

ОСНОВЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Д.Б. САБИРОВА, Н.Н. ОЧИЛОВА, А.М. КАДИРОВА, Д.С. ЭРГАШЕВА, Р.Э. КОСИМОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ОЧИҚ БУРЧАКЛИ ГЛАУКОМАНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШНИНГ АСОСЛАРИ

Д.Б. САБИРОВА, Н.Н. ОЧИЛОВА, А.М. КАДИРОВА, Д.С. ЭРГАШЕВА, Р.Э. КОСИМОВ

Самарқанд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд

FUNDAMENTALS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

D.B. SABIROVA, N.N. OCHILOVA, A.M. KADIROVA, D.S. ERGASHEVA, R.E. QOSIMOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Биз томондан 47 беморлар кузатилди, улардан 31 аёл, 16 эркак 41 ёшдан 63 ёшгача эди. Хамма беморлар 3та гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳга 20 бемор кирди (40 куз), олдинги камера очик бурчагли (3-4 очилиш даражаси), рангдор парданинг илдизини субатрофияси, туқима структураларни деструкцияси кузатилган, кон томирларнинг тури қуринади. Иккинчи гуруҳга 16 беморлар (31 куз) кирди, олдинги камера бурчаги очиклиги (3-4 очилиш даражаси), урта экзо ва эндопигментация, трабекулада эксфолиация кузатилган. Учинчи гуруҳга 11 беморлар (22 куз) кирди, курик вақтида олдинги камера бурчаги очиклиги, лекин торлиги, олдинги камера бурчагини пигментацияни нотекислиги, туқималарнинг деструкцияси аниқланган. Биз томондан текширишлар натижасида шу хулосага келдикки, очик бурчакли глаукоманинг бошланғич давридаги беморга гониоскопияни хулосасига асослаб бирдан монотерапия ёки препаратларнинг комбинациясини бериш лозим ва унинг прогнозини аниқлаш мумкин.

Калит сўзлар: очик бурчакли глаукома, гониоскопия, олдинги камера бурчаги, куз ички босими.

We observed 47 patients, including 31 women, 16 men aged 41 to 63 years. All patients were subdivided into 3 groups. By 1 group includes 20 patients (40 eyes), in which the angle of the anterior chamber is open (CPC) (3-4 opening degree), expressed subatrophy iris root, destruction of fibrous structures, visible network of blood vessels. In 16 patients (31 eyes), which are assigned to the group II, revealed: UPK opened (3-4 opening degree), moderate exo and endopigmentatsiya, exfoliation in individual patients trabeculae. In the III group included 11 patients (22 eyes), who during the inspection found open but narrow beaked anterior chamber angle, uneven pigmentation patterns of the CCP, the destruction of the fibrous structures. . The results of our observations, we can conclude that on the basis of data gonioscopy patients with open-angle glaucoma in the early stages of the disease can directly designate the type of treatment alone or a combination of drugs and determine its prognosis.

Key words: open-angle glaucoma, Gonioscopy, the angle of the anterior chamber, intraocular pressure.

Актуальность. Глаукома является одной из распространенных среди глазных заболеваний и по статистике занимает одно из первых мест среди слепоты. Прогноз заболевания во многом зависит от медикаментозной терапии. Трабекулопатия имеет следующие способности: уменьшение количества и снижение функциональной активности клеток в трабекулярном фильтре; утолщение трабекулярных пластин; сужение и частичный коллапс трабекулярных щелей; деструкция волокнистых структур.

Целью нашего исследования явился оптимальный подбор медикаментозного лечения пациентов с открытоугольной глаукомой (ОУГ) в зависимости от особенностей состояния угла передней камеры.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 47 больных, из них 31-женщин, 16-мужчин в возрасте от 41 года до 63 лет. Все больные были подразделены на 3 группы. К I группе отнесены 20 больных (40 глаз), у которых угол передней камеры открыт (УПК)(3-4 степень открытия), выражена субатрофия корня радужки, деструкция волокнистых структур, видна сеть кровеносных сосудов. У 16 пациентов (31 глаз), которые отнесены ко II группе, выявлено: УПК открыт (3-4 степень открытия), умеренная экзо и эндопигментация, эксфолиация у отдельных пациентов на трабекуле. В III группу вошли 11 пациентов (22 глаза), у которых при осмотре обнаружен открытый, но узкий, клювовидный угол передней камеры, неравномерная

пигментация структур УПК, деструкция волокнистых структур.

Всем пациентам производился контроль РО (истинное ВГД) через каждые 10 дней, 1 месяц, 2 месяца с последующим повтором через каждые 3 месяца.

Результаты. В зависимости от того, к какой группе был отнесён пациент, ему назначалось соответствующее лечение. При подборе режима медикаментозной терапии пациентам I и II групп был назначен препарат ксалатан 0,005 % 1 раз в сутки в 20.00. Исходное значение РО у пациентов I и II групп выявлено в пределах 25,0-31,0 мм рт.ст. У пациентов III группы РО колебалось от 24,0 до 32,0 мм рт.ст. Через 1 месяц от начала лечения ксалатаном 0,005 % в каждой группе пациенты были подразделены ещё на 2 подгруппы по степени компенсации РО. При этом в I группе – подгруппа А, в которой у 64 % РО снизилось до 16,0-17,8 мм рт.ст. Во II группе подгруппа А составила 43,7 %. Таким образом, монотерапия ксалатаном 0,005 % оказалась эффективной. Подгруппу В (I группа-7 человек, II группа- 9 человек) составили пациенты, у которых РО снижено до 21,0-23,0 мм рт.ст, т.е. не произошла полная компенсация. Пациенты II группы (подгруппа В) были переведены на комбинированный метод лечения препаратами : ксалатан 1 раз в сутки в 20.00 и тимолол 2 раза в сутки. При обследовании пациентов подгруппы В(группа I) через 10 дней выявили полную компенсацию РО до 15,7-18,9 мм рт.ст. Дополнительное снижение ВГД составило 4,1-

4,3 мм рт.ст. при переводе с ксалатана на ксалаком. В подгруппе В II группы у всех пациентов РО снизилось на 1,5-2,3 мм рт.ст. и составила 20,5-21,5 мм рт.ст., при этом полная компенсация ВГД так и не произошла. В качестве дополнительного метода лечения, нами была избрана лазертрабекулопластика (на аппарате неодимовый лазер VISULAS 532 с длиной волны 532 нм, так как у этих пациентов имелась выраженная пигментация УПК. В течении месяца после процедуры и инстилляций ксалатана и тимолола у всех пациентов этой группы РО снизилась на 3,1-3,5 мм рт.ст. и составила 17,0-18,4 мм рт.ст.

Особый интерес представляют пациенты III группы с открытым, но клювовидным УПК. Учитывая эту особенность, первоначально пациентам был назначен препарат фотил-форте (пилокарпин 4 % + тимолол 0,5 %) по 1-2 капли 2 раза в сутки. Обследуя этих пациентов через 10 дней, 1 месяц, мы выявили, что данная терапия не дала желаемого результата. РО снизилось до 20,7-23,0 мм рт.ст. и далее не повышалось. Пациенты III группы были направлены в лазерный центр, где всем произведена лазертрабекулопластика (ЛТП) различными методами в зависимости от пигментации УПК. Эффект от лазерного лечения наблюдался только в течении первого месяца и составил снижение РО на 1,7-2,2 мм рт.ст., зачастую не достигая нормы. Через один месяц РО у этих пациентов вновь колебалось от 19,7 до 25,9 мм рт.ст., неравномерно на разных глазах у одного и того же пациента. Следующим этапом комплексной терапии являлось назначение всем пациентам III группы комбинации двух препаратов: фотил-форте 2 раза в день и ксалатана 0,005 % 1 раз в сутки. Уже через один месяц РО снизилось у всех пациентов на 4,2-5,9 мм рт.ст. и была достигнута полная компенсация ВГД. Все пациенты наблюдались нами в течении двух лет. Кроме измерения ВГД, регулярно исследовались острота зрения, поле зрения, тонографические показатели. При этом мы выявили стабильность всех показателей, РО сохранилось в пределах нормы, максимальное повышение выявлено до 20,4 мм рт.ст.

Выводы. По результатам проведенных нами наблюдений можно сделать вывод о том, что исходя из данных гониоскопии пациенту с открытоугольной глаукомой в начальной стадии заболевания можно сразу назначить тип лечения в виде монотерапии или комбинации препаратов и определить его прогноз. Если УПК открыт и слабопигментирован или не пигментирован, выражена субатрофия корня радужки, то наиболее эффективен в лечении препараты группы простогландинов. Если УПК открыт и выражена эндо- и экзопигментация, то наиболее эффективна в лечении комбинация тимолола и ксалатана. В случае когда УПК имеет клювовидный профиль эффективно лечение комбинацией двух препаратов: фотил-форте и ксалатана. При выраженной пигментации УПК в качестве дополнительного метода лечения эффективна лазерная трабекулопластика. Несомненно, ксалатан 0,005 % предпочтителен при

выборе оптимальной терапии глаукомы – как в монотерапии, так и в комбинации с другими антиглаукоматозными препаратами.

Литература:

1. Астахов С.Ю., Астахов Ю.С. Современные тенденции в хирургическом лечении глауком // Глаукома. Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Глаукома проблемы и решения».- М.-2004.- С.256-261.
2. Ботабекова Т.К. Глаукома // Алматы.- 2003.- С.121-171.
3. Еричев В.П. Ранняя диагностика глаукомы: не существует простых и надежных решений. // Глаукома. Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Глаукома проблемы и решения».- М.2004.- С.43-46.
4. Кугоева Е.Э., Подгорная Н.Н., Шерстнева Л.В. и др. Изучение гемодинамики глаза и общесоматического статуса больных с первичной открытоугольной глаукомой // Вестн. Офтальмол.- 2000.- №4.- С.26-28.
5. Курешева Н.И., Ратманова Е.В., Лебедева Л.В. и др. Псевдоэкзофиативная глаукома: особенности патогенеза и клинических проявлений. // Глаукома. Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Глаукома проблемы и решения».-М.- 2004.- С.102-105.

ОСНОВЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Д.Б. САБИРОВА, Н.Н. ОЧИЛОВА,
А.М. КАДИРОВА, Д.С. ЭРГАШЕВА,
Р.Э. КОСИМОВ

Под нашим наблюдением находилось 47 больных, из них 31-женщин, 16- мужчин в возрасте от 41 года до 63 лет. Все больные были подразделены на 3 группы. К I группе отнесены 20 больных (40 глаз), у которых угол передней камеры открыт (УПК)(3-4 степень открытия), выражена субатрофия корня радужки, деструкция волоконистых структур, видна сеть кровеносных сосудов. У 16 пациентов (31 глаз), которые отнесены ко II группе, выявлено: УПК открыт (3-4 степень открытия), умеренная экзо и эндопигментация, экзфолиация у отдельных пациентов на трабекуле. В III группу вошли 11 пациентов (22 глаза), у которых при осмотре обнаружен открытый, но узкий, клювовидный угол передней камеры, неравномерная пигментация структур УПК, деструкция волоконистых структур. По результатам проведенных нами наблюдений можно сделать вывод о том, что исходя из данных гониоскопии пациенту с открытоугольной глаукомой в начальной стадии заболевания можно сразу назначить тип лечения в виде монотерапии или комбинации препаратов и определить его прогноз.

Ключевые слова: открытоугольная глаукома, гониоскопия, угол передней камеры, внутриглазное давление.