

Н. А. Ровинец, Д. А. Марчук
ПЕРВИЧНАЯ ОТКРЫТОУГОЛЬНАЯ ГЛАУКОМА У ПАЦИЕНТОВ С
МИОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИЕЙ ГЛАЗА

Научный руководитель: канд. мед. наук, Т. В. Качан

Кафедра глазных болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Ключевые слова: первичная открытоугольная глаукома, миопическая рефракция глаза, эхо-биометрические показатели.

Резюме: В данной статье изложены результаты анализа эхобиометрических особенностей развития глаукомы у пациентов с миопической рефракцией глаза, обратившихся в глаукомный кабинет УЗ «3-я ГКБ» в период с 2017 по 2018 г.

Keywords: primary open-angle glaucoma, myopic refraction, echobiometry indicators.

Resume: In this article the results of analysis echobiometry features of glaucoma patients with myopia eye glaucoma applied to the study of me "3-I GKB" in the period from 2017 to 2018.

Актуальность. У 1,6 миллиардов человек в мире диагностируется миопия, распространённость которой, как ожидается, возрастёт до 2,5 миллиардов к 2020 году; у 4 % всех миопов и 7 % пациентов с миопией высокой степени развивается первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ), которая представляет собой группу офтальмологических заболеваний, характеризующаяся постоянным или эпизодическим повышением ВГД с развитием дефекта поля зрения, снижением остроты зрения и приводящее к атрофии зрительного нерва. Глаукома является основной причиной необратимой слепоты во всём мире.

Цель: Определение эхобиометрических особенностей развития глаукомы у пациентов с миопической рефракцией глаза.

Задачи:

1. Установить возможность влияния особенностей строения миопического глаза на степень развития глаукомного процесса.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 44 пациента (88 глаз) с миопической рефракцией глаза с ПОУГ в возрасте от 36 до 78 лет, среди них было 16 женщин и 8 мужчин. В контрольную группу было включено 31 пациент (62 глаза), среди них 19 женщин и 12 мужчин, сопоставимых с основной группой по возрасту. Исследование глаз проводилось в зависимости от стадии развития глаукомы. Производился анализ следующих показателей: внутриглазное давление (ВГД), визометрия, центральная толщина роговицы, эхобиометрические показатели: переднезадняя ось (ПЗО), передняя камера глаза, хрусталик.

Результаты и их обсуждение. При выполнении биометрии пациентам получены следующие результаты (таблица 1), при анализе которых выявляется прямая зависимость между размерами ПЗО и прогрессированием ПОУГ.

Таблица 1.- Данные ПЗО пациентов в основной и в группе контроля

Группы пациентов с различными видами рефракции + ПОУГ	Параметры		Рефракция, дптр
	ПЗО		
	Абсолютный	Относительный, %	

Контрольная гр. (n = 21)	22,0 ±0,3	100,0	0,7 ±0,3
Слабая миопия (n = 7)	22,8 ±0,5	116,2	2,2 ±0,4
Средняя миопия (n= 23)	23,9 ±1,1	118,7	4,4 ±0,6
Высокая миопия (n = 14)	24,8 ±0,7	119,9	7,6 ±1,5
Статистическая достоверность (AB split test calculator)	P < 0,01		

В ходе нашего исследования при сравнении результатов в основной группе переднезадняя ось (ПЗО) $24,9 \pm 0,7$ мм, в контрольной группе $22,0 \pm 0,3$ мм.

(данные результаты обработаны методом вариационного анализа и включают данные среднего арифметического показателя).

При анализе параметров толщины хрусталика в различных возрастных группах с учётом рефракции и ПОУГ (рис. 1), наблюдалась тенденция к его увеличению в обеих группах, с преобладанием размера в основной группе (у пациентов с миопией и глаукомой).

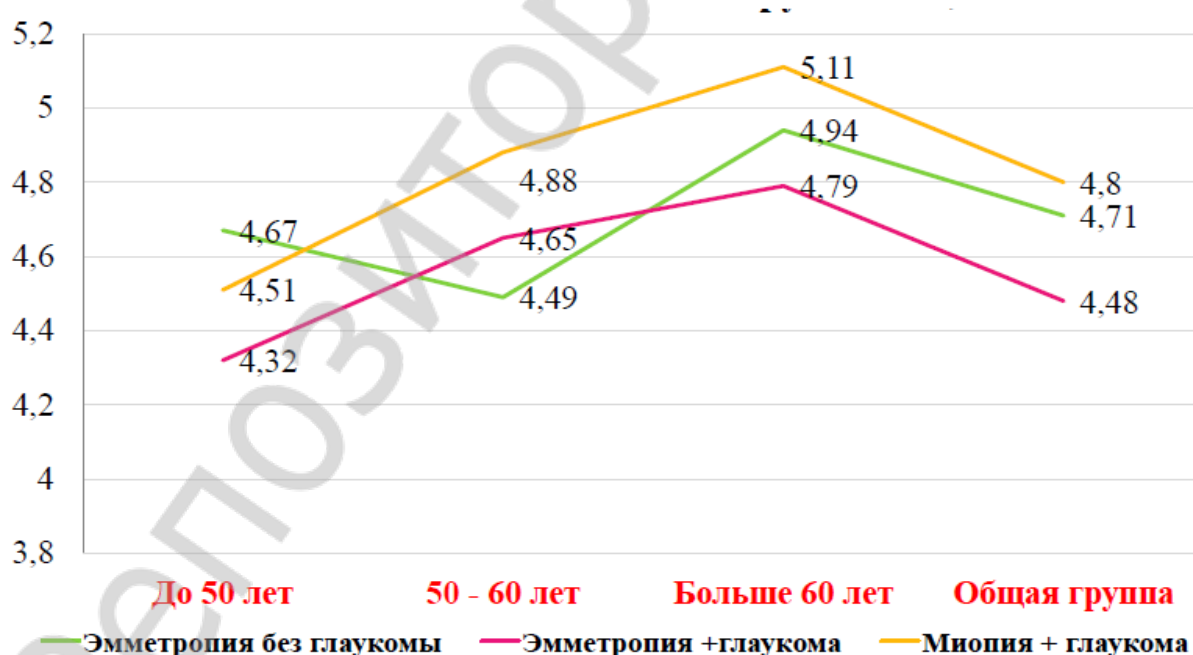


Рисунок 1. – Изменение толщины хрусталика, мм

Толщина хрусталика у пациентов с ПОУГ и миопией увеличивалась во всех группах, значимо в основной группе в возрастной категории > 60 лет – 5,11 мм.

При анализе толщины роговицы и уровня ВГД получена корреляционная зависимость в основной группе. При толщине роговицы менее 500 мкм средний уровень ВГД составил $15,0 \pm 2,23$ мм рт. ст., в то время как при толщине роговицы более 650 мкм – $21,1 \pm 3,72$ мм рт. ст. (результаты обработаны методом вариационного

анализа и включают данные среднего арифметического показателя и его стандартного отклонения). Согласно нашим данным толщина роговицы колеблется в диапазоне 510 – 580 мкм. Так же в ходе нашего исследования выявлена зависимость течения глаукомного процесса от толщины роговой оболочки в группе пациентов с ПОУГ (рисунок 2). У больных с толщиной роговицы менее 500 мкм частота встречаемых далеко зашедших и терминальных стадий была намного выше, чем в группе с большими показателями ЦТР.

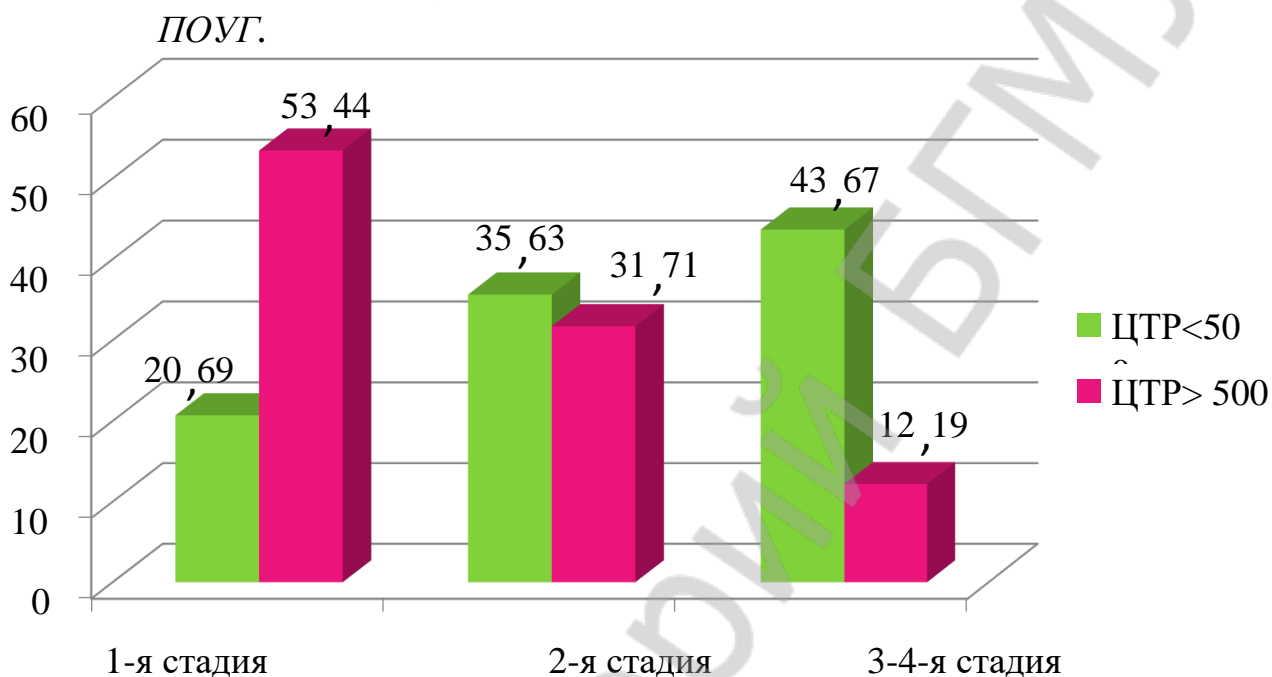


Рисунок 2 – Взаимосвязь центральной толщины роговицы у миопов и стадии развития

При выполнении пациентам гониоскопии в группе контроля (миопия + ПОУГ) в 49% случаев угол передней камеры глаза оказался открыт (45 град.) и не наблюдалось изменений в его структуре. В основной группе в 79% случаев выявлен широкий угол передней камеры глаза (рисунок 3).

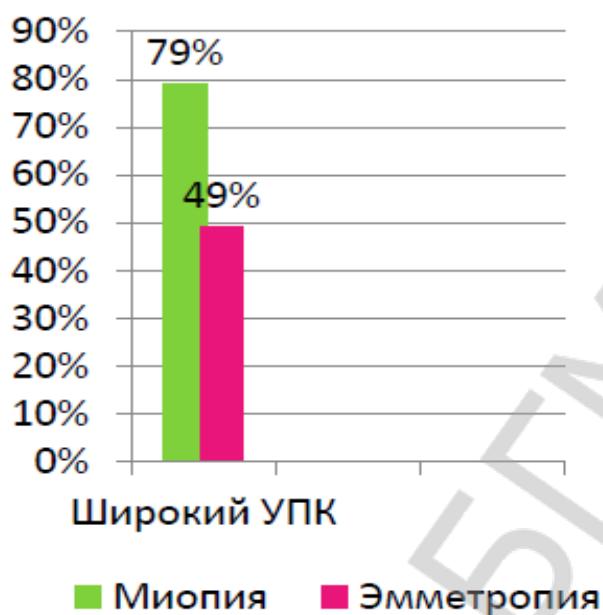


Рисунок 3- Угол передней камеры глаза в основной группе и группе контроля.

Выводы:

- 1) глаукома у пациентов с миопией имеет выраженные эхиогеометрические отличия от пациентов с ПОУГ с эмметропией.
- 2) пациенты с глаукомой и миопией имеют достоверно более глубокую переднюю камеру, шире угол передней камеры, больше ПЗО и меньше центральную толщину роговицы, чем пациенты с ПОУГ и эмметропической рефракцией.

N. A. Rovinets, D. A. Marchuk

PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA IN PATIENTS WITH MYOPIC REFRACTION OF THE EYE

Tutor: assistant T. V. Kachan

Department of eye diseases

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Волков В. В. Глаукома открытоугольная. - М., 2008. - 352 с.
2. Герхард К. Ланг. Офтальмология. Карманный справочник-атлас; Практическая медицина, 2013 г – 128с.
3. Архипова Л. Т. Симпатическая офтальмия. - М.: Триада, 2006. - 247 с