

СОВРЕМЕННЫЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ И КАТАРАКТЫ

Парманкулова Ю.Д.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Хирургическое лечение глаукомы - одна из наиболее актуальных проблем офтальмохирургии. К сожалению, до настоящего времени отсутствуют четкие показания для данного вида лечения, а относительно высокий риск возникновения интра- и послеоперационных осложнений, приводящих, как правило, к снижению зрения, значительно снижает его привлекательность и среди пациентов, и среди офтальмохирургов. Это приводит к тому, что среди больных, перенесших антиглаукоматозные операции, "львиную" долю составляют пациенты с продвинутыми стадиями болезни. Определенные категории больных глаукомой, нуждающихся в хирургическом лечении, требуют особо пристального внимания.

Ключевые слова: катаракта; открытоугольная глаукома; псевдоэкссфолиативный синдром; фактоэмульсификация; факотрабекул-эктомия; синусотомия; вискоканалодилатация.

ОЧИҚ БУРЧАКЛИ ГЛАУКОМА ВА КАТАРАКТАГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА ЖАРРОҲЛИК УСУЛИНИ ҚЎЛААШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАКТИКАСИ

Парманкулова Ю.Д.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Глаукомани жарроҳлик йўли билан даволаш офтальмологик жарроҳликнинг энг долзарб муаммоларидан биридир. Афсуски, бугунги кунга қадар ушбу турдаги даволанишнинг аниқ белгилари йўқ ва операциядан олдинги ва операциядан кейинги асоратлар хавфи, одатда кўришнинг пасайишига олиб келади, бу эса беморларда ҳам, офтальмологик жарроҳлик усуллари самарадорлигини сезиларли даражада камайтиради. Бу анти-глаукоматоз операциядан ўтган беморлар орасида касалликнинг олдинги босқичларида бўлган беморлардан иборат бўлишига олиб келади. Жарроҳлик даволашни талаб қиладиган глаукомали беморларнинг айрим тоифалари алоҳида эътибор талаб қилади.

Калит сўзлар: катаракт; очик бурчакли глаукома; псевдоэкссфолиатив синдроми; фактоэмульсификация; факотрабекул-эктомия; синусотомия; висканалолизация.

MODERN TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH OPEN-ANGLE GLAUCOMA AND CATARACTS

Parmankulova Y.D.

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

Surgical treatment of glaucoma is one of the most pressing problems of ophthalmic surgery. Unfortunately, to date, there are no clear indications for this type of treatment, and the relatively high risk of intra- and postoperative complications, usually leading to decreased vision, significantly reduces its attractiveness both among patients and among ophthalmic surgeons. This leads to the fact that among patients who have undergone anti-glaucomatous surgery, the "lion" share is made up of patients with advanced stages of the disease. Certain categories of glaucoma patients requiring surgical treatment require special attention.

Key words: cataract; open angle glaucoma; pseudoexfoliation syndrome; phacoemulsification; fakotrabekul-ectomy; sinusotomy; viscocanalodilation.

Актуальность

По данным литературы, у больных первичной глаукомой старше 50 лет катаракта встречается почти втрое чаще, чем в той же возрастной группе лиц, не страдающих глаукомой: 4% и 1,4% соответственно (Чирикчи Л.Е., Мальцев Э.В., 1994) и прогрессирует быстрее. В течение 1-2 лет катаракта переходит из начальной стадии в зрелую в среднем у 25% больных глаукомой и только у 11% больных возрастной катарактой[4,6,8].

В настоящее время известно 3 основных подхода к проблеме хирургического лечения больных с сочетанием катаракты и первичной глаукомы: 1) только

экстракция катаракты (ЭК) с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ), 2) комбинированное одномоментное вмешательство с имплантацией ИОЛ ("тройная процедура"), 3) двухэтапное лечение. Только экстракция катаракты без антиглаукомного вмешательства, популяризируемая рядом зарубежных авторов, возможна лишь при наличии у больного нормализованного внутриглазного давления (ВГД) при минимальном использовании лекарств, а также отсутствии выраженных изменений поля зрения и диска зрительного нерва. Особенно выражен гипотензивный эффект одной ЭК у больных с закрытоугольной глаукомой и псевдоэкссфолиативным синдромом[3,5,8].



При одномоментном вмешательстве комбинируется антиглаукомная операция (АГО) и ЭК. В отношении антиглаукомного компонента одни авторы предпочитают трабекулэктомию, другие – непроницающую глубокую склерэктомию, трабекулэктомию с интрасклеральным микродренированием, глубокую склерэктомию, вискоканалостомию.

По мнению зарубежных авторов, трабекулэктомия остается золотым стандартом в хирургии глаукомы.

Двухэтапное вмешательство предполагает проведение первым этапом гипотензивной операции, а вторым – экстракцию катаракты. Отмечено, что если пациент нуждается в более значительном снижении ВГД после операции (например, при развитой или далекозашедшей стадии глаукомы), первично произведенная трабекулэктомия перед экстракцией катаракты будет более предпочтительна. В литературе обсуждены и обоснованы вероятные причины неудач при двухэтапной хирургии. Много работ также посвящено сравнению комбинированной и двухэтапной хирургии. Следует отметить, что работ, где сравниваются сразу три основных хирургических подхода к проблеме оперативного лечения глаукомы и катаракты, найдены только в зарубежной литературе [1,2,3].

В последние годы вопрос о целесообразности имплантации интраокулярной линзы (ИОЛ) при сочетании глаукомы и катаракты чаще всего решается в пользу интраокулярной коррекции. Этот вид коррекции афакии является наиболее эффективным у пациентов с далекозашедшей стадией глаукомы, при которой дефекты в центральном поле зрения усугубляются значительным сужением периферических границ. Установлен факт возможности получения благоприятных результатов хирургии катаракты на единственном глазу с сопутствующей глаукомой. Адекватный офтальмотонус крайне важен для обеспечения неосложненного проведения основных этапов операции и сохранения капсульного мешка. Сообщений о проведении комбинированного вмешательства на единственных глазах немного, чаще всего они расцениваются как неоправданный риск увеличения осложнений.

То обстоятельство, что в течение 15 лет после успешно выполненной фильтрующей операции и нормализованном ВГД глаукома продолжает прогрессировать по крайней мере у каждого пятого больного, заставляет серьезно задуматься о необходимости проведения нейропротекторной терапии гораздо шире, чем это происходит в повседневной офтальмологической практике. Некоторый оптимизм в лечении глаукомы обусловлен появлением пептидных биорегуляторов – цитомединов. В настоящее время в офтальмологии широкое распространение нашел пептидный биорегулятор ретинамин, который достаточно вводить в субтенозовое пространство глаза 1 раз в 6 месяцев (Хавинсон В.Х., 2000). В литературе обсуждается вопрос о путях введения лекарственных препаратов в терапии глаукомы. Сообщений о совмещении антиглаукоматозной операции с введением лекарственного вещества в субтенозовое пространство в доступной литературе не найдено.

Глаукома в мире, как и во всем мире, является одной из основных причин слепоты и неизлечимой слепоты. Большинство больных первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) традиционно находят-

ся на гипотензивной терапии, однако до 40% пациентов все же нуждается в хирургическом лечении [2,3]. Серьезной проблемой, однако, остается значительное число осложнений. Среди причин снижения гипотензивного эффекта ведущее место занимает избыточное рубцевание сформированных путей оттока внутриглазной жидкости (ВГЖ) [4,6]. Существует способы для уменьшения возможности его развития, например, совершенствование техники хирургических вмешательств [2,4].

Результативность хирургического лечения вторичной глаукомы в отдаленные сроки остается наименее успешной. Данная форма является основным показанием к применению дренажей, однако ограничением для широкого применения являются ряд серьезных осложнений и высокая стоимость некоторых из них [2,6]. При неоваскулярной глаукоме (НВГ) изолированное использование циклодеструктивных или фистулизирующих операций (ФО) часто не обеспечивает адекватного результата из-за большого числа осложнений и невозможности воздействия на все звенья патогенеза, но их комбинированное применение позволяет повысить эффективность лечения. Недостаточно изученными являются результаты лечения НВГ с предварительным использованием ингибитора васкулоэндотелиального фактора роста (VEGF). Большое значение имеет формирование комплексного подхода к лечению НВГ, в основе которого лежит комбинированный механизм действия, [4].

Цель исследования – оценка эффективности современных методов оперативного лечения пациентов с сочетанием катаракты открытоугольной глаукомы.

Материал и методы

В основу данного открытого перспективного исследования легли результаты обследования и хирургического лечения пациентов с сочетанием катаракты и различных стадий открыто угольной глаукомы (200 глаз).

Результат и обсуждения

В зависимости от типа хирургического вмешательства больные были разделены на три группы. В 1-ю группу вошел 81 пациент (100 глаз) с сочетанием катаракты и стабилизированной медикаментозным лечением глаукомы, которым была выполнена только фактоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы. Во 2-ю группу вошло 44 пациента (50 глаз) с сочетанием катаракты и открытоугольной глаукомы, которым была выполнена фактоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы и синусотомия с вискоканалодилатацией. 3-я группа представлена 44 больными (50 глаз) с сочетанием катаракты и глаукомы, которым была выполнена факотрабекулэктомия. У большинства больных были развитая и далекозашедшая стадии глаукомы (81%). Также у большинства больных (71,5%) отмечено наличие псевдоэксфолиативного синдрома.

Установлено, что факотрабекулэктомия и фактоэмульсификация с вискоканалодилатацией обладают выраженным гипотензивным эффектом и приводят к существенному улучшению зрительных функций у больных с сочетанием катаракты и глаукомы независимо от стадии глаукомы и наличия псевдоэксфолиа-

тивного синдрома. При этом фактоэмульсификация с синусотомией и вискоканалодилатацией обеспечивает более раннее восстановление остроты зрения при меньшем количестве ранних послеоперационных осложнений в сравнении с факотрабекулэктомией, а гипотензивный эффект сопоставим с факотрабекулэктомией после дополнительной лазерной гониопунктуры, выполнение которой в послеоперационном периоде потребовалось в 58% случаев.

Выводы

Фактоэмульсификация у больных с сочетанием катаракты и глаукомы, как меньшее по объему вмешательство, сопровождается наименьшим количеством осложнений, однако гипотензивный эффект может быть обеспечен только при условии продолжения в послеоперационном периоде медикаментозной терапии глаукомы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Амансахатов Ш.А., Шамурадова Г.М., Сеидов А.С. Комбинированная хирургия катаракты и глаукомы при псевдоэкзофиальном синдроме Глаукома: проблемы и решения: // Всероссий. науч.-практ. конференция. Москва, 2004; 340-342.
2. Анисимова С.Ю., Анисимов С.И., Новак И.В. Сравнительный анализ применения различных типов ИОЛ при сочетании глаукомы и катаракты // Сб. ст. IV международной конф. "Глаукома: теории, тенденции, технологии". Москва, 2006; 12-18.
3. Франковска-Герлак М. Микро инвазивное комбинированное хирургическое лечение у пациентов с катарактой, осложненной открыто угольной глаукомой: /Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. - М.- 2008; 90.
4. Черных В.В., Егорова Е.В., Ермакова О.В. и соавт. О возможной роли иммунных нарушений в патогенезе псевдоэкзофиального синдрома // Бюллетень СО РАМН. - 2009; 4: 131-135.
5. P.C. Jacobi, T.S. Dietlein, C. Luke. Primary phacoemulsification and intraocular lens implantation for acute angle-closure glaucoma Ophthalmology. 2002; 109: 1597-1603.
6. G. Rebolleda, F.J. Phacoemulsification in eyes with functioning filtering blebs: a prospective study Munoz-Negrete II Ophthalmology. 2002; 109: 2248-2255.
7. Caprioli J. Intraocular pressure fluctuation: an independent risk factor for glaucoma? // Arch. Ophthalmol. 2007; 125(8): 1124-1125.
8. Chang T.C., Budenz D.L., Liu A., Kim W.I., Dang T., Li C., Iwach A.G., Radhakrishnan S., Singh K. Long-term effect of phacoemulsification on intraocular pressure using phakic fellow eye as control // J. Cataract Refract Surg.-2012; 38(5): 866-870.

Поступила 09.06. 2019