологии, лечение глаукомы остается сложной и до конца не изученной проблемой. Существует два основных подхода к компенсации внутриглазного давления (ВГД) – это консервативное, медикаментозное лечение и хирургическое снижение офтальмотонуса. В лечении атрофии зрительного нерва применяются медикаментозная терапия, физиотерапевтические воздействия и оперативные вмешательства.

У всех методик имеются положительные и отрицательные стороны [2, 3, 4, 7, 12].

Цель исследования: проследить динамику изменения методик в лечении впервые выявленной глаукомы за последние 10 лет по данным клиники КОКБ МГ.

Задачи исследования:

1. Провести анализ сроков выявления глаукомы в 2001, 2006, 2010 годах по данным КОКБ МГ.

2. Проанализировать эффективность лечения глаукомы (компенсация ВГД и лечение глаукоматозной атрофии зрительного нерва) различными способами: консервативным и хирургическим.

3. Сравнить приоритеты в лечении глаукомы за 2001, 2006, 2010 годы.

Материалы и методы.

Проведен ретроспективный анализ 172 историй болезни за 2001, 2006, 2010 годы включительно на базе Курской областной клинической больницы микрохирургии глаза.

Среди обследованных за 2001 год мужчины составляют 50,9%, женщины 49,1%, за 2006 год мужчины – 48,9%, женщины – 51,1%, за 2010 мужчины – 56,4%, женщины – 43,6%. Из них за 2001 год I стадия глаукомы установлена у 9,8% больных, II стадия – у 30%, III стадия – у 51%, IV стадия – у 9,8%.

За 2006 год I стадия глаукомы установлена у 17,7% больных, II стадия – у 55,5%, III стадия – у 22,2%, IV стадия – у 4,4%.

За 2010 год I стадия глаукомы установлена у 20,5% больных, II стадия – у 57,5%, III стадия – у 19,8%, IV стадия – у 2,2%.

Возраст больных за период 2001, 2006, 2010 гг. колеблется в пределах от 50 до 86 лет. Средний возраст пациентов в исследуемых годах составляет 68 лет.

Результаты исследования.

За 2001 год были проведены следующие виды лечения:

– консервативная терапия составила 35,3%, была представлена препаратами группы β -адреноблокаторов (окупрес, арутимол), миотиками (пилокарпин).



Компенсация ВГД препаратами группы β -адреноблокаторов составила 33,3% случаев, пилокарпином 2%;

– хирургическое лечение составило 64,7%, заключалось в проведении следующих видов операций: глубокая склерэктомия (ГСЭ), непроникающая глубокая склерэктомия (НГСЭ). 58,3% выполненных операций пришлось на ГСЭ; 6,4% – на НГСЭ.

Лечение атрофии зрительного нерва состояло в назначении пирацетама внутримышечно, витаминов группы В внутримышечно, эмоксипина под конъюнктиву и под кожу в области сосцевидного отростка в 72% случаев. В 28% – применялась катетеризация ретробульбарного пространства с последующей прямой элетрофармакостимуляцией – введением в катетер пирацетама, эмоксипина, трентала, дексаметазона и электростимуляция синусоидальным модулированным током по электроду, вводимому через катетер.

За 2006 год были проведены следующие виды лечения:

– консервативная терапия составила 48,8%, была представлена препаратами группы β -адреноблокаторов (окупрес, арутимол), простагландинами F2-альфа (ксалатан, траватан), комбинированными препаратами (фотил: тимолол 0,5%+пилокарпин 4%).

Компенсация ВГД препаратами группы β -адреноблокаторов составила 29% случаев, окупрес+траватан – 8,88% случаев, фотил – 6,66% случаев, ксалатан – 4,22% случаев;

– хирургическое лечение составило 51,12%. 20% выполненных операций пришлось на ГСЭ; 31,12% – на НГСЭ.

Лечение атрофии зрительного нерва состояло в назначении пирацетама внутримышечно, кортексина суббульбарно и внутримышечно, витаминов группы В внутримышечно, эмоксипина под конъюнктиву и под кожу в области сосцевидного отростка в 67% случаев. В 22% – применялась катетеризация ретробульбарного пространства с последующей прямой элетрофармакостимуляцией – введением в катетер пирацетама, эмоксипина, трентала, дексаметазона и электростимуляцией синусоидальным модулированным током по электроду, вводимому через катетер. В 11% применялось оперативное введение в субтенозово пространство коллагеновой губки, пропитанной эмоксипином или кортексином.

За 2010 год были проведены следующие виды лечения:

– консервативная терапия составила 61,5%, была представлена препаратами группы β -адреноблокаторов (окупрес, арутимол, окумед, бетоптик), простагландинами F2-альфа (ксалатан, траватан), ингибиторами карбоангидразы (азопт).

Компенсация ВГД препаратами группы β -адреноблокаторов составила 31,27% случаев, простагландинами F2-альфа – 20% случаев, окумед+ксалатан – 5,13% случаев, окумед+азопт – 5,13% случаев;

– хирургическое лечение составило 38,5%. 33,4% выполненных операций пришлось на ГСЭ; 5,13% – на НГСЭ. Лечение атрофии зрительного нерва состояло в назначении пирацетама внутримышечно, кортексина суббульбарно и внутримышечно, витаминов группы В внутримышечно, эмоксипина под конъюнктиву и под кожу в области сосцевидного отростка в 53% случаев. В 20% – применялась катетеризация ретробульбарного пространства с последующей прямой элетрофармакостимуляцией – введением в катетер пирацетама, эмоксипина, трентала, дексаметазона и электростимуляцией синусоидальным модулированным током по электроду, вводимому через катетер. В 21% случаев применялось оперативное введение в субтенозово пространство коллагеновой губки, пропитанной эмоксипином или кортексином. В 5% проводилась вазореconstructивная операция – перевязка поверхностной височной артерии, 1% пришелся на проведение оперативной декомпрессии зрительного нерва.

Выводы:

1. Таким образом, в 2001 году больший процент впервые выявленной глаукомы приходится на III и IV стадию болезни, что составило 51% и 9,8%, когда функции глаза были значительно снижены. В дальнейшем эта тенденция изменилась и в 2010 году преимущество составили больные с I и II стадией болезни – 20,5% и 57,5% соответственно, а процент больных с III и IV стадией снизился и составил 19,8% и 2,2%.

2. Компенсация внутриглазного давления после проведения консервативной терапии у больных с впервые выявленной глаукомой на базе КОКБ МГ к 2010 году составила 61,5%, что в 1,8% больше по сравнению с 2001 годом. В то время, как к хирургическому лечению стали прибегать реже, что связано с внедрением в практику лечения новых эффективных препаратов простагландинов или их аналогов и комбинированных препаратов. К 2010 году число хирургических операций (38,5%) сократилось в 1,5 раза по сравнению с 2001 годом.

3. На настоящем этапе в терапии глаукоматозной атрофии зрительного нерва наравне с применением новых препаратов все шире используются различные оперативные вмешательства.



Литература

1. Алексеев, В.Н. К вопросу о методиках определения давления цели / В.Н. Алексеев, Т.Г. Лобова // III Всероссийская школа офтальмолога : материалы. – 2004. – С. 16-21.
2. Балалин, С.В. Определение целевого давления у больных первичной глаукомой с позиции толерантного ВГД / С.В. Балалин // 8-й съезд офтальмологов России : тез. докл. – М., 2005. – С. 149.
3. Водовозов, А.М. Толерантное и интолерантное давление при глаукоме / А.М. Водовозов. – Волгоград : БИ, 1991. – С. 160.
4. Волков, В.В. Глаукома при псевдонормальном давлении / В.В. Волков. – М. : Медицина, 2001. – С. 352.
5. Волков, В.В. Типичные для открытоугольной глаукомы структурно-функциональные нарушения в глазу – основа для построения её современной классификации / В.В. Волков // Вестник офтальмологии. – 2005. – № 5. – С. 35-38.
6. Егоров, Е.А. Офтальмофармакология / Е.А. Егоров, Ю.С. Астахов, Т.В. Ставицкая. – М. : Гэотар-Мед. – 2004. – С. 463.
7. Казачкова, Л.Е. Лечение больных первичной открытоугольной глаукомой с использованием патогенетически ориентированной комплексной немедикаментозной терапевтической программы : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.Е. Казачкова. – Красноярск, 2002. – С. 14-24.
8. Клиническая фармакология средств, используемых при глаукоме (для врачей – офтальмологов, провизоров-информаторов) / Н.А. Коновалова, Э.А. Ортенберг, Н.С. Курзаева и др. – Тюмень : Академия, 2002. – 28 с.
9. Козина, Е.В., Клинико-психологическая характеристика больных первичной открытоугольной глаукомой с нормальным и повышенным внутриглазным давлением / Е.В. Козина, В.Е. Вятский // Межрегиональная конференция офтальмологов, посвященная 40-летию детской глазной службы Красноярского края : сб. статей. – Красноярск : Красноярский писатель, 2003. – С. 146-147.
10. Морозов, В.И. Фармакотерапия глазных болезней / В.И. Морозов, А.А. Яковлев. – М. : Медицина, 1998. – 336 с.
11. Нестеров, А.П. Глаукома / А.П. Нестеров. – М. : Медицина, 1995.
12. Хадикова, Э.В. О способе определения индивидуально-переносимого внутриглазного давления у больных глаукомой / Э.В. Хадикова, Т.Е. Егорова // Клиническая офтальмология. – 2004. – Т. 5, №2. – С. 51-53.
13. Шмырева, В.Ф., К определению индивидуально-переносимого внутриглазного давления (давления цели) при первичной глаукоме / В.Ф. Шмырева, О.А. Шмелева-Демир, Ю.В. Мазурова // Вестник офтальмологии. – 2003. – № 6. – С. 3-6.

CHANGE OF TREATMENT METHODS OF INTRAOCULAR PRESSURE AND ATROPHY OF THE OPTIC NERVE IN GLAUCOMA IN THE LAST TEN YEARS IN THE CLINIC

A.I. BEREZNIKOV
N.G. FILIPPENKO

Kursk State Medical University

e-mail: FilippenkoNG@kursksmu.net

The comparative analysis of tactics of compensation of intraocular pressure and treatment of an atrophy of an optic nerve at glaucoma in 10 years is carried out. There were 2 times more patients with compensation of intraocular pressure after carrying out the conservative therapy in 2010 in comparison with 2001. While, the surgical treatment was used less often. By 2010 the number of surgeries was reduced in 1,5 times in comparison with 2001.

At the present stage in therapy of a glaucoma atrophy of an optic nerve with application of new preparations various operative interventions are more widely used.

Keywords: glaucoma, compensation of intraocular pressure, treatment of an atrophy of an optic nerve.