

УДК 617.741-089.87

© О.Г. Расин, Т.А. Поберская, Е.П. Живоглазова, 2011.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ У БОЛЬНЫХ С ГЛАУКОМОЙ

О.Г. Расин, Т.А. Поберская, Е.П. Живоглазова*Центр лазерной микрохирургии глаза (главный врач – О.Г. Расин), г. Симферополь, Украина.*

THE REMOTE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF A CATARACT AT PATIENTS WITH A GLAUCOMA O.G.Rasin, T.A. Poberskaya, E.P. Jivoglazova

SUMMARY

The phacoemulsification with implantation IOL in patients with glaucoma allows you to normalize the intraocular pressure and to achieve early rehabilitation of patients.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КАТАРАКТИ У ХВОРИХ ІЗ ГЛАУКОМОЮ О.Г. Расин, Т.А. Поберська, Е.П. Живоглазова

РЕЗЮМЕ

Виконання факоемульсифікації з імплантацією ІОЛ у хворих з глаукомою дозволяє нормалізувати внутрішньоочний тиск і досягти ранньої реабілітації пацієнтів.

Ключевые слова: катаракта, глаукома, факоемульсификация.

Глаукома и катаракта, являясь одними из основных причин слепоты и слабовидения, часто носят сочетанный характер – в 17–38,6% случаев [7,8,9]. Известно также, что после антиглаукоматозных операций, отмечается частое возникновение и прогрессирование катаракты, которое может составлять от 15 до 81% [3]. Катаракта в глаукомном глазу, как правило, носит осложненный характер. При этом могут отмечаться псевдоэкзофолии, задние синехии, ригидный зрачок. При патоморфологическом исследовании глаукомного хрусталика Н.И. Курышева и соавт. [10] обнаружили зоны истончения в передней и задней капсулах хрусталика, а в отдельных случаях – псевдомембрану перед задней капсулой. Указанные особенности глаукомной катаракты требуют от офтальмохирурга особого подхода при выборе тактики оперативного лечения.

В зависимости от степени компенсации офтальмотонуса, стадии и формы глаукомного процесса возможно проведение поэтапного или комбинированного хирургического лечения. Ранее было принято считать, что при начальной, незрелой катарактах, нестабилизированной глаукоме с высоким ВГД более показанным будет двухэтапное лечение: гипотензивная операция на первом этапе, экстракция катаракты – на втором. Либо первым этапом предлагалось провести экстракцию катаракты, а затем компенсировать офтальмотонус применением гипотензивных препаратов или выполнив антиглаукоматозную операцию. При более выраженном помутнении хрусталика, умеренно повышенном офтальмотонусе, невозможности 2-х этапного лечения по общему

состоянию пациента предпочтение отдавалось комбинированным вмешательствам. Одномоментная экстракция катаракты с гипотензивной операцией и имплантацией искусственного хрусталика, так называемая «тройная процедура», более экономична для больного, так как не требует повторных обследований и госпитализации. Кроме того, удается избежать двух восстановительных периодов с сопутствующими им интенсивным закапыванием капель и ограничением физической активности, что снижает качество жизни пациентов, особенно трудоспособных. Ю.М. Корецкая [11] считает, что нельзя ждать созревания катаракты в глаукомном глазу, так как офтальмолог теряет контроль за диском зрительного нерва при прогрессировании помутнения хрусталика.

Если ранее предпочтение отдавалось экстракапсулярной экстракции катаракты роговичным разрезом в сочетании с различными фистулизирующими операциями (трабекулэктомией, глубокой склерэктомией), то в последнее время предпочтение отдается хирургии «малых разрезов» (факоемульсификации, лазерной и тоннельной экстракапсулярной экстракциям катаракты).

Данная технология позволяет добиться минимальных значений послеоперационного роговичного астигматизма и получить высокую остроту зрения без дополнительной коррекции, а также полной компенсации внутриглазного давления.

Цель исследования: необходимость антиглаукомной операции у глаукомных больных при наличии катаракты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью изучения влияния факэмульсификации катаракты на угол передней камеры и внутриглазное давление нами исследовано 68 глаз у 65 пациентов в возрасте от 54 до 70 лет. На 37 глазах проведена ФЭК с имплантацией ИОЛ и синусотрабекулэктомия с глубокой склерэктомией и базальной иридэктомией. На 31 глазу проведена ФЭК с имплантацией ИОЛ. Техника операции. Первым этапом производили выкраивание конъюнктивального лоскута основанием к своду и склерального лоскута основанием к лимбу. Вторым этапом выполняли ФЭК и имплантацию ИОЛ, затем полностью удаляли вискоэластики и

основной разрез герметизировали. Все операции выполнены на факэмульсификаторе MILLENNIUM (Bausch&Lomb). Через 1-2 часа после операции больным разрешали активный режим. В послеоперационном периоде больным назначали глазные капли – Sol. Tobradex и sol. Floxal по две капли три раза в сутки в течение 14 дней. После выписки больных осматривали через 1 неделю, 1 месяц, 3 месяца и 1 год. Осмотр больных включал в себя проверку остроты зрения, измерение внутриглазного давления, определение рефракции глаза, биомикроскопию и определение величины угла передней камеры на приборе OCULUS-PENTAKAM (рис. 1.).

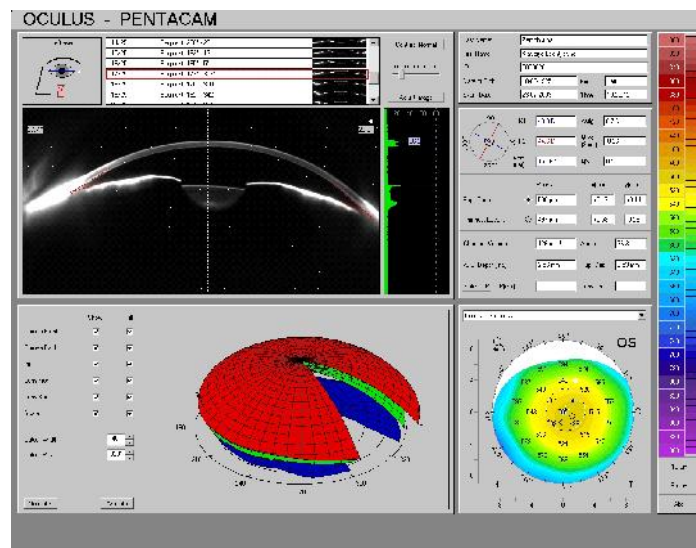


Рис.1. Прибор OCULUS-PENTAKAM.

На 56 глазах отмечалась II стадия глаукомы, на 12 глазах - III стадия. Уровень внутриглазного давления (ВГД) до операции колебался от 32 до 36 мм рт.ст. Операции проникающего типа произведены на глазах со смешанной гониоскопической картиной, а непроникающего типа - при открытоугольной глаукоме.

Наряду с традиционным офтальмологическим обследованием (визометрия, тонометрия, рефрактометрия), использовали специальные – топокератометрия на приборе OCULUS-PENTAKAM и оригинальные методики исследования оптической структуры глаза. Для количественной оценки был использован угол передней камеры, характеризующий степень внутриглазного давления.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средняя величина угла передней камеры составила до операции 2,28 – 2,67.

Угол передней камеры на 2-4-й день после операций непроникающего типа варьировала от 3,24 до 4,01, при ФЭК - от 5,05 до 5,78 соответственно.

Через 1 месяц число больных в опытной группе с остротой зрения 0,5 и более составляло 43 человека. Низкая острота зрения в раннем послеоперационном периоде объяснялась тем фактом, что в этой

группе в 17,3% случаев развивалась отслойка сосудистой оболочки, снижающая остроту зрения. По данным литературы. Отслойка сосудистой оболочки является одним из наиболее часто встречаемых осложнений проникающей хирургии глаукомы и диагностируется от 15,4 до 25% случаев.

В день последнего осмотра ВГД у больных находилось в нормальных границах и варьировалось от 14 до 22 мм рт. ст. В одном случае спустя 10 месяцев имело место повышение ВГД более 26 мм рт. ст. Больному назначено закапывание глазных капель – sol. Argimoli 0,5% по 1-2 капли 2 раза в сутки. ВГД в день осмотра в пределах нормы. Величина угла передней камеры по данным прибора OCULUS-PENTAKAM составляла от 5,01 до 5,79. В практической деятельности, при прочих равных условиях, связанных с особенностями клинического течения глауком, предпочтение при их хирургическом лечении следует отдавать операциям ФЭК с имплантацией ИОЛ, когда они еще показаны.

ВЫВОДЫ

1. Отдаленные результаты хирургического лечения при сочетанной патологии одинаковы при раздельной и одномоментной хирургии.

2. При выполнении ФЭК с имплантацией ИОЛ у глаукомных больных достигается ранняя реабилитация пациентов, полная нормализация ВГД, отсутствует стрессовое состояние больных, связанное с повторным хирургическим вмешательством.

3. Сложное исходное состояние из-за ранее проведенной операции по поводу глаукомы при отдельной хирургии осложняет ход операции и определяет послеоперационное течение.

4. При хирургическом лечении глауком предпочтением следует отдавать операциям ФЭК с имплантацией ИОЛ по показаниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курьшева Н.И. Механизмы снижения зрительных функций при первичной открытоугольной глаукоме и пути ее предупреждения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2001. - 47 с.

2. Ловпаче Д.Н. Клинико-иммунологическое прогнозирование и хирургическая профилактика избыточного рубцевания после антиглаукоматозных операций: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2000. - 25 с.

3. Мачехин В.А. Рефракция глаза у больных глаукомой // Вопросы клинической офтальмологии: Сб. науч. тр. - Куйбышев, 1976. - С. 48-51.

4. Bindlish R., Condon G.P., Schlosser J.D. et al. Efficacy and safety of Mitomycin-C in primary trabeculectomy (five year follow-up) // Ophthalmology. - 2002.-Vol. 109.-No. 7.-P. 1336-1341.

5. Casson R., Rahman R., Salmon J.F. Long term results and complications of trabeculectomy augmented with low dose mitomycin C in patients at risk for filtration

failure // Br. J. Ophthalmol. - 2001. - Vol. 85. - P. 686-688.

6. Das J.C., Sharma P., Chaudhuri Z., Bhomaj S. A comparative study of small incision trabeculectomy avoiding Tenons capsule with conventional trabeculectomy // Ophthalmic Surg. Lasers. - 2002. - Vol. 33. - No. 1. - P. 30-36.

7. Должич Г.И., Вен Лахдар Атеф. Клинико-функциональное обоснование одномоментной козырьковой синусотрабекулэктомии с экстракцией катаракты и имплантацией ИОЛ // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Глаукома на рубеже тысячелетий: Итоги и перспективы». - М., -22-24 ноября 1999. - С.276-277.

8. Егорова Э.В., Иошин И.Э., Толчинская А.И. Хирургическое лечение больных двухсторонней катарактой и глаукомой // Сб. науч. трудов «Актуальные проблемы офтальмопатологии». - Уфа. - 1996. - С.73-77.

9. Егорова Э.В., Иошин И.Э., Толчинская А.И., Виговский Ф.В. Выбор метода экстракции катаракты и способы фиксации ИОЛ у больных катарактой и глаукомой. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Глаукома на рубеже тысячелетий» «Итоги и перспективы». - М., 19-22-24 ноября.

10. Курьшева Н.И. Ультраструктура катарактального хрусталика при различных методах лечения первичной глаукомы (Клинико-морфологическое исследование) // Тезисы докладов VII съезда офтальмологов России-2000-С.153.99.-С.270-272.

11. Корецкая Ю.М. Глаукома афакичного и артификального глаза // Журнал «Глаукома». - 2002. - №1 С.21-23.