

УДК 617.7-007.681-085

КОМАРОВА С.С., БЕЗПАЛЬКО Ю.Є., КОМАРНИЦЬКА І.І., РУБАНИК Є.В.

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ

ГОСТРИЙ НАПАД ГЛАУКОМИ. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СВОЄЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

Серед усіх офтальмологічних захворювань глаукома є найпідступнішою.

Гострий напад глаукоми (ГНГ) — це особливий найнебезпечніший ургентний стан у клініці очних хвороб, що вимагає негайного початку невідкладного адекватного лікування для запобігання втраті зору аж до сліпоті. Серед причин сліпоті, згідно з результатами епідеміологічних досліджень, практично в усіх регіонах світу друге місце займає глаукома, що підкреслює її соціальну значущість як одного з найбільш інвалідизуючих захворювань. Прогнозується, що до 2020 року в світі кількість хворих на глаукому буде приблизно 78 млн чоловік. За статистикою, приріст хворих на глаукому становить близько 20 млн чоловік протягом 10 років. Динаміка захворюваності на глаукому в Україні характеризується аналогічними тенденціями та є невтішною.

Так, динаміка поширення глаукоми у дорослого населення м. Києва, за даними ГУОЗ, за 2010 рік становила 16 920 (76,4 %), за 2011 рік — 17 815 (80 %). Темп змін показника за період 2007–2011 рр. — +16,6.

Отже, з метою запобігання інвалідності внаслідок глаукоми актуальним питанням є не тільки удосконалення профілактичних, діагностично-лікувальних заходів, але й підвищення обізнаності населення щодо суті захворювання та його проявів.

Причинами ГНГ є емоційне збудження, тривале зорове навантаження в напівтемному приміщенні, робота в положенні з нахилом тіла і голови, вживання надмірної кількості рідини, прийом збуджуючих медикаментів, сезонність (62 % — осінь-зима).

Основними факторами ризику є невідповідність анатомо-фізіологічного співвідношення рефракції, довжини передньозадньої осі ока до параметрів компонентів і розташування іридо-кришталікової діафрагми в ньому. Іншими факторами ризику можуть бути пошкодження кришталіка, хірургічні втручання на очах, травми ока, судинні порушення в сітківці, прийом кортикостероїдів або атропіну в краплях. Додатковими факторами ризику є стать (частіше хворіють жінки) і раса (частіше азіати).

Провісниками гострого нападу глаукоми можуть бути затьмарення зору і поява райдужних кіл навколо джерел світла. Іноді такі симптоми можуть бути

тимчасовими. Ці явища обумовлені патологією переднього відділу очного яблука і проявляються раптовим і швидким підвищенням внутрішньоочного тиску, який порушує обмінні процеси в роговій оболонці, зоровому нерві й сітківці.

Однак далеко не завжди гострому нападу глаукоми передують його провісники, він може розпочатися й абсолютно несподівано як для самого хворого, так і для оточуючих (П.І. Лебехов, 1982). Виникнення нападу характеризується появою різкого болю в оці, який іррадіює у відповідну половину голови; іноді в ділянку серця, шелепи й епігастрій. Гострота зору знижується аж до світловідчуття. Біль може супроводжуватися нудотою, блювотою, запамороченням, вираженим ознобом, підвищенням температури, артеріального тиску, загальним нездужанням. З часом поганий загальний стан — головний біль, біль у серці, уповільнення серцевого ритму, біль у животі — турбує пацієнта більше, ніж очний біль і порушення зору.

Позачочні симптоми нерідко ускладнюють діагностику, призводять до помилкового діагнозу і неправильного лікування. З приводу цього більшість хворих із нападом глаукоми потрапляють у неврологічне, інфекційне, терапевтичне та інші неофтальмологічні відділення і до встановлення діагнозу «гострий напад глаукоми» втрачається дорогоцінний час, потрібний для надання термінової офтальмологічної допомоги й успішного відновлення зорових функцій. Якщо протягом 24–48 годин напад не буде ліквідовано, може початися різке зниження зору навіть до повної сліпоті.

Під час обстеження на доофтальмологічному етапі треба прискіпливо та уважно зібрати анамнез (на наявність глаукоми), а також слід дізнатися, які препарати приймав хворий до розвитку нападу (наприклад, атропін сприяє розвитку нападу), та оглянути очі. Уражене око тверде «як камінь», спостерігається застійна ін'єкція ока із синюшним відтінком; рогівка тьмяна, каламутна, зі зниженою чутливістю до торкання; зіниця широка, майже

© Комарова С.С., Безпалько Ю.Є., Комарницька І.І., Рубаник Є.В., 2013

© «Медицина невідкладних станів», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

5–6 мм, не рухається на світло, її ділянка може бути зеленуватого кольору.

Допомога на доофтальмологічному етапі полягає в негайному призначенні анальгетиків, діуретиків, для зменшення кровонаповнення внутрішньоочних судин — гарячі ножні ванни, п'явки на скроню, гіпотензивні препарати (у разі підвищення артеріального тиску) і негайному направленні хворого до офтальмологічного стаціонару.

Діагноз ГНГ встановлюється офтальмологом на підставі поєднання даних анамнезу, скарг (туман і райдужні кола навколо джерела світла, головний біль з ірадіацією, переважно в скроню); даних периметрії, офтальмотонометрії, гоніоскопії, біомікроскопії, офтальмоскопії.

Диференціальна діагностика проводиться з очними захворюваннями, що супроводжуються почервонінням ока: кон'юнктивітом, кератитом, іридоциклітом, а також з інфарктом міокарда (при лівобічній локалізації), гострим харчовим отруєнням, стоматологічними захворюваннями і неврологічними розладами.

Лікування ГНГ проводиться тільки в офтальмологічному стаціонарі. Основною метою лікування ГНГ є ліквідація блокади структур кута передньої

камери й відновлення коровообігу в оболонках ока. У разі гострого нападу порятунок зору залежить від швидкості надання офтальмологічної допомоги.

Лікування комплексне, патогенетично і симптоматично орієнтоване: консервативне і обов'язкове (екстрене або планове) хірургічне для профілактики повторної блокади кута передньої камери в майбутньому.

Своєчасна діагностика глаукоми залежить від правильних організаційних методів, які включають достатнє технічне забезпечення клінік, високу кваліфікацію лікаря. З іншого боку, ефективність діагностики та лікування глаукоми не в останню чергу залежить від обізнаності пацієнта з існуючою у нього проблемою, зацікавленістю пацієнта у співпраці з лікарем, дотримання ним наданих рекомендацій. Крім того, лікарі-терапевти, хірурги, анестезіологи, невропатологи, оториноларингологи та ін. при проведенні хворому з глаукомою (або з ГНГ в анамнезі) будь-якої медикаментозної терапії з приводу загальних захворювань або виборі способу передопераційної підготовки повинні обов'язково погоджувати свої призначення з офтальмологом.

Отримано 20.01.13 □