

УДК 617.7—007.681—07

А. А. БАБАЯН

О ЧАСТОТЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ НАЧАЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Показано, что для точной диагностики ранних стадий глаукомы наряду с клиническими необходимо применение современных функциональных методов исследования полей зрения.

Ранние стадии глаукомного процесса диагностируются с трудом из-за отсутствия достаточно эффективных методов исследования и слабо выраженной клинической симптоматики. Нередко такие больные оказываются в группе лиц с подозрением на глаукому и не получают своевременного лечения.

В настоящее время многие авторы придерживаются того мнения, что к наиболее ранним относятся изменения парацентральной области поля зрения в виде мелких и дугообразных скотом в зоне Бьеррума, увеличения размеров слепого пятна. Для их выявления применяются более тонкие методы периметрии: исследование малыми объектами, статическая периметрия [1—4].

Цель настоящей работы—изучение значения функциональных нарушений полей зрения в диагностике ранних стадий открытоугольной глаукомы. Применялись следующие методы: биомикроскопия, гониоскопия, тонометрические исследования (суточная тонометрия, двухчасовая тонометрия, эластотометрия), офтальмоскопия, упрощенная тонография по Нестерову. Поля зрения исследовались следующими методами: квантитативная периметрия, периметрия с двумя переменными, исследование центральной области поля зрения в зоне 30° от центра, исследование величины слепого пятна без нагрузки и с нагрузкой кольцевой компрессией.

Квантитативная периметрия производилась на проекционном периметре РРП-60 объектами размером в 5 мм при полной яркости и в 1 мм при наиболее слабой яркости в условиях скотопического зрения с темновой адаптацией в течение 10 мин. Предварительно были установлены границы нормального поля зрения у 10 здоровых лиц (20 глаз): верхняя граница — $M=39,3\pm 0,741$; нижняя — $M=39,2\pm 0,5$; височная — $M=79,2\pm 0,5$; носовая — $M=47,9\pm 0,5$.

Периметрия с двумя переменными производилась на полушаровом периметре производства фирмы К. Z. Јепа (ГДР) при яркости экрана 14 нитт. Предъявлялись равноэнергетические объекты величиной 0,25 мм (I) с яркостью 33,3%—1/3 и величиной 1 мм (II) с яркостью 10%—II/2. Исследование центральной области сетчатки, в том числе слепого пятна, производилось на полушаровом периметре и дистанционном кампиметре фирмы Baush-Lomb (США). На полушаровом периметре нами была использована статическая надпороговая периметрия по Armary [4].

Наша модификация состояла в том, что исследование производилось по 12 меридианам в радиусе от 5° до 30° от точки фиксации. По каждому меридиану предъявлялся объект в 6 точках через каждые 5°. Исследования на дистанционном кампиметре и кольцевая кампиметрическая проба проводились по общепринятой методике. За патологию принимались следующие данные. 1. Биомикроскопия—незначительные или более резко выраженные дистрофические изменения радужной оболочки и пигментной каймы. 2. Гониоскопия—изменения в углу передней камеры. 3. Тонометрия, эластонометрия и тонография—общеизвестные данные, принимающиеся за патологию. 4. Офтальмоскопия—изменения со стороны диска зрительного нерва в виде расширения физиологической экскавации с сужением кольца нормальной ткани, одвиг, местами перегиб сосудов; учитывалась также незначительная деколорация диска зрительного нерва. 5. Квантитативная периметрия—сужение периферических границ на 5° и более по одному или нескольким меридианам. 6. Периметрия с двумя переменными—расхождение изоптер равноэнергетических объектов. 7. Наличие скотом в центральной области поля зрения. 8. Увеличение границ слепого пятна на 5° и более. 9. Увеличение площади слепого пятна по сравнению с исходной на 5° и более после кольцевой компрессии. Произведены исследования всеми вышеперечисленными методами на 73 глазах у 41 больного. По выраженности клинической симптоматики больные были распределены на две группы: в I группу вошли больные с диагнозом «преглаукома», который основывался на количестве одновременно присутствующих микросимптомов, встречающихся при глаукоме (25 глаз). В этой группе внутриглазное давление от 27 до 29 мм встретилось лишь на 10 глазах (40%), патологические тонографические показатели выявлены на 5 (20%), изменения со стороны диска зрительного нерва—на 7 глазах (28%). Во II группу вошли больные с открытоугольной начальной глаукомой (48 глаз). В этой группе высокие цифры офтальмотонуса от 27 до 33 мм выявлены на 37 глазах (77,1%), патологические данные тонографии—на 19 (39, 5%), изменения со стороны диска зрительного нерва—на 15 глазах (31, 2%). На 32 глазах (66,6%) больных II группы при наличии биомикроскопических, гониоскопических и тонографических измерений обнаружены изменения и в поле зрения. У больных II группы, где клиническая симптоматика была менее выражена (1—2 клинических симптома), в 16 глазах (33,4%) были также обнаружены изменения в поле зрения. В I группе больных с

диагнозом «переглаукома» мы обнаружили изменения в поле зрения в 24 глазах из 25 (92%).

В обеих группах нарушения в поле зрения наиболее часто обнаруживались при компрессионно-кампиметрической пробе, методом надпороговой статической периметрии, при квантитативной периметрии.

В I группе компрессионно-кампиметрическая проба была положительной на 16 глазах (64%), скотомы обнаружены на 15 (60%), нарушения периферических границ поля зрения—на 11 глазах (44%); во II группе соответственно: на 39 (85, 4%), на 38 (83, 3%) и на 17 глазах (35, 4%). При проведении периметрии с двумя переменными и кампиметрии были обнаружены незначительные нарушения в поле зрения. В I группе из 25 нарушение пространственной суммации найдено только на 5 глазах (20%), увеличение слепого пятна—на 4 (16%), во II—на 10 (20, 8%) и на 14 глазах (29, 1%) соответственно.

Полученные нами данные свидетельствуют, что изменения в поле зрения выявляются в ранних стадиях открытоугольной глаукомы, когда клиническая симптоматика ее слабо выражена. Это говорит о том, что примененные методы исследования являются чувствительными для прогнозирования ранних функциональных расстройств в поле зрения.

У больных с начальной стадией открытоугольной глаукомы выявлена прямая зависимость между выраженностью клинической симптоматики и нарушением в поле зрения. Однако нами наблюдались нарушения в поле зрения (положительная компрессионно-кампиметрическая проба, парацентральные скотомы) у больных со слабо выраженной клинической симптоматикой. Об этом убедительно свидетельствуют данные, полученные в группе с диагнозом «переглаукома», где часто отсутствовала четкая клиническая симптоматика и диск зрительного нерва не был изменен. Очевидно, те больные, у которых обнаруживаются изменения в поле зрения раньше, чем развиваются выраженные клинические изменения диска зрительного нерва и появляется расстройство регуляции внутриглазного давления, нуждаются в более эффективных лечебных мерах—комплексной медикаментозной терапии, способствующей улучшению метаболизма в тканях глаза.

Благодаря нашим исследованиям часть больных I группы была переведена во II с назначением соответствующего лечения. Таким образом, для наиболее точной диагностики ранних стадий глаукомы необходимо всестороннее обследование больных. Наряду с клиническими обязательно применение функциональных методов исследования полей зрения.

ՍԿԶՐԱՅԻՆ ԲԱՑԱՆԿՅԱՆ ԳՎԱՌԻԿՈՄԱՑՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ
ՏԵՍԱԴԱՇՏՈՒՄ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅԱՆ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

Վաղ գլաուկոմայի ստույգ ախտորոշման համար կլինիկական մեթոդների հետ համատեղ անհրաժեշտ է կիրառել տեսադաշտի հետազոտման ժամանակակից ֆունկցիոնալ հետևյալ մեթոդները.

1. Կոմպրեսիոն—կամպրիմետրիկ փորձը,
2. ցանցաթաղանթի կենտրոնական մասի հետազոտության հեղինակի կողմից առաջարկվող վերսահմանային վիճակագրական պերիմետրիայի մեթոդը,
3. բանական պերիմետրիայի մեթոդը:

A. A. BABAYAN

ON FREQUENCY OF CHANGES IN THE VISUAL FIELD IN
PATIENTS WITH OPEN ANGLE GLAUCOMA

For the exact diagnosis of the early stage of glaucoma, together with the clinical methods, it is necessary to use modern functional methods of examinations of the visual fields.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aulhorn E. Klin. Mbl. Augenheilk, 1976, Suppl. 69, 128.
2. Drance S. M. Invest. Ophthalm., 1969, 8, 1, 84.
3. Goldmann H. Brit. J. Ophthalm., 1972, 56, 3, 242.
4. Armaty M. F. Invest. Ophthalm., 1969, 8, 105.