ГЛАУКОМА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Глаукома (греч. glaukoma от glaukos голубовато-зеленый) - заболевание глаз, основным проявлением которого является повышение внутриглазного давления.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Глаукому подразделяют на первичную и вторичную. Первичная обычно развивается у лиц старше 40-50 лет; она поражает около 2% населения этой возрастной группы, занимая одно из первых мест среди причин неизлечимой слепоты. Вторичная возникает как осложнение другого заболевания (например, иридоциклита, подвывиха хрусталика, тромбоза пещеристого синуса).

ПРИЧИНЫ

Повышение внутриглазного давления в подавляющем большинстве случаев как при первичной, так и при вторичной глаукоме связано с нарушением оттока внутриглазной жидкости. При первичной глаукоме местом нарушения оттока является радужно-роговичный угол (угол передней камеры глаза), где находится так называемая фильтрующая зона глаза. Нарушение оттока внутриглазной жидкости может возникать в результате блокады путей оттока и, в частности, фонтановых пространств, например корнем радужки и развивающимися здесь спайками (гониосинехиями). Причиной нарушения оттока может быть врожденная патология (неправильное формирование угла передней камеры глаза), а также изменения в самих путях оттока, чаще всего в стенках венозного синуса склеры (шлеммова канала). По мнению ряда авторов, повышение внутриглазного давления может быть связано с гиперпродукцией внутриглазной жидкости. Заболевание может быть обусловлено сразу несколькими факторами, наслаивающимися один на другой. Доказано наследственное предрасположение к глаукоме. При вторичной причиной нарушения оттока внутриглазной жидкости может, например, стать скопление экссудата, воспалительные или рубцовые процессы в глазу.

Затруднение оттока внутриглазной жидкости может длительное время оставаться компенсированным главным образом за счет сокращения продукции внутриглазной жидкости. Однако в стрессовых ситуациях равновесие может легко нарушаться. Повышение внутриглазного давления приводит к нарушению кровообращения в сосудах зрительного нерва, сетчатки и сосудистой оболочки. Как правило, при глаукоме поражаются оба глаза, однако процесс в них часто протекает не одновременно.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- С учетом особенностей течения заболевания различают закрытоугольную и открытоугольную формы глауком. Закрытоугольной форме нередко соответствует распространенное в клинической практике название «застойная» глаукома, открытоугольной - «простая» глаукома. Существует также смешанная форма. Основными симптомами являются повышение внутриглазного давления, а также снижение зрительной функции (в первую очередь, сужение поля зрения) и экскавация (патологическое углубление) диска зрительного нерва, которая, как правило, сочетается с его атрофией и появлением стойких дефектов в поле зрения.

ДИАГНОСТИКА

- Диагноз ставят на основании офтальмологического исследования, которое проводят в связи с появлением жалоб или при диспансеризации. Ведущая роль при этом принадлежит данным тонометрии. Границей между нормальным и повышенным внутриглазным принято ориентировочно считать 26 мм рт. ст. (при измерении тонометром Маклакова, имеющим массу 10 г). Величина суточных колебаний внутриглазного давления не должна превышать 5 мм рт. ст. Трудность для диагностики могут представлять начальные формы глаукомы и межприступные состояния при глаукоме, протекающей в форме периодических острых приступов. Для ранней диагностики существует большое количество (более 100) провокационных диагностических проб, из которых наибольшее распространение получили тонометрические нагрузочные пробы с использованием питьевой или темновой нагрузки, мидриатических средств и др. При подозрении на глаукому большое значение имеют повторные измерения внутриглазного давления в различное время суток, в т.ч. рано утром (до вставания с постели), а также исследования гидродинамики методом топографии. Для установления формы глаукомы у каждого больного необходимо исследовать область радужно-роговичного угла с помощью гониоскопа.

ЛЕЧЕНИЕ

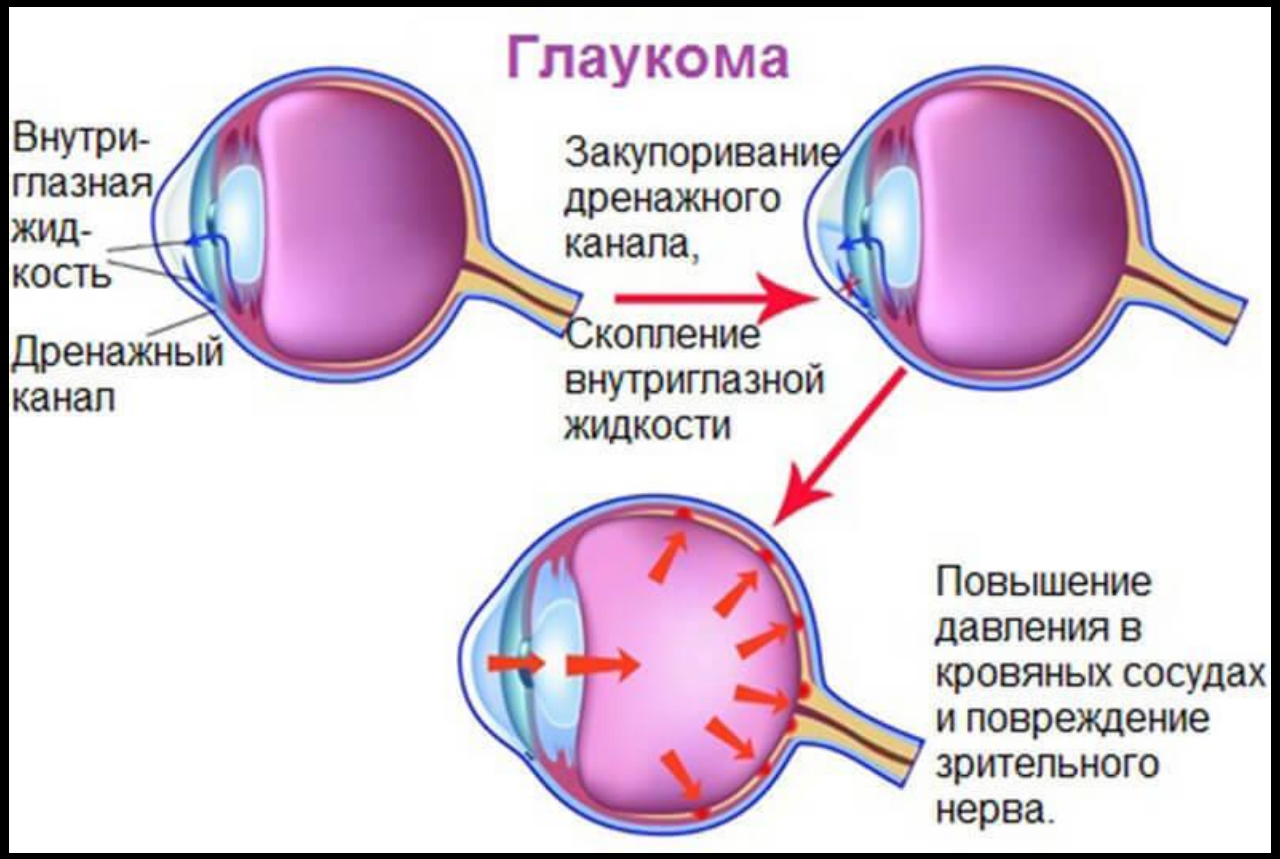
- Консервативную терапию можно проводить амбулаторно. Среди лекарственных средств ведущее место занимают миотические (холиномиметические и антихолинэстеразные), адреномиметические средства и бета-адреноблокаторы. Препараты первой группы суживают зрачок и повышают тонус ресничной мышцы, при этом происходит расширение шлеммова канала и фонтановых пространств, что способствует лучшему оттоку внутриглазной жидкости. К наиболее распространенным препаратам этой группы относятся пилокарпин (0,5-6% раствор), карбахолин (0,5-1% раствор), ацеклидин (2-5% раствор), применяемые в виде глазных капель до 6 раз в сутки, а также физостигмина салицилат (0,25-1% раствор), прозерин (0,5% раствор), которые назначают в качестве глазных капель до 4 раз в сутки, армии (0,005-0,01% раствор). К адреномиметическим средствам относятся адреналин (1-2% раствор), эфедрин (2-5% раствор), применяемые как глазные капли 2 раза в сутки. Однако в связи с мидриатическим действием этих препаратов при узком радужно-роговичном угле (закрытоугольная глаукома) расширение зрачка может усилить блокаду оттока и привести к повышению внутриглазного давления. К бета-адреноблокаторам, действие которых, по-видимому, связано с уменьшением секреции внутриглазной жидкости, относится тимолол (оптимол), который назначают в виде 0,25-0,5% раствора. Сходным эффектом обладает клофелин. Препараты перечисленных групп могут применяться в различных комбинациях. Определенное место в лечении занимают ингибиторы карбоангидразы, уменьшающие продукцию внутриглазной жидкости, и в частности диакарб (диамокс, ацетазоламид, фонурит), назначаемый внутрь по 0,125-0,25 г 1-3 раза в день. При остром приступе глаукомы адреномиметические средства противопоказаны. Проводят максимально интенсивную терапию мистическими средствами и бета-адреноблокаторами. С целью более быстрого купирования приступа во избежание необратимых нарушений зрения наряду с ингибиторами карбоангидразы назначают глицерол (смесь глицерина с таким же количеством фруктового сока или сиропа внутрь из расчета 1,5 г глицерина на 1 кг массы больного), мочевину (30-50% раствор в сахарном сиропе внутрь в дозе 0,75-1,5 г на 1 кг массы или 300 раствор в 10% растворе глюкозы внутривенно капельно в той же дозе со скоростью 40-80 капель в 1 мин). С этой же целью внутривенно вводят гипертонический раствор поваренной соли, внутрь - солевые слабительные. На висок на стороне больного глаза ставят пиявки. При сильных болях назначают анальгетики.

ЛЕЧЕНИЕ

Важное место принадлежит методам лечения с использованием лазеров - лазерной иридэктомии, гониопунктуре, трабекулопластике, циклокоагуляции. При отсутствии эффекта от консервативной терапии показано оперативное лечение, которое проводят в стационаре. Наибольшее распространение получили так называемые фистулизирующие операции, при которых в стенке глазного яблока формируют канал для восстановления оттока внутриглазной жидкости. При блокаде радужно-роговичного угла корнем радужки (закрытоугольная Г.) показано иссечение участка радужки - иридэктомия; она, как правило, используется при остром приступе глаукомы. При образовании гониосинехий с целью устранения блокады производят иридоциклоретракцию, при которой формируют канал, ведущий из угла передней камеры в супрахориоидальное пространство (циклодиализ) и вводят в него ткань склеры того же глаза. При врожденной глаукоме показаны гониотомия и гониопунктура - рассечение или прокалывание ткани, закрывающей доступ внутриглазной жидкости к фильтрующей зоне глаза. При нарушениях в путях оттока до или после шлеммова канала (при открытоугольной Г.) производят разрез или рассекают внутреннюю или наружную его стенку (синусотомия, трабекулотомия, трабекулэктомия) иногда в сочетании с трабекулоциклостомией (введение полосок склеры в супрахориоидальное пространство). При абсолютной болящей Г. прибегают к ретробульбарному введению 96° спирта; применяют рентгенотерапию, операции оптико-цилиарной нейроэктомии, пересечение зрительного и ресничных нервов, иногда удаляют глаз. При вторичной форме лечение направлено в первую очередь на основное заболевание.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика не разработана. Для предупреждения слепоты большое значение имеет ранняя диагностика глаукомы. В связи с этим всем лицам старше 40 лет, обращающимся к офтальмологу, независимо от причины обращения измеряют внутриглазное давление. Оправдывает себя практика так называемых ночных стационаров, где измерение суточной кривой внутриглазного давления производится в условиях привычной для обследуемого деятельности в течение суток. Больным рекомендуется избегать положений, вызывающих прилив крови к голове, ограничивать количество принимаемой жидкости до 1 л в сутки. При закрытоугольной глаукоме противопоказано пребывание в темноте, употребление кофеина и кофеинсодержащих напитков, лекарственных средств, вызывающих расширение зрачка (атропина, скополамина, препаратов белладонны и др.).


Глаукома
Внутри-
глазная
жид-
кость
Дренажный
канал
Закупоривание
дренажного
канала,
Скопление
внутриглазной
жидкости
Повышение
давления в
кровяных сосудах
и повреждение
зрительного
нерва.

СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ