

УДК: 617.7-007.681:616-085/.089

## СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ТЕРАПИИ ГЛАУКОМЫ

Служко Елена Леоновна  
ГУЗ АМОКБ № 1, г. Астрахань  
[vabank-2@mail.ru](mailto:vabank-2@mail.ru)

*Ключевые слова:* Организационно – методическая работа в России по выявлению и лечению больных глаукомой; Медикаментозная терапия глаукомы; Лазерная терапия и хирургия глаукомы; Сравнительная характеристика медикаментозной и лазерной терапии глаукомы; Хирургия глаукомы; Биоэтика во взаимоотношениях с больными глаукомой.

*В связи с низкой информированностью больных глаукомой о сущности заболевания и методах индивидуальной профилактики, а также в связи с ростом уровня заболеваемости населения глаукомой, с учетом биоритмов (изменения времени суток) и температурного режима и положения тела в пространстве, т.е. взаимосвязи среды обитания и труда, возникла необходимость совершенствования существующих медицинских технологий противоглаукомной работы, а также разработки и внедрения новых методов лечения и индивидуальной профилактики.*

## MODERN DIRECTIONS OF THERAPY OF THE GLAUCOMA

Elena Leonovna Slu vko  
GUZ AMOKB № 1  
[vabank-2@mail.ru](mailto:vabank-2@mail.ru)

**Keywords:** Organizational – methodical work in Russia on revealing and leche-niju sick of a glaucoma; Medicamentous therapy of a glaucoma; Laser therapy and glaucoma surgery; the Comparative characteristic of medicamentous and laser therapy of a glaucoma; glaucoma Surgery; Bioethics in mutual relations with sick of a glaucoma.

In connection with the subzero being informed of patients by glaucoma about essence of disease and methods of individual prophylaxis, and also in connection with the height of level of morbidity of population by glaucoma, taking into account biorhythms (changes of daypart) and temperature condition and position of body in space, i.e. intercommunications of habitat and labour, there was a necessity of perfection of existent medical technologies of antiglaucoma work, and also developments and introductions of new methods of treatment and individual prophylaxis.

В связи с низкой информированностью больных глаукомой о сущности заболевания и методах индивидуальной профилактики, а также в связи с ростом уровня заболеваемости населения глаукомой, с учетом биоритмов (изменения времени суток) и температурного режима и положения тела в пространстве, т.е. взаимосвязи среды обитания и труда, возникла необходимость совершенствования существующих медицинских технологий противоглаукомной работы, а также разработки и внедрения новых методов лечения и индивидуальной профилактики.

В 2006 г. в г. Воронеже, изучая эту проблему, провели исследование 385 больных ПОУГ с различной стадией заболевания. Анализ анкетных данных показал, что вне зависимости от стадии болезни и длительности нахождения на диспансерном учёте менее половины опрошенных (37,8%) имеют представление о своём заболевании. О том, с какой целью закапывать глазные капли, осведомлены 68,3% лиц, а чем опасно повышение ВГД, знают только 21%. В ходе исследования важность информационной поддержки отметили 88,6% обследованных, необходимость функционирования в регионе «школы глаукомного больного» - 77,4% больных. Проведённое исследование подтверждает необходимость повышения грамотности лиц с уже установленным диагнозом глаукомы, а также групп риска в отношении глаукомы путём усиления санитарно-просветительской работы среди них и активизации деятельности «школы глаукомного больного». В Ростовской области (РО) предприняли реальные шаги в улучшении медицинской помощи больным глаукомой. Министерством здравоохранения Ростовской области утверждена «Программа по организации глаукомной помощи на территории Ростовской области». Согласно приказу № 419 от 21.10.2005г. в течение года в РО открыто 7 межотраслевых глаукомных кабинетов,

которые оснащены компьютерным периметром, щелевой лампой, электрическим офтальмоскопом и другой необходимой аппаратурой. Каждый консультативный глаукомный кабинет обслуживает население в среднем по 300 тысяч человек. Анализ работы показал, что за последние 6 месяцев обследовано в среднем 3000-3500 пациентов каждым кабинетом. Динамичный контроль данных ГК позволил своевременно выявлять заболевание, осуществлять наблюдение за пациентами, назначать необходимую терапию. Утверждён стандарт системы реабилитации больных, начиная с медикаментозной терапии, лазерного воздействия и микрохирургии по показаниям [13].

Профессор В.В.Волков, рассматривая пути борьбы со слепотой от глаукомы в свете современных знаний, определяет значимость различных проявлений глаукомы в эффективности её раннего выявления и в процессе контроля за результатами лечения. Он считает, что главным критерием стадии болезни и темпов её прогрессирования следует считать показатели центральной статической периметрии, а в выборе способов лечения учитывать все факторы риска, а не только офтальмогипертензию.

В настоящее время имеется широкий выбор медикаментозных гипотензивных средств местного применения для нормализации офтальмотонуса. Наряду с уже известными препаратами появились ряд новых. Это траватан – прорыв в лечении глаукомы. Траватан понижает ВГД более чем на 30%, стабильно контролирует достигнутый уровень ВГД в течение суток и более. Имеются сообщения об эффективности ксалатана в лечении повышенного ВГД. Пациенты остаются на терапии ксалатаном дольше, чем при лечении другими препаратами. А введение в офтальмологическую практику гипотензивных препаратов проксодолол и проксофелин расширило возможности местной гипотензивной терапии глаукомы [6, 7, 8, 13].

Имеются сообщения о сравнительной характеристике различных методов лечения глаукомы. Например, сравнение ксалатана и лазерной трабекулопластики для контроля ВГД при открытоугольной глаукоме. Интересны выводы, к которым пришли в результате этого сравнения: 1. инстиляции ксалатана позволяют получить длительный и стойкий гипотензивный эффект у пациентов с впервые выявленной глаукомой; 2. хорошая переносимость ксалатана и его эффективность при назначении пациентам с впервые выявленной глаукомой подтверждает его значимость как препарата первого выбора при первичной глаукоме; 3. степень выраженности гипотензивного эффекта ксалатана сопоставима с эффектом стандартной лазерной трабекулопластики не менее чем в 180 градусном секторе [12].

Кроме стандартной лазерной трабекулопластики в лечении глаукомы применяются селективная лазерная трабекулопластика, используются диодный лазер и ИАГ-лазер с удвоением частоты излучения в лечении первичной открытоугольной глаукомы, используются комбинированные методы лазерного лечения смешанной (узкоугольной) глаукомы [11]. Появляются сообщения об эффективности лазерной иридэктомии при различных формах закрытоугольной глаукомы. Однако Ерескин Н. Н., Магарамов Д. А., Попов А. Б. в своих публикациях и докладах подчёркивают, что лазерное лечение является этапом в лечении глаукомы [9].

Много интересных методик в хирургии глаукомы. Имеются публикации об использовании углеродного имплантата в хирургическом лечении первичной некомпенсированной глаукомы, о транстилиарном дренировании задней камеры с колагенопластикой в хирургическом лечении вторичной глаукомы, сапфировом эксплантодренаже в хирургии рефрактерных форм глаукомы. Мне показалась интересной клапанная система Ахмед в хирургии осложнённой глаукомы. Однако все используемые дренажи нуждаются в промывании не реже, чем 1 раз в месяц. Кроме этого, дренажи нередко вызывают пролежни склеры вплоть до перфорации склеры. А показавшаяся мне интересной система Ахмед имеет ещё один нюанс: в связи с тем, что сама система довольно крупных размеров, её возможно применять пациентам с широкой глазной щелью и крупным глазным яблоком [4]. Хочется отметить, что из массы имеющихся разработок хирургических вмешательств по поводу глаукомы в МНТК имени академика С.Н. Фёдорова отдаётся предпочтение неперфорирующей глубокой склерэктомии при впервые выявленной открытоугольной глаукоме 1А стадии и в меньшей степени склероангулореконструкция, применяемая при всех открытоугольных глаукомах, при вторичной закрытоугольной глаукоме [2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 13].

Интересна разработанная в Тамбовском филиале МНТК методика интраканальной трабекулоэктомии в системе хирургического лечения первичной открытоугольной глаукомы [1].

Однако, по мнению профессора М. И. Алешаева, наиболее долговременная и устойчивая нормализация ВГД при первичной глаукоме наблюдается после фистулизирующих операций. Но фистулизирующие операции сопровождаются рядом осложнений, наиболее частым из которых является отслойка сосудистой оболочки – от 9 до 30% [12]. В связи с этим в г. Пенза предложена методика тампонады операционного разреза вискоэластиком, который вводится в количестве 0,1мл в переднюю камеру до иссечения трабекулы [1].

Рассматривая возможные варианты профилактики и реабилитации больных глаукомой очевидно следует неукоснительно соблюдать принципы биомедицинской этики.

Одним из старейших принципов в медицинской этике является принцип «не навреди». Этот принцип является наиболее важным в деятельности врача. «Вредом» применительно к сфере биомедицины можно считать:

- неоказание помощи тому, кто в ней нуждается;
- вред, вызванный небрежностью либо злым умыслом, например с корыстной целью;

- вред, вызванный неверными, необдуманными или неквалифицированными действиями;
- вред, вызванный объективно необходимыми в данной ситуации действиями.

Нарушение этого принципа биоэтики во взаимоотношениях с пациентами, страдающих глаукомой, может привести к необратимой слепоте и потере глаза. Исключением в этом смысле можно считать вред, вызванный объективно необходимыми в данной ситуации действиями (например, производство энуклеации при терминальной болящей глаукоме).

2. Следующий принцип «делай благо» является расширением и продолжением предыдущего, акцентирует необходимость не просто избегания вреда, но активных действий по его предотвращению и (или) исправлению. Применительно к глаукоме соблюдение этого принципа состоит в том, что заболевание не только выявляется, но и назначается соответствующая гипотензивная и поддерживающая терапия.

3. Принцип уважения автономии пациента. Этот принцип становится одним из основополагающих в последние десятилетия. Например, предлагая больному глаукомой хирургическое лечение при неэффективности местной гипотензивной терапии, невозможно предпринять какие-либо действия без его согласия.

4. Принцип справедливости (обоснованности) в биоэтике понимается так: каждый должен получать то, что ему причитается. То есть любая гипотензивная терапия глаукомы должна быть обоснована местным и общим состоянием пациента [3].

Итак, мы рассмотрели в общих чертах актуальные вопросы глаукомы, возможные варианты профилактики глаукомы и реабилитации больных глаукомой. Учитывая распространённость и серьёзность заболевания заниматься этой проблемой можно много и долго

### Литература

1. Арутюнян И.А. Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук 2007г. Москва ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» 22с
2. Багров С.Н., Могилевцев В.В., Перова Н.В., Маклакова И.А. Экспериментальное обоснование применения сополимера коллагена в хирургическом лечении глаукомы. // ОФТАЛЬМОХИРУРГИЯ, 2001, №3 с24-29.
3. Бахмин В.И., Бергер Я.М., Гениева Е.Ю., Дилигенский Г.Г., Шадриков В.Д. Введение в биоэтику Учебное пособие по гуманитарным и социальным дисциплинам для высшей школы и средних специальных учебных заведений Москва Прогресс-традиция 1998г.
4. Джеройд Туохи Новый способ лечения глаукомы путём трансплантации в глаз стромальных клеток костного мозга // Реферативно-информационный журнал «Новое в офтальмологии» №2 2007г. с. 53-54 журнал Евротаймз
5. Кански Джек Дж Клиническая офтальмология. Систематизированный подход. Москва издательство «Логосфера» 2006г. 733с.
6. Клиническая и экспериментальная офтальмология Международный научный журнал Объединённый журнал немецких офтальмологов Архив электронная версия. 2002-2007гг.
7. Научно-клинический журнал «ГЛАУКОМА» по 2008г.
8. Нестеров А.П. Первичная глаукома Москва издательство «Медгиз» 1982г. 287с.
9. Сборник научных статей «Актуальные проблемы хирургического лечения глаукомы» под редакцией профессора С.Н.Фёдорова Москва МНТК Микрохирургия глаза 1989г. 190с.
10. Офтальмология. Международный научный журнал. Официальный журнал японского офтальмологического общества. Архив, электронная версия. 2004-2007гг.
11. Сборник научных трудов Редкол К.В. Трутнева, А.В. Супрун, Л.П. Козлова, С.М. Фёдорова, С.Г. Пучков 1984г. Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца 95с
12. Семёнов А.Д., Егорова Э.В., Файзиева У.С. Лазерное лечение глаукомы в Узбекистане ОФТАЛЬМОХИРУРГИЯ, 2003, №2 с.20-24
13. Юбилейная научно-практическая конференция Фёдоровские чтения-2007 Сборник тезисов под редакцией Х.П. Тахчиди Москва 14-15 июня 2007г. ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. Акад. С.Н. Фёдорова» 394с с90-120