

микрохирургии глаза (МХГ) — $0,2 \pm 0,9$. Стадия ДР: непролиферативная (ДР I) — 33 % (39 человек), препролиферативная (ДР II) — 30 % (35 человек), пролиферативная (ДР III) — 37 % (44 пациента). Сопутствующая офтальмологическая патология: незрелая осложненная катаракта — 75% (88 пациентов), диабетическая макулопатия — 69 % (81 пациент), авитрия — 42 % (49 пациентов), глиоз I ст. — 11 % (13 человек), II ст. — 7 % (8 человек), III ст. — 18 % (21 человек), IV ст. — 2 % (3 человека), гемофтальм — 23 % (27 пациентов), вторичная неоваскулярная глаукома — 28 % (33 пациента).

Пациентам с офтальмологическими проявлениями сахарного диабета с целью хирургического лечения выполнялись: ИВВ ингибиторов VEGF — 37 (31 %) пациентов, фактоэмульсификация (ФЭК) незрелой осложненной катаракты — 42 (36 %) пациента, микрохирургическая операция на стекловидном теле и сетчатке с применением эндолазеркоагуляции — 39 (33 %) пациентов.

При клиническом обследовании у 32 (27 %) пациентов была диагностирована диабетическая энцефалопатия, проявлением которой явились жалобы на общую слабость, снижение работоспособности, повышенную утомляемость, тревожность, нарушение концентрации внимания, снижение памяти. Дистальная полинейропатия встретилась у 18 (15 %) пациентов, при этом пациентов беспокоили покалывания, онемение стоп и кистей, чаще в ночное время. Ишемической болезнью сердца страдают 58 пациентов (49 %), 3 % (4 пациента) перенесли инфаркт миокарда, 64 % (76 пациентов) страдают артериальной гипертензией. Диабетическая нефропатия выявлена у 8 пациентов (7 %).

Выводы

У всех пациентов в ходе исследования была выявлена ДР (ДР I — 33 %, ДР II — 30 %, ДР III — 37 %).

Среди осложнений со стороны органа зрения чаще всего встречались: незрелая осложненная катаракта — 75 %, диабетическая макулопатия — 69 %, авитрия — 42 %, глиоз — 38 %, вторичная неоваскулярная глаукома — 28 %, гемофтальм — 23 %.

У пациентов с СД преобладают осложнения со стороны сердечно-сосудистой, нервной систем и органов мочевого выделения.

Ведущим фактором в профилактике, стабилизации и лечении диабетических поражений органа зрения является рациональная терапия СД, направленная на максимально стабильную компенсацию, жирового, белкового и водного обменов.

Для определения неблагоприятного прогноза клинического течения и оценки риска развития осложнений все пациенты с СД 2 типа нуждаются в комплексном обследовании специалистами офтальмологического, эндокринологического и терапевтического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахов, Ю. С. Диабетическая ретинопатия / Ю. С. Астахов, Ф. Е. Шадричев // Клинические рекомендации «Офтальмология 2006». — М.: ГОЭТАР-Медиа, 2006. — С. 139–163.
2. Балашевич, Л. И. Глазные проявления диабета / Л. И. Балашевич. — СПб.: СПбМАПО, 2004. — 383 с.

УДК 617.7-007.681-089

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ШУНТА EX-PRESS И КЛАПАНА «АНМЕД» В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕФРАКТЕРНЫХ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Веремейчик А. В.

Научные руководители: доцент, к.м.н. Л. В. Дравица, ассистент О. В. Ларионова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) является причиной необратимой слепоты и слабосвидения, занимая одно из ведущих мест в перечне инвалидизирующих

заболеваний органа зрения. На сегодняшний день ПОУГ поражено примерно около 90 млн человек в мире, и эта цифра неуклонно увеличивается [1]. В последнее время все большее внимание стало уделяться проблеме, так называемой, рефрактерной глаукомы. Для рефрактерной глаукомы характерны высокие цифры внутриглазного давления, неуклонно прогрессирующее течение и быстрый переход в терминальные стадии, что зачастую приводит к слепоте и инвалидизации пациента. Отличительной особенностью рефрактерных форм глаукомы служит выраженная фибропластическая активность тканей глаза, что ведет к быстрому рубцеванию и облитерации создаваемых в ходе традиционного гипотензивного вмешательства путей оттока внутриглазной жидкости, и, как следствие, неизбежному повторному повышению внутриглазного давления.

По мнению многих авторов научных публикаций, хирургические вмешательства остаются методом первого выбора в лечении глаукомы, так как обеспечивают наиболее выраженное и стабильное снижение офтальмотонуса [2, 3, 4]. «Золотым стандартом» хирургического вмешательства являются фистулизирующие операции, создающие новые пути оттока внутриглазной жидкости из передней камеры в субконъюнктивальное пространство. Однако не всегда хирургия позволяет добиться желаемого успеха по нормализации ВГД по причине патологически выраженной и быстрой фибропластической реакции. На сегодняшний день, наиболее перспективным направлением в лечении рефрактерных форм глаукомы представляется использование в ходе хирургического вмешательства различных вариантов имплантатов, шунтов, дренажей и клапанных устройств. По литературным данным, для успешного использования в хирургии глаукомы дренажи должны обладать следующими качествами: их структура должна обеспечивать проникновение ВГЖ от зоны фильтрации до сосудистой сети конъюнктивы, цилиарного тела и супрахориоидального пространства; материал дренажа должен обладать минимальным уровнем токсичности и иммуногенности; дренаж должен быть устойчив к воздействию клеточных элементов, так как в случае его резорбции происходит рубцевание зоны вмешательства; дренаж должен соответствовать по форме и размерам объему хирургического вмешательства [4]. В последние годы в хирургии глаукомы, многие офтальмохирурги предпочитают использовать шунт Ex-Press (фирма «Alcon») и клапан «Ahmed».

Цель

Оценить возможности применения шунта Ex-Press и клапана «Ahmed» в хирургическом лечении рефрактерных форм первичной открытоугольной глаукомы.

Материал и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и протоколов стационарного лечения 18 пациентов (18 глаз) в возрасте от 46 до 81 лет (средний возраст $65,7 \pm 8,6$ лет), среди них 14 (78 %) мужчины и 6 (32 %) женщин, находившихся на диспансерном наблюдении и лечении в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНЦРМ и ЭЧ» с диагнозом рефрактерная ПОУГ. В зависимости от метода хирургического лечения пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 14 пациентов, которым выполнялась имплантация шунта Ex-Press, 2 группу составили 4 пациента, которым проводилась имплантация фильтрационного устройства «Ahmed». Для проведения корреляционного анализа использовали t-test для независимых выборок. Сравнение количественных показателей в независимых группах проводилось с помощью критерия Манна — Уитни, зависимых — критерия Вилкоксона (Z). Различия расценивались как статистически значимые при $p < 0,05$. Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов 1 группы уровень внутриглазного давления (ВГД) до хирургического лечения составлял $30,57 \pm 4,8$ мм рт. ст. (от 22 до 38 мм рт. ст.). Уровень ВГД при поступлении у пациентов 2 группы наблюдался в пределах от 28 до 40 мм рт. ст., и со-

ставлял $31,8 \pm 5,6$ мм рт. ст. Значимых различий между группами по уровню исходного ВГД не было ($p > 0,05$).

После проведения имплантации шунта Ex-Press средний уровень ВГД составил $22,1 \pm 4,9$ мм рт. ст. (от 13 до 32 мм рт. ст.), что было достоверно ниже по сравнению с исходным уровнем ВГД ($p \leq 0,05$). Уровень ВГД после имплантации фильтрационного устройства «Ahmed» так же снизился до $22 \pm 4,5$ мм рт. ст. и стал в пределах от 16 до 27 мм рт. ст. ($p > 0,05$). Различий между группами по уровню ВГД после операций не наблюдалось ($p > 0,05$).

При поступлении остроту зрения 0,0 имели 2 (14 %) пациента 1 группы; у 2 (14 %) пациентов острота зрения была 0,01 и у 2 (14 %) пациентов — 0,1, остальные 8 (58 %) пациентов имели остроту зрения $> 0,2$. После проведения имплантации шунта Ex-Press только у 1 (7 %) пациента острота зрения улучшилась на 0,05 (с 0,4 до 0,45). Во второй группе у 4 (100 %) пациентов при поступлении остроты зрения была 0,0. После имплантации фильтрационного устройства «Ahmed» острота зрения у 4 пациентов осталась прежней.

В послеоперационном периоде у 1 (7 %) пациента 1 группы наблюдалась выраженная гипотония (снижение ВГД с 38 до 13 мм рт. ст.) и у 1 (25 %) пациента 2 группы в раннем послеоперационном периоде отмечался отек роговицы.

Выводы

1. Показанием к хирургическому лечению с использованием шунта Ex-Press и клапана «Ahmed» является рефрактерное течение глаукоматозного процесса.

2. Несмотря на возможные осложнения, имплантация дренажей является эффективным методом лечения пациентов, страдающих рефрактерной ПОУГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров, Е. А. Патогенетические аспекты лечения первичной открытоугольной глаукомы / Е. А. Егоров, В. Н. Алексеев. — М., 2001. — 118 с.
2. Нестеров, А. П. Глаукома / А. П. Нестеров. — М.: Медицина, 1995. — 256 с.
3. Еричев, В. П. Рефрактерная глаукома: особенности лечения / В. П. Еричев // Вестник офтальмологии. — 2000. — № 5. — С. 8–10.
4. Способы микродренирования в хирургии глаукомы / В. В. Нероев [и др.] // Глаз. — 2010. — № 2. — С. 11–15.

УДК 617.73

ДИАГНОСТИКА ГЛАУКОМ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ПЕРИПАПИЛЛЯРНОЙ ХОРИОРЕТИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ

Горушко Е. С., Грейбо А. И., Белинская М. К.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. В. Качан

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Глаукома — это большая группа глазных заболеваний, которые постепенно ухудшают зрение без каких-либо начальных признаков. По статистике, глаукомой в мире страдают порядка 70 млн людей. Прежде всего, это заболевание связано с прогрессирующей оптиконейропатией, а не только с повышением внутриглазного давления и нарушением оттока водянистой влаги. Глаукоматозная оптическая нейропатия коррелирует с рядом морфологических изменений в диске зрительного нерва, сетчатке и сосудистой оболочке глаза. К одному из них относится перипапиллярная хориоретинальная атрофия, разделенная в свою очередь на альфа-зону, представляющую