

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОФЛАВИНА В СОВРЕМЕННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ДАЛЕКОЗАШЕДШЕЙ СТАДИИ

Комплексное лечение первичной далекозашедшей открытоугольной глаукомы включает хирургическое лечение (синустрабекулэктомию и заднюю трепанацию склеры), с последующим проведением в течение 10 дней медикаментозного лечения (субконъюнктивальное введение препарата Цитофлавин 10 мг (0,5мл)) и физиотерапевтическое лечение (магнитолазерстимуляция зрительного нерва). Исследование зрительных функций проводили у 71 пациента (71 глаз). Результаты комплексного лечения показали улучшение зрительных функций и стабилизацию глаукоматозного процесса в 87% случаев.

Ключевые слова: глаукома, магнитолазерстимуляция, Цитофлавин.

Глаукома является одной из наиболее актуальных и важных проблем в офтальмологии. В России она занимает одно из первых мест среди причин слабовидения и слепоты.

Несмотря на достигнутые успехи в лечении первичной некомпенсированной открытоугольной глаукомы далекозашедшей стадии, стабилизация зрительных функций является одной из наиболее актуальных проблем в современной офтальмологии. Данное заболевание имеет большое медико-социальное значение. Патогенез развития оптической нейропатии глаукомного генеза связан с дефицитом гемодинамики и реологическими нарушениями крови регионального и системного характера [3], [4], [5].

Другой фактор – следовая реакция на близость поврежденных нейронов [2]. Поврежденные волокна действуют как источник токсических медиаторов, которые путем значительного повышения токсичности межклеточного пространства вызывают вторичную дегенерацию близкорасположенных нейронов. Такая дегенерация в дальнейшем выглядит как самоуничтожение, даже если внутриглазное давление (ВГД) сохраняется на нормальном уровне [1].

Цель

Оценка результатов комплексного лечения первичной некомпенсированной открытоугольной глаукомы (ОУГ) далекозашедшей стадии с применением магнитолазерстимуляции и препарата Цитофлавин.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находился 71 пациент (71 глаз) с первичной некомпенсированной ОУГ далекозашедшей стадии, которым была выполнена синустрабекулэктомия (СТЭ). Все пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 36 больных, которым в период лечения проводили магнитолазерстимуляцию с введением под конъюнктиву Цитофлавина 0,5 мл, в течение 10-и дней. Во второй, контрольной группе находились 35 больных, которым была выполнена только СТЭ. Всем больным до и после лечения проводили визометрию, периметрию, биомикроскопию, гониоскопию, офтальмоскопию, тонометрию, определяли электрочувствительность (ЭЧ) и электролабильность (ЭЛ) зрительного нерва. Все пациенты находились под динамическим наблюдением в период за 10 дней, 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев и через 1 год.

Результаты

Необходимо отметить, что при наблюдении за больными в динамике, при первичном обследовании показатели остроты зрения (ОЗ) в первой и во второй группе составили $0,28 \pm 0,07$ и $0,30 \pm 0,04$ ($P < 0,001$) соответственно. ВГД у пациентов 1 группы составил $35,2 \pm 0,11$ мм рт.ст., во второй группе $34,3 \pm 0,12$ мм рт.ст. Состояние периферического поля зрения (ППЗ) оценивали по количеству скотом. В результате исследования у больных 1 группы количество относительных скотом составило $23,3 \pm 0,11$, и $22,3 \pm 0,12$ во 2 группе. Количество абсолютных скотом в

первой группе было $45,1 \pm 0,07$, во второй, контрольной группе их количество составило $55,3 \pm 0,14$. Показатели ЭЧ в 1 группе составили $510 \pm 12,1$ мкА, во 2 группе $558 \pm 14,2$. Показатель ЭЛ в 1 группе $14 \pm 1,1$ Гц, во 2 группе $15 \pm 1,3$ Гц.

При динамическом наблюдении ОЗ после операции в 1 группе увеличилась до $0,47 \pm 0,07$ ($P < 0,001$), во второй группе достоверного увеличения ОЗ выявлено не было. У пациентов 1 и 2 группы за это период отмечали стабилизацию ВГД, которое было равно $18,3 \pm 0,12$ мм рт.ст., и $19,2 \pm 0,12$ мм рт.ст. соответственно. Но наиболее информативны в ходе наблюдения за больными, оказались данные ППЗ, а также ЭЧ и ЭЛ. Так у больных 1 группы количество относительных скотом снизилось до $13,4 \pm 1,2$, во 2, контрольной группе их количество снизилось до $20,3 \pm 2,1$. Количество абсолютных скотом в 1 группе снизилось до $32,1 \pm 2,7$. Во 2 группе их количество за этот же период не уменьшилось и составило $52,1 \pm 1,2$. За достаточно длительный срок наблюдения за больными с первичной некомпенсированной ОУГ далекозашедшей стадии показатели ЭЧ в 1 группе снизились до $435 \pm 11,2$ мкА, во 2 группе этот показатель значительно не уменьшился и составил $545 \pm 13,1$ мкА ($P < 0,001$). Показатель ЭЛ в 1 группе увеличился до $23 \pm 2,4$ Гц, во 2 группе не изменился и остался на том же уровне.

В течение года у пациентов 1 группы была достигнута стабилизация глаукомного процесса в 87% случаев, что отражает показатель ОЗ

$0,40 \pm 0,04$ ($P < 0,001$), ВГД $21,1 \pm 0,12$ мм рт.ст., ППЗ по сумме границ $218^\circ \pm 13,4$, ЭЧ $439 \pm 10,1$ мкА и ЭЛ $21 \pm 2,1$ Гц. Во второй, контрольной группе этот показатель составил $0,31 \pm 0,04$ ($P < 0,001$), ВГД $22,2 \pm 0,14$ мм рт.ст., ППЗ $186^\circ \pm 12,2$, ЭЧ $541 \pm 12,3$ мкА и ЭЛ $14 \pm 1,4$ Гц. У 13% показатели снизились, это связано с декомпенсацией ВГД и прогрессированием глаукоматозной нейропатии.

Таким образом, способ лечения, включающий хирургическое лечение в сочетании с магнитолазерстимуляцией и лекарственным препаратом Цитофлавин является высокоэффективным, направленный на сохранение зрительных функций и стабилизацию глаукоматозного процесса.

Вывод:

1. Применение магнитолазерстимуляции в послеоперационном периоде способствует улучшению зрительных функций у больных с первичной некомпенсированной ОУГ далекозашедшей стадии в 87% случаев.

2. За период динамического наблюдения в течение года после проведения комплекса лечения у пациентов отмечается стабилизация зрительных функций в 87% случаев, в то время как у 13% показатели снизились, это связано с декомпенсацией внутриглазного давления и прогрессированием глаукоматозной нейропатии.

3. Как показали результаты исследования в целом по 1 и 2 группам эффективность комплексного лечения выше в 1 группе.

1.10.2014

Список литературы:

1. Нестеров, А.П. Первичная открытоугольная глаукома: патогенез и принципы лечения / А.П. Нестеров // Клиническая офтальмология, т.1. – №1. – 2000. – С. 4–5.
2. Бунин, А.Я. Метаболические факторы патогенеза первичной открытоугольной глаукомы / А.Я. Бунин // Глаукома на рубеже тысячелетия, итоги и перспективы: науч.-практ. конф. – М.: 1999. – С. 9–12.
3. Сафина, З.М. Электростимуляция в клинике глазных болезней / З.М. Сафина. – Уфа, 2000. – С. 5–7.
4. Бунин, А.Я. Метаболические факторы патогенеза первичной открытоугольной глаукомы / А.Я. Бунин // Материалы научно-практической конференции «Глаукома на рубеже тысячелетия, итоги и перспективы». – 1999. – С. 9–12.
5. Нестеров, А.П. Первичная глаукома / А.П. Нестеров. – М.: Медицина. – 1995. – С. 256–259.

Сведения об авторах:

Красногорская Виктория Николаевна, профессор кафедры глазных болезней Амурской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук

Гусев Александр Николаевич, кандидат медицинских наук кафедры глазных болезней Амурской государственной медицинской академии, e-mail: gusev_sashak@mail.ru

Гусева Елена Владимировна, врач УЗИ Городской клинической больницы