

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЛАУКОМУ

М.О. Чумак, В.А. Іванова

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

Проведено дослідження зорових функцій у хворих на глаукому. Обґрунтовані показання до хірургічного лікування. Запроваджені практичні рекомендації, що впроваджені у медичну практику.

ВСТУП. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Термін «глаукома» об'єднує велику групу захворювань, яка характеризується постійним чи періодичним підвищенням внутрішньоочного тиску (ВОТ) з подальшим розвитком дефектів поля зору, зниженням зору і атрофією зорового нерва. Це захворювання займає одне із перших місць серед причин невиліковної сліпоти і має важливе соціальне значення.

Глаукома – це поліетіологічне захворювання, в патогенезі розвитку якого розрізняють два основних механізми: порушення гідродинаміки і обмінних процесів. Порушення обмінного характеру мають первинний або вторинний характер. Первинні метаболічні зміни, як правило, не залежать від рівня офтальмотонусу – вони постійні, властиві даному хворому відповідно до його віку, характеру обміну, супутніх захворювань, спадковості [1, 3, 8, 9].

Вторинні зміни розвиваються в результаті прямої дії підвищеного ВОТ на внутрішні структури і гемоциркуляцію ока, спричиняють ішемію і гіпоксію, дистрофічні зміни у дренажній системі, сітківці і зоровому нерві, що закономірно призводить до зниження зорових функцій, звуження поля зору, порушення темної адаптації, контрастної чутливості та підвищеної осліпленості [2, 4, 7].

Лікування хворих на первинну відкритокутову глаукому, не зважаючи на значні успіхи сучасної офтальмології, все ще становить значні труднощі. Загальновизнаним сьогодні вважається, що комплекс лікування при глаукомі повинен включати декілька етапів:

- 1) нормалізацію ВОТ;
- 2) підвищення кровонаповнення внутрішніх оболонок очного яблука та зорового нерва, стимуляцію обмінних і трофічних процесів та
- 3) поліпшення чутливості і провідності зорового аналізатора [5, 6, 10].

Мета роботи - вивчення ефективності хірургічного лікування у хворих з первинною відкритокутовою глаукомою залежно від стадії та клінічного типу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Представлено аналіз лікування 200 хворих на відкритокутову форму глаукоми, 348 очей. Основну групу становили 70 хворих (70 очей), яким проводилося лікування за запропонованими диференційованими схемами. Як групу контролю було взято 130 хворих, яким проводився загальновизнаний комплекс лікування, що включав в себе нормалізацію офтальмотонусу за допомогою інстиляцій гіпотензивних препаратів та проведення загальноприйнятого курсу дедистрофічної терапії, що поєднувала в собі полівітаміни, антисклеротичні препарати, тканинні препарати, препарати, що сприяють покращенню окиснювально-відновних процесів, антиоксидантні препарати та судинорозширювальні

препарати.

Розподіл досліджуваних очей за стадіями захворювання мав такий вигляд: початкова стадія діагностована на 82 очах (23,6%), розвинена – на 174 (50,0%), майже термінальна – на 62 (17,8%), термінальна – на 30 (8,6%) очах.

Як в основній, так і в контрольній групі вік хворих коливався від 45 до 86 років.

За вихідним станом гостроти зору, поля зору та іншими зоровими функціями основна і контрольна групи були порівнянні. Ефективність лікування в обох групах оцінювалася за станом гідродинаміки ока і зоровими функціями.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для вирішення поставленого в нашій роботі завдання був проведений аналіз 200 історій хвороб хворих на глаукому, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні мікрохірургії ока Сумської міської клінічної лікарні №5.

У результаті аналізу було встановлено, що глаукома спостерігалася у 114 чоловіків (57 %) і 86 жінок (43%). Вік пацієнтів коливався від 46 до 86 років. ВОТ в основній і контрольній групах знаходився в межах від 27 до 41 мм рт. ст. за Маклаковим.

У більшості випадків спостерігалася відкритокутова форма глаукоми – у 181 хворого (90,5%), закритокутова – у 6 (3%), змішана – у 6 (0,5%), гострий напад глаукоми – у 6 (3%) та вторинна неоваскулярна глаукома – у 6 пацієнтів (3%).

Глаукома поєднувалася із супутньою офтальмологічною патологією – віковою катарактою, афакією (артифакією), тромбозом центральної вени сітківки та ін.

Серед супутніх нефтальмологічних захворювань глаукома найчастіше спостерігалася у пацієнтів із захворюваннями серця і судин (87%), цукровим діабетом II типу – у 5,5% та ін.

Основною метою лікування хворих обох груп було максимальне збереження зорових функцій. При цьому побічна дія методу лікування повинна бути мінімальною або зовсім відсутньою, а саме лікування економічно доступним.

Усім хворим було проведено загальноприйняте офтальмологічне обстеження, що передбачало в себе визначення гостроти зору, біомікроскопію, гоніоскопію, офтальмоскопію, периметрію, тонографічні і тонометричні дослідження.

У контрольній групі емпірично призначалися β-адреноблокатори (0,5 % розчин тимололу) і холінолітики (1 % розчин пілокарпіну). При призначенні пілокарпіну через 10-15 хвилин виникав міоз, ВОТ знижувався на 4-8 мм рт. ст. на 2-8 годин залежно від форми глаукоми. Призначення тимололу (та його аналогів 0,25-0,5 % арутимолу) супроводжувалося зниженням ВОТ через 20 хвилин після інстиляції, досягало максимуму через 1-2 години і тривало близько 24 годин. При проведенні консервативної гіпотензивної терапії у деяких хворих використовувався інгібітор карбангідрази топічної дії – азокт, що знижував ВОТ через 2 години після інстиляції на 17-21,5% і на 16-19% за решту часу. Також використовувалися препарати із групи аналогів простагландинів, а саме траватан; зниження ВОТ у даному випадку досягалося шляхом покращання відтоку внутрішньоочної рідини, гіпотензивна дія препарату виникала через 2 години після інстиляції, максимальний гіпотензивний ефект – через 12 годин, що тривав протягом 24 годин. Медикаментозна корекція офтальмотонусу проводилася у 130 пацієнтів (65 %) від загальної кількості хворих на глаукому. При контролі нормалізація ВОТ в даній групі становила

19,7 ± 1,46 мм рт. ст., $p < 0,01$.

Основна група становила 70 хворих (70 очей), яким було показане оперативне лікування. Питання хірургічного лікування вирішувалося залежно від форми глаукоми, стану кута передньої камери, поля зору і загального статусу хворого. Початкова стадія діагностована на 2 очах (2,85 %), розвинена – на 24 (34,28 %), майже термінальна – на 34 (48,57 %), термінальна – на 10 (14,28 %).

У 100 % хворих в результаті проведеного хірургічного лікування (синустрабекулектомії з базальною іридектомією та іридоциклоретракцією) вдалося нормалізувати ВОТ до показників норми (18,9 ± 0,07 мм рт. ст.). У 38 хворих відмічалось поліпшення гостроти зору. Гострота зору на початковій стадії підвищилася з 0,72 ± 0,05 до 0,84 ± 0,04, на другій – з 0,61 ± 0,07 до 0,72 ± 0,03 та з 0,27 ± 0,02 до 0,41 ± 0,03 на третій стадії. Значно розширювалося поле зору у пацієнтів з розвинутою і майже термінальною стадією глаукоми. Очі з термінальною (четвертою) стадією глаукоми при статичній обробці не враховувалися, оскільки неможливо було достовірно оцінити зміни функціональних показників.

У пізньому операційному періоді у 2 хворих, яким було проведено оперативне лікування, антиглаукоматозна операція сприяла дозріванню катаракти, однак на рівень офтальмотонусу ці зміни не впливали.

ВИСНОВОК

Глаукома являє собою хронічне прогресуюче захворювання, результатом якого є ураження зорового нерва, що призводить до прогресивного зниження зорових функцій та незворотної сліпоті. Лікування глаукоми є актуальною проблемою, оскільки консервативна терапія, незважаючи на сучасний арсенал місцевих гіпотензивних засобів, не завжди є ефективною.

Одержані дані свідчать про те, що диференційований підхід до вибору методу лікування при глаукомі дозволяє досягти більш стійкої компенсації офтальмотонусу та нормалізації гідродинамічних показників, що забезпечує збереження зорових функцій; це особливо важливо у тих випадках, коли хворому за тих чи інших причин не можуть бути призначені препарати для проведення консервативної терапії.

SUMMARY

THE APPRAISAL OF THE SURGICAL TREATMENT EFFICIENCY IN THE DECEASED FOR GLAUCOMA

M. Chumak, V. Ivanova

So, operative treatment in all stages of development glaucoma is effective, as it is bring to drop and normalization intraocular tension, improvement keen eyesight and secure favourable condition microcirculation blood, reduce occurrence and consequences gipoxia, improve trophy and exchange processes in the fibre eye-nerve.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алексеев В.Н., Мартынова Е.Б., Муратова Н.В., Хаева А.М. Роль нарушений центральной гемодинамики и микроциркуляции в стабилизации первичной открытоугольной глаукомы // Офтальмол. журн. – 2006. – № 3. – С. 12-13.
2. Бездітко Н.В., Бездітко П.А., Барабаш Т.І. Фармакологічні аспекти лікарської терапії хворих з первинною відкритокутовою глаукомою // Офтальмол. журн. – 2006. – № 4. – С. 43-66.
3. Безкоровайна І.М. Медикаментозні способи корекції прогресування глаукомної оптичної нейропатії // Офтальмологічний журнал – 2006. – № 4. – с. 47-49.
4. Жабоедов Г.Д., Куриліна О.І., Петренко О.В., Пархоменко О.Г. Клінічна ефективність траватану в комбінації з кузімалолом у лікуванні відкритокутової глаукоми // Клінічна формація. – 2007. – Т. 11, № 1, – с. 44-46.
5. Конах В.Н., Курилина Е.И., Пархоменко Е.Г. Ретроспективный анализ местной

- гипотензивной терапии первичной открытоугольной глаукомы // Офтальмологический журнал – 2006. – № 3. – С. 216-218.
6. Костюк Н.А. Малоинвазивные методы хирургического лечения первичной глаукомы // Офтальмологический журнал. – 2006. – № 3. – С. 221-224.
 7. Нестеров А.П. Глаукома. – М.: Медицина, 1995. – С. 76-83.
 8. Сергиенко Н.М., Кондратенко Ю.Н., Збитнева С.В. Гидродинамические и функциональные показатели после экстракции катаракты, с имплантацией ИОЛ в глазах с ранее оперированной глаукомой//Офтальмол. журн. – 2000. – № 2. – С. 61-63.
 9. Шалишинова А.М., Волков В.В. Функциональные методы исследования в офтальмологии. – М.: Медицина, 1995. – 416 с.
 10. Flammer J. Glaucom//World Wide Printing. – 2003. – 414 p.

Чумак М.О., асистент, Медичний інститут СумДУ, м. Суми;
Іванова В.А., магістрант, Медичний інститут СумДУ, м. Суми.

Надійшла до редакції 2 квітня 2008 р.