



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (78) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)

Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2025, Accepted: 06.04.2025, Published: 10.04.2025

UDK 617.7-007.681-021.5

ИККИЛАМЧИ ФАКОГЕН ГЛАУКОМАНИНГ КЛИНИК КО'РИНИШИ ВА ДАВОЛАШНИ БАХОЛАШ

Rizayev J.A. <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>

Sabirova D.B. <https://orcid.org/-0002-0442-0681>

Kadirova A. M. <https://orcid.org/0000-0002-7122-367X>

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18,

Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Rezyume

Dolzabligi. Gavhar patologiyalari ko'pincha ko'z ichi bosimining oshishiga va ikkilamchi glaukoma rivojlanishiga olib keladi. Tadqiqot natijalariga ko'ra, gipotenziv davolash samaradorligini baholash, shuningdek, optikasi patologiyalari fonida oftalmotonusni uzoq muddatli dori-darmonlarni nazorat qilish imkoniyati mavjud. Tadqiqotning maqsadi. Fakogen glaukomaning klinik ko'rinishini tavsiflash, ushbu patologiyaning rivojlanishi uchun xavf omillarini aniqlash va samarali davolash rejasini taqdim etish. Materiallar va usullar. Standart oftalmologik va instrumental tekshiruv. Natijalar va xulosa: Gavxarning patologiyalari (subluksatsiya, xiralashish, shishish, lizis), qo'zg'atilgan uveit (iridotsiklit) ko'z ichi bosimining oshishiga va ikkilamchi fakogen glaukomaning rivojlanishiga olib keladi, bu kechiktirilgan operatsiyani talab qiladi - kataraktaning fakomulsifikatsiyasini va konservativ davoni

Kalit so'zlar: ko'z ichki bosimi, fakogen glaukoma, katarakta, gavharnig lyuksatsiyasi, gavharning sublyuksasiyasi

КЛИНИКА И ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ ФАКОГЕННОЙ ГЛАУКОМЫ

Ризаев Ж.А., Сабирова Д.Б., Кадирова А. М.

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г. Самарканд,
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Актуальность. Патологии хрусталика часто приводят к повышению внутриглазного давления и развитию вторичной глаукомы. По результатам исследования можно оценить эффективность гипотензивной терапии, а также длительного медикаментозного контроля офтальмотонуса на фоне оптических патологий. Цель исследования. Описание клинической картины факогенной глаукомы, выявление факторов риска развития данной патологии и представление эффективной схемы её лечения. Материалы и методы. Стандартное офтальмологическое и инструментальное исследования. Результаты и заключение. Патологии хрусталика (сублюксация, помутнение, набухание, лизис), индуцируемый увеит (иридоциклит) приводят к повышению внутриглазного давления и развитию вторичной факогенной глаукомы, при которой необходима отсроченная хирургия – факоэмульсификация катаракты с консервативным лечением

Ключевые слова: внутриглазное давление, факогенная глаукома, катарakta, вывих хрусталика, подвывих хрусталика

CLINICAL MANIFESTATIONS AND EVALUATION OF SECONDARY PHACOGENIC GLAUCOMA TREATMENT

Rizayev J.A., Sabirova D.B., Kadirova A. M.

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Rezyume

Relevance. Lens pathologies often lead to increased intraocular pressure and the development of secondary glaucoma. According to the results of the study, it is possible to assess the effectiveness of hypotensive treatment, as well as long-term drug control of ophthalmotonus against the background of optic pathologies. The aim of the study was to describe the clinical manifestations of phacogenic glaucoma and identify risk factors for the development of this ophthalmopathy. Purpose of the study. Description of the clinical picture of phacogenic glaucoma, identification of risk factors for the development of this pathology and presentation of an effective treatment plan. Material and methods. Standard ophthalmological and instrumental examination. Results and conclusion. Pathologies of the lens (subluxation, opacification, swelling, lysis), induced uveitis (iridocyclitis) lead to increased intraocular pressure and the development of secondary phacogenic glaucoma, which requires delayed surgery - phacoemulsification of cataracts with conservative treatment

Key words: intraocular pressure, phacogenic glaucoma, cataract, luxation of the lens, subluxation of the lens

Dolzarbligi

Glaukoma oftalmologiyaning eng dolzarb muammolaridan biridir. Klinik shakllarning xilma - xilligi, patologiya rivojlanishining turli patogenetik mexanizmlari, mutaxassisga o'z vaqtida murojaat qilmaslik - bularning barchasi davolash qiyin bo'lgan kasallikni yanada kuchaytiradi.

O'ta yetilgan katarakta bilan fakolitik glaukoma yoki iridotsiklit rivojlanish xavfi ham mavjud [14]. Kataraktani zamonaviy davolash jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi [10]. Jarrohlik davolash uchun ko'rsatma ko'rish keskinligining pasayishi bo'lib, ish qobiliyatini cheklash yoki kundalik hayotda noqulaylik tug'diradi. Shu munosabat bilan, hozirgi vaqtda o'ta yetilgan katarakta aholi orasida deyarli uchramaydi. Ko'pincha bemorlar yetilmagan katarakta bilan, kamdan-kam hollarda yetilgan katarakta bilan kelishadi. Operatsiya mikrojarrohlik usullari yordamida mikrojarrohlik darajasida amalga oshiriladi.

Fakomorfik glaukoma esa yetilmagan kataraktalarda gavharning kortikal qatlamlarining shishi natijasida rivojlanadi va ikkilamchi glaukomaning bir turi hisoblanadi. Ikkinchisidan farqli o'laroq, fakomorfik glaukomada gavharning qalinligi oshadi. Bundan tashqari, fakomorfik glaukomaning rivojlanishi uchun shartlar: nanoftalm (ko'z olmasining oldingi-orqa o'qi kichiklashadi), gipermetropik refraksiya, oldingi kamera kichiklashadi. Adabiyotlarga ko'ra, fakomorfik glaukoma bilan og'rigan shaxslarda ko'z olmasining oldingi-orqa o'qi 19 mm - 23 mm oralig'ida o'zgarib turadi, sinishi ikki dioptriyadan ortiq gipermetropiya, gavharning qalinligi 4,7 dan 6 mm gacha yoki undan ko'proq bo'lishi mumkin. Ultratovush biomikroskopiya qilganda kipriksimon tanasining oldinroq joylashishi aniqlanadi [1, 9, 15]. Bir qator olimlarning fikriga ko'ra, etnik qozoqlarda kavkazliklar bilan solishtirganda, gipermetropik refraksiya ko'zatiladi, oldingi kameraning sayyozligi va ko'z olmasining oldingi-orqa o'lchami kichiklashishi statistik jihatdan sezilarli darajada tez-tez kuzatiladi [7, 16, 17]. Shu munosabat bilan, ular orasida fakomorfik glaukoma ko'proq uchraydi va ko'rish qobiliyatining buzilishiga olib keladigan glaukomaning keng tarqalgan turlaridan biridir. Adabiyotda fakomorfik glaukoma holatlarining tavsiflari kam uchraydi va ko'pincha bir tomonlama [2, 3, 11]. Bundan tashqari, ikkinchi ko'zda ko'z ichi bosimining oshishi boshlangan gipotenziv va shishga qarshi terapiya fonida rivojlandi. Shu narsalarni hisobga olib biz ilmiy ishimizda quyidagi maqsad quydik.

Tadqiqot maqsadi: Fakogen glaukomaning klinik ko'rinishini tavsiflash va ushbu oftalmopatiya rivojlanishi uchun xavf omillarini aniqlash. Ikkilamchi fakogen glaukoma uchun samarali davolash rejimini taklif qilish.

Material va usullar

Tadqiqot Samarqand davlat tibbiyot universitetining oftalmologiya kafedrasida va Samarqand davlat tibbiyot universitetining ko'p tarmoqli klinikasi poliklinikasida ambulator qabulda o'tqazilgan. Ko'rish organining patologiyasi har ikki jinsga mansub, tana vazni har xil bo'lgan turli yosh guruhlarida yuzaga kelishini hisobga olib, tadqiqot uchun etiologiyasi noaniq "ikkinchi darajali glaukoma" tashxisi bilan 40 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan 142 nafar bemordan iborat guruh tanlab olindi. Barcha bemorlarda KIB ko'tarilgan edi (o'rtacha $38,63 \pm 7,49$ mmHg). Glaukomaning klinik belgilari bo'lgan barcha bemorlar umumiy qabul qilingan usul yordamida tekshirildi: viziometriya, pnevmonometriya, perimetriya, ultratovush biomikroskopiya. Anamnesis vitae bemor haqida ma'lumotni o'z ichiga: yoshi, jinsi, tizimli kasalliklarini oladi. Ko'rish organining oldingi jarohatlari va bu sohada o'tkazilgan operatsiyalarga alohida e'tibor qaratildi. Anamnez morbi - kasallikning davomiyligi, bemorda kuzatilgan klinik belgilar va patologiyaning rivojlanish dinamikasi haqida ma'lumotlar olindi. Patologik jarayonni tekshirishda quyidagi oftalmologik tekshirish usullari qo'llanildi: - ko'zni o'tkazilgan yo'nalishli yorug'lik bilan tekshirish -

to'g'ridan-to'g'ri va bilvosita oftalmoskopiya; biomikroskopiya. fundoskopiya, pnevmotonometriya, ko'z olmasining ultratovush tekshiruvi fluorescein testi (1% eritma). Oftalmologik tekshiruvlar kunduzgi yorug'likda, sun'iy yorug'likda va qorong'uda o'tkazildi.

Natija va tahlillar

Ikkilamchi glaukoma rivojlanishining xavf omillarini o'rganish, 142 bemordan 55 tasida (39% hollarda) ikkilamchi glaukoma rivojlanishi gavhar patologiyalari (fakogen glaukoma) bilan bog'liqligi aniqlandi: gavharlarning lyuksatsiyasi yoki subluksatsiyasi, shishgan katarakta, o'ta yetilgan kataraktning lizisi. Fakogen etiologiyali glaukomaning diagnostik mezonlari va klinik ko'rinishi 55 bemorda (68 ko'z - 100%) o'rganildi. Tonometriya davomida KIBning o'rtacha qiymatlari $37,13 \pm 4,45$ mm Hg ni tashkil etdi. Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, 55 bemorning 42 tasida (42 ko'z - 76,4% hollarda) gavharlarning patologiyalari fonida ikkilamchi glaukoma bor, bu bir tomonlama qayd etilgan. 13 bemorda (26 ko'z - 23,6% hollarda) ikki tomonlama fakogen ikkilamchi glaukoma ko'zatildi. Ikkilamchi fakogen glaukomaning xarakterli klinik belgilari: KIB ning oshishi (68 ko'z - 100% hollarda), ko'rish funksiyasining pasayishi (68 ko'z - 100%), endotelial shox pardaning shishi (68 ko'z - 100%), midriaz (55 ko'z - 80,9%), buftalm (55 ko'z - 80,9%), katarakta (52 ko'z - 76,5%, gavharning dislokatsiyasi (49 ko'z - 72%). Ushbu klinik belgilarning mavjudligi ikkilamchi fakogen glaukoma uchun patognomonik emas, chunki ular turli xil etiologiyali uveit, keratit va kon'yunktivit, shuningdek, ko'z olmasining shikastlanishi bilan kasallangan bemorlarda paydo bo'lishi mumkin. 49 ko'zda (72% hollarda) gavharlarning to'liq yoki qisman siljishi, shuningdek, ikkilamchi fakogen glaukomaning fakotopik shakli rivojlanishining xarakterli belgilari bo'lgan iridodonezni kuzatdik. Ba'zi hollarda gavharlarning dislokatsiyasi ko'z ichki yallig'lanish jarayoni - 14 ko'zda (20,6% hollarda), shuningdek, turli xil intensivlikdagi gavharlarning shaffofligining pasayishi bilan birga keldi. 19 ta ko'zda (28% hollarda) ko'z ichi suyuqligining ekssudati mavjudligi, shuningdek, gavharlarning siljish belgilarisiz xiralashishi aniqlandi, bu yana ikkitasining rivojlanishini ko'rsatdi.

Fakogen ikkilamchi glaukomaga – fakotopik, fakomorfik, fakolitik to'rlari kiradi. Ikkilamchi fakogen glaukomaning ultratovushli tekshirishda gavharlarning uning dislokatsiyasi (49 ko'z - 72% hollarda) aniqlandi. Ikkilamchi fakogen glaukoma rivojlanishining patogenetik jihatlari. Adabiyotga ko'ra, gavharlarning qisman yoki to'liq siljishi oftalmotonusning kuchayishiga olib kelishi va ikkilamchi fakotopik glaukoma rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Gavharning dislokatsiyasi uni ushlab turadigan zonali ligamentlarning yorilishi yoki zaiflashishi natijasida yuzaga keladi. Gavharning subluksatsiyasi va lyuksatsiyasi (dislokatsiyasi) o'rtasida farq bor. Subluksatsiya zinn ligamentlarning zaiflashishi yoki qisman yorilishi bilan tavsiflanadi. Lyuksatsiya ligamentlarning to'liq yorilishi va gavharlarning (qisman yoki to'liq), yoki shishasimon tanasiga siljishi bilan tavsiflanadi. Fakotopik glaukomada KIBning ko'payishining natijasida gavharlarning siljishi va oldingi kamera burchagi yopilishi natijasida paydo bo'lgan funktsional qorachiqning bloki ko'zatiladi. Shishasimon tanani bloki ham rivojlanishi mumkin – gavharlarning joyidan siljishi tufayli shishasimon tananing oldinga siljishi, bu esa, o'z navbatida, ko'zning orqa segmentida shishasimon tana suyuqlikning to'planishi va va oldingi kamera burchagining tiqilib qolishiga olib keladi. Fakomorfik glaukomada KIBning ko'payishi gavharning o'lchamining kattalashishi natijasida rivojlanadi. Bunda qorachiqning bloki rivojlanadi - kipriksimon tana tomonidan ishlab chiqarilgan ko'z ichki suyuqligi ko'zning orqa kamerasiga kirmaydi. Bu orqa kamerada KIB oshishiga va bo'rtib ketishiga olib keladi. Ko'zning oldingi kamerasining rangdor pardani ildizi tomonidan qisman yoki to'liq buzilishi sodir bo'ladi va iridokorneal burchakning drenaj tizimi orqali ko'z ichki suyuqligining chiqishi to'sqinlik qiladi. Gavharning kapsulasi yorilishi, shuningdek, o'ta yetilgan kataraktaning lizisi kelib chiqqan uveitning rivojlanishiga, yallig'lanishli ekssudat va gavhar oqsili bilan orqa sinexiyalarning shakllanishiga olib kelishi mumkin. Ko'zning gidrodinamik tizimidagi bunday patologik o'zgarishlar KIBning oshishiga va fakolitik glaukomaning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Ushbu patologiyaning asosi gavhar oqsili va moddasini o'z ichiga olgan makrofaglar, shuningdek yallig'lanish ekssudati bilan iris-kornea burchagini yopishdir. Bu o'ta yetilgan kataraktaning rivojlanishi va gavhar moddasi tarkibidagi oqsillarning, gavharning kapsulasi orqali ko'z ichki suyuqligi oqib chiqishi tufayli yuzaga keladi. Natijada, trabekulyar bo'shliqlar tiqilib qoladi, bu ko'zning drenaj tizimi orqali suyuqlikning chiqishi yomonlashishiga va KIBning oshishiga olib keladi. Shuningdek, fakogen glaukomada og'irlashtiradigan muhim omil iridotsiklit bo'lishi mumkin, bu ba'zi bemorlarda qayd etilgan (48,5% hollarda). Fibrin, oqsillar va yallig'lanish hujayralarining oshqozon-ichak traktiga chiqishi drenaj tizimining tiqilib qolishiga olib kelishi mumkin.

Ikkilamchi fakogen glaukomaning davolash sxemasi mahalliy va tizimli terapiyani qo'llashni o'z ichiga oladi. Hozirgi vaqtda turli farmakologik guruhlarning bir nechta dori vositalarining kombinatsiyasiga asoslangan ikkilamchi glaukomaning kombinatsiyalangan terapiyasi eng samarali hisoblanadi. Mahalliy va xorijiy manbalarga ko'ra, glaukomada ko'rish buzilishining asosiy patogenetik mexanizmi ko'zning to'r

pardaga va ko'ruv nervga turli xil zarar etkazuvchi omillarning ta'siri: ko'ruv nerv aksonlarining mexanik siqilishi, qon ta'minoti buzilishi va ko'ruv nervning mikrosirkulyatsiyasi, asab to'qimalarining ishemiyasi va gipoksiya rivojlanishi va ortiqcha erkin radikallarning shakllanishi, lipid peroksidatsiyasining kuchayishi, glutamatning chiqarilishi va hujayra ichiga ortiqcha Ca^{2+} ionlarining kirishi bilan bog'liq. Natijada, retinal ganglion hujayralarining eksitotoksik o'limi sodir bo'ladi. Shuning uchun retinani himoya qilishga qaratilgan terapiya zaruriy aloqa hisoblanadi va glaukoma uchun mutlaqo barcha davolash rejimlarida ko'rsatiladi. Neyroprotektli ta'sirga ega dorilarning asosiy guruhlar antioksidantlar, nootropik vositalardir. Ba'zi antiglaukoma preparatlari (brimonidin, brinzolamid, betaksolol va boshqalar) to'g'ridan-to'g'ri neyroprotektli ta'sirga ega, bu antihipertenziv terapiyani tayinlashda hisobga olinadi. Shunday qilib, biz sintetik kombinatsiyaga asoslangan hipotenziv terapiya rejimini taklif qildik, ular quyidagi dorilar: glikolitik moddalarning chiqishini yaxshilaydigan prostaglandin analoglari, shuningdek selektiv bo'lmagan beta-blokatorlar, alfa2-adrenomimetiklar.

Davolash ikki bosqichda amalga oshirildi,

Davolashning 1-bosqichi: travoprost 0,004%, ko'z tomchilari kuniga 2 marta, 25% mannitol eritmasi vena ichiga, brimonidin 0,2% ko'z tomchilari 1-2 tomchidan kuniga 3 marta, 5 kun diakarb tabletkalari 2,2 mgdan, har 12 soatda brinzolamid 1% ko'z tomchilari kuniga 2 marta, 5 kun timolol 0,5% ko'z tomchilari 1-2 tomchidan kuniga 2 marta 5 kun.

Davolashning 2-bosqichi quyidagicha bo'ldi: travoprost 0,004% ko'z tomchilari (faqat fakomorfik glaukoma uchun) 1-2 tomchidan 1 kuniga, boshiga 30 kunlik kurs brimonidin 0,2% ko'z tomchilari 1-2 tomchidan kuniga 2-3 marta, 5 kun brinzolamid 1% ko'z tomchilari 1-2 tomchidan kuniga 2 marta, timolol 0,5% ko'z tomchilari 1-2 tomchidan kuniga 2 marta, emoxipin 1% ko'z tomchilari 1-2 tomchidan kuniga 3 marta, 30 kun.

Ko'rinib turibdiki, fakomorfik glaukoma uchun medikamentoz terapiyasi 1-bosqichda gipotenziv ko'z tomchilarini mahalliy qo'llashni o'z ichiga oladi: travoprost 0,004% kuniga 2 marta, brimonidin 0,2% kuniga 3 marta tomiziladi, brinzolamid 1% va timolol 0,5% kuniga 2 marta 5 kun tomiziladi. Undan tashqari osmotik diuretiklar ichki yoki parenteral ravishda qo'llanilgan: 25% mannitol eritmasi: tomir ichiga, shuningdek, diakarb (tabletkalar) kuniga 2 marta qullanilgan. Bemor 5 kun davomida har kuni kuzatilgan va belgilangan terapiyaning gipotenziv ta'sirini baholash uchun KIB muntazam ravishda o'lchangan. Fiziologik me'yorda normal oftalmotonusga erishgandan so'ng, biz ko'z tomchilarini qullashni asta-sekin kamaytirib, davolashning 2-bosqichiga o'tdik: travoprost 0,004% - kuniga 1 marta, brimonidin 0,2% - kuniga 1 marta, brinzolamid 1% va timolol 0,5% - kuniga 2 marta 60 kun qullanildi.

Neyroproteksiya va antioksidant terapiya uchun emoksipin 1% (ko'z tomchilari) kuniga 3 marta 30 kun ishlatildi. Osmotik diuretiklar va karbonat angidraz ingibitorlarni tizimli qo'llashni keyin to'xtatdik.

Bu bir necha sabablar bilan izohladik:

- 1) siljigan gavharning ko'z olmasining orqa segmentida ushlab turishi bilan;
- 2) gavharning siljishi tufayli qorachiqning blokini rivojlanish xavfini oldini olishi bilan;
- 3) shishasimon tananing chiqib ketishini oldini olishi bilan. Biz, shuningdek, 48,5% hollarda aniqlangan ikkilamchi fakogen glaukoma bilan tez-tez uchraydigan yallig'lanish jarayoni (iridosiklit) mavjudligini hisobga oldik. Bundan tashqari, biz ba'zi dorilarning no'juya ta'sirlariga e'tibor qaratdik. Bitta bemorda fakotopik glaucoma bo'lgan, KIB 42 mm Hg edi, 14 kunlik terapiyadan keyin ko'zning holati - KIB 14 mm Hg ga tushgan.

Davolashning samaradorligi 7, 14, 30 va 60 kundan keyin baholandi.

Kuzatuv uchrashuvida bemorning umumiy va keng qamrovli oftalmologik tekshiruvi o'tkazildi: optikokogerentli tomografiya (OKT) hamda qondagi bioximik markyorlar oksidlovchi stress darajasini baholash tekshirishlari o'tqazildi.

Shunday qilib, 7 kunlik davolanishdan keyin oftalmotonus darajasi o'rtacha 7,75 mm Hg ga kamaydi, 14 kundan keyin - 9,75 mm Hg ga, 30 kundan keyin - 10,15 mm Hg ga, 60 kundan keyin - 11,50 mm Hg ga. KIBning boshlang'ich darajadan o'rtacha 31% ga pasayishi qayd etildi. OKTda to'r pardaning qavatlarini shishi kamaydi hamda barqarorlashdi, mikrocirkulyatsiyasi ancha yaxshilandi. Biz yana shuni aniqladikki: emoksipin qondagi biokimyo markyorlardan malonli dialdegid miqdorini kamaytirdi va uning kamayishi antioksidant fermentlarni ta'sirini faolligini ko'paytirdi, chunki emoksipin juda kuchi antioksidant xisoblanadi. Ko'rinib turibdiki, ikkilamchi fakogen glaukoma davolashdan 7 kun o'tgach, 24 bemorda (43,64% hollarda) klinik ko'rinishning yaxshilanishi va KIBning pasayishi qayd etildi. 14 kundan keyin bemorlarni tekshirganda 31 bemorda ijobiy dinamika qayd etildi (56,36% hollarda). 30 kunlik terapiyadan so'ng 39 bemorda ijobiy dinamika qayd etildi (70,91% hollarda). Bu natija (39 bemor) saqlanib qoldi va 60 kunlik davolanishdan keyin ikkilamchi fakogen glaukoma bilan og'rigan bemorlarni qayta tekshirildi.

Olingan ma'lumotlarga asoslanib, biz taklif qilgan davolash sxemasi juda samarali bo'lishi mumkin degan xulosaga kelishimiz mumkin. Ko'p jihatdan, ushbu davolanishning muvaffaqiyati oftalmologga tashrif buyurish

vaqti va preparatni qo'llash bo'yicha tavsiyalarga qat'iy rioya qilish bilan belgilanadi. Ba'zi hollarda biz antihipertenziv terapiyaga javoban sezilarli ijobiy dinamikani qayd etmadik. Biz bu natijani ko'zning gidrodinamikasida patologik o'zgarishlarning og'irligi, shuningdek, ikkilamchi fakogen glaukomaning ayrim shakllari bilan bog'ladik.

Shunday qilib, gavharlarning shishi natijasida kelib chiqqan glaukomaning pasaytirish dinamikasi quyidagicha: mahalliy gipotenziv davolash rejimi KIB 19 mm Hg (fakomorfik) ko'p hollarda konservativ davolash qiyin bo'lgan, gavharlarning siljishi natijasida kelib chiqqan glaukoma uchun terapiya fakotopik glaukomada samaraliroq edi. Ikkilamchi fakogen glaukomaning fakolitik shaklini alohida qayd etish kerak. Gavhar sabab bo'lgan uveit yengil bo'lgan hollarda, yallig'lanishga qarshi dorilar bilan birgalikda antihipertenziv terapiya kerakli natijani berdi. Yallig'lanish jarayoni o'ta yetilgan kataraktaning lizisi tufayli ko'zning gidrodinamik tizimining funktsiyalari sezilarli darajada buzilgan hollarda gipotenziv terapiya samarasiz bo'ldi.

Xulosa

Xulosa qilib aytish kerakki, bemorlarda gavharning patologiyalari ikkilamchi glaukoma rivojlanishi uchun muhim xavf omillari hisoblanadi. Bemorlarda ikkilamchi fakogen glaukomaning klinik ko'rinishi xilma-xil bo'lib, ko'plab omillarga bog'liqligi aniqlandi. Biz ushbu kasallikka xos bo'lgan asosiy simptomlarni o'rganib chiqdik va quyidagi belgilarni aniqladik: ko'z ichki bosimining oshishi, ko'rish funktsiyasining pasayishi, shox pardaning endotelial shishi, midriaz buftalm, gavharning xiralashishini, gavharning dislokatsiyasini, iridodonezni, ko'z ichi suyugligining xiralashishini (Tyndall effekti).

Ushbu klinik belgilarga asoslanib, biz fakogen glaukoma bir necha shakllarda namoyon bo'lishi mumkinligini aniqlashga muvaffaq bo'ldik: gavharning lyuksatsiyasi (subluksatsiyasi) bilan bog'liq bo'lgan fakotopik; - fakomorfik, shishgan katarakta rivojlanishi bilan bog'liq; - fakolitik, gavhar moddasining lizisi va linzalardan kelib chiqqan uveitning rivojlanishi bilan bog'liq. Gavharning patologiyalari (subluksatsiya, xiralashish, shishish, lizis), qo'zg'atilgan uveit (iridotsiklit) ko'z ichi bosimining oshishiga va ikkilamchi fakogen glaukomaning rivojlanishiga olib keladi, bu kechiktirilgan operatsiyani talab qiladi - kataraktaning fakoemulsifikatsiyasini va konservativ davoni.

Biz taklif qilgan ikkilamchi fakogen glaukomaning intensiv dori-darmonlar bilan davolash rejimi bir necha antihipertenziv dorilarning kombinatsiyasiga asoslangan holda juda samarali bo'ldi (70%). Bu bizga ushbu oftalmopatiyani kechiktirilgan jarrohlik imkoniyatlari nuqtai nazaridan ko'rib chiqishga imkon beradi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Егоров Е.А., Егорова Е.В., Чижик В.И., Распопова Т.Н. Клинический потенциал оптической когерентной томографии с ангиографией в диагностике первичной открытоугольной глаукомы // Вестник офтальмологии. – 2019. – Т. 135, № 1. – С. 14–20.
2. Егоров Е.А., Егорова Е.В., Чижик В.И., Распопова Т.Н. Клиническое значение морфологических изменений пластинки решётчатой оболочки при ранней диагностике глаукомы // Вестник офтальмологии. – 2019. – Т. 135, № 2. – С. 7–13.
3. Егоров Е.А., Егорова Е.В., Амонов Ю.М., Чижик В.И., Распопова Т.Н. Прогнозирование глаукоматозной оптической нейропатии при первичной открытоугольной глаукоме на основе анализа кровотока глаза // Вестник офтальмологии. – 2019. – Т. 135, № 3. – С. 29–36.
4. Егоров Е.А., Егорова Е.В., Чижик В.И. и др. Ис-пользование спектрального анализа для оценки эффек-та гипотензивной терапии при открытоугольной глау-коме // Вестник офтальмологии. – 2020. – Т. 136, № 1. – С. 4–10.
5. Егоров Е.А., Егорова Е.В., Чижик В.И., Распопова Т.Н., Шчуко А.Г. Взаимосвязь между кровотоком глаза и постокклюзионной реактивной гиперемией у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой // Вестник офтальмологии. – 2021. – Т. 137, № 2. – С. 4–11.
6. Aliev, A., Aliev, A., & Nurudinov, M. (2020). Clini-cal Significance of Aberrations of the Ocular Optical Sys-tem in Glaucoma Surgery and the Capabilities of Minimiz-ing Them. Vestnik oftalmologii, 136(2), 20-25.
7. Angmo, D., Shakrawal, J., Gupta, B., Yadav, S., Pandey, R., & Dada, T. (2019). Comparative Evaluation of Phacoemulsification Alone versus Phacoemulsification with Goniosynechialysis in Primary Angle-Closure Glaucoma: A Randomized Controlled Trial. Ophthalmology. Glaucoma, 2(5), 346-356.
8. Bashir, S., Lone, I., Wani, F., & Sumaiya, Q. (2024). A Study of Visual Rehabilitation and Intraocular Pressure Control in Phacolytic Glaucoma. International Journal of Ophthalmology & Visual Science. Bolek, B., Wylęgała, A., Rebekowska-Juraszek, M., & Wylęgała, E. (2024). Endocyclophotocoagulation Combined with Phacoemulsification in Glaucoma Treat-ment: Five-Year Results.
10. Casson, R. (2022). Medical Therapy for Glaucoma: A Review. Clinical & Experimental Ophthalmology, 50, 198-212.

Qabul qilingan sana 20.03.2025