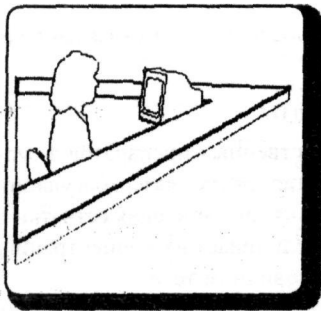




И.В. Лысяк, А.Л. Штилерман, Э.А. Михальский

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМой С ПСЕВДОНОРМАЛЬНЫМ ОФТАЛЬМОТОНУСОМ

Амурская государственная медицинская академия;
Городская клиническая больница №1, г. Благовещенск

Традиционный интерес офтальмологов к проблеме глаукомы обусловлен сложностью ранней диагностики и лечения, медико-социальной значимостью проблемы. За последние десять лет в России доля глаукомы в нозологической структуре первичной инвалидности возросла от 12 до 20%. Глаукома является причиной слепоты у 5,2 млн чел. в мире [2, 3]. Успех лечения больных глаукомой во многом зависит от своевременной постановки диагноза. Очень важен адекватный контроль над течением заболевания, так как прогрессирующие нарушения зрительных функций часто развиваются незаметно для пациента, а в итоге именно они приводят к ухудшению качества жизни, ограничению трудоспособности и инвалидности [4, 7]. Традиционные методы ранней диагностики основаны на выявлении уже имеющейся клинически значимой симптоматики. Вместе с тем, даже в случаях своевременно поставленного диагноза возникают проблемы, связанные с трудностями определения риска прогрессирования глаукомной оптической нейропатии (ГОН), повышения эффективности гипотензивного и нейропротекторного лечения. Это определяет необходимость поиска методик, позволяющих прогнозировать и стабилизировать течение ГОН.

Цель нашего исследования заключалась в оценке эффективности методики определения интолерантного уровня офтальтонуса и системы комплексного реабилитационного лечения у пациентов с первичной нестабилизированной открытоугольной глаукомой.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 48 пациентов (72 глаза) с первичной открытоугольной глаукомой в развитой стадии заболевания с компенсированным внутриглазным давлением (ВГД) на фоне лечения бета-адреноблокаторами. Средний возраст больных составил $56,8 \pm 3,8$ лет. Для оценки состояния зрительных функций использовались следующие методики: визометрия, определение критической частоты слияния мельканий (КЧСМ), реоофтальмография глаза, исследование электролабильности зрительного нерва, регистрация зрительно вызванных кортикальных потенциалов (ЗВКП) и общей электроретинографии (ЭРГ), офтальмоскопия. Состояние зрительного нерва исследовали, используя аппаратно-программный комплекс для электрофизиологических исследований зрительной системы фирмы MBN (Россия). Регистрировали паттерн — зрительные вызванные потенциалы (пЗВП): частота стимуляции 1 Гц, размер клеток 25, изображение предъявляли с расстояния 1 м.

Состояние периферического поля зрения изучали с помощью статической и кинетической периметрии (сум-

Резюме

У 48 пациентов (72 глаза) с первичной открытоугольной глаукомой в развитой стадии заболевания с компенсированным внутриглазным давлением на фоне лечения бета-блокаторами определялся интолерантный уровень офтальтонуса и проводилось комплексное реабилитационное лечение. Предложенный метод лечения глаукомной оптической нейропатии направлен на достижение толерантного уровня внутриглазного давления, создание оптимальных условий для проведения активной стимулирующей нейропротекторной терапии. Использование данной методики обеспечивает стабилизацию глаукомного процесса в 78% случаев в течение 1 года.

I.V. Lysyak, A.L. Shtilerman, E.A. Mikhalskiy

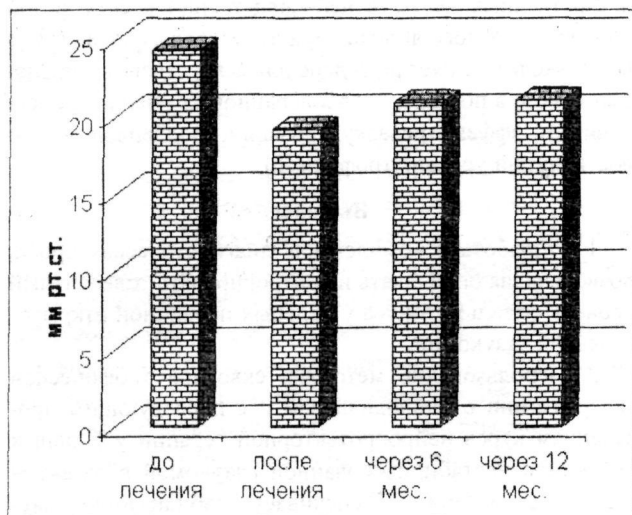
NEW APPROACH TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PRIMARY GLAUCOMA PATIENTS WITH PSEUDONORMAL INTRAOCULAR PRESSURE

Amur State Medicine Academy, Blagoveshchensk

Summary

48 (72 eyes) of patients with primary open-angle glaucoma in progressed stage of the disease with compensated intraocular pressure had intolerable level of intraocular tension at the background of beta-blocker therapy and complex rehabilitation treatment. Applied method of glaucomatous optic neuropathy treatment is directed to achievement of tolerable level of intraocular tension, creation of optimal conditions for realization of active stimulative neuroprotective therapy. Implementation of this method provides stabilization of glaucomatous process in 78% of cases during 1 year.

ма градусов по 8 меридианам). Всем пациентам проводилась разработанная в нашей клинике функциональная проба определения интолерантного внутриглазного давления (патент РФ №2257837). Сразу после периметрии и исследования пЗВП пациенту проводили инстилляцию раствора траватана 0,004%. Через 4 ч повторяли электрофизиологическое исследование и компьютерную периметрию. Ускорение латентности на 4% и увеличение количества нормально воспринимаемых точек при статической периметрии на 5% и более указывало на положительный результат теста.



Изменение офтальмотонуса у пациентов с интолерантным ВГД

Таблица 1

Динамика изменений зрительных функций у пациентов с интолерантным ВГД ($M \pm m$)

Период наблюдения	Острота зрения	Поле зрения (сумма градусов по 8 меридианам)
До лечения	0,38±0,05	310±29
После лечения	0,57±0,06	374±36
Через 6 мес.	0,52±0,06	360±32
Через 12 мес.	0,50±0,05	348±31

По результатам проведенной пробы пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 17 пациентов (27 глаз) с отрицательным результатом функциональной пробы, где внутриглазное давление расценено как толерантное. У пациентов этой группы проводился мониторинг за состоянием стабилизации глаукомного процесса в течение последующих 12 мес.

Вторую группу составил 31 больной (45 глаз), где результаты функциональной пробы оказались положительными. Так, на фоне снижения офтальмотонуса с 23 до 19 мм рт.ст. латентность пЗВП в среднем по группе уменьшилась с $132,2 \pm 2,3$ до $122,9 \pm 2,1$ мс ($p < 0,01$). По данным статической периметрии, количество нормально воспринимаемых точек увеличилось в среднем на 9%. В дальнейшем пациентам именно этой группы проводили комплексную двухэтапную терапию (патент №2254840).

Первый хирургический этап заключался в выполнении сквозной трофической склерэктомии с циклодиализом и субтеноновой имплантацией коллагеновой губки.

Техника операции: в верхненаружном квадранте на расстоянии 4-5 мм от лимба производили разрез конъюнктивы и теноновой капсулы длиной 4-5 мм. На склере в проекции плоской части цилиарного тела выкраивали сквозное «окно» размером 2×2 мм до хориоидеи, микрошпатель через трепанационное отверстие проходили в переднюю камеру, выполняя циклодиализ шириной 4 мм. В субтеноновом пространстве формировали канал и укладывали коллагеновую губку так, что ее край прикрывал половину трепанационного отверстия. На конъюнктиву накладывали непрерывный шелковый шов.

Динамика изменений показателей ЭФИ у пациентов с интолерантным ВГД

Показатель	Период наблюдения			
	до лечения	после лечения	через 6 мес.	через 12 мес.
Амплитуда	12,9±4,8	14,7±6,2	14,2±5,9	13,8±5,3
Латентность	128,5±2,2	120,9±2,1	123,4±2,3	125,1±2,4
КЧСМ (Гц)	24,0±5,0	29,0±6,0	30,0±6,0	28,0±5,8

В послеоперационном периоде в течение 10 дн. проводили курс подконъюнктивных инъекций в область коллагеновой губки (участок, расположенный вне трепанационного отверстия) лекарственными препаратами — 20% раствором пирасетама и 1% раствором эмоксипина. Комплексное офтальмологическое обследование проводили до лечения и после курса комплексной терапии. Эффективность лечебных мероприятий оценивали через 6 и 12 мес.

Результаты и обсуждение

Динамическое наблюдение в течение года за пациентами первой группы с толерантным ВГД показало наличие стабилизации глаукомного процесса в 85 % случаев (23 глаза).

Исходный уровень офтальмотонуса в группе пациентов с интолерантным внутриглазным давлением варьировал от 22 до 27 мм рт.ст. После оперативного вмешательства офтальмотонус снизился с $24,3 \pm 5,1$ до $19,2 \pm 4,3$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Курс медикаментозной терапии, проведенный пациентам исследуемой группы в послеоперационном периоде, способствовал повышению остроты зрения с исходных $0,38 \pm 0,05$ до $0,57 \pm 0,06$ ($p < 0,05$), расширению границ периферического зрения с 310 ± 29 до 374 ± 36 ($p < 0,05$), снижению количества скотом различного уровня в среднем на 10%.

На фоне повышения зрительных функций отмечали рост реографического коэффициента с $1,63 \pm 0,07$ до $2,15 \pm 0,14\%$ ($p < 0,05$), что составило 32% от исходного уровня. При этом была отмечена положительная динамика изменений показателей ЗВКП, где на фоне роста амплитуды сигнала с $12,9 \pm 4,8$ до $14,7 \pm 6,2$ мк произошло повышение латентности компонента Р 100 с $128,5 \pm 2,2$ до $120,9 \pm 2,1$ мс. Показатели КЧСМ выросли с исходных $24,0 \pm 5,0$ до $29,0 \pm 6,0$ ($p < 0,05$) после лечения.

Через полгода уровень офтальмотонуса в исследуемой группе глаз составил $20,9 \pm 4,7$ мм рт.ст. При этом показатели остроты зрения и границ периферического поля зрения оставались на достаточно высоком уровне — $0,52 \pm 0,06$ и $360 \pm 32^\circ$ соответственно. Та же тенденция прослежена и по данным реографии ($Rq = 2,15 \pm 0,14\%$) и электрофизиологических исследований (табл. 2). Проведенная в данные сроки проба на интолерантное ВГД оказалась отрицательной в 89 % случаев (40 глаз). Больным с положительной пробой (5 глаз) выполнено оперативное антиглаукоматозное вмешательство.

Контрольное обследование через год показало, что уровень офтальмотонуса в исследуемой группе глаз составил в среднем $21,1 \pm 3,2$ мм рт.ст. При этом он оказался толерантным в 78% случаев (35 глаз). Это подтвержда-

ется состоянием зрительных функций, результатами исследования электрогенеза сетчатки, зрительного нерва, данными реографии (табл. 1 и 2) и офтальмоскопического наблюдения.

Результаты исследований свидетельствуют, что разработанный комплексный диагностический тест на определение толерантного уровня офтальмотонуса позволяет прогнозировать течение глаукомного процесса, осуществлять индивидуальный подход к тактике ведения больных первичной глаукомой. При этом данная методика может найти свое широкое применение в ходе мониторинга больных первичной глаукомой, выполняющих медикаментозный гипотензивный режим, а также в группах пациентов после лазерных и оперативных антиглаукоматозных вмешательств.

Вместе с тем, важнейшей задачей, определяющей эффективность всех лечебных мероприятий у больных первичной глаукомой, является необходимость коррекции действия повреждающих факторов, ведущих к прогрессированию ГОН. Одним из основных факторов, определяющих развития ГОН, является диффузная и очаговая гипоксия, которая способна приводить к тяжелым гемодинамическим и метаболическим нарушениям не только в зрительном нерве, но и в слоях нервных волокон и ганглионарных клеток сетчатки [5]. Предложенный нами двухэтапный метод лечения ГОН направлен на достижение толерантного уровня ВГД, создание оптимальных условий для проведения активной стимулирующей нейропротекторной терапии. По нашему мнению, полученные позитивные гипотензивные и функциональные результаты лечения больных первичной глаукомой связаны с активизацией увеосклерального оттока ВГЖ, с созданием нового (транслиарного) пути доставки

лекарственных веществ непосредственно к сосудистой оболочке глазного яблока. При этом коллагеновая губка не только выполняет роль депо для лекарственных препаратов, но и в позднем послеоперационном периоде обеспечивает эффект ревазуляризации, поддерживающий достигнутый уровень трофики [6].

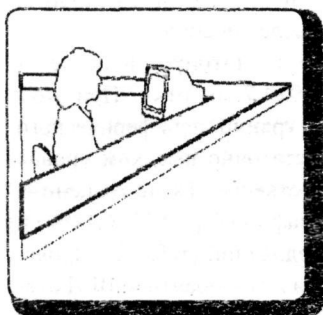
Выводы

1. Разработана комплексная диагностическая проба, позволяющая определять и контролировать толерантный уровень офтальмотонуса у больных первичной открытоугольной глаукомой.

2. Использование методики сквозной трофической склерэктомии с циклодиализом и с последующим проведением курса нейропротекторной терапии у больных первичной нестабилизированной глаукомой в развитой стадии заболевания обеспечивает стабилизацию глаукомного процесса в 78% случаев в течение года.

Л и т е р а т у р а

1. Волков В.В. Глаукома при псевдонормальном давлении. М.: Медицина, 2001. 352 с.
2. Либман Е.С., Шахова Е.В. // VII съезд офтальмологов России: Тез. докл. М., 2000. С. 209-214.
3. Либман Е.С., Шахова Е.В., Чумаева Е.А. // VII съезд офтальмологов России: Тез. докл. Ч. 2. М., 2000. С. 251.
4. Нестеров А.П. Первичная глаукома. М.: Медицина, 1982. 288 с.
5. Нестеров А.П. // Клиническая офтальмология. 2000. №1. С. 4-6.
6. Нестеров А.П., Басинский С.Н. // Вестник офтальмологии. 1991. № 55. С. 18-21.
7. Устинова Е.И. Методы ранней диагностики глаукомы. Л.: Медицина, 1966. 190 с.



УДК 616.322 - 002.2 + 678.048 + 615.849.19

А.А. Блоцкий, В.А. Доровских, В.В. Антипенко, М.Ю. Цепляев

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИОКСИДАНТНОЙ И ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Хронический тонзиллит (ХТ) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний ЛОР-органов. Распространенность ХТ, по данным литературы, составляет от 4

до 15% [4, 6]. Анатомическое строение небных миндалин предрасполагает к развитию в них хронического воспалительного процесса и нарушению иммунологической