

зарегистрировано тах. ВГД (≥ 31 мм рт. ст.), что можно расценивать, как нормальный результат, так как после проведения ЛИТ в срок до 1 недели возможно повышение ВГД. По истечению времени до 1 месяца, ВГД снизилось и достигло 21–24 мм рт. ст.

При проведении оценки распределения по стадиям ЗУГ, выяснилось, что как до, так и после проведения ЛИТ стадии не изменились: 1 ст. — 60 %, 2 ст. — 35 %, 3 ст. — 5 %. При исследовании остроты зрения выявлено повышение у 14,2 % пациентов с 0,1–0,2 до 0,3–0,4. Изменений в поле зрения не произошло.

В группе с КГ после вмешательства ВГД существенно снизилось в половине случаев и соответствовало группе А — в 39,3 %, группе В — в 57,1 % и группе С — в 3,6 %. У остальных пациентов ВГД осталось на прежнем уровне либо снизилось не значительно и не продолжительно.

Показатели остроты зрения улучшились в 39 % случаев, а у 61 % пациентов острота зрения не изменилась или повышалась периодически и незначительно. Показатели периметрии улучшились в 28,6 % случаев.

При ОУГ в I стадии P_0 составило до операции 31 мм рт. ст., через 1 неделю — 20,25 мм рт. ст., понижение зафиксировано на 34,7 % от исходного. Во II стадии P_0 26,3 мм рт. ст., через 1 неделю — 22,8 мм рт. ст., понижение на 13,3 %. В III стадии P_0 32,7 мм рт. ст., через 1 неделю —

20,4 мм рт. ст., понижение на 37,6 %. В IV стадии P_0 35 мм рт. ст., через 1 неделю — 22,2 мм рт. ст., понижение на 36,6 % от исходного. Осложнений после ЛДГП не было выявлено.

ЛДГП в раннем послеоперационном периоде приводит к усилению оттока жидкости и формированию адекватной фильтрационной подушки, что может являться фактором, замедляющим рубцовые процессы в зоне операции. При проведении ЛДГП ВГД снижается поэтапно и не приводит к опорожнению передней камеры, что предотвращает послеоперационную гипотонию, отслойку сосудистой, быстрое прогрессирование катаракты.

Выводы. При лечении пациентов с ОУГ в результате проведения ЛДГП после НГСЭ показатели ВГД снизились в среднем на 30,5 % от исходного уровня, что соответствует общестатистическому показателю.

Снижение ВГД отмечалось у большинства пациентов к концу первых суток; результат — стабилен, сохранялся на протяжении периода наблюдения у 88,1 % пациентов.

При лечении пациентов с ЗУГ достигнута высокая (до 55,0 %) медицинская результативность. При лечении пациентов с КГ улучшены показатели периметрии в 28,6 % случаев, по всем параметрам медицинская результативность составила 50,0 %. Проведение ЛИТ целесообразно, т. к. осложнения минимальные и срок реабилитации короткий.

С. А. Коротких, О. И. Борзунов

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»
Минздравоцразвития России, г. Екатеринбург*

Диабетическая ретинопатия (ДР) и первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) — заболевания, являющиеся основными причинами слепоты. С этой позиции сочетание ДР и ПОУГ представляет очень серьезный прогноз для пациента. В мире более 60 млн человек страдают глаукомой, 70 % из них имеют ПОУГ. Не менее 7 млн. пациентов с глаукомой имеют слепоту обоих глаз. Более 200 млн. человек страдают сахарным диабетом (СД) и около 25 млн потеряли зрение вследствие его осложнений.

Учитывая общность некоторых моментов патогенеза, до сих пор остается открытым вопрос

о рисках глаукоматозного поражения у пациентов с диабетом по сравнению со здоровыми людьми. В 5,9–13 % случаев СД наблюдается с ПОУГ [1].

Частота ПОУГ не зависит от тяжести заболевания СД. Ряд авторов считает, что диабет является серьезным фактором риска глаукоматозного поражения, приводятся данные, что СД достоверно коррелирует с риском развития двусторонней нормотензивной глаукомы.

У больных сахарным диабетом глаукома развивается в 4–5 раз чаще [2]. Наличие СД усложняет лечение ПОУГ по ряду причин:

Применение β-блокаторов маскирует симптомы гипогликемии;

Резкое снижение ВГД может приводить к ускорению прогрессирования ДР;

Возможное развитие или усиление макулярно-отечного отека при применении простагландинов при диабетической макулопатии.

Цель — оценить тактику ведения больных с ПОУГ на фоне сахарного диабета.

Материал и методы. Настоящая работа выполнена на базах Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн и клиники Профессорская Плюс.

Исследование включало 28 пациентов с диагнозом сахарный диабет II типа и открытоугольной глаукома II–III стадий.

Подгруппа А включала в себя 15 пациентов, которым проводилась СЛТ, симпатокоррекция № 10 и нейропротекторная терапия (Ретиналамин 5 мг парабульбарно № 10, с последующим назна-

чением препарата Трайкор (Фенофибрат) 145 мг 1 раз в день — 3 месяца.

Подгруппа В включала в себя 13 пациентов, которым проводилась СЛТ, симпатокоррекция № 10, нейропротекторная терапия (Ретиналамин 5 мг парабульбарно № 10).

Измерение внутриглазного давления проводилось по методу Маклакова с поправкой на данные пахиметрии согласно Goldmann IOP correction table. Компьютерная периметрия проводилась на аппарате HUMPHREY Carl Zeiss, по программе 30-2. За основу принимали показатель Mean Deviation (MD). Оптическую когерентную томографию на приборе SOCT Corepicus (Fundus constr. Tomogram 25).

Результаты и обсуждение. Основные офтальмологические параметры при выписке и через три месяца представлены на таблице. Наиболее существенное улучшение и стабилизация в сроке до трех месяцев достигнута в подгруппе А.

Основные офтальмологические параметры пациентов в динамике лечения

		Острота зрения	Границы поля зрения (°)	Абсолютные скотомы	MD, дБ	Соотношение ЭД
Под группа А	При выписке	0,73 ± 0,09	488,1 ± 11,3	6 ± 1,1	-8,5 ± 0,15	0,51 ± 0,27
	Через 3 месяца	0,73 ± 0,16	494,1 ± 10,2	5 ± 2,0	-6,1 ± 0,13	0,51 ± 0,20
Под группа В	При выписке	0,70 ± 0,08	480,1 ± 11,3	9 ± 1,2	-8,4 ± 0,1	0,58 ± 0,11
	Через 3 месяца	0,63 ± 0,08	468,3 ± 10,0	10 ± 1,3	-9,4 ± 0,1	0,58 ± 0,11

Выводы. Пациентам, имеющим отрицательную динамику зрительных функций необходимо прохождение курсов консервативного лечения не реже 1 раза в 9 месяцев, в случае выраженного прогрессирования глаукомной оптической нейропатии — вопрос о сроках решается индивидуально.

Эффективной терапевтической стратегией у пациентов с сочетанием ПОУГ и СД является сочетание симпатокоррекции со следующей

схемой лечения: Ретиналамин 5 мг парабульбарно № 10, Трайкор (Фенофибрат) — 145 мг 1 раз в день — 3 месяца.

Применение СЛТ наиболее эффективно, чем медикаментозная гипотензивная терапия при поступлении в стационар пациента с декомпенсированным ВГД, так как позволяет быстрее снизить офтальмотонус и приступить к нейропротекторной терапии.

Литература

1. Дююн, И. А. Об эффективности Азопта у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой и сахарным диабетом / И. А. Дююн, А. Э. Апагуни, И. А. Камфарина // РМЖ. — 2011. — № 1. — С. 68–72.
2. Алексеев, И. Б., Мошетова, Л. К., Воробьева, И. В. Медикаментозная активация увеосклерального оттока у пациентов с глаукомой, протекающей на фоне сахарного диабета [электронный ресурс]. — Режим доступа: www.glaucomajournal.ru