

На правах рукописи

ЗАХАРОВА Наталья Сергеевна

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ
ГЛАУКОМОЙ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ, ЛАЗЕРНОМ
И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ**

14.01.07 — глазные болезни

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург
2010

Работа выполнена на кафедре офтальмологии ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И. Мечникова» Росздрава.

Научный руководитель

доктор медицинских наук, профессор
Алексеев Владимир Николаевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
Балашевич Леонид Носифович

доктор медицинских наук, профессор
Разумовский Михаил Израилевич

Ведущая организации - ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет» Росздрава

Защита состоится 20 сентября 2010 г. в 14 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 215.002.09 при ФГОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6).

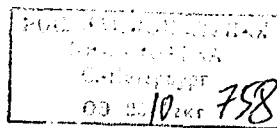
С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке ФГОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

Автореферат разослан «07» июля 2010 г.

Ученый секретарь совета
доктор медицинских наук профессор
Черныш Александр Владимирович

2000А
18939

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ



Актуальность темы

По данным ВОЗ, более 70 миллионов человек на нашей планете болеет глаукомой, и до 2030 года это количество может удвоиться. В России ежегодно заболевают глаукомой 50 тысяч человек, общее же число больных составляет в настоящее время более 750 тыс. (Нестеров А.П. и соавт., 2000).

Глаукома в последние годы стала первой причиной неизлечимой слепоты в развитых странах (Quigley H.A., 1996). Наибольшее медико-социальное значение имеет первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ), так как на эту форму болезни приходится около 70% всех глаукоматозных поражений глаза (Алексеев В.Н. и соавторы, 2003).

Качество жизни, связанное со здоровьем, — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии (Новик А.А. и соавторы, 1999). Оценка качества жизни включает в себя эффективность, удобство применяемого лечения, побочное действие лекарственных препаратов, экономическую эффективность проводимых лечебных мероприятий.

На сегодняшний день существуют разные подходы к лечению ПОУГ. Все используются в равной степени, при этом работ, оценивающих качество жизни больных при различных вариантах лечения, не было. В практической деятельности для достижения оптимального уровня внутриглазного давления (ВГД) используется известный алгоритм. Лечение глаукомы начинается с использования консервативных методов, однако при невысокой эффективности консервативной терапии (повышенное ВГД, прогрессирующее ухудшение поля зрения, увеличивающаяся экскавация диска зрительного нерва (ДЗН) на фоне высокого ВГД) показано лазерное или хирургическое вмешательство.

В связи с этим можно выделить следующие основные способы снижения ВГД:

- 1) гипотензивные препараты;
- 2) лазерное воздействие;
- 3) традиционные хирургические методы.

Из гипотензивных препаратов в настоящее время наиболее часто используются: бета-блокаторы (тимолол), бета-блокаторы в сочетании с холинэстеразой пилокарпином (фотил), простагландины (ксалатан, траватан). Лазерные операции безопасны и могут быть выполнены в амбулаторных условиях. Они более показаны в начальных и развитых стадиях первичной открытоугольной глаукомы, при умеренно повышенном ВГД у пожилых пациентов. Чаще всего используются лазерная трабекулопластика и лазерная циклоретракция, реже — лазерный трабекулоспазм, гоннопластика.

Хирургические проникающие операции (трабекулоэктомия, глубокая склерэктомия) создают новые или стимулируют существующие пути оттока влаги из глаза. Ограниченно применяют циклодеструктивные операции (диа-, термо-, криокоагуляции), при выполнении которых с целью снижения выработки внутриглазной жидкости разрушается цилиарное тело.

Наряду с традиционными показателями состояния офтальмологических больных с ПОУГ, параметры качества жизни несут важную информацию об эффективности лечения и могут служить критерием в выборе схемы лечения (Тугуши О.А., Шляпушников А.В., Листопадова Н.А., 2005).

В связи с этим, сравнительная оценка качества жизни у пациентов с ПОУГ на длительных сроках консервативного, лазерного, хирургического лечения является весьма актуальной.

Цель исследования – дать сравнительную комплексную характеристику результатов длительного консервативного, лазерного, хирургического видов лечения, используя критерии качества жизни (КЖ) у пациентов с ПОУГ.

Основные задачи исследования:

1. Дать количественную оценку качеству жизни пациентов ПОУГ, получивших консервативное, лазерное и хирургическое лечение.
2. Выявить и оценить медицинские факторы, влияющие на КЖ пациентов с ПОУГ после консервативного, лазерного и хирургического лечения.
3. Выявить основные причины, с которыми связаны нарушения в рекомендованном режиме лечения или наблюдения больных с ПОУГ.
4. Дать комплексную оценку результатов лечения, включающую как КЖ пациентов с ПОУГ, так и динамику заболевания у лиц с консервативным, лазерным, хирургическим лечением в условиях длительного наблюдения.

Научная новизна исследования

Впервые была дана количественная оценка качеству жизни больных с ПОУГ, получивших различные виды лечения и проведена сравнительная ретроспективная оценка результатов консервативного, лазерного и хирургического видов лечения ПОУГ по амбулаторным картам опрошенных больных.

Научно-практическая значимость работы

Оценка результатов консервативного, лазерного и хирургического лечения, с учётом качества жизни, позволяет учесть человеческий фактор, который, как и объективные данные, влияет на исход заболевания. То есть изучение социальных факторов, связанных с лечением первичной открытоугольной глаукомой, позволяет разработать комплекс мер социальной поддержки больных с этим заболеванием, что значительно облегчит как адаптацию пациентов, так и возможно улучшит прогноз этого заболевания.

Реализация работы

Материалы и выводы диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность органов и учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, представлены в «Кафедральном сборнике статей за 2007, посвященном глаукоме и другим заболеваниям глаз».

Фрагменты работы также используются в учебном процессе студентов и в системе последиplomного образования кафедры офтальмологии ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И. Мечникова».

Апробация работы:

Некоторые материалы диссертации доложены и обсуждены на:

- Региональной конференции «Школа глаукоматолога» (Санкт-Петербург, 2008 г.);
- Научных конференциях молодых ученых и студентов Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург, 2008 г.);
- Научной проблемной комиссии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург, 2007г.).

Публикация результатов работы. По теме диссертации опубликовано 8 научных работ, из них в журнале, входящем в перечень ВАК – 1 статья.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Более высокий показатель качества жизни соматических больных по сравнению с показателями качества жизни у больных с ПОУГ, связан с отсутствием психологического давления диагноза, угрожающего наступлением слепоты в контрольной группе по сравнению с основной выборкой.
2. Наибольшее количество осложнений и побочных эффектов, влияющих на КЖ больных с ПОУГ, выявлено у лиц с консервативным лечением, наименьшее — с лазерным.
3. Наиболее низкие средние показатели качества жизни у лиц с лазерным вмешательством и с хирургической гипотензивной операцией при ПОУГ, чем у пациентов, получавших консервативное лечение, связаны с несвоевременным направлением на лазерное и на хирургическое вмешательство.

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 137 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. В работе использовано 147 отечественных и 78 иностранных источников. Диссертация содержит 18 таблиц и 13 рисунков.

Материалы и методы исследования.

Работа выполнена на кафедре офтальмологии СПб ГМА им. И.И. Мечникова и Городской районной поликлинике №3.

В ходе исследования был произведен сравнительный анализ анкет-опросников 34 человек с соматической патологией (хронической сердечно-сосудистой или почечной) и 303 лиц с ПОУГ.

Контрольная группа состояла из 23 (67,7%) женщин, 11 (32,4%) мужчин, в возрасте от 40 лет до 70 лет. Для них основными критериями включения являлись отсутствие глаукомы или любого другого глазного заболевания, приводящего к сужению границ полей зрения или к снижению его остроты, добровольное согласие на участие в исследовании.

Основная выборка (303 пациента с ПОУГ) делилась на 3 подгруппы: 165 (54,4%) человек, получивших консервативное, 79 (26,1%) — лазерное, и 59 (19,5%) — хирургическое лечение. При этом выборка состояла из 222 (73,3%) женщины и 81 (26,7%) мужчины, из которых 68 (22,44%) больных имели минимальную длительность лечения 1 год, а 9 (2,9%) человек — максимальную продолжительность от 20 до 23 лет (табл.1).

Таблица 1

Распределение больных с ПОУГ, в зависимости от длительности заболевания

Длительность (в годах)	Количество пациентов
1-5	189 (62,4%)
6-10	80 (26,4%)
11-15	14 (4,6%)
16-20	15 (5,0%)
21-23	5 (1,7%)
Итого	303 (100%)

Больные с ПОУГ, которым проводилась консервативная терапия, использовали на момент анкетирования или получали до этого неселективные или селективные бета-блокаторы, простагландины, блокаторы карбоангидразы, альфа- и бета-стимуляторы, альфа- и бета-рецепторы, миотики, стимуляторы пост-синаптические альфа-2-рецепторы или комбинированные препараты. Лазерное лечение проведено в форме ЛТП по Waise и гониопластики, хирургическое — заключалось в проведении синустрабекулэктомии и ИГСЭ. К тому же лица, получившие лазерное или хирургическое лечение, использовали на момент анкетирования или до этого глазные антиглаукоматозные капли.

По стадиям заболевания на правом и на левом глазах опрашиваемые пациенты распределились следующим образом. Среди пациентов, получивших консервативное лечение, преобладали больные с 1-й стадией заболевания, тогда как после лазерного лечения большинство больных находилось во 2-й, а после оперативного на 2-й и 3-й стадиях болезни на худшем глазу (табл. 2).

Таблица 2

Структура стадий заболевания на обоих глазах после лечения у пациентов с ПОУГ, пролеченных консервативным, лазерным, оперативным видами лечения

Стадия		1	2	3	4	Итого
Правый глаз	Консервативное	159 (71,6%)	49 (22,07%)	8 (3,6%)	6 (2,7%)	222 (100%)
	Лазерное	29 (55,8%)	15 (28,8%)	7 (13,5%)	1 (1,9%)	52 (100%)
	хирургическое	5 (17,2%)	9 (31,03%)	10 (34,5%)	5 (17,2%)	29 (100%)
Левый глаз	консервативное	136 (66,7%)	51 (25%)	11 (5,4%)	6 (2,9%)	204 (100%)
	Лазерное	37 (59,9%)	20 (30,76%)	7 (10,8%)	1 (1,5%)	65 (100%)
	хирургическое	4 (11,8%)	11 (16,9%)	12 (35,3%)	7 (20,6%)	34 (100%)

То есть в группе больных с ПОУГ, получивших консервативную терапию на обоих глазах преобладала 1-я стадия заболевания (71,6% случаев на правом глазу и 66,7% — на левом). У пациентов, получивших лазерное лечение, также превалировала 1-я стадия ПОУГ на правом глазу, 55,8% и 59,9% — на левом, однако в этом случае выявлено, что больше 1/3 лиц имели 2-ю и 3-ю стадии болезни: 42,3 % — на правом и 41,5% — на левом глазах. В случае хирургического лечения клиническая картина менялась в сторону утяжеления диагноза. В этой выборке больных на 1-ю стадию приходилось всего 17,2% по правому и 11,8% по левому глазу; у 51,7% на правом глазу была 3-4-я стадия ПОУГ. В группе с хирургической операцией на левом глазу имело место примерно такое же количество случаев 3—4-й стадии как и на парном глазу, то есть 55,9%.

Различия в степени выраженности заболевания в исследуемых подгруппах, были связаны в 31 (26,5%) случае с несвоевременным направлением пациентов на лазерное лечение в развитой и 8 (6,8%) — в далеко зашедшей стадиях. Больные же, получившие хирургическое лечение чаще, чем больные, получившие лазерное лечение, направлялись на операцию по поводу ПОУГ как в развитой стадии заболевания — 21 (33,3%), так и далеко зашедшей — 30 (44,4%) и терминальной — 2 (1,7%). При этом зрительные функции больных с ПОУГ, получивших консервативное, лазерное и хирургическое лечение, не могли быть одинаковыми и определяли принципиально разный уровень адаптации пациентов — как дома, так и вне его, что, в свою очередь, влияло и на их качество жизни.

Критериями включения пациентов в исследование являлись: диагноз ПОУГ, острота зрения на лучший глаз не ниже 0,3, отсутствие сопутствующих глазных заболеваний, приводящих к сужению периферических полей зрения, длительность консервативного, лазерного или хирургического лечения не менее 1 года, информированное согласие больного.

Для сравнительной количественной оценки качества жизни лиц с ПОУГ и больных контрольной группы была использована анкета-опросник, включающая вопросы, позволяющие оценить возможность выполнения больными контрольной группы и с ПОУГ простых мероприятий дома и вне его; уровень обеспечения льготными лекарственными средствами по регионарными и федеральными рецептам респондентов и уровень достатка финансовых средств, который позволил бы больным всех исследуемых групп обеспечить себя необходимыми препаратами, так и осложнения консервативного, лазерного и хирургического лечения ПОУГ. При этом медицинская часть опросника заполнялась в беседе с больным, для каждого глаза в отдельности, так как пролеченные пациенты с ПОУГ не всегда получали идентичное лечение на парных глазах. Социальные факторы оценивались по сравнительному анализу суммы баллов, набранных больными контрольной группы и с ПОУГ, а степень влияния медицинских признаков на качество жизни пациентов основной группы — по частоте побочных эффектов и осложнений консервативного, лазерного, хирургического лечения.

Помимо обработки анкет-опросников, осуществлялся математический анализ данных амбулаторных карт опрошенных пациентов с ПОУГ: периметрия, ДЗН, ВГД за 5 лет наблюдения при консервативном, лазерном или хирургическом лечении, количество назначенных гипотензивных медикаментов.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Самые высокие результаты качества жизни были получены в контрольной группе, а наиболее низкие — в группе больных с ПОУГ, получивших лазерное или хирургическое лечение: качество жизни у больных контрольной группы составило $38,08 \pm 0,98$, у пациентов с ПОУГ, получивших консервативное лечение — $31,69 \pm 0,85$, лазерное — $29,46 \pm 1,29$, и хирургическое — $28,61 \pm 1,61$ (табл. 3).

Таблица 3

Средние показатели качества жизни пациентов ПОУГ, получивших консервативное, лазерное, оперативное лечение, и респондентов контрольной группы

Группы	Сумма баллов
Контрольная группа	38,08±0,98
Консервативное	31,69±0,85
Лазерное	29,46±1,29
Хирургическое	28,61±1,61

При сравнительной оценке этих величин определялись статистически значимые различия контрольной группы и пациентов с ПОУГ, получивших консервативное, лазерное и хирургическое лечение ($p < 0,05$; $t > 1,98$).

Также при сравнительной оценке трёх средних величин основной выборки определялись статистически достоверные различия групп пациентов с консервативным, лазерным и хирургическим лечением ПОУГ ($p < 0,05$; $t > 1,98$).

При анализе средних значений качества жизни пациентов ПОУГ с лазерным и хирургическим видами лечения, определялись значения $p > 0,05$; $t > 1,98$ (различия между ними можно считать статистически не подтвержденными).

Таким образом, на общем фоне особенно выделялась контрольная группа больных, в которую вошли лица с высокой остротой зрения (более 0,5) и без специфических для глаукомы сужений периферических границ полей зрения. В остальных трех выборках рассчитанная сумма баллов уменьшалась параллельно степени выраженности глаукоматозных изменений на лучше видящих глазах пациентов с ПОУГ. Так, в выборке пациентов с ПОУГ, получивших консервативное лечение, у 162 (97,6%) лиц наблюдалось сужение периферических границ полей зрения, не больше чем на 15°. В оставшихся группах аналогичное выпадение внутренних границ полей зрения имело место уже в 76 (96,2%) и 52 (88,1%) случаях. При этом у 3 (3,8%) исследуемых пациентов, получивших лазерное и у 7 (11, 9%) хирургическое лечение, на лучше видящих глазах имели место изменения более чем на 15° с носовой стороны.

В ходе исследования выяснилось, что 114 (37,5%) респондентов с ПОУГ по тем или иным причинам использовали гипотензивные препараты не регулярно. Из них 17 (5,6%) постоянно пропускали время закапывания глазных капель (как они сами считали, по уважительным причинам), а 23 (7,3%) не капали их постоянно (нарушали режим закапывания без серьезных на то причин).

Статистика регулярного посещения окулиста поликлиники по месту жительства выглядела следующим образом: 181 (59,8%) считали, что они придерживались положенной схемы наблюдения окулистом по месту жительства, а 122 (40,3%) по тем или иным причинам наблюдались реже, чем раз в 3 месяца. При этом 19 (6,3%) больных с ПОУГ постоянно пропускали время приема окулиста, но считали, что причины были уважительные, а 39 (12,9%) вообще не считали нужным наблюдаться у окулиста.

При этом нужно отметить, что 65 (57,1%) человек закапывали гипотензивные капли произвольно из-за отсутствия свободного времени, а некоторые просто забывали это сделать. Помимо них, 12 (10,5%) человек связывали это с сопутствующей соматической патологией, 8 (7,1%) пациентов не имели возможности купить нужные препараты из-за недостаточности денежных средств, а 29 (25,4%) назвали «другие» причины.

Причины, по которым больные с ПОУГ воздерживались от рекомендованного режима наблюдения, распределились следующим образом: у 58 (47,2%) пациентов это было связано с дефицитом свободного времени; 19 (15,4%) не имели возможности наблюдаться в поликлинике из-за сопутствующей соматической патологии; 46 (37,4%) назвали «другие» причины.

Результаты исследования уровня льготного лекарственного обеспечения за 2005 — 2008 годы оказались неожиданными, так как из 303 опрошенных больных ПОУГ на момент анкетирования не было обнаружено ни одного пациента, который бы регулярно получал льготные медикаменты. При этом из 303 человек 12 (3,9%) не имели льгот, 6 (1,98%) иногда имели возможность воспользоваться льготными препаратами, 14 (4,6%) получали препараты крайне редко, наибольшее число больных ПОУГ 271 (89,4%) вообще ничего не имели с 2005 года. Структура причин, в связи с которыми больные ПОУГ не могли получить льготные лекарства, выглядит таким образом, что на первом месте (по частоте случаев) оказались пациенты, которые не могли реализовать льготные рецепты в аптеках — 220 (72,6%), второе место заняли 32 (10,6%) лица, которые выбрали ответ «отсутствие нужных препаратов в льготных разрядках», и только на третьем месте оказались 22 (7,3%) человека, которые все-таки имели финансовую возможность купить нужные медикаменты. Нашлись и такие (17 (5,6%) пациентов), которые объяснили причину, в связи с которой они не получали льготные рецепты и соответственно медикаменты, простым нежеланием ходить в поликлинику из-за неприятной обстановки в этом учреждении.

Несмотря на крайне низкую поддержку больных с ПОУГ со стороны государства льготными медикаментами, по данным опроса, примерно половина пациентов 153 (50,5%) с ПОУГ не обладали достаточными материальными возможностями для приобретения нужных медикаментов.

В специальной части анкеты-опросника, на наш взгляд, наибольший интерес представляет та часть, в которую включены жалобы пациентов, связанные с осложнениями и побочными эффектами консервативного, лазерного и хирургического лечения.

Осложнения и побочные эффекты, выявленные с помощью специальной части анкеты-опросника, наблюдались у 246 пациентов с ПОУГ (80,9%), при этом у 205 (83,3%) лиц они были связаны с консервативной терапией, в 15 (6,2%) случаях они были обнаружены при лазерном лечении и в 26 (10,5%) — при хирургическом.

Жалобы на дискомфорт, сухость, чувство инородного тела встречались в 69,1% случаев (рис.1).

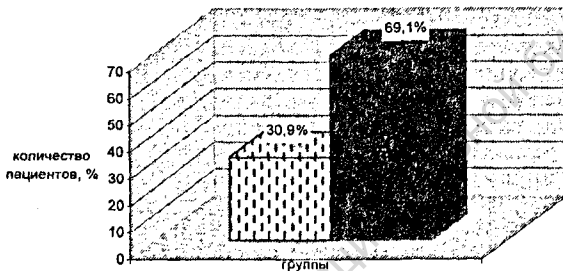
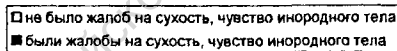


Рис 1. Распределение пациентов ПОУГ, в зависимости от жалоб на сухость, чувство инородного тела



У 235 (92,5 %) пациентов с ПОУГ синдром «сухого» глаза возникал при использовании бета-блокаторов, реже всего — при использовании дипивефрина 1 (0,4%), тросопта 2 (0,8%) и проксодолола 2 (0,8%) (табл. 4).

Также в исследуемой группе пациентов с ПОУГ в 7,4% случаев возникали жалобы на зуд, гиперемию, в связи с аллергическими реакциями сразу после закапывания гипотензивных капель. При этом чаще всего они были связаны с применением тимолола в 18 (40%) случаях, реже всего — у 2-х (4,4%) пациентов с применением пилокарпина.

В 2,9% случаев использования тимолола у больных ПОУГ с сердечно-сосудистой патологией появлялась спонтанная одышка, сочетающаяся со слабостью и бледностью (рис.2).

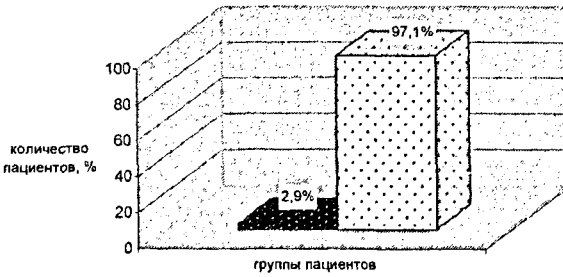


Рис.2 Распределение пациентов с ПОУГ, в связи с жалобами на спонтанную одышку, сочетающуюся со слабостью и бледностью при использовании тимолола

■ были жалобы □ не было жалоб

Из 303 больных с ПОУГ, которые использовали консервативную терапию, в 20,3% всех случаев у пациентов отмечались «другие» жалобы (рис.3).

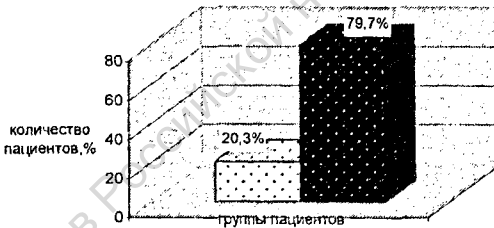


Рис.3. Распределение пациентов с ПОУГ по группам, в связи с «другими» жалобами при консервативном лечении

□ были жалобы ■ не было жалоб

При этом наибольшее количество «других» жалоб и побочных эффектов 45 (36,6%) и 42 (34,2%) приходилось на тимолол и пилокарпин, наименьшее число было выявлено в 2-х (1,6%) случаях при применении как бетоптика, так и травотана или фотила.

Среди больных с лазерным лечением у 3,6% больных с ПОУГ отмечался подъем ВГД сразу после лазерного лечения, в связи с чем и было назначено дополнительное гипотензивное лечение (рис.4).

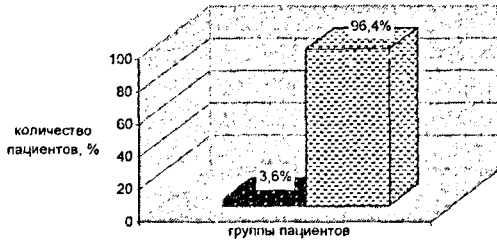
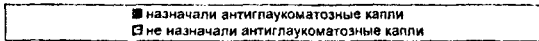


Рис.4. Распределение пациентов по группам, в связи с необходимостью назначения гипотензивного медикаментозного лечения после лазерной операции



Противовоспалительные капли по поводу послеоперационного иридоциклита у больных с ПОУГ сразу же после лазерной операции назначались только в 0,9% случаев (рис.5).

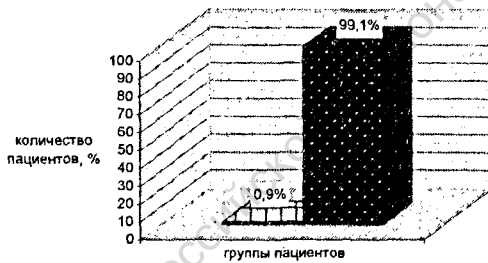
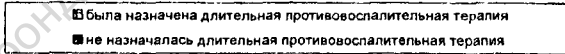


Рис.5. Распределение пациентов с ПОУГ по группам, в связи с необходимостью назначения длительной противовоспалительного лечением после лазерной операции



В 9% случаев у опрошенных больных лазерное лечение приводило к снижению остроты зрения, а в 90,9% таких изменений выявлено не было. Вероятно, это было связано с тем, что во время лазерной операции происходит нагревание влаги передней камеры глаза, при котором возможно температурное воздействие на внутриглазные структуры, в том числе и на хрусталик (рис.6).

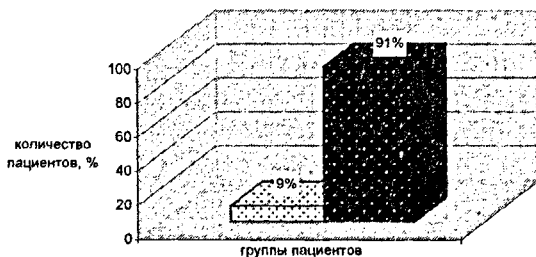


Рис.6. Распределение пациентов с ПОУГ, в связи с жалобами на снижение зрения после лазерного лечения

□ были жалобы на снижение зрения ■ не было жалоб на снижение зрения

«Другие» жалобы после лазерного лечения у больных с ПОУГ были связаны с неприятным дискомфортом, болезненностью во время операции, которые возникали у особенно чувствительных больных с ПОУГ и были выявлены в 1,8% случаев всех прооперированных больных. У 98,2% лиц такие ощущения не возникали.

В случае хирургического гипотензивного вмешательства в 7,7% случаях имело место назначение дополнительного местного гипотензивного средства в связи с повышением после операции ВГД, а в 92,3% — это отмечено не было (рис.7).

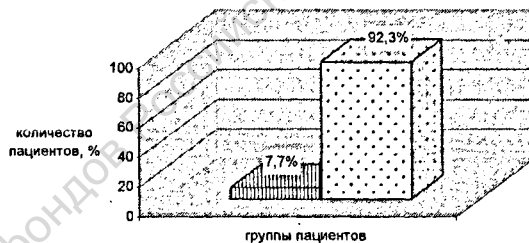


Рис.7. Распределение пациентов по группам, в связи с необходимостью назначения гипотензивного медикаментозного лечения после хирургической операции

■ назначали антиглаукоматозные капли
□ не назначали антиглаукоматозные капли

У 5,5% исследуемых лиц был затяжной (более месяца) послеоперационный период, в течение которого назначалась длительная противовоспалительная терапия (рис.8).

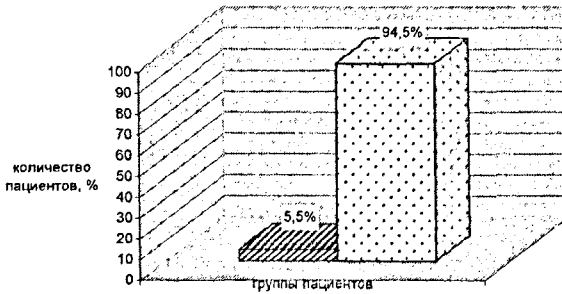


Рис.8. Распределение пациентов с ПОУГ по группам, в связи с необходимостью назначить длительное противовоспалительное лечение после хирургической операции

- была назначена длительная противовоспалительная терапия
- не назначалась длительная противовоспалительная терапия

Еще меньшее количество больных с ПОУГ, замечали у себя после хирургического вмешательства на оперированном глазу несвязанное с окружающими факторами слезотечение. То есть 3,3% пациентов имели жалобы, которые возможно были связаны с фистулой фильтрационной подушки. Хотя выявленная при осмотре у них явная гипотония (ВГД – менее 10 мм.рт.ст.) сочеталась с не совсем убедительной пробой Зейделя с поддавливанием, у 99,7% лиц с ПОУГ таких жалоб отмечено не было (рис.9).

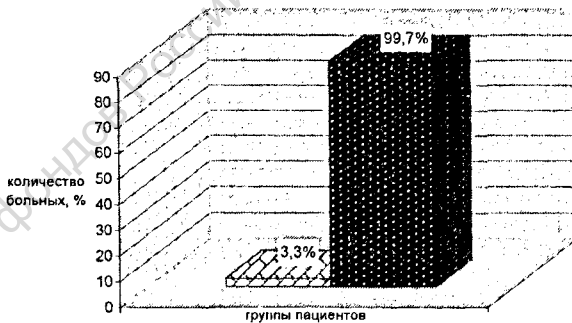


Рис.9. Распределение пациентов с ПОУГ по группам, в связи с жалобами на слезотечение после хирургического вмешательства

- пожаловались на слезотечение
- не жаловались на слезотечение

Наибольшее число осложнений — 24,2% после хирургической гипотензивной операции у больных с ПОУГ были связаны со снижением остроты зрения на оперированном глазу, в 75,8% лиц таких жалоб не предъявляли (рис.10).

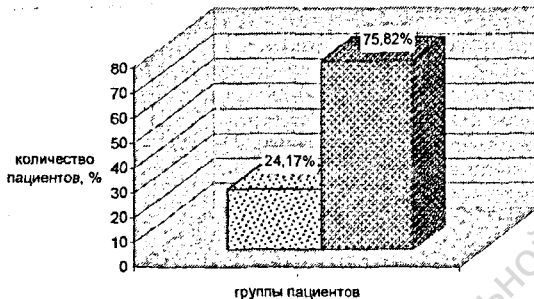


Рис. 10. Распределение пациентов с ПОУГ по группам, в связи с жалобами на снижение зрения после хирургического вмешательства

□ были жалобы на снижение зрения ■ не было жалоб на снижение зрения

Кроме того, у лиц с ПОУГ после хирургического лечения встречались и «другие» жалобы, которые наблюдались в 4,4% случаев и были связаны с чувством дискомфорта и ощущением инородного тела на прооперированном глазу, при этом в 95,6% — таких жалоб выявлено не было.

В заключительной части нашей работы, мы, помимо количественной оценки КЖ, провели сравнительный анализ динамики заболевания ПОУГ оперированных больных за 5 лет наблюдения на глазах с консервативным, лазерным и хирургическим лечением, с остротой зрения не ниже 0,3.

При этом учитывались следующие показатели: выраженность глаукомной оптической нейропатии, сужение полей зрения, повышения ВГД.

Результаты исследования показывают, что наиболее выраженные глаукоматозные изменения диска зрительного нерва при первичном осмотре были выявлены на глазах с хирургическим вмешательством. Однако в динамике изменений ДЗН за 1, 3 и 5 лет наблюдения во всех 3-х группах особых различий отмечено не было (табл.4).

Таблица 4

Сравнительная оценка динамики экскавации диска за 5 лет наблюдения

Лечение	При первичном осмотре	1 год	3 года	5 лет
Консервативное	0,53±0,0251	0,57±0,0252	0,59±0,0379	0,64±0,0547
Лазерное	0,55±0,040	0,57±0,037	0,60±0,041	0,63±0,047
Хирургическое	0,78±0,063	0,82±0,055	0,83±0,068	0,88±0,089

По данным среднего уровня ВГД, в наиболее благоприятных условиях находились больные с хирургическим лечением ПОУГ. На фоне медикаментозной терапии при первичном осмотре средний уровень ВГД был равен 25 мм.рт.ст., на 3-м году наблюдения ВГД не опускалось ниже 20 мм.рт.ст., а через 5 лет стало даже несколько выше — 21 мм.рт.ст. После лазерной операции ВГД снизилось до 21 мм.рт.ст., однако на 3-м году опять оно увеличилось до 26 мм.рт.ст. На 5-м году оно на дополнительной местной гипотензивной терапии достигало 21 мм.рт.ст., то есть примерно соответствовало средним величинам ВГД при консервативном лечении. Совсем другой уровень ВГД был отмечен на глазах с ПОУГ после оперативного вмешательства. Даже спустя 5 лет после операции в этой группе больных ВГД в большинстве случаев соответствовало 19 мм Hg (табл. 5).

Таблица 5

Сравнительная оценка динамики изменений ВГД в течение 5 лет

Лечение	При первичном осмотре	1 год	3 года	5 лет
Консервативное	25,22±0,30	20,98±0,28	21,21±0,44	21,20±0,50
Лазерное	25,42±0,45	21,55±0,44	26,20±9,29	21,39±0,82
Хирургическое	28,69±1,59	18,59±1,10	19,73±1,19	19,06±2,09

Большинство глаз с ПОУГ на консервативной терапии и лазерном лечении были с начальной стадией заболевания, а хирургическая операция была сделана на глазах с далеко зашедшей стадией. При этом за 5 лет наблюдения наиболее выраженное сужение периферических границ поля зрения отмечалось у пациентов с хирургическим лечением. Потеря зрительных функций, нарастающая соответственно срокам наблюдения, могла быть связана с прогрессированием глаукомного процесса у больных с далеко зашедшей стадией, несмотря на нормальный уровень внутриглазного давления, так как гипотензивные хирургические операции наиболее эффективны при начальных стадиях заболевания (табл. 6).

Таблица 6
Сравнительная оценка динамики границ полей зрения в течение 5 лет

Лечение	При первичном осмотре	1 год	3 года	5 лет
Консервативное	472,98±5,68	465,66±7,72	465,14±10,62	455,82±17,76
Лазерное	467,02±7,28	457±10,96	452,88±12,25	449,16±18,78
Хирургическое	373,5±29,54	361,22±31,74	333,04±48,24	307,94±61,14

То есть пациенты с ПОУГ после гипотензивного хирургического вмешательства, имевшие более низкое ВГД, чем лица с консервативным и лазерным лечением, в свою очередь (только при своевременной операции), имели наиболее благоприятные предпосылки для сохранения зрительных функций и более высокого качества жизни.

ВЫВОДЫ

1. Качество жизни у больных с соматической патологией и с ПОУГ, в аналогичных возрастных группах, ниже у пациентов с ПОУГ.

2. Из 303 опрошенных пациентов с ПОУГ, побочные эффекты и осложнения лечения наблюдаются у 246, что составило 80,9%. Наибольшее количество нежелательных эффектов — 205 (83,3%) связано с консервативной терапией, наименьшее число осложнений — 15 (6,2%) встречается у больных с лазерным лечением.

3. Из 303 пациентов с ПОУГ 114 (37,5%) не соблюдают рекомендованный режим медикаментозного лечения, а 123 (40,6%) больных с ПОУГ наблюдаются не регулярно.

4. Качество жизни у лиц с лазерным вмешательством ($29,46 \pm 1,29$ баллов), или с хирургической гипотензивной операцией при ПОУГ ($28,61 \pm 1,61$ баллов), достоверно ниже, чем у пациентов, получавших консервативное лечение, у которых качество жизни в среднем составляет $31,69 \pm 0,85$ ($p < 0,05$). Такие различия связаны с направлением на лазерное лечение в 33,3% — в развитой и далеко зашедшей, а на хирургическое вмешательство в 80,9% — в развитой, далеко зашедшей или терминальной стадиях заболевания.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для повышения КЖ и эффективности, безопасности, переносимости, комплаентности, эконом стоимости гипотензивного консервативного лечения необходимо:

— своевременно обеспечивать пациентов с ПОУГ бесплатными льготными препаратами;

— придерживаться индивидуального подбора гипотензивных средств и рационального режима их использования с учетом возраста, особенностей образа жизни и стадии заболевания;

— рекомендовать простагландины и комбинированные гипотензивные препараты, как возможные медикаменты первого выбора.

2. Для повышения КЖ и эффективности, безопасности гипотензивного лазерного и хирургического лечения особенно важно:

— в случае повышения ВГД целесообразно направлять больных на лазерное вмешательство уже в начальной стадии ПОУГ;

— оперировать больных в начальных стадиях ПОУГ, при этом учитывать как правильный выбор, так и технику операции, а также осуществлять профилактику ранних и поздних послеоперационных осложнений.

3. Необходимо регулярно во всех поликлиниках города проводить школы глаукомного больного, где освещались бы вопросы, касающиеся патогенеза, лечения и тактики ведения лиц с глаукомой, с целью повышения уровня их медицинской информированности.

4. Врачам-офтальмологам на первом этапе диспансеризации, для своевременной корректировки ВГД сохранения зрительных функций и морфометрических характеристик диска зрительного нерва, исходя из существующих стандартов, необходимо наблюдать больных с ПОУГ не реже 1—2 раз в год, проводя тонометрию, компьютерную периметрию, биомикроскопию переднего отдела глаза и офтальмоскопию.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Алексеев В.Н., Захарова Н.С. Сравнительная количественная оценка качества жизни больных с ПОУГ, пролеченных консервативными, лазерными или хирургическими методами // Клиническая офтальмология. — 2008. — Т.9, № 4. — С. 149 — 151
2. Захарова Н.С., Алексеев В.Н., Левко М.А., Семикова Н.П. Оценка качества жизни у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой, получивших консервативное, лазерное и хирургические виды лечения // «Глаукома и другие заболевания глаз». Сб. трудов рег. конфер. «Глаукома: теория и практика». — СПб., 2008. — С. 45—51
3. Захарова Н.С., Чекурова Л.В., Торчинава Н.А.. Сравнительная количественная оценка качества жизни больных с соматической патологией и пациентов с ПОУГ, пролеченных консервативными, лазерными или хирургическими методами // «Глаукома и другие заболевания глаз». Сб. трудов рег. конфер. «Глаукома: теория и практика». — СПб., 2009. — С. 57—63
4. Захарова Н.С., Чекурова Л.В., Торчинава Н.А.. Сравнительная количественная оценка качества жизни больных с ПОУГ, пролеченных консервативными, лазерными или хирургическими методами // «Глаукома и другие заболевания глаз». Сб. трудов рег. конфер. «Глаукома: теория и практика». — СПб., 2009. — С. 63—67
5. Алексеев В.Н., Захарова Н.С. Основные медико-социальные факторы, влияющие на статистику отказов от консервативного, лазерного и хирургического гипотензивного лечения ПОУГ// Клиническая офтальмология. — 2009. — Т.10, № 3. — С. 81—84
6. Захарова Н.С., Алексеев В.Н., Чекурова Л.В. Основные медико-социальные факторы, влияющие на статистику отказов от различных видов гипотензивного лечения ПОУГ// «Глаукома и другие заболевания глаз». Сб. трудов рег. конфер. «Глаукома: теория и практика». — СПб., 2010. — С. 124 — 128
7. Захарова Н.С., Алексеев В.Н., Чекурова Л.В. Сравнительная количественная оценка качества жизни больных с ПОУГ, сердечнососудистыми и почечными заболеваниями // «Глаукома и другие заболевания глаз». Сб. трудов рег. конфер. «Глаукома: теория и практика». — СПб., 2010. — С. 117—121
8. Алексеев В.Н., Захарова Н.С. Реальная оценка уровня реализации новых федеральных и региональных программ льготных лекарственных средств больных с ПОУГ за 2006-2008 гг. // «Глаукома» — Москва, 2010. — С. 17—21.

Из фондов Российской национальной библиотеки

Подписано в печать 05.07.10

Формат 60×84/16

Объем 1 п.л.

Тираж 100 экз.

Заказ № 624

Типография ВМА,
194044, СПб., ул. Академика Лебедева, 6.

Из фондов Российской национальной библиотеки

Из фондов Российской национальной библиотеки

10 - 18939

2010A
18939

Из фондов Российской национальной библиотеки