

В.Н. Голычев, А.В. Григорян

ТЕРМИНАЛЬНАЯ ГЛАУКОМА.

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

Описано 2 случая успешного лечения терминальной глаукомы. На 2 глазах двух больных был поставлен диагноз: терминальная глаукома при полном отсутствии зрительных функций (остроты и поля зрения). Благодаря своевременному выполнению антиглаукоматозных операций в комбинации с сосудорасширяющей, осмо- и витаминотерапией, удалось частично восстановить зрительные функции на обоих глазах.

Ключевые слова: глаукома.

THE TERMINAL GLAUCOMA.

V.N. Golychev, A.V. Grigoryan

2 cases of successful treatment of terminal glaucoma are described. The diagnosis was made in 2 eyes of 2 patients: terminal glaucoma with complete absence of visual functions (visual acuity and field). Owing to timely accomplishment of antiglaucoma surgery in combination with vasodilating, osmo- and vitaminotherapy, the authors were able to recover visual functions in the both eyes.

Key words: glaucoma.

По современной классификации первичной глаукомы терминальная стадия этого заболевания является конечной, когда утрачено предметное зрение (наличие только светоощущения) или зрительные функции отсутствуют полностью (абсолютная слепота). Нередко это сопровождается болевыми ощущениями в глазу, вращением новообразованных сосудов в радужку, роговицу, с помутнением последней. Лечение терминальной глаукомы сводится к тому, чтобы консервативными или оперативными методами сохранить глаз как косметический орган, и чтобы он не беспокоил больного, а если это не удается – прибегают к энуклеации (удалению) такого глаза.

Приведенные ниже два случая терминальной глаукомы говорят о том, что при определенных условиях и в этой стадии заболевания возможно не только сохранение терминальных глаз, но и частичное возвращение им зрительных функций (остроты и поля зрения).

Больная Ч., 59 лет (история болезни № 22773), поступила в отделение микрохирургии глаза Тверской областной клинической больницы 17.11.2010 года с диагнозом: терминальная болевая глаукома с высоким внутриглазным давлением (ВГД) правого глаза, подозрение на глаукому левого глаза.

Из анамнеза удалось выяснить, что диагноз глаукомы был поставлен 14.10.2010 года. До этого глаз неоднократно болел по несколько дней, но когда ослеп, больная затруднялась ответить. ВГД доходило до 47 мм рт. ст.

При поступлении острота зрения правого глаза – светоощущение с неправильной проекцией света. ВГД = 34–36 мм рт. ст. Имеется умеренная застойная инъеция. Роговица прозрачна, передняя камера мелковатая, радужка в цвете и рисунке не изменена, но имеются отдельные мелкие новообразованные сосуды, пигментная кайма отсутствует. Хрусталик и стекловидное тело прозрачные. Диск зрительного нерва (ДЗН) серого цвета, краевая глаукоматозная экскавация, отношение глаукомной экскавации к диаметру ДЗН (Э/Д) = 0,9. Угол передней камеры узкий, пигментация в зоне угла резко выраженная.

Учитывая, что застойная инъеция терминального глаза была умеренной, роговица прозрачной, рубец радужки незначительный, решено было сделать не органосохраняющую операцию, а обычную антиглаукоматозную, направленную на снижение ВГД – фильтрующую иридэктомию. Перед операцией дважды внутримышечно введен этамзилат натрия 12,5%, назначены мочегонные препараты (диакарб накануне, фуросемид в день операции), а за 30 минут до оперативного вмешательства обычная в таких случаях премедикация.

19.11.2010 года произведена фильтрующая иридэктомия с термокоагуляцией переднего и заднего краев раны с профилактической крестовидной склеротомией. Операция прошла без осложнений. В послеоперационном периоде, кроме антибактериальных, противовоспалительных закапываний в глаз, вводились: 40% раствор глюкозы внутривенно, кавинтон внутривенно капельно, витамин С 5% по 2 мл внутримышечно.

Уже на следующий день после операции на оперированном глазу появилась предметное зрение 0,02, а при выписке 24.11.2011 года острота зрения была 0,1 с коррекцией (–) 1,0Д = 0,2 (эксцентрично), ВГД = 12 мм рт. ст. Поле зрения



Фильтрационная подушечка разлитая низкая. Передняя камера стала средней, зрачок 4,5 мм в диаметре. ДЗН офтальмоскопируется четко в прежнем виде. Левый глаз обследован – практически здоров.

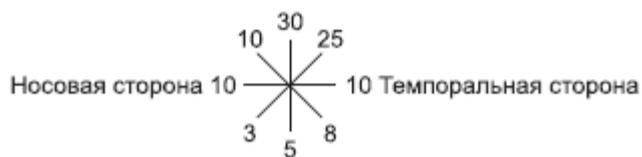
При повторном осмотре через 6 месяцев острота и поле зрения правого оперированного глаза сохраняются, ВГД = 18 мм рт. ст.

Больной А., 70 лет (история болезни № 00292), поступил в отделение микрохирургии глаза Тверской областной клинической больницы 3.02.2011 г. с диагнозом: открытоугольная II в глаукома, незрелая катаракта правого глаза, терминальная с высоким ВГД глаукома, артефакция левого глаза.

Из анамнеза выяснено, что 5 лет назад на левом глазу сделана факоэмульсификация катаракты, при выписке острота зрения составляла 0,7. В связи с наличием повышенного ВГД, в этот глаз назначен 0,5% арутимол, в дальнейшем он был заменен на фотил. Месяц назад глаз ослеп.

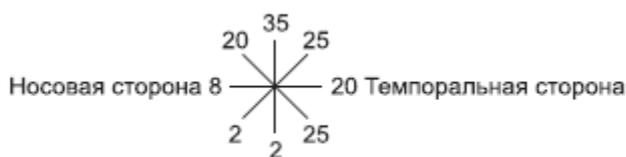
При поступлении острота зрения левого глаза – светоощущение с неправильной проекцией света, ВГД = 51 мм рт. ст., незначительная застойная инъекция, роговица слегка отечна, передняя камера средней глубины, радужка атрофична, положение интраокулярной линзы (искусственного хрусталика) правильное. Диск зрительного нерва бледно-серого цвета, сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону, краевая глаукомная экскавация.

ВГД на правом, единственно видящем глазу, было умеренно повышенным (30–32 мм рт. ст.), в связи с чем, 04.02.2011 г. была сделана синустрабекулэктомия с профилактической крестовидной склеротомией. Накануне и в день операции назначались мочегонные препараты (диакарб, фуросемид), премедикация, после операции – 40% глюкоза внутривенно, витамин В₁ 5% внутримышечно. В левый глаз закапывались 0,5% арутимол – 2 раза в день, 1% пилокарпин – 4 раза, ксалатан 0,005% – 1 раз на ночь. На второй день после операции на правом глазу появились изменения и на левом – роговица стала прозрачной, ВГД снизилось до 30–35 мм рт. ст. На 6-й день больной отметил появление предметного зрения (0,01–0,02), на 7-й день оно стало 0,2 с коррекцией (–) 2,0Д = 0,4. Появилось и поле зрения.



ДЗН оставался без изменений. 11.02.2011 г. больной был выписан, а 28.02.2011 г. поступил снова для оперативного лечения катаракты правого глаза и антиглаукоматозной операции левого. Острота и поле зрения на левом глазу сохранялись, ВГД было 41 мм рт. ст. 1.03.2011 на левом глазу была произведена антиглаукоматозная операция (синустрабекулэктомия), а 05.03.2011 г. – факоэмульсификация катаракты правого глаза.

При осмотре через 2,5 месяца острота зрения левого глаза 0,1 с коррекцией (-) 2,0Д = 0,4. Поле зрения



Внутриглазное давление 22–24 мм рт. ст. при отсутствии гипотензивного лечения.

Описанные случаи позволяют предположить, что при терминальной глаукоме какая-то часть светочувствительных клеток сетчатки и волокон зрительного нерва, по-видимому, не гибнут окончательно, а находятся в состоянии парабיוза, и при снижении ВГД и улучшении их питания в виде назначения сосудорасширяющей, осмо- и витаминотерапии могут начать выполнять свою функцию.

Литература

- 1) Голычев В.Н., Попов П.Н., Торопыгин С.Г., Килейников Д.В. К вопросу о совершенствовании компьютерного экзамена на кафедре глазных болезней ТГМА // Верхневолжский медицинский журнал. 2010. - Т. 8. № 1. - С. 42-44.
- 2) Федотова Т.А., Жмакин И.А., Васильев П.В., Горшкова М.А. Особенности биохимических и иммунологических параметров секрета ротовой полости часто болеющих детей и подростков, проживающих в разных городах Тверской области // Вопросы практической педиатрии. 2011. - Т. 6. № 3. - С. 114-116.
- 3) Волков В.С., Макушева М.В., Килейников Д.В. Суточный профиль артериального давления у больных гипотиреозом // Клиническая медицина. 2007. - Т. 85. № 11. - С. 37-39.
- 4) Килейников Д.В., Орлов Ю.А., Мазур В.В., Платонов Д.Ю., Мазур Е.С. Влияние заместительной терапии левотироксином на артериальную гипертензию и ремоделирование сердца у больных первичным гипотиреозом // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2011. - Т. 7. № 1. - С. 41-44.
- 5) Жмакин И.А. История, состояние и перспективы научно-исследовательской и инновационной деятельности // Высшее образование в России. 2011. - № 11. - С. 63-69.
- 6) Коричкина Л.Н., Жмакин И.А., Алексеева Ю.А., Макарова И.И., Тофило Е.Л., Виноградова Т.С., Вилкова Ю.В. Эндогенное ауторозеткообразование в периферической крови как показатель эндоэкологического состояния школьников // Верхневолжский медицинский журнал. 2012. - Т. 10. № 1. - С. 40-42.

7) Макушева М.В., Килейников Д.В. Результаты суточного мониторирования экг с оценкой вариабельности ритма сердца у больных первичным гипотиреозом с сопутствующей артериальной гипертонией // Верхневолжский медицинский журнал. 2008. - Т. 6. № 1. - С. 23-25.

8) Килейников Д.В. Современные образовательные технологии в тверской государственной медицинской академии // Верхневолжский медицинский журнал. 2011. - Т. 9. № 4. - С. 15-18.

9) Голычев В.Н. О возможности оценки эффективности проведения цикловых практических занятий в медицинском ВУЗе // Верхневолжский медицинский журнал. 2013. - Т. 11. № 3. - С. 45-47.

10) Торопыгин С.Г., Голычев В.Н., Попов П.Н. Клиника глазных болезней КГМИ – ТГМА: становление и развитие // Верхневолжский медицинский журнал. 2012. - Т. 10. № 4. - С. 45-47.

11) Голычев В.Н., Яковлева С.В. Состояние и динамика инвалидности вследствие нарушения зрения в Тверской области // Верхневолжский медицинский журнал. 2011. - Т. 9. № 2. - С. 27-28.

12) Голычев В.Н., Торопыгин С.Г. Еще раз к вопросу о компьютерном экзамене по глазным болезням // Верхневолжский медицинский журнал. 2011. - Т. 9. № 2. - С. 47-48.

13) Голычев В.Н. Алгоритм определения клинической рефракции при подборе очков // Верхневолжский медицинский журнал. 2010. - Т. 8. № 3. - С. 39-40.

14) Голычев В.Н. Особенности преподавания офтальмологии студентам англоязычных групп в аспекте подготовки их к компьютерному экзамену // Верхневолжский медицинский журнал. 2008. - Т. 6. № 2. - С. 34.

15) Голычев В.Н. Четверть века склероукрепляющим операциям при прогрессирующей близорукости в Калининской (Тверской) области // Верхневолжский медицинский журнал. 2008. - Т. 6. № 3. - С. 52-54.

Голычев Владимир Николаевич (контактное лицо) – доцент кафедры офтальмологии.
Рабочий тел. 77-54-79.