

Консервативное лечение больных с первичной глаукомой в послеоперационном периоде

М. А. Айриянц

Department of Ophthalmology, State Medical University of Yerevan "Mhitar Geratsi", Armenia
Corresponding author: gagiktorosyan@seua.am. Manuscript received September 04, 2012; revised October 15, 2012

М. А. Hayriyants

Conservative treatment of patients with a primary glaucoma in the postoperative term

Early surgical intervention is the most rational in the treatment of closed-angle glaucoma while in open-angle glaucoma the preferred treatments are more conservative methods of treatment. As is known, the anti-glaucomatous operation is considered successful if, as a result of it, not only is IOP reduced, but also the further deterioration of visual functions is prevented. Under the data of different writers, the development of disease after anti-glaucomatous operation is 4.7-5.0%. This, apparently, is explained by non-uniformity in treatment in the stages of the disease, general status of the patients, and other parameters. The main cause of the dip in visual functions is the disturbance in trophism of the optic nerve and retina and the deterioration of hemodynamics, thereby lowering redox processes in tissues of an eye. Thus, the necessity of realization of general medicinal treatment for glaucoma in the postoperative term is obvious. As a result, the analysis of features in the flow in the glaucomatous process in the postoperative term and refinement of tactics of management of the disease and also looking up the means for maintenance of visual functions remains an actual problem.

Key words: glaucoma, ophthalmotonus, open angle and closed angle, diagnostic and treatment.

Реферат

В статье представлены результаты исследований по разработке патогенетически обоснованных рекомендаций по рациональному использованию различных медикаментозных комплексов оперированным больным глаукомой и дан анализ о дифференцированном подходе к назначению консервативного медикаментозного лечения больным с глаукомой в послеоперационном периоде. Эффективным у данной группы больных (лучшие результаты получены при положительной реовазографической пробе и в начальных стадиях заболевания) оказалось применение комплекса танакана+фезам и оксибрала. Это улучшает микроциркуляцию и окислительно-восстановительные процессы во внутренних оболочках глаза, о чем свидетельствуют положительные показатели гемодинамики.

Ключевые слова: глаукома, открытоугольная и закрытоугольная, диагностика и лечение.

Введение

Традиционное определение понятия глаукомы заключается в том, что этот термин объединяет большую группу заболеваний глаза, характеризующуюся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления, из-за нарушения оттока водянистой влаги из глаза. Последствием повышения давления является развитие характерных для глаукомы нарушений зрительных функций и атрофии с экскавацией зрительного нерва [1].

К настоящему времени установлено, что открытоугольная и закрытоугольная глаукома практически неоднородны и подход к их диагностике и лечению различен. При открытоугольной глаукоме наблюдается нарушение местного кровообращения в сетчатке и зрительном нерве, что приводит к глубоким дистрофическим процессам в тканях глаза и нарушению зрительных функций. В основе закрытоугольной глаукомы лежат различные виды блоков, ведущих к повышению ВГД, так как возникает механическое препятствие оттоку внутриглазной жидкости. Раннее хирургическое вмешательство является наиболее рациональным в лечении больных закрытоугольной глаукомой, в то время как при открытоугольной глаукоме предпочтение отдается консервативным методам лечения. Как известно, антиглаукоматозная операция считается успешной, если в результате ее не только снижается ВГД, но и предотвращается дальнейшее ухудшение зрительных функций. По данным различных авторов прогрессирование заболевания после антиглаукоматозной

операции составляет 4,7-50% [2]. Такая вариабельность, по-видимому, объясняется неоднородностью обрабатываемого материала по стадиям заболевания, общему статусу пациентов и другим показателям.

Основной причиной падения зрительных функций является нарушение питания зрительного нерва и сетчатки, ухудшение гемодинамики, вследствие чего понижаются окислительно-восстановительные процессы в тканях глаза [1, 2]. Таким образом, очевидна необходимость проведения общего медикаментозного лечения больным глаукомой в пред и послеоперационном периоде. Однако, эффективность лечения таких больных до настоящего времени низка. В связи с этим, изучение особенностей течения глаукоматозного процесса в послеоперационном периоде и уточнение тактики ведения больных, а также поиски средств для поддержания зрительных функций является актуальной задачей.

Цель нашего исследования – выработка патогенетически обоснованных рекомендаций по рациональному использованию различных медикаментозных комплексов оперированным больным глаукомой.

Материал и методы

Нами проведено обследование 157 больных (187 глаз) в возрасте 45-75 лет, из них общую медикаментозную терапию, направленную на стабилизацию зрительных функций, получили 86 человек (101 глаз) с открытоугольной глаукомой.

Начальная стадия заболевания диагностирована в 25 глазах, развитая в 35, далекозашедшая – 41.

Перед антиглаукоматозной операцией больным проводилась разгрузочная глицериновая проба, которая заключалась в исследовании зрительных функций и гемодинамики до и после медикаментозной декомпрессии. Проба оценивалась по результатам реографического коэффициента (РК): при увеличении она считалась положительной, при уменьшении – отрицательной. Затем исследования повторялись через 2-4 недели после антиглаукоматозной операции.

Всем больным проведена синустрабекулэктомия. В послеоперационном периоде наблюдались гифема на 4 глазах, ЦХО – на 10. Осложнения были устранены консервативным путем. Офтальмотонус во всех глазах был нормализован и в среднем составил $17,2 \pm 0,3$ мм рт.ст.

Общая медикаментозная терапия, направленная на стабилизацию зрительных функций, проводилась через 4-6 недель после антиглаукоматозной операции в течение 1 месяца. В зависимости от получаемого лечения больные были подразделены на 3 группы:

I гр. – 39 человек (46 глаз) получали медикаментозные комплексы, учитывающие состояние системного артериального давления [3];

II гр. – 35 больных (41 глаз) принимали танакан 0,04 3 x 1р, фезам (0,4 пираретам 0,02, цинаризин);

III гр. – 12 больных (14 глаз), принимали оксибрал 0,03 x 2р.

Контрольную группу составляли 71 больной (86 глаз), которым по тем или иным причинам не была проведена медикаментозная терапия в течение 1-3 лет после антиглаукоматозной операции.

Полученные результаты

В I-ой группе у лиц с положительной РОГ пробой (24 человек – 29 глаз) острота зрения повысилась на 0,1 – 0,3 у 2, на 0,4 и 0,7 у 10 пациентов. В основном, при начальной и развитой стадиях глаукомы, поле зрения расширилось на $45,9 \pm 3,90$ в 19 глазах. РК увеличился в 8 глазах на 40,6%; степень улучшения кровоснабжения также находилась в прямой зависимости от стадии заболевания.

У лиц с отрицательной РОГ пробой – 15 человек (17 глаз) острота зрения, в результате проведенного лечения, повысилась на 0,2–0,4 в 3 глазах. Поле зрения расширилось в 8 глазах на $53,6 \pm 13,10$ суммарно по 8 меридианам. РК повысился в 7 глазах на 31,1% от исходной величины. Ухудшение зрительных функций, независимо от проведенного лечения наблюдалось на 4 глазах с далеко зашедшей глаукомой – поле зрения сузилось на 29-1060 (в среднем на $48,2 \pm 21,50$) у них же РК снизился на 38,2%.

Продолжительность терапевтического эффекта составила 3-4 месяца, в ряде случаев у лиц с положительной РОГ пробой – 7 месяцев и даже более года. При динамическом наблюдении до 2 лет у больных с положительной РОГ пробой зрительные функции ухудшились в 14% глаз, у больных с отрицательной РОГ пробой – в 2 раза чаще (29%).

Во второй группе больных после курсового лечения танакан+фезам у лиц с положительной РОГ пробой (21 человек – 24 глаза) – острота зрения повысилась на 0,2-0,3 в 6 глазах, понижение остроты зрения наблюдалось в 3 глазах, и было связано с прогрессированием катаракты. Границы поля зрения изменялись в обе стороны с равной частотой – в 7 глазах в пределах 34 суммарных градусов. Гемодинамика глаз претерпела следующие изменения – РК повысился в 13 глазах на 133,4%, понижение его было отмечено в 11 глазах на 44,3%.

При отрицательной РОГ пробе – 14 человек (17 глаз) – острота зрения повысилась на 0,1-0,2 в 6 глазах. Поле зрения расширилось на $31,2 \pm 4,90$ в 6 глазах, сузилось в 8 глазах на $43,4 \pm 5,20$. Гемодинамика глаз улучшилась в тех же глазах на 105,5%, снизилась на 56,3% в 10 глазах.

В сроки наблюдения до 1 года у больных, получавших танакан+фезам, сужение поля зрения отмечено в 16,6% глаз с положительной РОГ пробой и в 23,5% глаз с отрицательной РОГ пробой.

Как видно, у больных II группы, в результате проведенного лечения, заметно улучшается гемодинамика глаз как при положительной РОГ пробе, так и при отрицательном ее результате. В тоже время, применение медикаментозных комплексов у больных с положительной РОГ пробой приводит к повышению зрительных функций при нерезко выраженном улучшении гемодинамики. Сравнительный анализ эффективности лечения медикаментозными комплексами танакан+фезам одних и тех же лиц (31 человек), но в разные сроки послеоперационного периода, подтвердил представление о более выраженном влиянии последнего комплекса на состояние гемодинамики глаз и менее выраженном на характер и степень изменения зрительных функций. По сравнению с состоянием этих показателей после лечения медикаментозными комплексами.

Анализ результатов лечения больных III группы, в которую вошли лица с отрицательной РОГ пробой, показал повышение остроты зрения на 0,1–0,2 у 3 человек, расширение поля зрения на $33,2 \pm 4,80$ у 7 человек. Сужение поля зрения на 390% наблюдалось в одном глазу с далеко зашедшей стадией процесса. Реографические исследования показали повышение РК в тех же глазах на 141% от исходной величины, сниженной на 47,2% в 8 глазах.

В период наблюдения до 6 месяцев отрицательная динамика в состоянии зрительных функций у больных не отмечена.

В контрольной группе, больные, не получавшие лечения в послеоперационном периоде, наблюдалось прогрессирование глаукоматозного процесса в 52% глаз. В тоже время, как показал проведенный анализ, отрицательная динамика заболевания среди леченых больных наблюдалась почти в 2 раза реже (27%) при положительной РОГ пробе – 22,6%, при отрицательной – 38, 3%, т.е. медикаментозное лечение способствует стабилизации глаукоматозного процесса у 73% оперированных больных.

Таким образом, при анализе результатов лечения

больных первичной глаукомой в послеоперационном периоде, в зависимости от состояния реактивности внутриглазных сосудов, как и следовало ожидать, лучшие результаты получены при положительной РОГ пробе и начальных стадиях глаукоматозного процесса, что свидетельствует о сохранности реактивности внутриглазных сосудов. При отрицательной РОГ пробе и далекозашедшей стадии глаукомы результаты лечения более скромные.

Мы полагаем, в этих случаях имеются глубокие изменения в тканях глаза и низкая способность адаптационных механизмов. Более эффективным, у данных больных, оказалось применение комплекса танакана+фезам и оксибрала, значительно улучшающее микроциркуляцию и окислительно-восстановительные процессы во внутренних оболочках глаза, о чем свидетельствуют показатели гемодинамики.

Заключение

Все вышеизложенное говорит о необходимости дифференцированного подхода к назначению медикаментозного лечения больным глаукомой в послеоперационном периоде, а также использование комплекса медикаментозных средств, направленных на улучшение микроциркуляции и окислительно-восстановительных процессов в тканях глаза.

Литература

1. Оганесян АА. Роль реактивности внутриглазных сосудов в лечении больных первичной глаукомой: Докт. дис. Ереван, 1996.
2. Даниличев ВФ. Современная офтальмология. Санкт-Петербург, 2000.
3. Congdon NG, Friedman DS. Angle-closure glaucoma: impact, etiology, diagnosis, and treatment. *Curr Opin Ophthalmolog.* 2003;14(2).

