

Влияние компрессии глаза на световую чувствительность

Группы обследованных	Количество глаз	Острота зрения, D	Поле зрения	Внутриглазное давление, кПа	Темновая адаптация, с		Задержка темновой адаптации, с
					без компрессии	с компрессией	
Здоровые	18	0,8—1,0	550°	2,5—3,2	44	68	24
1-я	30	0,8—1,0	530°	3,5—5,3	90	125	35
2-я	28	0,6—0,9	343°	4,0—5,9	171	276	105

адаптации: у больных 1-й группы — 20%, 2-й — 7%. Адаптационно-компрессионная проба дает соответственно 7% и 0%, то есть позволяет разграничить норму и патологию. Следует отметить, что начало темновой адаптации при кратковременном и длительном исследовании почти совпадает. У больных 1 и 2-й групп разница не превышает 20 с.

Таким образом, при совпадении результатов, полученных длительным и кратковременным методами исследования темновой адаптации, кратковременный способ оказался более удобным. Его можно повторять для исключения случайных ошибок, он не вызывает утомления сетчатки. Апробированный нами вариант адаптационно-компрессионной пробы позволяет лучше разграничить норму и патологию и может быть применен для оценки функциональных поражений сетчатки. Можно предположить, что эта проба будет использована для оценки результатов лечения и в какой-то степени для прогнозирования глаукоматозного процесса, однако для этого необходимы дальнейшие исследования.

Поступила 18 ноября 1984 г.

УДК 617,7—007.681—07

О ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ УРОВНЕМ ОФТАЛЬМОТОНУСА, СОСТОЯНИЕМ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И ПОЛЕМ ЗРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Д. И. Сабитова, Л. Б. Галиаскарова

Кафедра офтальмологии (зав.— проф. М. Б. Вургафт) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Мы изучали возможности использования предложенного М. Б. Вургафтом ориентировочного статического периметра для оценки состояния поля зрения при глаукоме и выяснения взаимосвязи между состоянием диска зрительного нерва, полем зрения и внутриглазным давлением у больных открытоугольной глаукомой.

Состояние диска зрительного нерва исследовали после расширения зрачка 1% раствором гоматропина на большом безрефлексном офтальмоскопе с бинокулярной насадкой. При оценке параметров диска зрительного нерва учитывали размеры его экскавации, отношение диаметра экскавации к соответствующему диаметру диска (Э/Д), зону его побледнения. Данные офтальмоскопии наносили на схемы [2].

Поле зрения изучали следующим образом. Вначале проводили кинетическую периметрию по общепринятой методике на полушаровом периметре, определяли сумму градусов поля зрения (СП). Затем исследовали поле зрения в статическом режиме с ориентировочным статическим периметром [1], представляющим собой прибор, в дугу которого вмонтированы фотодиодные лампочки с интервалом 10°. С помощью тумблеров блока управления представляется возможным одновременно включать в различных частях дуги периметра разное количество микролампочек, число которых испытуемый должен назвать. Смещение точки фиксации на 5° позволяет при повторной тонометрии выявить дефекты поля зрения меньше 10°. Этим периметром мы изучали вначале периферическое поле зрения по 8 радиусам и получали сумму градусов поля зрения. Затем, вращая дугу периметра на 180° с включенными 2—3 тест-объектами через разные интервалы в пределах 25° от точки фиксации, мы исследовали центральное поле зрения.

Для выяснения взаимосвязи состояния диска зрительного нерва и поля зрения нами обследовано 115 больных (164 глаза) открытоугольной глаукомой (мужчин — 63, женщин — 52, возраст — от 30 до 74 лет). Диагноз открытоугольной глауко-

мы у этих больных был установлен повторными тонометрическими и гидродинамическими исследованиями в стационаре. К моменту обследования у них был стойко повышенный офтальмотонус, но высокое центральное зрение.

При анализе полученных данных все обследованные были разделены в зависимости от выраженности экскавации диска зрительного нерва на три группы: у больных 1-й группы отношение Э/Д не превышало 0,3, 2-й—0,4—0,6, 3-й—больше 0,6.

Результаты изучения поля зрения в статическом режиме по сумме градусов поля зрения примерно совпадали с данными обычной кинетической периметрии. Однако при одновременном предъявлении 2—3 объектов на статическом периметре исследование значительно ускоряется и объективизируется.

Нами выявлены три степени изменения периферического поля зрения. При I — нормальное периферическое поле зрения, СГП равна 550—500°; при II — умеренное сужение границ периферического поля зрения, СГП — в пределах 450—350°, при III — значительное сужение границ периферического поля зрения, СГП меньше 350°.

Дефекты в центральном поле зрения нам удалось обнаружить лишь с помощью ориентировочного статического периметра. Эти скотомы были в основном размером 3—5° и локализовались в 10—20° от точки фиксации.

Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

Зависимость изменения поля зрения от состояния диска зрительного нерва

Отношение Э/Д	Количество глаз	Границы поля зрения и скотомы					
		550—500°		450—350°		<350°	
		нет скотом	есть скотома	нет скотом	есть скотома	нет скотом	есть скотома
0—0,3	54	50	4	—	—	—	—
0,4—0,6	36	25	3	6	1	1	—
>0,6	74	7	—	30	—	37	—
Всего . . .	164	82	7	36	1	38	—

Как видно, экскавация диска зрительного нерва в большинстве случаев сочетается с изменением поля зрения, однако нередко отмечается и диссоциация этого положения. Так, у больных 1-й группы без патологической экскавации примерно в 1% наблюдений обнаружены парацентральные скотомы. У больных 2-й группы в 78% случаев периферические границы поля зрения оставались нормальными, а в центральном поле зрения скотомы выявлены в 8%. Изменение поля зрения закономерно только при выраженной экскавации диска зрительного нерва. Так, при Э/Д больше 0,6 в 90% наблюдений мы выявили умеренное или значительное сужение границ периферического поля зрения.

Для выяснения зависимости выраженности глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва от уровня офтальмотонуса мы выделили группу из 48 больных (68 глаз), примерно идентичных по возрасту, у которых в течение 2—3 лет отмечалось стойкое повышение офтальмотонуса. При анализе полученных результатов все обследованные были разделены в зависимости от уровня офтальмотонуса на три группы. У больных 1-й группы внутриглазное давление не превышало 4,7 кПа, 2-й — 4,8—5,3 кПа, 3-й — выше 5,3 кПа. Результаты исследований представлены в табл. 2.

Таблица 2

Зависимость экскавации диска зрительного нерва от уровня офтальмотонуса у больных открытоугольной глаукомой

Отношение Э/Д	Количество глаз	Уровень внутриглазного давления, кПа		
		4,0—4,7	4,8—5,3	>5,3
До 0,3	15	11	3	1
0,4—0,6	24	10	11	3
>0,6	29	8	12	9
Всего	68	29	26	13

Таким образом, между уровнем офтальмотонуса и выраженностью экскавации диска зрительного нерва имеется четкая связь: чем выше внутриглазное давление, тем чаще наблюдается патологическая экскавация диска зрительного нерва. Так, у больных 1-й группы Э/Д, превышавшее 0,6, констатировано в 27% случаев, 2-й — в 46%, в 3-й — в 72%.

ВЫВОДЫ

1. Ориентировочный статический периметр Вургафта прост, доступен в конструкции и обращении и может быть рекомендован для широкого клинического применения.

2. Выявлена прямая зависимость выраженности отношения диаметра экскавации к соответствующему диаметру диска от уровня внутриглазного давления.

3. Глаукоматозная экскавация диска зрительного нерва не всегда сочетается с изменением поля зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вургафт М. Б. В кн.: Труды IV Всероссийского съезда офтальмологов. М., 1982. — 2. Сабитова Д. И. В сб.: Глаукома, Л., 1980.

Поступила 18 ноября 1984 г.

УДК 617.7—007.681+617.741—004.1]—089.8

КОМБИНИРОВАННАЯ ЭКСТРАКЦИЯ КАТАРАКТЫ С ИНТРАСКЛЕРАЛЬНОЙ ФИЛЬТРУЮЩЕЙ ИРИДЭКТОМИЕЙ

М. Г. Галеев

Глазное отделение (зав.— М. Г. Галеев) Нурлат-Октябрьской центральной районной больницы (главрач — З. А. Шабаев) МЗ ТАССР

За последние годы в литературе появились сообщения о комбинации экстракции катаракты с различными вариантами антиглаукоматозных операций.

В данном сообщении представлены наблюдения, проведенные за 15 больными (мужчин — 6, женщин — 9, возраст — от 60 до 78 лет), которым экстракция катаракты была сделана одновременно с интрасклеральной фильтрующей иридэктомией по М. Б. Вургафту (1973). Операции производили под микроскопом с применением микрохирургического инструментария. Перед операцией исследовали состояние глаза и зрительные функции с использованием биомикроскопии, гониоскопии, тонометрии, тонографии и периметрии.

Открытоугольная глаукома была диагностирована у 7 пациентов, закрытоугольная — у 8. Умеренно повышенное внутриглазное давление было у 11 больных, высокое — у 4. Начальная глаукома констатирована у 3 больных, развитая — у 10, далеко зашедшая — у 2. Коэффициент легкости оттока колебался от 0,03 до 0,15 мм³/мин на 1 мм рт. ст. Зрелая катаракта определена у 12 пациентов, незрелая — у 3. Из сопутствующих заболеваний гипертоническая болезнь выявлена у 3 больных, помутнение роговицы — у 2.

Предоперационная подготовка включала назначение фенобарбитала, викасола, диакарба и очистительной клизмы. Премедикация: 2% промедол (1 мл), 1% ди-медрол (1 мл) внутримышечно за 20 мин до операции.

Техника операции (см. рис.). Анестезия инстилляционная и ретробульбарная, акинезия. Наложение провизорного шва на сухожилие верхней прямой мышцы, образование конъюнктивального лоскута. Гемостаз. Электродом гальванокаутера намечаются границы П-образного лоскута склеры размером 5×7 мм, основанием к лимбу. Образование П-образного склерального лоскута на 1/2 ее толщины. В обе стороны от основания склерального лоскута делаются надрезы почти до горизонтального меридиана, затем накладывается один предварительный шов. Путем диафаноскопического транскорнеального просвечивания намечается передний край цилиарного тела, впереди которого производится термокоагуляция глубоких слоев склеры электродом гальванокаутера в виде полоски шириной 3 мм. В зоне коагулированной полоски производится разрез до вскрытия передней камеры, после этого

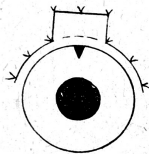


Схема однокомментной экстракции катаракты с интрасклеральной фильтрующей иридэктомией.