

УДК 614.2:617.7-073.178

ВЫЯВЛЕНИЕ ГЛАУКОМЫ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ — ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ

Л. Н. Дегтярева

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

DETECT GLAUCOMA IN GENERAL PRACTICE — MEASURING INTRAOCULAR PRESSURE

L. N. Degtyareva

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

© Л. Н. Дегтярева, 2014 г.

В статье кратко описываются вопросы выявления глаукомы и оказания неотложной помощи при остром приступе глаукомы в условиях общей врачебной практики. Приводятся сведения о новой модификации тонометра для транспальпебрального измерения внутриглазного давления.

Ключевые слова: измерение внутриглазного давления, глаукома, скрининг на выявление глаукомы.

The article briefly describes the issues of detecting of glaucoma and emergency care at the acute attack of glaucoma in general practice. Information about the new modification of transpalpebral tonometer for measuring intraocular pressure is provided.

Keywords: intraocular pressure measurement, glaucoma, screening for glaucoma.

Актуальность. Измерение внутриглазного давления является основой ранней диагностики глаукомы. Бессимптомное течение открытоугольной глаукомы приводит к позднему обращению пациентов к врачу и затрудняет диагностику заболевания на ранней стадии. Профилактические массовые осмотры населения позволяют на ранней стадии заболевания поставить правильный диагноз и начать лечение. Одним из ведущих звеньев патогенеза глаукомы является повышение внутриглазного давления (ВГД). Именно оно при выходе за пределы толерантного для данного пациента уровня служит пусковым фактором механизма поражения зрительного нерва. В 81,2% случаев лицам с глаукомой уже при первичном освидетельствовании устанавливается I или II группы инвалидности, что подтверждает позднюю диагностику заболевания.

В России насчитывается более 850 тыс. больных глаукомой. Общая заболеваемость увеличивается с возрастом: в возрасте 40–49 лет она встречается с частотой 0,1%; в возрасте 60–69 лет — 2,8, в возрасте старше 80 лет — 14,3%. Она является причиной слепоты в 15% случаев. Открытоугольная глаукома встречается чаще в возрасте старше 40 лет, чаще у мужчин, закрытоугольная глаукома — у женщин в возрасте 50–75 лет. Частота врожденной глаукомы варьирует от 0,03 до 0,08%

глазных заболеваний у детей, но в общей структуре детской слепоты на ее долю выпадает 10–12%. Мальчики заболевают чаще девочек (65%) [1].

Глаукома (по МКБ-10 — H40-42) — группа заболеваний, характеризующихся постоянным или периодическим повышением ВГД, вызванным нарушением оттока водянистой влаги из глаза, с последующим развитием специфических дефектов поля зрения и атрофии (с экскавацией) зрительного нерва. Пациенты, страдающие глаукомой, должны лечиться и состоять на диспансерном учете у офтальмолога. Следует помнить, что при глаукоме развивается постепенное неуклонно прогрессирующее снижение всех зрительных функций, поскольку атрофия зрительного нерва при глаукоме носит необратимый и прогредиентный характер. Поэтому ранняя диагностика глаукомы очень важна, ибо это единственный способ предотвращения полной слепоты пациента. Исключительно значима здесь роль семейного врача.

Скрининг для выявления глаукомы. Любому пациенту старше 35 лет, обратившемуся к врачу общей практики, нужно провести общее офтальмологическое обследование. Всем пациентам старше 35 лет необходимо один раз в два года измерять внутриглазное давление, а лицам старше 50 лет — ежегодно. Группу риска разви-

тия заболевания составляют родственники больных глаукомой, больные сахарным диабетом, гипертонической болезнью, миопией высокой степени. Таким пациентам следует измерять внутриглазное давление не менее 2 раз в год начиная с 35 лет. Следует заподозрить закрытоугольную глаукому и провести обследование органа зрения у больных с систематическими жалобами на головную боль, тошноту и рвоту, возникающими без явных причин (заболевания желудочно-кишечного тракта, отравления, острые инфекционные заболевания). Обследование включает определение остроты зрения, измерение ВГД, осмотр глаз методом бокового освещения (при

возможности — биомикроскопия), офтальмоскопию и периметрию. Необходимо помнить о вероятности повышения ВГД у больных, принимающих глюкокортикоиды, холиноблокаторы (атропин, метоциния йодид, пирензепин, ипратропия бромид) или адrenomиметики (сальбутамол, формотерол).

У новорожденных и детей раннего возраста скрининг на выявление глаукомы не проводится. Однако наличие классической триады симптомов — слезотечение, светобоязнь и блефароспазм — или стойкое беспричинное проявление любого из них позволяет заподозрить глаукому у новорожденных и детей раннего возраста [2].

В помощь практикующим врачам

Острый приступ первичной глаукомы (МКБ-10 — H40.0) возникает чаще у людей старше 50 лет. Развивается остро, внезапно. Пациенты предъявляют жалобы на тошноту, резкое ухудшение зрения, вплоть до слепоты, сильнейшую ломящую боль в глазу, реже — в обоих. Боль распространяется почти по всей голове, иррадируя в челюсти; височную область. Объективно определяется слезотечение, покраснение глаза, диффузное помутнение роговицы, ее шероховатость, измельчение передней камеры, расширение зрачка, ступенчатость рисунка радужки. Главным симптомом острого приступа глаукомы является резкое повышение внутриглазного давления. Многие пациенты отмечают, что повышение ВГД сопровождается появлением радужных кругов вокруг светящегося объекта, быстрым затуманиванием зрения и снижением остроты зрения. Такие проявления иногда называют аурой глаукомного приступа. Следует заметить, что у части больных, страдающих закрытоугольной формой глаукомы, заболевание сразу проявляется острым приступом и в анамнезе глаукомы может и не быть.

Обратите внимание — повышение внутриглазного давления может быть принято за приступ мигрени и наоборот. Помощь в дифференциальной диагностике могут оказать следующие факторы: возраст (мигрень «стартует» в более молодом возрасте), анамнез и провоцирующие факторы приступа мигрени (пациенты достаточно точно знают ситуации, когда возникает приступ), состояние глазных яблок (при мигрени они одинаковы, а при одностороннем повышении ВГД разница сразу чувствуется) и, наконец, наступление положительного эффекта от анальгетиков или специфических противомигренозных препаратов, чего не будет при глаукоме.

Острый приступ вторичной глаукомы (H40.3-40.6) отличается от острого приступа первичной глаукомы тем, что в анамнезе имеется заболевание или травма глаза, а также меньшей выраженностью болей и других субъективных симптомов.

Неотложная помощь в ОВП при приступе глаукомы направлена на быстрейшее снижение внутриглазного давления. От скорости и качества неотложной помощи зависит сохранение зрения больного глаза. При впервые возникшем приступе глаукомы, сопровождающемся выраженными болями, нужно срочно доставить больного на офтальмологическое отделение стационара, минуя все промежуточные этапы.

1. Проводится инстиляция 1% раствора пилокарпина по 1 капле 5–6 раз с промежутками в 10 мин.
2. Один-два раза инстиллируется раствор тимолола малеолата 0,5% с интервалом 1–2 ч.
3. Назначаются диуретики: предпочтительнее ацетазоламид (диакарб, фонурит) 0,25 мг, так как они кроме мочегонного эффекта еще и угнетают продукцию водянистой влаги в глазу. Можно парентерально ввести 2–4 мл фуросемида (лазикса).
4. При выраженном болевом синдроме показано назначение анальгетиков внутрь или парентерально.
5. При субкомпенсации и некомпенсации внутриглазного давления у больных с открытоугольной формой глаукомы (ВГД более 30 мм рт ст) семейный врач должен закапать в глаз больному тимолола малеолата 0,5% и пилокарпин 1%, можно комбинированный препарат тимолол + пилокарпин (фотил или фотил-форте), и экстренно направить на консультацию к офтальмологу, непременно указав в направлении величину внутриглазного давления и проведенные мероприятия [3].

В нашем журнале ранее были опубликованы материалы о возможности измерения ВГД с помощью транспальпебрального тонометра [4]. Прошло время, появилась новая, более удобная модификация прибора, позволяющая экономить время на приеме и при проведении диспансерных осмотров.

В России на Государственном Рязанском приборном заводе разработаны и уже восемнадцать лет серийно выпускаются тонометры, в основу которых положен транспальпебральный (через веко) метод измерения ВГД. Такие тонометры позволяют измерить офтальмотонус без контакта с роговицей глаза и мгновенно получить достоверное цифровое значение ВГД. Принцип действия приборов основан на обработке функции движения штока в результате его свободно падения и взаимодействия с упругой поверхностью глаза в склеральной области через веко. Возможно применение прибора при проведении массовых осмотров, измерение ВГД при наличии у пациентов патологии роговицы, хронического конъюнктивита, в послеоперационном периоде. Доступен суточный мониторинг офтальмотонуса в домашних условиях, контроль ВГД при подборе лекарственных препаратов. Стано-

вится возможным измерение ВГД у иммобилизованных пациентов и детей. Расширяется возможность использования на выезде. Приемлемо измерение ВГД при контактной коррекции, не снимая линз.

В 2013 г. выпущена новая модель индикатора — ИГД-03 diathera.

В индикаторах ИГД-03 сохранены все позитивные качества предыдущих моделей, но значительно упрощена методика самого измерения. Поэтому освоение методики и само измерение внутриглазного давления занимает меньше времени. Обратите внимание, что в ИГД-03 рабочий шток всегда находится в рабочем состоянии — не нужно фиксировать шток в корпусе прибора (рис. 1). Теперь нет необходимости очень строго соблюдать вертикальное положение прибора при измерении ВГД, поэтому в этой модели нет звукового датчика, сигнализирующего об отклонении от вертикали. Для измерения ВГД достаточно одного измерения на одном глазу (рис. 2). Эти изменения ускоряют и упрощают работу с прибором.

К положительным качествам прибора можно добавить, что пациентам нравится измерение ВГД с помощью ИГД-03 — по сравнению с тоно-



Рис. 1. Рабочее положение прибора «ИГД-03 diathera»



Рис. 2. Измерение внутриглазного давления

метром Маклакова. Процедура проходит быстро, безопасно и безболезненно. Нет необходимости снимать контактные линзы, смывать макияж. Техническое обслуживание прибора в амбула-

торных условиях не вызывает затруднений, он компактен и легок. Индикатор ИГД-03 может быть рекомендован при проведении офтальмологических осмотров и диспансеризации.

Литература

1. *Общая* врачебная практика: национальное руководство / Под ред. акад. РАМН И. Н. Денисова, проф. О. М. Лесняк: В 2-х т. — Т II. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 888 с.
2. *Клинические* рекомендации. Офтальмология / Под ред. Л. К. Мошетовой, А. П. Нестерова, У. А. Егорова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 256 с.
3. Дегтярева Л. Н., Захлевная Г. Н. Неотложная офтальмологическая помощь в общей врачебной практике. — СПб.: СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 21 с.
4. Дегтярева Л. Н. Применение транспальпебральной тонометрии внутриглазного давления в общей врачебной практике // Российский семейный врач. — № 3. — 2005. — С. 43–45.

Автор:

Дегтярева Людмила Николаевна — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Адрес для контактов: dokfi@mail.ru