

ОПРЕДЕЛЕНИЕ «ГРУППЫ РИСКА» НА ЮВЕНИЛЬНУЮ ГЛАУКОМУ ИЗ ЧИСЛА БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИЕЙ

Захидов У. Б., канд. мед. наук, врач-офтальмолог¹, докторант-соискатель ТаШИУВ²;

¹ Ташкентская областная офтальмологическая больница;

² Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение

Актуальность. Методы ранней диагностики глаукомы отличаются большим разнообразием [2]. Н.В. Макашова в 2004 году сообщала о существовании более ста различных методов ранней диагностики глаукомы, но тогда же с сожалением констатировала, что ни один из них не может претендовать на абсолютную достоверность [3]. Такая ситуация сохраняется и поныне, в том числе вследствие того, что, по мнению большинства офтальмологов, существует переходный период в течение месяцев или лет, когда даже самые изощренные методы исследования не позволяют поставить точный диагноз [1]. Для выявления начальных признаков заболевания важен одномоментный анализ максимально возможного числа признаков, в той или иной степени сопутствующих глаукомному процессу [4,5].

Цель: установить наиболее значимые клинические критерии ювенильной глаукомы (ЮГ), протекающей на фоне прогрессирующей миопии (ПМ), для определения «группы риска».

Материалы и методы. Из обратившихся за офтальмологической помощью более 3000 лиц после обследований были отобраны 1015 пациентов (2004 глаз) с ПМ. Возраст составил от 11 до 34 лет ($26,8 \pm 3,7$ лет), распределение по половому признаку – 424 мужчины (41,8%) и 591 женщина (58,2%).

На основании собственных исследований больных с ЮГ на фоне ПМ мы установили ряд клинических критериев, позволяющих выявлять среди пациентов с ПМ людей из «группы риска», чтобы вовремя обследовать их на предмет глаукомы.

Мы предлагаем следующие **клинические критерии**:

1. Прогрессирование миопии на 1,00 дптр и более в течение 1 года.
2. Несоответствие показателей клинической рефракции пациента и данных измерений передне-задней оси (ПЗО) глазного яблока при прогрессирующей миопии (из расчета, что в норме удлинению глазного яблока на 1 мм со-

Автор предлагает клинические критерии диагностики ювенильной глаукомы на фоне прогрессирующей миопии. Практика подтвердила, что на основе этих критериев действительно можно сформировать группу риска и вовремя выявлять глаукому у молодых миопов.

Ключевые слова: ювенильная глаукома, прогрессирующая миопия, группа риска, клинические критерии, клиническая рефракция, внутриглазное давление, изменения сетчатки и диска зрительного нерва.

Zakhidov U.B. IDENTIFYING OF JUVENILE GLAUCOMA RISK GROUP IN PATIENTS WITH PROGRESSIVE MYOPIA

The author offers the clinical criteria for the diagnosis of juvenile glaucoma with underlying of progressive myopia. The practice has confirmed that, based on these criteria, it is really possible to form a risk group and to identify glaucoma in young myopes at the right time.

Key words: juvenile glaucoma, progressive myopia, risk group, clinical criteria, clinical refraction, intraocular pressure, changes in retina and optic disc.

ответствует усилению клинической рефракции на 3,00 дптр).

3. Наличие у больных с ПМ дисгенетических изменений в угле передней камеры глаза (УПК), уровень внутриглазного давления (ВГД) 21 мм рт. ст. и более при снижении оттока и секреции внутриглазной жидкости.
4. Выявление асимметрии глубины и величины экскавации диска зрительного нерва (ДЗН) с возможным сдвигом сосудистого пучка к виску при прогрессирующей миопии.
5. Прогрессирующее сужение границ поля зрения в верхне-назальном и верхне-темпоральном квадрантах, появление скотомы в зоне Бьеррума и увеличение размеров слепого пятна у лиц с прогрессирующей миопией.

Основанием для включения больных в «группу риска» с подозрением на глаукому было на-

личие 2 и более критериев, выявленных во время обследования.

На основании предложенных клинических критериев в «группу риска» были включены 649 пациентов с ПМ (1295 глаз). Группу сравнения составили 366 (709 глаз) остальных больных с ПМ, принявших участие в исследовании.

Методика обследования больных включала: определение жалоб, сбор анамнеза развития, жизни и болезни больного, наследственная предрасположенность, исследование остроты зрения, клиническую рефракцию (авторефрактометр Huvitz 7000, Южная Корея), прямую и обратную офтальмоскопию, ультразвуковое А-сканирование и пахиметрию (Echoscan US-4000 компании Nidek, Япония), В-сканирование (AVISO от Quantel medical, Франция), биомикроскопию переднего отрезка (щелевая лампа CARL ZEISS SL-130, Германия), гониоскопию, которая проводилась с помощью трехзеркального гониоскопа Гольдмана на указанной щелевой лампе. Степень ширины доступа угла передней камеры оценивали по А.П. Нестерову, а степень дисгенеза УПК – по Э.Г. Сидорову и М.Г. Мирзоянцу (1991). С помощью автоматической статической периметрии (APS-6000 LAPTOP, КНР) исследовали границы поля зрения, наличие скотом и чувствительность сетчатки. Тонометрия проводилась по стандартной методике тонометром Маклакова весом 10,0 грамма, упрощенная тонография – для исследования гидродинамических показателей по А.П. Нестерову (1987).

Результаты и обсуждение

Обследование 649 пациентов (1295 глаз) из «группы риска» показало, что по критерию «прогрессирование близорукости» было выявлено усиление клинической рефракции менее чем на 1,00 дптр в 56,3% случаев, ПМ в 1,00 дптр и более – в 43,7% случаев. В группе сравнения у 366 больных (709 глаз) отмечали прогрессирование миопии менее чем на 1,00 дптр в 94,9% случаев и на 1,00 дптр в 5,1% случаев.

Основываясь на втором критерии, мы сравнили размер ПЗО глаза (учитывая возрастные нормы) с показателями клинической рефракции, обратив внимание на соответствие показателей. Так, из 1295 глаз пациентов «группы риска» на 796 (61,5%) глазах наблюдалось несоответствие до 1,00 мм, и на 499 (38,5%) глазах – на 1,00 мм и более. В группе сравнения из 709 глаз несоответствие определено лишь в 8,6% случаев (61 глаз), не более 1,00 мм.

Офтальмоскопическое исследование в «группе риска» показало: асимметрию диаметра ДЗН (вертикально-овальной формы) в 57% случаев

(738 глаз), увеличение площади ДЗН на 29% (376 глаз), возникновение плоской экскавации в 11,4% случаев (148 глаз). Отношение диаметра экскавации к диаметру диска (Э/Д), равное 0,4–0,5, обнаружено в 18,4% случаев (239 глаз), 0,6–0,7 – в 11,7% случаев (152 глаз). Малое число сосудов в диске зрительного нерва (меньше 8) наблюдалось в 35,7% случаев (462 глаз), изменение цвета – в 49,8% (645 глаз) случаев. На сетчатке выявлены следующие изменения: миопический конус – в 9,2% случаев (119 глаз), дегенеративные изменения сетчатки – на 439 глазах, что составляет 33,9%. Деструкцию стекловидного тела отмечали на 794 глазах (14,9% случаев). Хориоретинальная дегенерация выявлена в 18,4%, витреоретинальная дегенерация – в 14,3% случаев.

У больных из группы сравнения выявлено увеличение площади ДЗН в 37,2% случаев, искривление ДЗН (косое вхождение) – в 13,5%, асимметрия диаметра ДЗН в виде вертикально-овальной формы – в 38,1% и изменение цвета (деколорация) – в 39,4% случаев. Плоская экскавация визуализировалась в 3,8% случаев. Малое число сосудов при выходе из головки зрительного нерва (меньше 8) наблюдалось в 14,2% случаев. На сетчатке были выявлены следующие изменения: миопический конус – в 29,7%, перераспределение пигмента у диска – в 10,8% случаев. Дегенеративные изменения сетчатки диагностированы в 27,5%, хориоретинальная дегенерация – в 16,2%, витреоретинальная дегенерация – в 9,1% случаев.

Периметрические данные пациентов из «группы риска» напрямую зависели от степени развития дистрофических изменений сетчатки при прогрессирующей миопии. Так, у 53 пациентов (106 глаз) со слабой степенью миопии сумма границ поля зрения (СГПЗ) по 8 меридианам составила $461,3 \pm 26,0^\circ$, у 352 (702 глаза) со средней степенью миопии – $410,2 \pm 25,3^\circ$ и у 244 (487 глаз) с высокой миопией – $350,2 \pm 35,2^\circ$. В группе сравнения у 136 пациентов (265 глаз) со слабой степенью ПМ, у 176 (307 глаз) со средней ПМ и 54 (137 глаз) с высокой ПМ СГПЗ составила в среднем $459,6 \pm 15,4^\circ$, $410,2 \pm 29,4^\circ$ и $356,2 \pm 38,9^\circ$ соответственно.

При проведении гониоскопии установлено, что у пациентов из «группы риска» на 62 (4,8%) глазах УПК был узким, а на 17 (1,3%) – частично закрытым. Гониодисгенез I степени выявлен на 267 глазах (20,6% случаев), II степени – на 106 (8,2%), III степени – на 58 (4,5%). Так, в зависимости от степени патологических изменений в УПК, создающих препятствие оттоку



weboptica.ru
ОПТИЧЕСКИЙ СПРАВОЧНИК

СОЛНЕЦЗАЩИТНЫЕ ОЧКИ

ОПРАВЫ
МАГАЗИНЫ, САЛОНЫ ОПТИКИ
ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИНЫ

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА
КАЛЕНДАРЬ СОБЫТИЙ

КОНТАКТНЫЕ ЛИНЗЫ

КЛУБ ОЧКАРИКОВ
КОНКУРСЫ **ОЧКИ**

www.weboptica.ru

внутриглазной жидкости, отмечено изменение уровня ВГД и нарушение гидродинамики глаза больных.

При тонометрии лиц из «группы риска» на предмет ювенильной глаукомы уровень ВГД у всех больных находился в пределах среднестатистической нормы. По уровню ВГД на 3 глазах (0,2%) выявлен низкий уровень нормы (14,0–16,0 мм рт. ст.), на 506 (39,1%) – средний (17,0–20,0 мм рт. ст.) и на 786 (60,7%) – высокий (21,0–25,0 мм рт. ст.). Уровень нормального ВГД на глазах больных из «группы риска» прямо коррелировал со степенью дисгенетических изменений УПК. Так, при низком уровне нормального ВГД дисгенез УПК практически не обнаружен. При I степени гониодисгенеза на 267 глазах ВГД находилось на среднем уровне, высокий уровень офтальмотонуса не выявлен. При гониодисгенезе II степени средний уровень нормального ВГД был обнаружен на 17 глазах, высокий – на 89. При наличии гониодисгенеза III степени на всех 58 глазах установлен высокий уровень нормального ВГД.

В группе сравнения с ПМ низкий уровень нормального ВГД установили на 358 (50,5%)

глазах и средний уровень – на 339 (47,8%). Уровень ВГД свыше 21,0 мм рт. ст. у больных группы сравнения обнаружен на 12 (1,7%) глазах. При гониоскопическом исследовании на 32 (4,5%) глазах был обнаружен гониодисгенез I степени. У остальных пациентов патологических изменений в УПК не обнаружено.

Таким образом, на основании комплексного обследования 1015 (2004 глаз) пациентов с прогрессирующей миопией и применения клинических критериев была сформирована «группа риска» по глаукоме в составе 649 (1295 глаз) пациентов. Последующие исследования и наблюдения за пациентами «группы риска» показали, что ювенильная глаукома была диагностирована у 219 (431 глаз) больных.

Выводы

1. Разработанные клинические критерии диагностики ювенильной глаукомы на фоне прогрессирующей миопии являются эффективными и позволяют сформировать «группу риска».

2. При комплексном обследовании пациентов с прогрессирующей миопией, вошедших в «группу риска» с подозрением на глаукому, ювенильная глаукома была выявлена у 219 больных, что составило 33,7% случаев.

Список литературы

1. Должич Р.Р. Ранние диагностические признаки глаукомы у лиц с миопической рефракцией // Клиническая офтальмология. – 2004. – Т. 5. – №1 – С. 8–10.
2. Катаргина Л.А., Хватова А.В., Коголева Л.В., Мазанова Е.В., Гвоздюк Н.А. Значение современных методов визуализации при аномалиях переднего сегмента глаза и врожденной глаукоме у детей // Российский офтальмологический журнал. – 2010. – № 3. – С. 7–13.
3. Макашова Н.В., Елисеева Э.Г. Взаимосвязь изменений зрительных функций и диска зрительного нерва у больных глаукомой в сочетании с миопией // Вестник офтальмологии. – 2007. – № 1. – С. 9–11.
4. Малышевская Е.Н., Долгова И.К. Опыт скрининговых исследований для ранней диагностики глаукомы // Глаукома. – 2007. – № 3. – С. 3–9.
5. Подопрigора В.С. Управление процессом ранней диагностики и лечения глаукомы на основе анализа гипотензивных эффектов с использованием компьютерной статической периметрии: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 80 с.

E-mail для связи с автором: lenslab-uz@mail.ru.