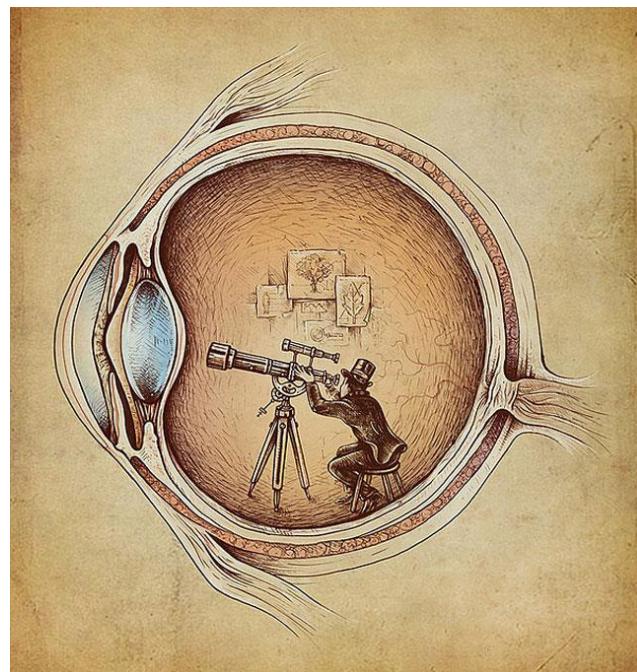


ГЛАУКОМА

информация для пациентов



Чебоксары. 2018

УДК 617.7

ББК 56.7

Авторы: Горбунова Н.Ю., Шипунов А.А., Маркова А.А., Михеева О.Ф.

Горбунова Н.Ю., Шипунов А.А., Маркова А.А., Михеева О.Ф.

Глаукома / Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России. - Чебоксары, 2018. - 16 с.

Эта брошюра составлена с учетом вопросов, наиболее часто задаваемых пациентами врачам нашей клиники. Ее задачей является ознакомление больного глаукомой. Глаукома - тяжелое глазное заболевание, обрекающее человека на слепоту. Известен только один путь предупреждения слепоты при глаукоме. Это - своевременная диагностика и правильное лечение. Благодаря современным способам лечения, большинству больных удается сохранить зрение и радость восприятия окружающего мира.

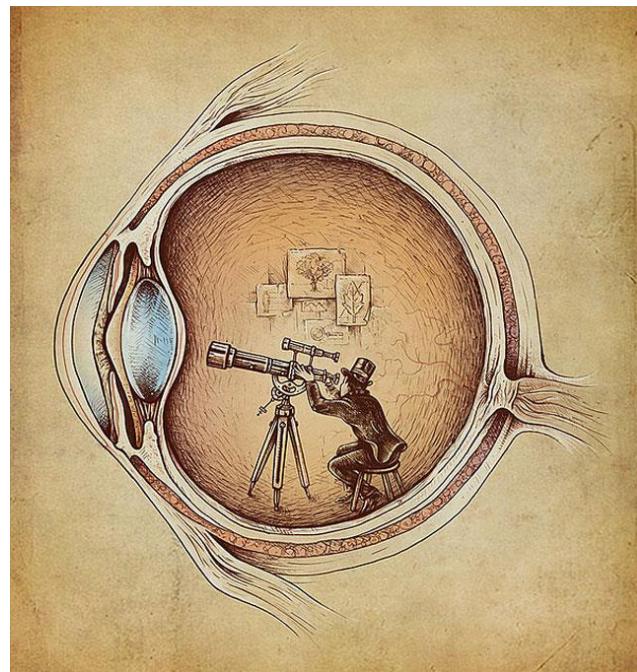
© Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

Горбунова Н.Ю., Шипунов А.А., Маркова А.А., Михеева О.Ф.

ГЛАУКОМА

информация для пациентов



Чебоксары. 2018

Что же такое глаукома?

С древнегреческого языка это слово переводится как "зеленая вода". Название не отражает сути заболевания, а связано с тем, что на последней, терминальной стадии этой болезни дистрофические изменения роговицы, радужки и помутнение хрусталика приводят к тому, что глаз приобретает характерный зеленоватый оттенок. На Руси же это заболевание называли болезнью «грязной воды».

Глаукома – это группа хронических, прогрессирующих, пожизненных заболеваний глаза, при которых поражается зрительный нерв. В большинстве случаев причина возникновения глаукомы неизвестна, за исключением некоторых видов вторичных глауком. Принято считать, что это многофакторное заболевание, то есть совокупность многих патологических процессов. Причинами повреждения волокон зрительного нерва при первичных глаукомах являются такие факторы, как периодическое либо постоянное повышение внутриглазного давления выше индивидуального уровня, нарушение кровообращения в глазном яблоке и головном мозге и др. Глаукома чаще возникает у лиц более старшего возраста (в 40 лет болеет 1 из 100 человек, в 70-летнем возрасте – 1 из 10-20), у кровных родственников больных глаукомой, у лиц с близорукостью, дальнозоркостью, при таких заболеваниях, как сахарный диабет, мигрень, при нестабильном артериальном давлении (как повышенном, так и пониженном), после различных травм глаза.

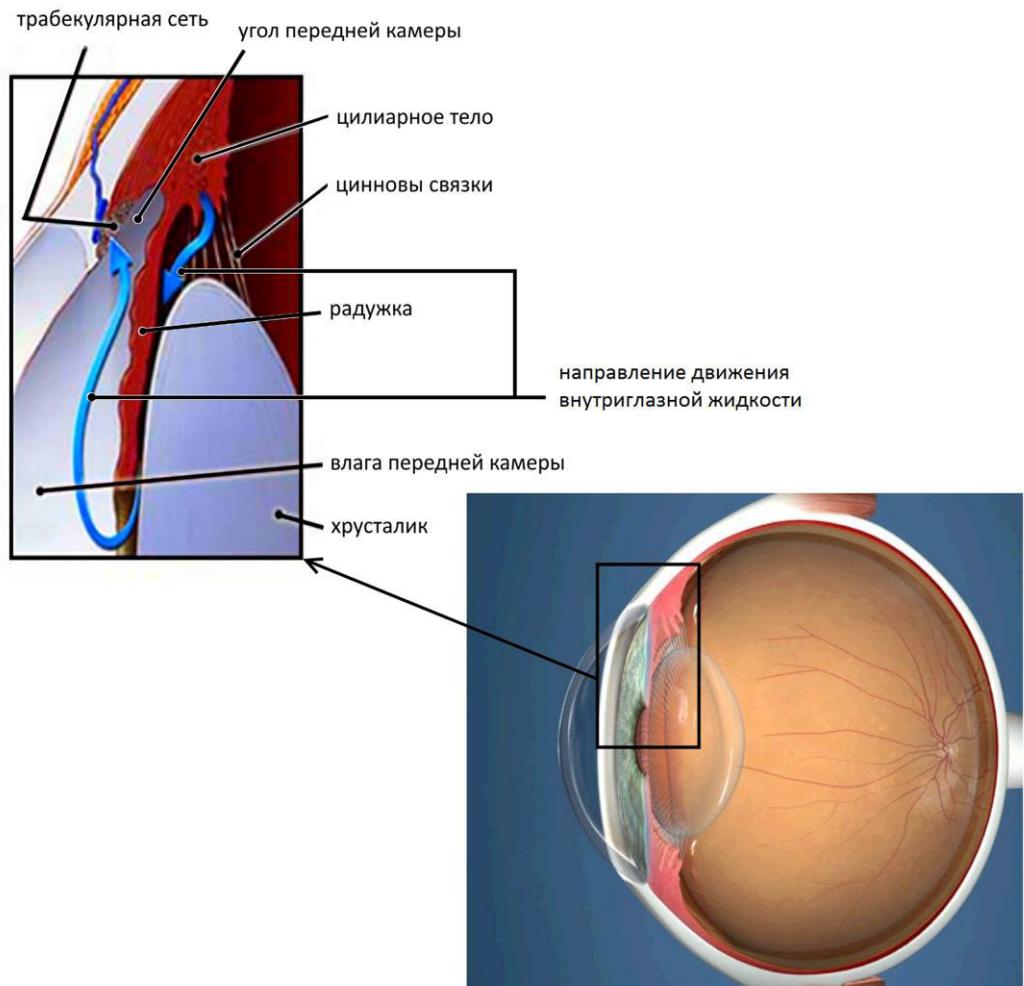
Если заболевание не лечить, зрение прогрессивно снижается вплоть до наступления слепоты. Слепота, порожденная глаукомой, носит необратимый характер, так как погибает зрительный нерв. В этом случае вернуть зрение ослепшему больному уже невозможно!



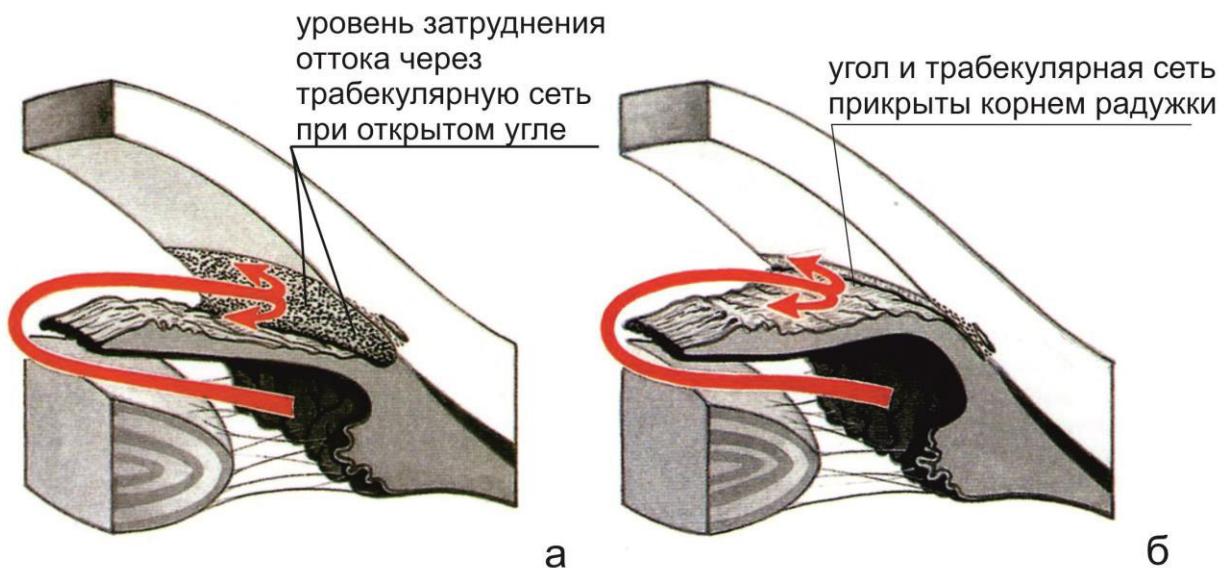
Почему происходит повышение внутриглазного давления?

Благодаря нашему зрению мы получаем до 90% информации из внешнего мира. Глаз человека – сложно устроенный орган, внутри которого постоянно протекают различные физиологические процессы, обеспечивающие качественное зрение. В глазу есть бессосудистые структуры, такие как хрусталик, стекловидное тело, роговица, которые получают питание не через кровь, а за счет внутриглазной жидкости. Она постоянно вырабатывается в глазу отростками цилиарного тела и постоянно оттекает из него через угол передней камеры, где находится специальная сетчатая структура – trabekuloлярная сеть, которая выполняет функцию отвода внутриглазной жидкости из глаза (Рис.1). Вот этот баланс выработки и оттока глазной жидкости как раз и уравновешивает внутриглазное давление. Когда возникают препятствия для ее оттока (а выработка продолжается), повышается внутриглазное давление.

Причин для создания препятствия оттоку внутриглазной жидкости очень много. Это может быть связано с врожденным нарушением строения трабекулярной сети, что вызывает развитие врожденной и детской глаукомы. «Засорение» трабекулярной сети пигментом или другими дистрофическими отложениями, а также возрастные изменения структуры трабекул приводят к развитию открытоугольной глаукомы. При полном закрытии угла передней камеры корнем радужки развивается так называемая закрытоугольная глаукома (Рис.2, а и б). Глаукома может возникать вторично, как следствие травмы глаза, после перенесенного тяжелого внутриглазного воспалительного процесса, в результате заболеваний хрусталика и возникновения слабости его связочного аппарата, в результате смещения искусственного хрусталика, после проведенных операций по поводу заболеваний стекловидного тела и сетчатки.



*Рис.1. Схема оттока внутрглазной жидкости
(стрелкой указано направление движения)*



*Рис.2, а. Открытоугольная глаукома.
Затруднение оттока на уровне
трабекулярной сети*

*Рис.2, б. Закрытоугольная глаукома.
Угол передней камеры прикрыт
корнем радужки*

Чем опасна глаукома?

Повышение внутриглазного давления опасно для глаза своим губительным воздействием на чувствительные волокна зрительного нерва. Длительное повышение внутриглазного давления приводит к атрофии нервных волокон (Рис.3) и безвозвратному выпадению участков поля зрения вплоть до наступления полной слепоты. На фотографии в норме диск зрительного нерва бледно-розовый, при глаукоме белый или серый.

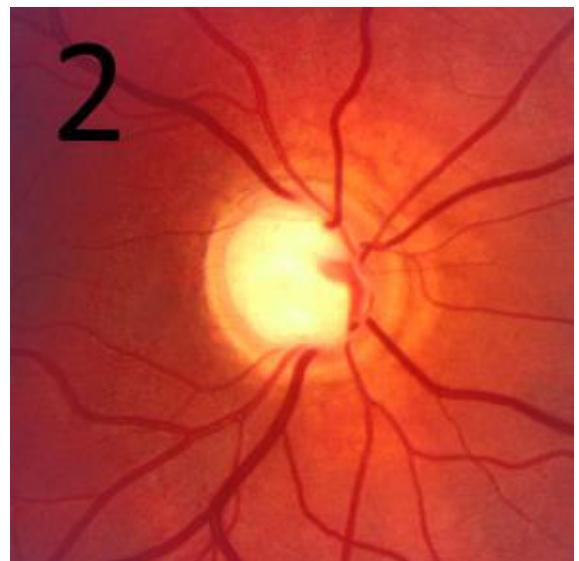
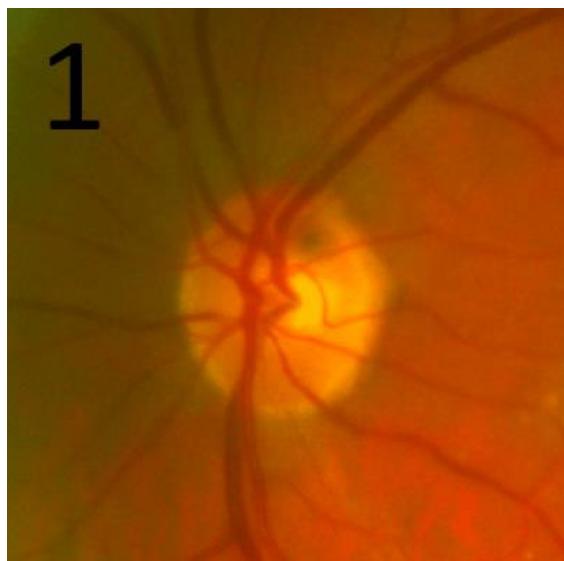


Рис.3. Фото диска зрительного нерва в норме (1) и при глаукоме (2)

По степени нарушения полей зрения определяется стадия глаукомы (Рис.4 а,б). Если на ранних стадиях заболевания внутриглазное давление будет снижено до безопасных значений, то возможно сохранение зрения вплоть до глубокой старости. Однако при далеко зашедшей глаукоме вернуть утерянное зрение уже невозможно и снижение внутриглазного давления нужно для того, чтобы сохранить оставшееся зрение, но не вернуть былое.



Рис. 4, а. Картина окружающего мира при нормальных границах полей зрения в норме



Рис.4, б. Постепенное сужение границ полей зрения при глаукоме

Как диагностировать глаукому?

Сложность диагностики первичной открытоугольной глаукомы заключается в том, что на ранних стадиях она никак себя не проявляет. В случае первичной закрытоугольной глаукомы приступы повышения внутриглазного давления часто «маскируются» под головные боли, приступы мигрени, воспалительные заболевания придаточных пазух носа, под подъемы артериального давления.

Норма внутриглазного давления для каждого человека индивидуальна. Поэтому на ранних стадиях глаукомы простого измерения внутриглазного давления бывает недостаточно для выявления заболевания и постановки диагноза. Минимальный набор диагностических обследований для выявления глаукомы включает в себя проведение тонометрии (измерения внутриглазного давления) по Маклакову, осмотр глазного дна (диска зрительного нерва), периметрию (тест для определения

границ поля зрения). Способ измерения внутриглазного давления влияет на точность результатов измерения. Измерение внутриглазного давления воздухом (пневмотонометрия, Рис.5) является ориентировочным и часто требует перепроверки тонометром Маклакова (Рис.6).



Рис.5. Пневмотонометр



Рис.6. Тонометрия по Маклакову

Помимо измерения внутриглазного давления для постановки диагноза проводится тонография. Это обследование определяет показатели продукции и оттока жидкости из глаза и их соотношение.

Существуют более чувствительные, чем тонометрия и периметрия, методы обследования, позволяющие определить наличие глаукомы на самой начальной стадии.

Во-первых, это измерение роговично-компенсированного внутриглазного давления, проведение которого определяет индивидуальный уровень внутриглазного давления в зависимости от состояния и свойств роговицы. Это обследование позволяет получить

более точные данные внутриглазного давления и контролировать эффективность назначаемого лечения.

Во-вторых, это компьютерная периметрия по специальным программам, позволяющая обнаружить минимальное снижение светочувствительности сетчатки и появление начальных нарушений полей зрения, не различаемых самим пациентом.

В-третьих, оптическая когерентная томография диска зрительного нерва и слоя нервных волокон. Это высоко информативный метод обследования, при помощи которого возможно определить количество функционирующих «работающих» клеток сетчатки и зрительного нерва и выявить их потерю при глаукоме. Обследование позволяет отслеживать состояние зрительного нерва и прогрессирование глаукомы в динамике и контролировать течение глаукомы.

Возраст старше 40 лет, наличие глаукомы у ближайших родственников, близорукость или дальнозоркость, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, особенно склонность к пониженному артериальному давлению, длительный прием стероидных лекарственных препаратов являются факторами риска возникновения глаукомы. Поэтому, если Вы обнаружили у себя хотя бы один из перечисленных факторов риска, часто страдаете от головных болей, периодически наблюдаете появление радужных кругов при взгляде на источник света, мы рекомендуем Вам пройти комплексное обследование на

глаукому в специализированной офтальмологической клинике.

Как сохранить зрение при глаукоме?

На сегодняшний день единственной доказанной стратегией лечения глаукомы является снижение внутриглазного давления. Снижение внутриглазного давления до безопасных значений способствует сохранению зрительных функций. Для каждого больного это индивидуальные цифры, и пациент должен интересоваться и уровнем своего внутриглазного давления при каждом посещении врача и способом его измерения. Задачей врача является выявление глаукомы на ранних стадиях и назначение адекватного лечения. Существует 3 вида гипотензивного лечения при глаукоме: медикаментозный, лазерный и хирургический (или оперативный). Какое именно лечение подойдет Вам, решит Ваш врач с учетом всех Ваших особенностей. Гипотензивные капли не всегда безопасны как для глаза в целом, так и для всего организма, часто со временем теряют свою эффективность и не всегда помогают снизить внутриглазное давление. В этом случае лазерные и оперативные методы лечения более эффективны для стабилизации процесса. Важно знать, что ни одна операция не дает гарантии, что в дальнейшем внутриглазное давление не будет повышаться. Гипотензивный эффект операции может сохраняться в среднем до 3-5 лет (от 1 года до 10 лет). Если в дальнейшем вновь возникает повышение внутриглазного давления, то назначаются гипотензивные капли и решается вопрос о назначении дополнительной

лазерной или повторной хирургической операции. Поэтому пациенты с глаукомой должны находиться под диспансерным наблюдением у врача-офтальмолога по месту жительства в течение всей жизни (1 раз в 3 месяца проверка остроты зрения, измерение ВГД по Маклакову, 1 раз в 6 месяцев исследование границ поля зрения, проведение оптической когерентной томографии зрительного нерва и слоя нервных волокон сетчатки – по возможности).

Стоит ли бояться операции?

Соглашаясь на операцию, Вы должны понимать, что целью антиглаукомной операции является не улучшение зрения, а снижение и стабилизация внутриглазного давления глаза для сохранения имеющегося на момент операции зрения.

Современные методики операций при глаукоме минимально травматичны, как говорят – малоинвазивны. Польза от выполненной операции во много раз превосходит возможный риск. Поэтому современные высокотехнологичные офтальмологические клиники рекомендуют пациентам выполнение оперативного лечения на самых ранних стадиях глаукомы. Операции выполняются под местной анестезией и безболезненны. В случае возникновения каких-либо жалоб во время операции Вы должны сказать об этом хирургу, но ни в коем случае самостоятельно не совершать никаких действий.

Ввиду многообразия форм глаукомы, существует множество видов антиглаукомных операций (лазерных и хирургических). Какая операция нужна именно Вам,

определяет Ваш лечащий врач. Зачастую более безопасным и оправданным является поэтапное выполнение нескольких операций, которые в итоге обеспечивают стабилизацию внутриглазного давления. После проведения полного диагностического обследования врач порекомендует Вам тот или иной план дальнейшего лечения, максимально эффективный и безопасный для Вашего здоровья.

В глаукомном отделении Чебоксарского филиала ФГАУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова пациентам с глаукомой выполняется весь спектр современных лазерных и хирургических операций: непроникающие оперативные вмешательства (микроинвазивная хирургия шлеммова канала, в том числе с имплантацией дренажей), проникающая хирургия (глубокая склерэктомия, модифицированная синустррабекулэктомия), проведение которых позволяет снизить уровень внутриглазного давления и тем самым сохранить зрительные функции. В случаях рефрактерных форм глаукомы выполняются высокотехнологические оперативные вмешательства, заключающиеся в имплантации антиглаукомных дренажных устройств (Ex-press дренаж, дренаж Molteno 3, клапан Ахмед (модель FP7, FP8)). В 2017 году в арсенале хирургов отделения появилась видеоэндоскопическая система, позволяющая дозированно уменьшать продукцию внутриглазной жидкости и тем самым снижать внутриглазное давление.

В случае наличия закрытоугольной глаукомы в сочетании с катарактой пациентам выполняется

комбинированное вмешательство, заключающееся в удалении катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (искусственного хрусталика) и воздействии на трабекулярную зону, что улучшает отток внутриглазной жидкости. Выполнение такого объема хирургического вмешательства позволяет достичнуть открытия угла передней камеры, снизить внутриглазное давление и улучшить зрение пациенту.

Помимо хирургических вмешательств в отделении проводятся лазерные операции. Выполняются периферическая лазерная иридэктомия у пациентов с закрытым углом передней камеры, которая позволяет предотвратить развитие острых приступов повышения внутриглазного давления, сопровождающихся выраженным поражением зрительного нерва и подчас необратимым снижением зрительных функций. Помимо этого, возможно проведение лазерной гониопунктуры, целью которой является дополнительное снижение уровня внутриглазного давления за счет усиления оттока внутриглазной жидкости после выполненных оперативных вмешательств в раннем и отдаленном послеоперационном периоде после выполнения непроникающей хирургии. Селективная лазерная трабекулопластика и Иаг-лазерная активация трабекулы у пациентов с начальными стадиями открытоугольной глаукомы позволяют усилить отток внутриглазной жидкости за счет лазерного воздействия на естественные пути оттока и, тем самым, отсрочить необходимость хирургического оперативного вмешательства.

За последнее время возросло количество случаев врожденной глаукомы, которая тяжело поддается лечению и быстро приводит к формированию атрофии зрительного нерва и полной потере зрения. В условиях глаукомного отделения проводится диагностика под наркозом детей с подозрением на наличие патологии внутриглазного давления. Проведение полного комплекса обследования позволяет обнаружить заболевание на самых ранних этапах развития и оказать своевременное медикаментозное или хирургическое лечение.

При стабилизации внутриглазного давления необходимо проходить курсы консервативного лечения глаукомной атрофии зрительного нерва у офтальмолога по месту жительства 2 раза в год с целью сохранения зрительных функций.

Образ жизни при глаукоме.

Какую одежду предпочтительнее носить?

Нежелательно носить одежду, затрудняющую кровообращение в области шеи.

Можно ли заниматься спортом?

Физические нагрузки при глаукоме должны быть умеренными. Не нужно полностью отказываться от спортивных занятий, однако нельзя работать с большими физическими нагрузками. Очень полезны прогулки и плавание.

Можно ли водить автомобиль?

Водитель должен иметь хорошее центральное и периферическое зрение, чтобы вовремя реагировать на изменения дорожной обстановки. Поэтому, если у Вас имеются нарушения полей зрения, вождение опасно для Вас и окружающих.

Можно ли смотреть телевизор?

Смотрите телевизор при подсвечивании помещения дополнительным неярким источником света, то есть экран телевизора не должен быть единственным освещенным местом в комнате.

Нужно ли придерживаться специальной диеты?

Не существует надежных доказательств в пользу особой диеты при глаукоме. Питание должно быть нормальным и сбалансированным.

Нужно ли ограничивать прием жидкости?

Ограничения жидкости, как правило, не требуется, за исключением приема большого количества жидкости за короткий промежуток времени.

Нужно ли бросать курение?

Обязательно! Никотин вызывает сужение сосудов, нарушая питание зрительного нерва, а также оказывает токсическое действие на сетчатку и волокна зрительного нерва.

Вредно ли работать за компьютером при глаукоме?

Ученые доказали, что многочасовое сидение перед экраном компьютера увеличивает риск глаукомы у людей, уже страдающих близорукостью. Рекомендуется делать 5-

10-минутные перерывы через каждые 30 минут работы за компьютером.

Можно ли работать при глаукоме?

Пациенты с глаукомой ведут обычный активный образ жизни, работа им не противопоказана, за исключением некоторых специальностей. Однако не рекомендуется работать с большими эмоциональными или физическими нагрузками, а также выполнять длительную физическую работу с наклоненной головой.

Если Вы увлеченный садовод-огородник, то приобретите низкую устойчивую скамеечку и занимайтесь прополкой, сидя на ней и передвигаясь вдоль грядки. Голова должна быть защищена от солнца головным убором, глаза должны быть защищены качественными солнцезащитными очками.

Желаем Вам успешного лечения и ясного зрения!

Запись на прием:

Многоканальный телефон: **8 (3852) 48 25 86**

Запись в электронной регистратуре: **0788.рф**

Сайт: <http://mntkcheb.ru/>