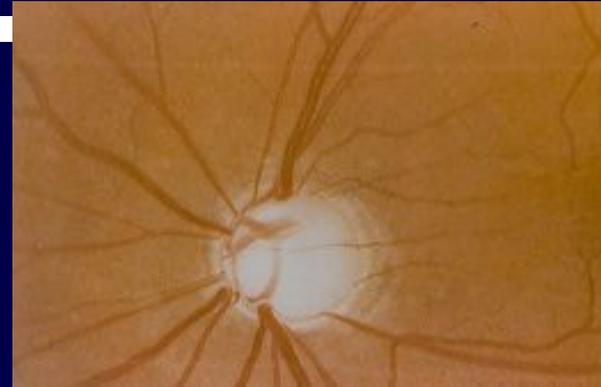


ГЛАУКОМА

ЗАБОЛЕВАНИЕ,
ПРИ КОТОРОМ
ПОВЫШЕННОЕ
ИЛИ НЕСТАБИЛЬНОЕ
ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ
ПРИВОДИТ К ПОРАЖЕНИЮ
ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

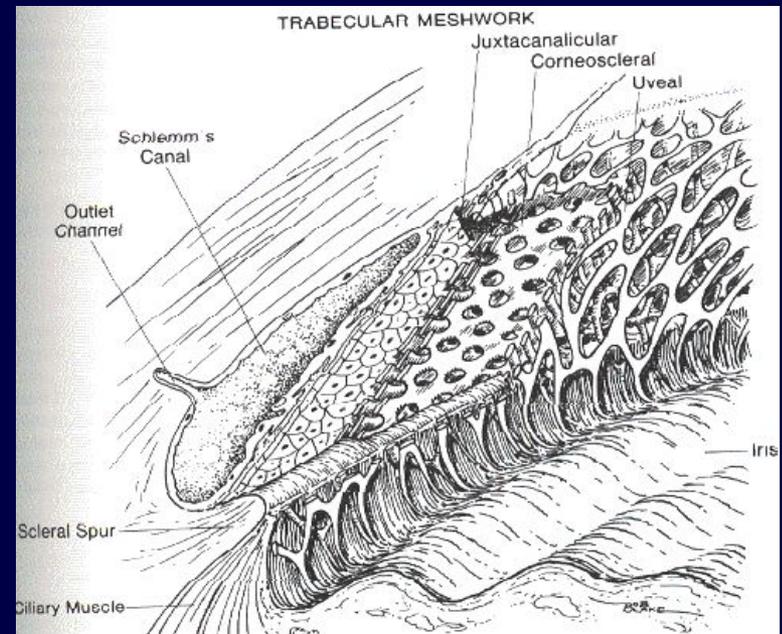
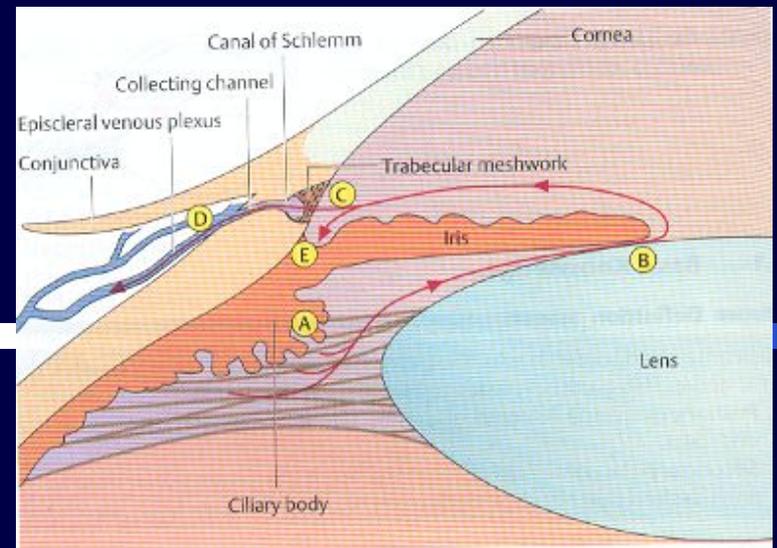


ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Вторая наиболее частая причина слепоты в развитых странах
- Первичная глаукома- глаукома, развитие которой не связано с каким-то глазным заболеванием
- Вторичная глаукома развивается вследствие глазного заболевания, побочного действия медикаментозного или немедикаментозного лечения

ВНУТРИГЛАЗНАЯ ЖИДКОСТЬ

- Отток ВГЖ:
через трабекулу,
откуда дренируется в Шлемов
канал. Через 20-30 радиальных
каналов уходит в
эписклеральное
венозное сплетение

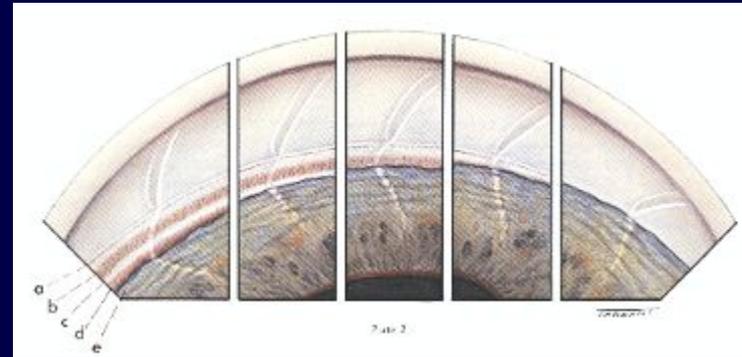


Факторы, повышающие сопротивление току ВГЖ через зрачок

- Меньшая величина глазного яблока
- Крупный хрусталик (возраст, диабет)
- Миоз
- Задние синехии
- Воспаление (белки, клетки, фибрин)
- Гифема

Методы исследования

- Периметрия
- Исследование глубины передней камеры
- Биомикроскопия
- Гониоскопия



- Измерение ВГД

Суточная тонометрия (Флюктуации ВГД, превышающие 5 мм рт ст)

- Офтальмоскопия ДЗН (трехмерное изображение ДЗН)

Классификация глаукомы

- 1 Периферическое поле зрения – N, дефект центрального поля зрения, экскавация ДЗН расширена, но не краевая
- 2 Поле зрения сужено более чем на 10° с назальной стороны, парацентральные изменения, экскавация ДЗН доходит до края в каком-либо секторе
- 3 Периферическое поле зрения концентрически сужено (15° от места фиксации), краевая субтотальная экскавация.
- 4 Полная потеря зрения (p1c, остаточное поле зрения в височном секторе)

Целевое давление

- ДАВЛЕНИЕ, ПРИ КОТОРОМ СОЗДАНЫ УСЛОВИЯ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ;
- ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВГД, КОТОРОЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С УЧЕТОМ СТАДИИ ГЛАУКОМЫ, ФАКТОРОВ РИСКА, ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ

Уровень ВГД

- А До 21 мм рт ст
- В 22-32 мм рт ст
- С Более 32 мм рт ст

Открытоугольная глаукома

- **Первичная** - частота - 90%

передней камеры полностью открыт.

При гониоскопии структуры без патологии.

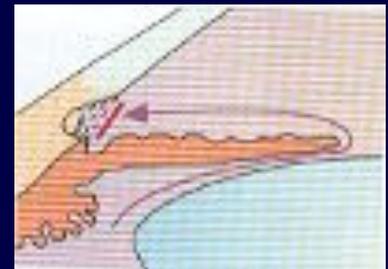
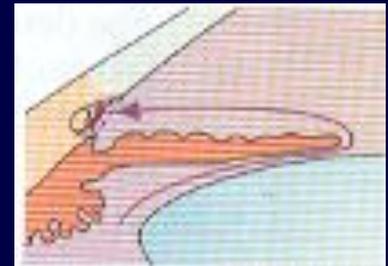
Нарушение оттока - трабекула

- **Вторичная** - частота 2-4%

Угол передней камеры полностью открыт.

Видна трабекула и субстрат, нарушающий отток.

Эритроциты, пигментные и воспалительные клетки вызывают нарушение оттока через трабекулу.



Первичная открытоугольная глаукома



- Как правило возникает после
- достигая максимума к 60-70 годам.
- Имеется генетическая предрасположенность к заболеванию этой формой глаукомы
- **Этиология** неизвестна. Однако очевидно, что **имеется нарушение оттока ВГЖ**

Жалобы

- У большинства пациентов течение бессимптомное в течение многих лет
- Неспецифические жалобы: головная боль, жжение, снижение зрения, круги при взгляде на источник света
- Типичных жалоб нет

Дифференциальный диагноз

- **Глазная гипертензия.** Пациенты имеют существенно повышенный уровень ВГД в течение многих лет без признаков прогрессирования глаукоматозной нейропатии.
- **Глаукома низкого давления.** Типичная картина глаукоматозной атрофии ДЗН, типичные дефекты полей зрения без повышения ВГД. В анамнезе - нарушения гемодинамики, гипотензия.

Требования к препаратам

- ДОСТАТОЧНАЯ ГИПОТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ;
- БЕЗОПАСНОСТЬ И ПРОСТОЙ РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ;
- СТАБИЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ВГД в ТЕЧЕНИЕ 24 часов С МИНИМАЛЬНЫМИ СУТОЧНЫМИ КОЛЕБАНИЯМИ;
- ОТСУТСТВИЕ «ЭФФЕКТА ПРИВЫКАНИЯ».

Моноterapia

ПРЕПАРАТЫ I ВЫБОРА

ТИМОЛОЛА МАЛЕАТ

ЛАТАНОПРОСТ

ТРАВОПРОСТ

ПРЕПАРАТЫ II ВЫБОРА

БЕТАКСОЛОЛ

БРИНЗОЛАМИД / ДОРЗОЛОМИД

ПИЛОКАРПИН

ПРОКСОДОЛОЛ

КЛОФЕЛИН

АНАЛОГИ ПРОСТАГЛАНДИНОВ

КСАЛАТАН, ТРАВАТАН

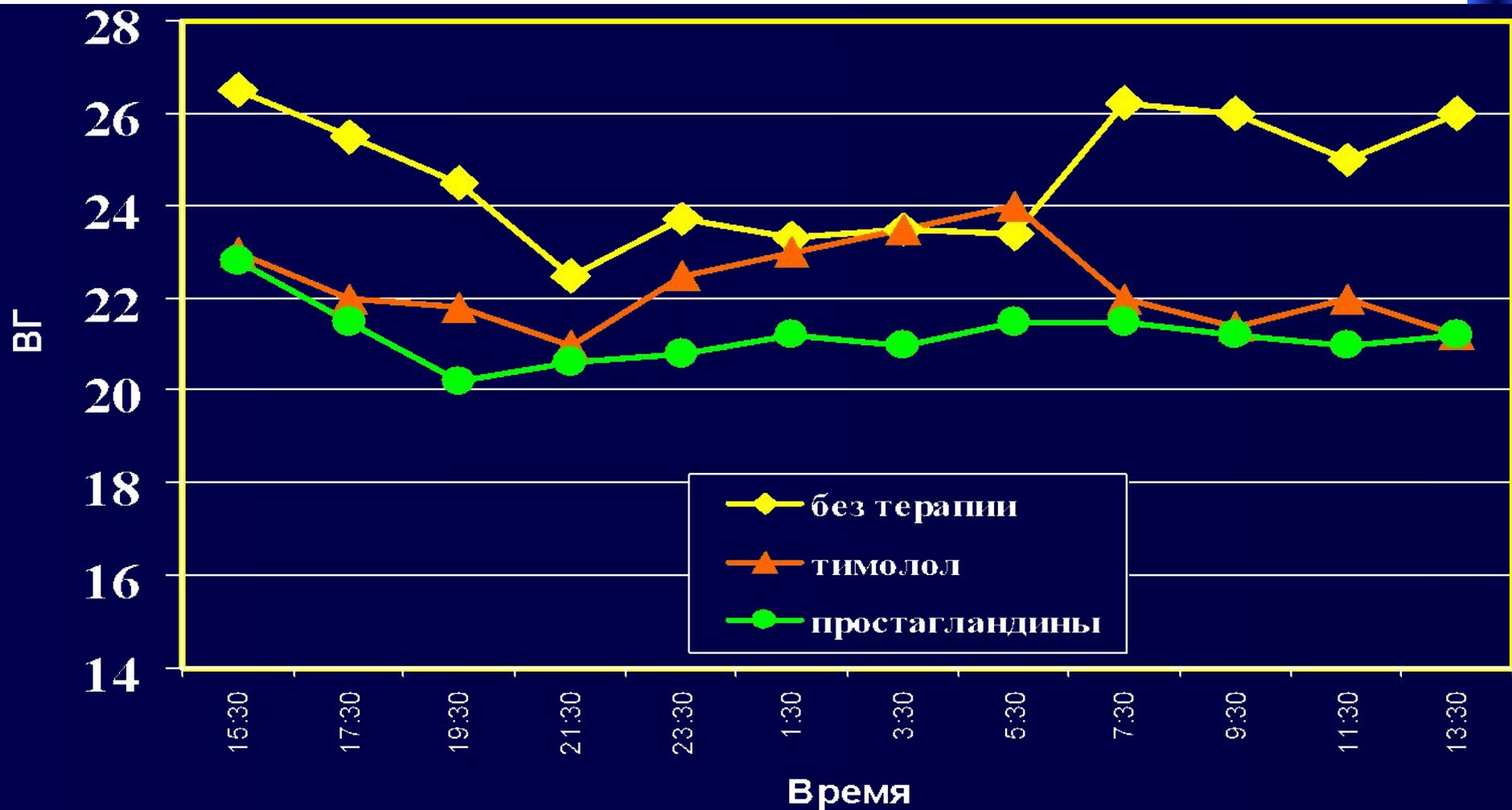
« + »

- Высокая гипотензивная эффективность в монотерапии;
- Удобство 1-х кратного применения;
- Нет тахифилаксии;
- Min колебания ВГД.

« — »

- Изменение цвета радужки;
- Местная гиперемия;
- Макулопатия;
- Противопоказаны при воспалении;
- Цена.

Уровень ВГД в течении суток (в положении лежа)*



ИНГИБИТОРЫ КАРБОАНГИДРАЗЫ

ТРУСОПТ, АЗОПТ

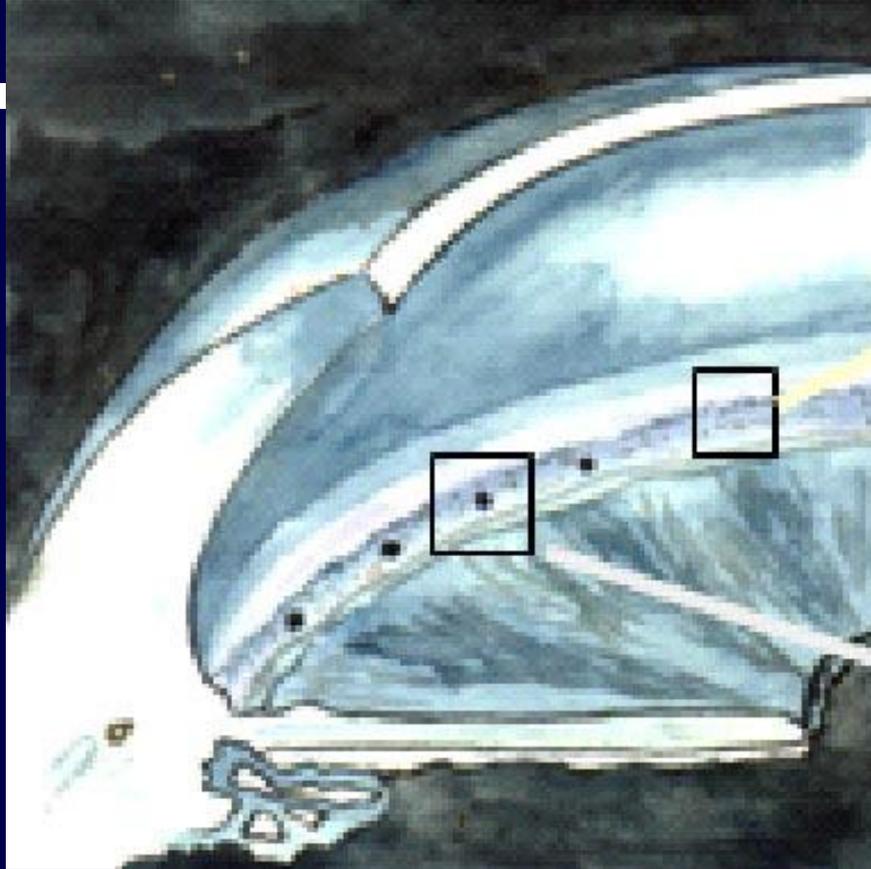
« + »

- Удобство 2-х кратного применения;
- Возможность применения
- при всех формах глаукомы.

« — »

- Более низкая гипотензивная эффективность
- Системные побочные эффекты.

Лазерная трабекулопластика



Подходы к выбору хирургического лечения глаукомы

- Лазерная трабекулопластика (аргоновый лазер)
- Фистулизирующие операции
- Непроникающие вмешательства

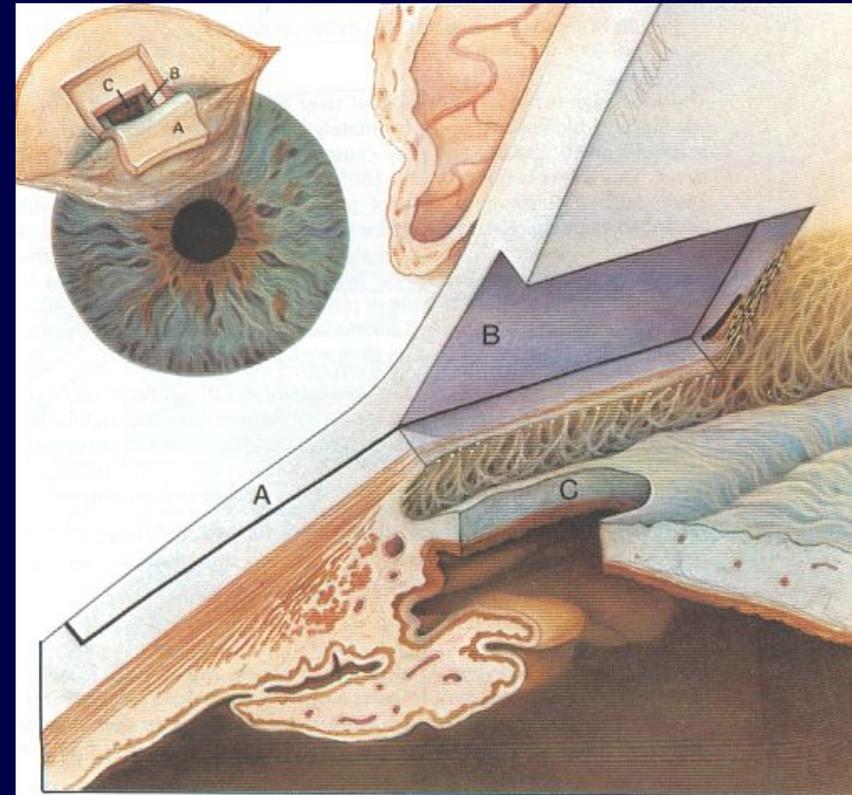


FIG X-3—Trabeculectomy. Limbus-based conjunctival flap is dissected as shown to form a scleral flap (A) 6 mm wide near the limbus. The block excision (1.5 X 3 mm) at area B, anterior to scleral spur, will include trabeculum, Schlemm's canal, and peripheral cornea. C, Peripheral iridectomy is performed.

Закрытоугольная глаукома

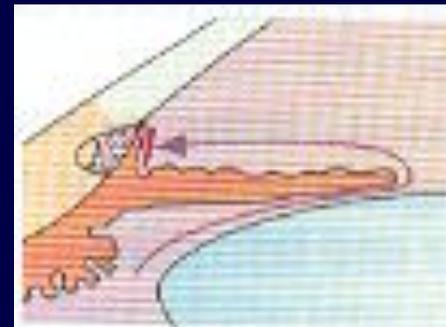
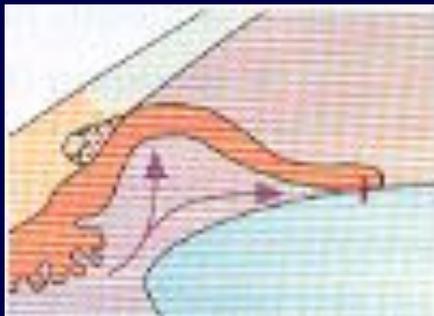


- зрачковый блок
- Угол передней камеры заблокирован.

При гониоскопии - угол закрыт.

Радужка закрывает трабекулу.

Смещение трабекулы приводит к формированию синехий, рубцеванию, неовасуляризации.



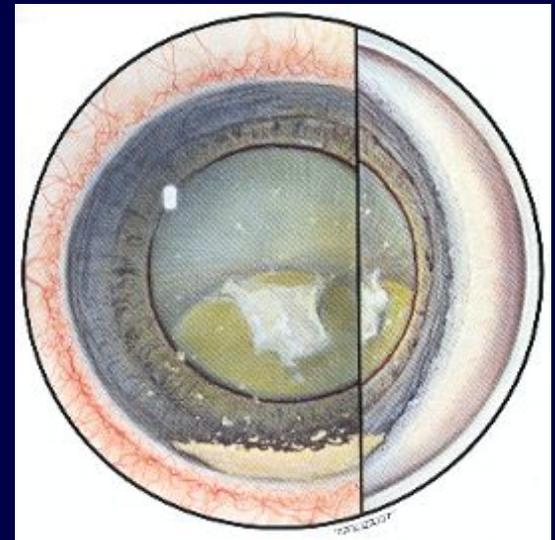
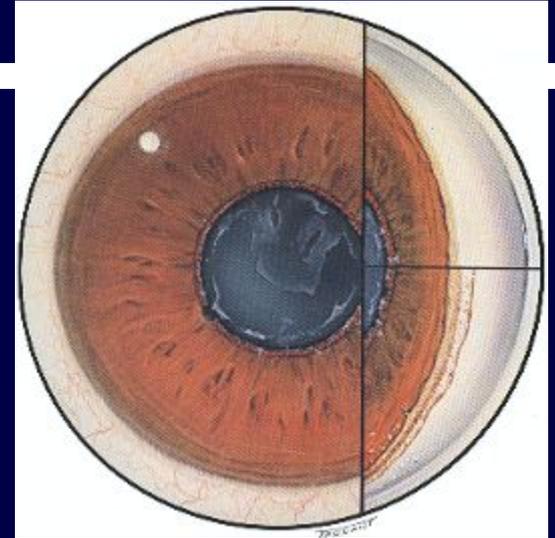
Лечение острого приступа глаукомы

- Экстренно офтальмологом
- Осмотические средства: Глицерин 1-1,5 г/кг (внутрь)
Маннит 1-2 г/кг (в/в)
- Ингибиторы карбоангидразы: Диакарб
- Анальгетики, седативные
- Отвлекающие.
- Пиявки

- Периферическая иридэктомия
- Антиглаукоматозная операция

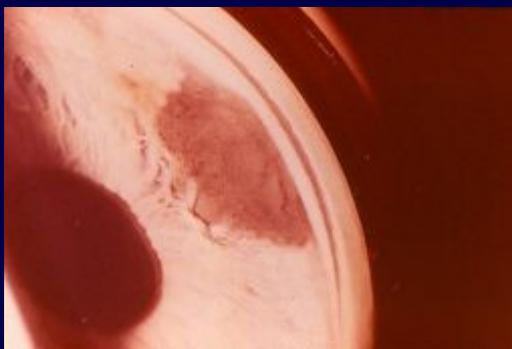
Вторичные открытоугольные глаукомы

- Псевдоэксфолиативная
- Пигментная
- Кортикостероидная
- Воспалительная
- Факолитическая

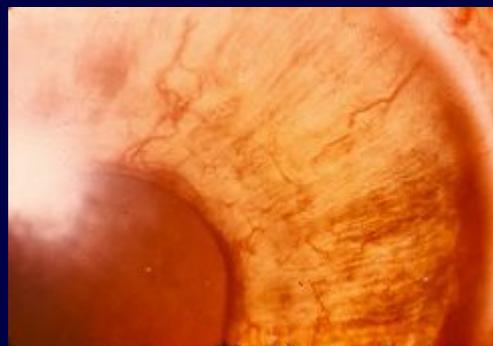


Вторичные закрытоугольные глаукомы

- Неоваскулярная



Меланобластома радужки



Рубеоз

- Травматическая



Проникающее ранение

Ювенильная глаукома



Частота 1%

- Угол открыт, но закрыт эмбриональной тканью, отсутствует дифференцировка.
- Причина нарушения оттока - неполностью дифференцированный трабекулярный аппарат и/или его закрытие эмбриональной тканью.

