

Е. И. МЕСРОПЯН, С. М. МУРАДЯН

ДАННЫЕ ГОНИОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

В офтальмологической практике ценен метод гониоскопии в изучении угла передней камеры при воспалительных процессах переднего отрезка глаза, увеитах различной этиологии, наличии инородного тела в углу передней камеры, новообразованиях корня радужки или цилиарного тела, проросшего в переднюю камеру [2, 3]. Особое место занимает гониоскопия в вопросе диагностики глаукоме [1, 4—8, 10—14, 16, 17].

Ознакомившись с отечественной и иностранной литературой по данному вопросу, мы поставили перед собой задачу исследовать состояние угла передней камеры у больных сахарным диабетом, при котором в органе зрения развиваются необратимые тяжелые осложнения— ретинопатия, пролиферирующий ретинит, кровоизлияние, перерождение сетчатки в виде дегенеративных очажков, отслойка сетчатки, глаукома, что подчас приводит больного к слепоте. В переднем отрезке глаза со стороны радужки отмечается депигментация, пигмент мигрирует в жидкости передней камеры, отмечается также и рубец радужки [15, 19, 20].

Работ, посвященных изучению угла передней камеры у больных сахарным диабетом, как отечественных, так и иностранных очень мало. Впервые в 1937 г. была опубликована работа О. Курца [18], который описал случай рубцеоза у одного больного сахарным диабетом.

Методом гониоскопии мы изучали угол передней камеры у 165 больных (330 глаз), страдавших сахарным диабетом различной давности и тяжести. Исследования производили гониоскопом Ван Бойнингена и щелевой лампой типа Комбеога с увеличением в 18 раз.

Среди исследованных нами больных мужчин было 86, женщин—79; по возрасту они распределялись: до 20 лет—8 чел. (16 глаз), от 21 до 40—37 (74 глаза), от 41 до 60—79 (158 глаз), старше 61 года—41 (82 глаза). Из 165 больных легким диабетом страдали 23 чел. (13,9%), средним—87 (52,7%), тяжелым—55 (33,3%). Как видим, превалировал диабет средней тяжести. С давностью заболевания до 5 лет мы наблюдали 85 чел. (51,5%), до 10—55 (33,3%), более 11—25 (15,1%).

При анализе данных гониоскопии мы пользовались классификацией, предложенной В. М. Панькивым [9], т. е. обращали внимание на ширину угла передней камеры, тип пигментации, наличие гониосинехии, состояние корня радужки, наличие новообразованных сосудов. Широкий тип угла из 330 глаз выявили на 40 глазах (12%), средний—112

(34%), узкий—162 (49%), очень узкий угол наблюдали на 16 глазах (4,84%).

Принимая во внимание, что с возрастом могут наблюдаться те или иные изменения в углу передней камеры, мы подвергли гониоскопии не страдающих сахарным диабетом 63 лица (126 глаз) в возрасте наших больных с целью сравнения состояния угла передней камеры у больных сахарным диабетом и состоянием угла передней камеры у здоровых. При разборе этих данных мы выявили некоторую закономерность. У здоровых лиц широкий угол передней камеры наблюдали в 33,3, у больных—в 12% случаев; средний угол у здоровых наблюдали в 41,27, у больных—в 34% случаев; узкий угол у здоровых составил 25,4, у больных—49%. Других нарушений угла передней камеры, за исключением незначительной пигментации, мы не наблюдали.

Как видим, узкий (49%) и очень узкий угол (4,84%) у больных сахарным диабетом встречается чаще, чем у лиц, не страдающих этим заболеванием. У последних ни в одном случае не наблюдали очень узкого угла передней камеры. Итак, узкий и очень узкий угол был нами отмечен почти в 54% случаев (330 глаз).

Нами было установлено, что до 20-летнего возраста не было выявлено ни одного случая с узким или очень узким углом передней камеры, что подтверждается данными Л. Т. Кашинцевой [7]. Число таких случаев возрастало в зависимости от возраста больных (табл. 1).

Таблица I

Возраст больных	Количество глаз	Широкий угол	Средний угол	Узкий угол		% к общему числу узкого и очень узкого угла
				умеренный	очень узкий	
до 20 лет	16	6	10	—	—	—
21—40	74	20	22	28	4	43,4
41—60	158	10	60	80	8	55,7
61 и более	82	6	24	48	4	63,4

По-видимому, на ширине угла передней камеры отражается не только возраст больного, но и давность заболевания, т. к. длительность заболевания сахарным диабетом является доминирующим фактором в развитии тех или иных осложнений в организме (табл. 2).

Как видно из наших наблюдений, длительность заболевания играет определенную роль в образовании узости угла передней камеры. Из 330 глаз мы имели узкий и очень узкий угол почти в 54% случаев.

При гониоскопии мы выявили и определенный тип пигментации в углу передней камеры. Слабая пигментация у больных сахарным диабетом была нами отмечена в 6,6% случаев (22 глаза из 330) против 38% у здоровых (48 глаз из 126); пигментация в области зоны Швальбе и вырезки—в 15,7% случаев против 15,8% у здоровых; пигментация

Таблица 2

Длительность заболевания	Количество глаз	Широкий угол	Средний угол	Узкий угол	Очень узкий угол	% к общему числу глаз с узким и очень узким углом
до 5 лет	166	32	62	70	2	43,37
от 6—10	112	8	34	62	8	62,4
11 и более	52	—	16	30	6	69

зоны Швальбе, вырезки и Шлеммова канала—в 15% случаев против 8% у здоровых; пигментация зоны Швальбе, вырезки, Шлеммова канала и корнеосклеральных трабекул—в 18,8% случаев против 12% у здоровых; не был выявлен пигмент в 43,5% случаев против 25,4% у здоровых.

Желая убедиться, не отражается ли возрастной фактор на отложении пигмента в углу передней камеры, мы наших больных подразделили на возрастные группы и выявили следующее. До 20-летнего возраста мы имели в 25% случаев отложение пигмента в виде слабо выраженных зерен, глыбок в области зоны Швальбе, вырезки и Шлеммова канала; до 40-летнего возраста процент поражения угла пигментацией увеличивается более чем в два раза, т. е. 51,3% случаев; до 60 лет пигментация наблюдалась в 55,7% случаев; старше 61 года пигментацию отметили в 68,4% случаев (330 глаз). Чаше пигментация наблюдалась в области зоны Швальбе, вырезки, Шлеммова канала и, особенно, на корнеосклеральных трабекулах, вследствие чего Шлеммов канал иногда оказывался настолько завуалирован отложением, что его невозможно было выявить. Как видим, во всех возрастных группах выявляется пигмент в углу камеры, что подтверждается данными литературы [7, 13, 18, 19 и др.]. Это происходит вследствие поражения пигментного листка радужки при диабете. Пигмент свободно мигрирует в передней камере и откладывается на корнеосклеральных трабекулах. Это последнее обстоятельство, безусловно, вызывает нарушение нормальной циркуляции внутриглазной жидкости, которое способствует развитию глаукомы.

Мы одновременно обратили внимание на длительность заболевания в развитии пигментации угла камеры. При этом выявили следующее. С давностью заболевания до 5 лет пигментация была обнаружена в 29, до 10—в 76, 78, более 11—в 88% случаев. Кроме пигментации, нами были обнаружены случаи ранней очаговой депигментации, скопление пигмента в «кучки» у зрачкового края радужки, сглаженность корня радужки.

При гониоскопии нам удалось отметить единичные и иногда множественные гониосинехии в области трабекул. Среди здоровых лиц ни в одном случае мы не наблюдали гониосинехии. Из 330 глаз в 38,4% случаев были обнаружены гониосинехии. У больных до 20 лет нами не

было выявлено синехии. В возрасте 20—60 лет обнаружили синехии в 36, старше 60—в 47,5% случаев. Как видим, частота развития гониосинехии связана с возрастом больного, но, помимо этого, и длительность заболевания играет не меньшую роль в образовании синехии, и мы выявили определенную закономерность в этом вопросе. С 5-летней давностью заболевания синехии встретили в 8,43 (166 глаз из 330), до 10—в 22,3 (112 глаз), более 11—в 46% случаев (52 глаза). Эти данные определенно говорят о том, что длительность заболевания сахарным диабетом заметно отражается на развитии гониосинехии.

Что касается вновь развитых сосудов на радужке, которые были выявлены у корня радужки и в ее ткани, мы наблюдали следующее. До 20-летнего возраста ни в одном случае мы не наблюдали вновь развитых сосудов в ткани радужки, хотя А. М. Турянская [13] отмечает их наличие до 30-летнего возраста. Среди наших больных вновь развитые сосуды на радужке мы выявили до 40-летнего возраста в 37,8 (74 глаза), до 60—в 35,4 (158 глаз), старше 60—в 47,5% случаев (82 глаза). Итак, из 330 в 37% случаев были выявлены вновь развитые сосуды. Они имели различное направление и разветвление в виде петель, ампуловидных и веретенообразных расширений, еле заметных нитей; были выявлены у корня радужки, на трабекулах. Частота новообразованных сосудов соответствовала давности заболевания диабетом. Так, до 5-летней давности сосуды выявлены в 9 (166 глаз), до 10—в 21,4 (112 глаз), более 11—в 44,2% случаев (52 глаза).

При анализе нашего материала (330 глаз) одновременно с наличием вновь развитых сосудов в радужке мы наблюдали и патологию на дне глаза—ретинопатию различных степеней (124 глаза—37,6%). Из этих больных некоторым была произведена капилляроскопия ногтевого ложа. У этих больных в 5,4% случаев (18 глаз) наблюдалась глаукома.

В ы в о д ы

1. Гониоскопия у больных сахарным диабетом имеет большое диагностическое и прогностическое значение в отношении исхода лечения основного заболевания.

2. При гониоскопии отмечается частое сужение угла передней камеры, образование синехий и вновь развитых сосудов, что связано с длительностью заболевания.

3. Новообразованные сосуды в углу передней камеры в сочетании с ретинопатией говорят о диффузном поражении сосудистого тракта.

4. Поражение угла передней камеры способствует развитию вторичной глаукомы.

Ե. Ի. ՄԵՍՐՈՊՅԱՆ, Ս. Մ. ՄՈՒՐԱԳՅԱՆ

ԳՈՆԻՈՍԿՈՊԻԿ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ ՇԱՔԱՐԱԽՏՈՎ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ու մ

Գոնիոսկոպիկ քննության է ենթարկվել շաքարախտով տառապող տարբեր տևողության և տարբեր ծանրության աստիճանի 165 հիվանդ՝ 330 աչք:

Ստացված տվյալները համեմատելու նպատակով միաժամանակ ստուգման է ենթարկվել շաքարախտ չունեցող նույն տարիքի 63 հիվանդ՝ 126 աչք: Ստուգումները ցույց են տվել, որ շաքարախտով հիվանդների մոտ, կախված հիվանդության ծանրության աստիճանից, հարատևությունից և տարիքից, առաջնային կամերայի անկյան նեղացումը կազմում է 54%, այն դեպքում, երբ առողջների մոտ այն դիտվում է միայն 25,4% դեպքում:

Շաքարախտով հիվանդների մոտ առաջնային կամերայի անկյան տարբեր զոնաների միջին և ուժեղ պիզմենտացիա է դիտվել գրեթե բոլոր տարիքի հիվանդների մոտ, 61 տարեկանից բարձր մարդկանց մոտ հասնելով 68,4%-ի: Նույն տարիքի առողջ մարդկանց մոտ դիտվել է միայն թույլ պիզմենտացիա, որը կազմել է 38%:

Գոնիոսինեխիաներ են հայտնաբերվել բոլոր տարիքի հիվանդների մոտ, որը կազմել է 38,4%, 61 տարեկանից բարձր հիվանդների մոտ հասնելով 47,5%-ի: Գոնիոսինեխիաների առաջացման համար, բացի տարիքից նշանակություն է ունեցել նաև հիվանդության հարատևությունը, 11 տարուց ավել տևողության դեպքում այն կազմել է 46%: Առողջ աչքերում գոնիոսինեխիաներ չեն հայտնաբերվել:

Շաքարախտով հիվանդների մոտ առաջնային կամերայի անկյունում և ծիածանաթաղանթի հյուսվածքի վրա դիտվել են նոր գոյացած արյան անոթներ, որոնք կազմել են 37%: Միաժամանակ հենց նույն հիվանդների մոտ դիտվել են և տարբեր աստիճանի ռետինոպաթիաներ, որոնք կազմել են 37,6%: Առողջ աչքերում նոր գոյացած արյան անոթներ չեն հայտնաբերվել:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алексеев Б. Н. Вестник офтальмологии, 1959, 3, стр. 14.
2. Беловодская Я. Е. Офтальмологический журнал, 1957, 3, стр. 171.
3. Гундорова Р. А. Офтальмологический журнал, 1961, 3, стр. 179.
4. Ерошевич Т. И. Вестник офтальмологии, 1957, 4, стр. 7.
5. Зарубин Г. С. Офтальмологический журнал, 1959, 7, стр. 394.
6. Куликова Л. А. Вестник офтальмологии, 1961, 1, стр. 9.
7. Кашинцева Л. Т. Офтальмологический журнал, 1965, 2, стр. 89.
8. Провоторова Л. И. Вестник офтальмологии, 1956, 3, стр. 3.
9. Паныкв В. М. Сборник научно-практических работ по офтальмологии. Пермь, 1962, стр. 73.
10. Вестник офтальмологии, 1963, 1, стр. 20.
11. Романовский М. М. Офтальмологический журнал, 1956, 3, стр. 172.
12. Скрипка В. К. Офтальмологический журнал, 1956, 3, стр. 167.
13. Турянская А. М. Офтальмологический журнал, 1966, 2, стр. 135.
14. Устинова Е. И. Вестник офтальмологии, 1962, 1, стр. 30.

15. Хаютин С. М. Материалы I Всесоюзной конференции офтальмологов. М., 1963
стр. 408.
16. Шульпина Н. Б. Вестник офтальмологии, 1962, 5, стр. 26.
17. Шнейдман С. А. и Надеяева В. М. Вестник офтальмологии, 1964, 3, стр. 26.
18. Kurz O. Kl. Mbl. Augenh., 1937, 98, 395.
19. Francois I. Ophthalm., 1951, 121, 313.
20. Cristiansson J. Acta Ophthalm., 1961, 39, 2, 155.