

этого заболевания. Так, по данным Новосибирского межрайонного бюро медико-социальной экспертизы, мужчины лидируют (порой в несколько раз) среди первичных инвалидов, и особенно среди инвалидов 2 и 3 групп работоспособного возраста.

Возрастной состав диспансерных групп представлен в следующей таблице 2.

Таблица 2. Возрастной состав диспансерных групп по Новосибирскому региону в 2003 г.

Возраст пациентов	Новосибирск	Новосибирская область
До 40 лет	41	37
40 – 49 лет	54	46
50 – 59 лет	893	527
60 – 69 лет	2146	2456
70 – 79 лет	2235	2189
80 лет и старше	714	1009

Можно отметить, что в целом по Новосибирскому региону преимущественно наблюдаются глаукомные пациенты старше 60 лет. Тенденции «омоложения» заболевания пока не наблюдается.

Общее количество оперативных вмешательств, проведенных по поводу глаукомы в 2003 г., составило по г. Новосибирску – 1108, а по НСО – 462 случая, и в большинстве случаев они выполнялись на базе НФ ГУ МНТК «МГ».

Подводя итог, можно выделить определенную схожесть в результатах диагностики и диспансеризации больных глаукомой, как по г. Новосибирску, так и по Новосибирской области:

1. Приблизительно одинаковое количество пациентов в абсолютном отношении. Однако уровень распространенности глаукомы среди областного населения выше более чем на 25% в сравнении с городскими жителями.

2. Среди диспансерных пациентов Новосибирского региона наиболее распространенной формой заболевания явилась первичная открытоугольная глаукома.

3. В обоих территориальных субъектах распространенность глаукомы среди женщин выше в сравнении с мужчинами, особенно в областном центре.

4. Наблюдается устойчивое преобладание лиц старше 60 лет при отсутствии тенденции увеличения количества лиц моложе 40 лет.

Разница заключается в выявлении большего количества слепых на 1 или оба глаза по НСО в сравнении с городом, а также наличием большего количества случаев вторичных глауком среди областных пациентов.

Как по г. Новосибирску, так и по НСО глаукома занимает 1 место в качестве основной причины, приводящей к слепоте и слабовидению среди диспансерных пациентов. За 2002–2003 гг. среди вторичных инвалидов по зрению она занимала второе место.

**Зубарева Л.Н., Овчинникова А.В.,
Хаджаев Н.С., Узунян Д.Г., Белоусова С.Н.**

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БИОМИКРОСКОПИИ ГЛАЗА В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АНТИГЛАУКОМАТОЗНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Определены акустические критерии фибропластического процесса в зоне хирургического вмешательства у больных после антиглаукоматозных операций. Создана система корректирующих мероприятий, позволяющая судить о прогнозе, стабильности гипотензивного эффекта и выборе тактики дальнейшего ведения больных.

Ультразвуковая биомикроскопия (УБМ) – метод, предложенный Charles Pavlin в 1990 году, позволяет провести прижизненный осмотр всех структур переднего сегмента глазного яблока. Внедрение данной методики в офтальмологическую практику позволило пересмотреть взгляды на многие проблемы.

Одним из заболеваний, при котором определяющим фактором развития выступает структурная патология и нарушение анатомического взаимоотношения внутриглазных тканей, является глаукома. Однако до настоящего времени использование УБМ при данной патологии ограничивается проблемами уточнения диагноза, выбором способа хирургического вмешательства и оценкой результатов проведенного лечения.

На наш взгляд неиспользованный потенциал УБМ включает расширение использования метода в нестандартных и осложненных ситуациях. В доступной нам литературе практически не затронут один из наиболее дискуссионных вопросов, по сей день сохраняющий свою клиническую актуальность, – применение УБМ для локализации и определения активности фибропластического процесса в зоне антиглаукоматозной операции (АГО), а также выбор дальнейшей тактики ведения больного в зависимости от информации, предоставленной УБМ.

УБМ позволяет прижизненно оценить состояние хирургически сформированных путей оттока на всем их протяжении (Pavlin CJ, Narasiewicz K, Foster FS, 1992). Однако сложность клинической интерпретации полученных данных связана с отсутствием акустических критериев стадии фиброзообразования.

Цель исследования

В связи с изложенным, целью настоящего исследования явилось определение акустических критериев активности фибропластического процесса и создание системы корректирующих мероприятий у больных, в послеоперационном периоде АГО на основе информации, предоставленной сканограммами УБМ.

Материал и методы

Для проведения исследования нами был использован прибор Humphrey Ultrasound Biomicroscope Model 840 с датчиком 50 МГц. После предварительной поверхностной анестезии в конъюнктивальную полость помещали ванночку с иммерсионной средой, в которой находился ультразвуковой зонд. Сканирование проводили в двумерном пространстве. Изображение транслировалось на экран прибора с одномоментной регистрацией для последующего анализа. Полученные данные сопоставляли с клинической ситуацией.

УБМ выполняли в раннем послеоперационном периоде АГО и, при возникновении гипертензии, в любые сроки после хирургического вмешательства, повторяя исследование в динамике. Интервалы между проведением контрольных УБМ определяли в соответствии с клинической необходимостью. Сравнение сканограмм, полученных в динамике, с исходными послеоперационными сканограммами и анализ полученных данных предоставляли объективную информацию о течении пролиферативного процесса и эффективности проводимого лечения.

При оценке хирургически сформированных путей оттока определяли функциональный объем полости (ФОП) субконъюнктивальной и субсклеральной зоны операции, а также акустическую плотность содержимого (АПС) полости. Помимо того исследовали характер структуры сканограммы в зоне ранее проведенной операции, оценивая ее контрастность, степень гомогенности и особенности контура интерфейса.

Результаты и их обсуждение

При нормализованном внутриглазном давлении (ВГД) сканограммы УБМ после АГО фильтрующего типа демонстрировали наличие фильтрационной подушки (ФП), характеризующейся низкой или средней АПС (20-40 ДБ) с отсутствием тенденции к ее возрастанию. Объем, занимаемый содержимым, оставался стабильным. ФП часто включала небольшое, заполненное влагой пространство, определяющее ФОП субконъюнктивальной зоны. Субсклеральная полость была либо лишена содержимого, либо имела включения низкой или средней акустической плотности, без тенденции к увеличению объема, занимаемого включениями. Контур интерфейса обладал четкими границами. Ясно просматривалась открытая внутренняя фистула.

Нижеперечисленные варианты состояния хирургически сформированных путей оттока включили акустические факторы риска нарушения послеоперационной гидродинамики и явились показанием к принятию экстренных мер для сохранения или восстановления нормотонии. При выработке показаний к лечению руководствовались следующими данными:

1. Умеренная гетерогенность структуры, размытость контура интерфейса, уменьшение ФОП субконъюнктивальной зоны на фоне низких (20-40 ДБ) значений АПС, но с возможным незначительным их нарастанием свидетельствовали о развитии фибропластического процесса с тенденцией к прогрессированию. Подобное сочетание акустических признаков было патогномоничным для ранних сроков послеоперационного периода и служило показанием к проведению курса антипролиферативной терапии, независимо от значений ВГД, и продолжению противовоспалительного лечения.

Положительная динамика на фоне проводимой терапии проявлялась на сканограммах в постепенном, в течение 1-2 месяцев, нарастании АПС до 50 ДБ и более на фоне стабилизации ФОП субконъюнктивальной зоны. Одновременно выявлялось повышение гетерогенности структуры и контрастности сканограммы и приобретение интерфейсом четкого контура. Подобная УБМ-картина указывала на тенденцию к купированию фибропластического процесса. С целью рассасывания свежих акустических включений и увеличения ФОП к проводимому лечению добавляли рассасывающую терапию. При наличии гипертензии дополнительно-

но назначали гипотензивные инстилляции, а при отсутствии нормализации ВГД пытались восстановить субконъюнктивальную зону фильтрации посредством инъекционной реконструкции ФП. Процедура заключалась во введении под конъюнктиву в зоне операции растворов лекарственных препаратов (Зубарева Л.Н., Овчинникова А.В., Коробкова Г.В, 2002).

Отсутствие ответа на проведенные мероприятия выражалось на сканограммах в появлении разброса значений АПС, сохранении интерфейсом размытого контура и прогрессирующем снижении ФОП субконъюнктивальной и, в ряде случаев, субсклеральной зон. Подобная УБМ-картина свидетельствовала о нарастании гиперпластического процесса и служила показанием к назначению дополнительных консервативных мероприятий. Проведение курса β -аппликаций, продолжение активации субконъюнктивальной зоны операции (фильтрационной подушки) и, при появлении гипертензии, подбор режима гипотензивных инстилляций обычно обеспечивали купирование фибропластического процесса и нормализацию ВГД. Стойкое сохранение гипертензии наблюдалось редко и, как правило, на фоне значений АПС, превышающих 60-70 ДБ – в этих случаях выполняли хирургическую ревизию субконъюнктивальной зоны путей оттока в области предшествующей операции. При необходимости ревизии зоны операции время ее проведения строго коррелировало со сроком купирования фибропластической реакции, установленной по данным УБМ.

2. Сканограммы, выявляющие разброс значений АПС в широких пределах (от 20 до 80 ДБ), как правило, характеризовались умеренной контрастностью и гетерогенностью структуры, «размытым» контуром интерфейса, прогрессирующим снижением ФОП субконъюнктивальной или субконъюнктивальной и субсклеральной зон. Сканограммы этого типа свидетельствовали о наличии фибропластического процесса вне стадии завершения и выявлялись в любые сроки после АГО. Аналогичное сочетание акустических признаков служило показанием к проведению комплексного лечения, включающего антипролиферативные и рассасывающие мероприятия. В случаях стойкой гипертензии дополнительно назначали гипотензивные инстилляции. При сохранении гипертензии, после проведения в течение 2-4 недель курса лечения и относительной стабилизации пролиферативного процесса по дан-

ным УБМ, выполняли хирургическую ревизию вовлеченной в процесс области. При снижении ФОП лишь субконъюнктивальной зоны проводили реконструкцию полости ФП, а при снижении ФОП субконъюнктивальной и субсклеральной зон расширяли ревизию, восстанавливая объем обеих полостей. В послеоперационном периоде при любом объеме хирургического вмешательства назначали пролонгированный курс противовоспалительных и антипролиферативных препаратов.

3. Высокие и стабильные в динамике значения АПС (более 60-70 ДБ) на фоне гомогенной структуры сканограммы УБМ или гетерогенной структуры и ее высокой контрастности, а также четкого контура интерфейса указывали на завершение фибропластического процесса. Подобное сочетание акустических характеристик свидетельствовало о наличии грубых межтканевых сращений. Данный тип сканограммы, как правило, выявлялся в отдаленные сроки послеоперационного периода. В зависимости от степени уменьшения ФОП субконъюнктивального и субсклерального пространств возрастал уровень сопротивления оттоку ВГЖ. При сохранении нормотонии, учитывая купирование процесса фиброзообразования, корректирующие мероприятия не требовались. Однако значительно чаще подобные изменения сочетались с гипертензией, обусловленной наличием сформировавшихся массивных межтканевых сращений, и являлись прямым показанием к проведению хирургического вмешательства. Объем операции зависел от распространенности изменений:

- при снижении ФОП лишь субконъюнктивальной зоны проводили восстановление полости ФП;

- при снижении ФОП субконъюнктивальной и субсклеральной зон расширяли ревизию, восстанавливая объем обеих полостей;

- при исчезновении ФОП субконъюнктивальной и субсклеральной зон, а также наличии межтканевых сращений в области внутриглазной части фистулы производили повторную АГО в другом сегменте глазного яблока. Подобные изменения на сканограммах УБМ, учитывая склонность больного к избыточному рубцеванию, служили показанием к интраоперационному применению антиметаболитов (обычно использовали аппликации цитостатика митомицина С), независимо от объема хирургического вмешательства.

4. Патологические изменения внутренней области фистулы проявлялись сближением краев склерального разреза и, при достижении определенной критической величины, отток ВГЖ становился невозможным. Изолированное формирование межтканевых сращений в зоне внутриглазной части фистулы встречалось редко и всегда сопровождалось гипертензией. В этих единичных случаях мы придерживались тактики, определяемой плотностью межтканевых сращений, – при значении АПС от 20 до 60 ДБ проводили лазерную гониопунктуру в зоне предшествующей операции с последующим курсом антипролиферативной терапии; при значениях АПС, превышающих 60 ДБ – выполняли повторную операцию в другом сегменте глазного яблока. При грубых анатомических изменениях, многократных АГО в анамнезе и отсутствии значимых функций глаза ограничивались циклодеструктивными вмешательствами.

Необходимо отметить, что УБМ способна оказать неоценимую помощь, предоставив объективные сведения о состоянии недоступных прямому осмотру структур глаза в зоне предшествующей АГО. Патологические изменения на сканограммах УБМ высоко коррелируют с определенными клиническими ситуациями. Предложенная классификация сканограмм позволяет стандартизировать дальнейшую тактику ведения больного в зависимости от характера обнаруженных изменений. При этом несомненный интерес представляет клиническая значимость изученных акустических признаков. ФОП определяет возможность оттока внутриглазной жидкости в наружной зоне хирургически сформированных путей оттока. АПС, особенности контура интерфейса и характер структуры сканограммы, а также их соотношение свидетельствуют об активности процесса фиброобразования и, соответственно, прогноз стабильности достигнутого гипотензивного эффекта. Повторение исследования в динамике и сопоставление полученных данных с клинической картиной позволяет не только установить стадию фибропластического процесса, но и выбрать оптимальную тактику ведения больного.

Использование разработанной методики обеспечило прижизненное неинвазивное получение достоверной информации о состоянии всей зоны ранее проведенного хирургического вмешательства, выявление точной локализации гидродинамического блока и стадии фиброп-

ластического процесса. Предложенный способ позволяет своевременно прервать патогенетическую цепь развития гипертензии на самых ранних этапах ее появления, дает возможность избежать повторного хирургического вмешательства у ряда больных, обеспечивает минимальную травматичность корректирующих мероприятий. Считаем обоснованным и целесообразным продолжение исследований в этом направлении.

Изевлина Н.Л., Шевченко М.В.

СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМой

Выявлены психологические особенности личностей больных первичной открытоугольной глаукомой. Отмечен тревожный тип отношения к болезни, неадекватная оценка, высокий уровень притязаний. Разработана программа психологической помощи больным глаукомой.

Наличие психологических особенностей и расстройств у больных первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) и их отрицательное влияние на течение заболевания не вызывают сомнений, на это указывают офтальмологи Т.И. Ерошевский, 1981, А.А. Зайцев, 1981, Т.И. Козина, 2002, А.А. Соколов, 2002 и др. В последние годы отмечается рост заболеваемости глаукомой во всех странах мира. По данным мировой статистики около 2% населения старше 40 лет болеют этим заболеванием. Поэтому комплексный медицинский подход в лечении больных ПОУГ является проблемой, для решения которой необходимо участие не только офтальмолога, но и медицинского психолога. Его участие в лечебном процессе позволяет выявить «мишени» психокоррекционного воздействия для разработки системы психокоррекционных влияний с целью повышения качества и продолжительности жизни больных ПОУГ. Актуальность разработки комплексного подхода к оказанию медицинской помощи таким больным увеличивается с ростом распространенности данного заболевания. К моменту начала работы с больными ПОУГ в составе Самарского областного глаукомного центра психологами СКОБ им. Т.И. Ерошевского уже был накоплен некоторый опыт работы с офтальмологическими пациентами. За 6 лет работы в нашей клинике психолого-психотерапевтичес-