

2. Азнаурян И.Э. Система восстановления зрительных функций при рефракционной и дисбинокулярной амблиопии у детей и подростков: автореферат. дис. ... д-ра. мед. наук. – М., 2008.
3. Балашова Н.В., Ковалева О.В., Зенина М.Л. и др. Комплексный метод лечения амблиопии // Новое в офтальмологии. – 2002. – № 2. – С. 22.
4. Бруцкая Л.А. Этиопатогенетические механизмы амблиопии // Вестник офтальмол. – 2007. – № 3. – С. 48–51.
5. Венгер Л.В. Методы лечения амблиопии и их эффективность // Рус. офтальмол. журнал. – 2000. – № 4. – С. 74–79.
6. Компанеев Е.Б., Петровский В.В., Джиджихашвили С.И., Сидоренко Е.И. с соавт. Способ лечения амблиопии // Патент России № 2008860, 1996.
7. Кургамбекова Н.С., Ботабекова Т.К. Сравнительный анализ эффективности различных методов лечения амблиопии // Вестник офтальмологии. – 2004. – № 5. – С. 40–41.
8. Никишин Р.А. Структурные перестройки некоторых элементов органа зрения при электростимуляции: автореферат дис. канд. мед. наук. – М., 2005.
9. Нотова С.В. Метод видеокомпьютерной коррекции зрения: автореферат дис. канд. мед. наук. – М., 2000.
10. Пономарчук В.С., Слободяник В.С. Сравнительная оценка результатов лечения больных с разными видами амблиопии методом фосфен-электростимуляции / Актуальные вопросы офтальмологии. – М., 2000, – Ч. 2. – С. 86–88.
11. Проскурина О.В. Использование кратковременной циклоплегии в детской офтальмологической практике // Вестник офтальмологии. – 2007. – № 4. – С. 152.
12. Сафина З.М. Электростимуляция в клинике глазных болезней: Методические рекомендации. – Уфа, 2001.
13. Слышалова Н.Н. Функциональные симптомы амблиопии высокой степени и критерии дифференциального диагноза: Автореферат дис. канд. мед. наук. – М., 2007.
14. Филатова Е.В. Применение комплексной физиотерапии в лечении детей с амблиопией // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2007. – № 5. – С. 28–30.

Координаты для связи с авторами: Тимошенко Татьяна Александровна – аспирант кафедры офтальмологии АГМА, тел. +7-914-566-42-26, e-mail: timoshenko-1985@list.ru; Штилерман Александр Леонидович – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой офтальмологии АГМА.



УДК 617.741-004.1-053.9+617.7-007.681

Е.Л. Сорокин^{1,2}, Н.В. Поступаева¹, А.В. Поступаев¹

ИЗУЧЕНИЕ ИСХОДНЫХ УСЛОВИЙ ДЛЯ АДЕКВАТНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ ВОЗРАСТНОЙ КАТАРАКТЫ ПРИ НАЛИЧИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

¹Хабаровский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», ул. Тихоокеанская, 211, тел. 8-(4212)-72-27-92, e-mail: nauka@khvmtntk.ru;

²Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Проведено изучение частоты встречаемости первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) среди 300 пациентов с возрастной катарактой, изучена степень риска интра- и постоперационных осложнений при проведении фактоэмульсификации (ФЭК). Наличие сопутствующей ПОУГ со стойко нормализованным внутриглазным давлением (ВГД) имело место в 63-х глазах (23 %). Среди них в 86 % глаз имели место различные неблагоприятные особенности для выполнения ФЭК. Не было выявлено четких закономерностей развития осложняющих факторов от хирургического, либо от медикаментозного гипотензивного способов стойкой нормализации уровня ВГД у данных пациентов.

Вероятно, учитывая повышенный риск осложнений ФЭК в глаукомных глазах, следует выполнять ФЭК в подобных глазах в более ранние сроки, при начальных стадиях катаракты.

Ключевые слова: катаракта, фактоэмульсификация, глаукома, факторы риска, псевдоэкссфолиативный синдром.

STUDIES OF INITIAL CONDITIONS FOR ADEQUATE PERFORMANCE OF AGE-RELATED CATARACT PHACOEMULSIFICATION ACCOMPANIED BY PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

¹State Institution of Eye Microsurgery Complex named after S.N. Fyodorov, the Khabarovsk branch;²Far-Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

Studying of occurrence frequency of primary open-angle glaucoma (POAG) in 300 patients with an age-related cataract was carried out. Risk degree of intra- and post-operation complications of a cataract phacoemulsification was studied. Existence of accompanying POAG with normalized intraocular pressure (IOP) took place in 63 eyes (23 %). Among them in 86 % of eyes various adverse features for phacoemulsification took place. We did not reveal accurate regularities of complicating factors development either from surgical, or hypotensive drugs used for permanent normalization of IOP level in these patients.

Considering the increased risk of complications of a cataract phacoemulsification in eyes with glaucoma it maybe necessary to carry out cataract phacoemulsification in similar eyes at initial stages of a cataract.

Key words: cataract, phacoemulsification, glaucoma, risk factors, pseudoexfoliation syndrome.

Число пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) за последние годы неуклонно возрастает.

Наиболее оптимальной методикой хирургии катаракты стала ее ультразвуковая факоэмульсификация (минимизация разреза, высокая прогнозируемость результата). Но ее выполнение требует оптимального исходного состояния структур глаза. Частота сочетаний возрастной катаракты и ПОУГ по данным авторов колеблется от 17 до 76 % [1-5].

Ранее нами изучались неблагоприятные особенности глаукомных глаз для выполнения факоэмульсификации катаракты (ФЭК) [6, 7]. Но данные исследования были основаны лишь на небольшой клинической выборке, не была выяснена реальная частота данной сочетанной патологии, не акцентировалось внимание на способах стойкой компенсации уровня ВГД.

Цель работы – провести изучение частоты встречаемости сочетаний возрастной катаракты с ПОУГ, провести углубленную оценку степени риска интра- и постоперационных осложнений во взаимосвязи с используемыми вариантами достижения стойкой нормализации ВГД.

Материалы и методы

Нами было отобрано методом слепой случайной выборки 300 глаз пациентов с возрастной катарактой, кому была выполнена ФЭК. Среди них было выявлено 69 глаз пациентов с ПОУГ (23 %). В 61-м глазу (61 пациент, 88,4 %) была достигнута стойкая нормализация ВГД. Данные пациенты и послужили объектом нашего углубленного изучения. Их возраст составил от 56-ти до 87-ми лет. Женщин было 32, мужчин – 29. В большинстве глаз имела место незрелая стадия катаракты (44 глаза). Преобладали смешанные ядерно-кортикальные катаракты – 49 глаз. Кортикальные ее формы с помутнением задних слоев и ядерные имели место лишь в 7-м и 5-м глазах соответственно.

Начальная стадия ПОУГ имела место в 17-ти глазах, развитая – в 12-ти глазах, далекозашедшая – в 31-м глазу, почти терминальная (наличие лишь парацентрального височного зрения) – в 1-м глазу. Уровень ВГД был в пределах нормальных значений от 14-ти до 22-х мм рт. ст., в среднем 20,2 мм рт. ст.

Стойкая нормализация ВГД была достигнута в 34-х глазах после антиглаукоматозных операций (АГО) (без гипотензивного режима – 22 глаза, с режимом – 12 глаз).

В структуре антиглаукоматозных операций были представлены: микроинвазивная непроникающая глубокая склерэктомия – 7 глаз, непроникающая глубокая склерэктомия – 10 глаз, синустрабекулоэктомия – 4 глаза, глубокая склерэктомия – 8 глаз, селективная лазерная трабекулопластика – 5 глаз.

В 27-ми глазах нормальный уровень ВГД поддерживался местным гипотензивным медикаментозным режимом (1-2 кратные инстилляции аналогов простагландинов F2a; Р-адреноблокаторов, ингибиторов карбоангидразы).

Углубленно выявлялось наличие любых анатомо-морфологических факторов, способных создать риск интра- и постоперационных осложнений ФЭК.

Результаты и обсуждение

В подавляющем большинстве (44 глаза, 72 %) имели место I-III степень проявлений псевдоэкзофолитивного синдрома (ПЭС). Это проявлялось отложениями эксфолиатов на передней капсуле хрусталика, радужке, структурах угла передней камеры, передней капсулы хрусталика. В 34-х глазах (56 %) выявлялось наличие легкого иридо-неза, свидетельствующее о слабости цинновых связок, в 11-ти глазах определялся подвывих хрусталика I-II степеней по Н.П. Паштаеву (1996). Нами не выявлено закономерностей его частоты в зависимости от медикаментозного, лазерного или хирургического гипотензивного лечения.

В 7-ми глазах имелись обширные задние пигментные синехии, занимающие от 1/2 до 2/3 до окружности зрачка. В 3-х глазах они сочетались с протяженными гониосинехиями. Данная особенность имела место лишь в глазах после антиглаукомных операций проникающего типа.

Следует отметить, что в 34-х глазах (56 %) имела место повышенная оптическая плотность хрусталика по Buratto III-IV ст., что способно значительно осложнить выполнение ФЭК из-за необходимости использования большей длительности ультразвукового воздействия на этапе дробления ядра хрусталика. Тем самым излишней гидродинамической травматизации подвергаются структуры, окружающие капсулу и его связочный аппарат. Повышенная плотность хрусталика отмечена у 27-ми пациентов, длительно инсталлирующих 3-блокаторы, а также у 7-ми пациентов после антиглаукоматозных операций проникающего типа.

В 44-х глазах (72 %) отмечена невозможность достижения оптимального медикаментозного миоприаз для адекватного выполнения основных этапов ФЭК (7-8 мм). Реально, он достигал лишь 4-5 мм. Подобная ригидность зрачка была характерна для глаз с ПЭС II-III степеней, а также для 12-ти глаз с ранее проведенной АГО проникающего типа с наличием хирургических базальных колобом радужки.

Таким образом, из обширной случайной выборки глаз пациентов с возрастной катарактой, планирующих на выполнение ФЭК, доля случаев наличия сопутствующей ПОУГ со стойко нормализованным ВГД оказалась достаточно великой, составив почти четверть всех пациентов – 23 %.

В подавляющем большинстве данных глаз (86 %) был выявлен целый комплекс исходных неблагоприятных осо-

бенностей для выполнения ФЭК: клинически значимые проявления ПЭС, обширные задние пигментные синехии, протяженные гониосинехии, повышенная плотность ядра, минимальный медикаментозный миоприаз. Нами не выявлено четких закономерностей развития данных осложняющих факторов от хирургического, либо медикаментозного гипотензивного способов стойкой нормализации уровня ВГД.

Учитывая повышенный риск осложнений ФЭК в глаукомных глазах, нам представляется целесообразным по мере возможности выполнять ФЭК в подобных глазах в более ранние сроки, при начальных стадиях катаракты. Для выбора наиболее щадящей микрохирургической технологии ФЭК хирургам следует учитывать данные неблагоприятные особенности глаз с сочетанием ПОУГ и возрастной катаракты.

Литература

1. Астахов С.Ю. Современные методы хирургической реабилитации больных катарактой и глаукомой: автореф. дис. д-ра мед. наук / ВМА. – СПб, 1999. – 37 с.
2. Егоров В.В., Сорокин Е.Л. Глаукома в Хабаровском крае. Нерешенные проблемы и перспективы // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2002. – № 1. – С. 13–17.
3. Егоров В.В., Сорокин Е.Л., Бачалдин И.Л. Клиническая характеристика открытоугольной нестабилизированной глаукомы со стойко компенсированным ВГД // Перспективы офтальмологической службы Восточно-Сибирского региона: матер. 4-й регион, конф. – Иркутск, 1996. – С. 60.
4. Егоров В.В., Худяков А.Ю., Сорокин Е.Л. Клиническая эффективность хирургического лечения открытоугольной глаукомы // Офтальмология Центрального Черноземья и Среднего Поволжья: тез. конф. – Тамбов, 1997. – С. 90–91.
5. Егорова Э.В. и др. Выбор метода экстракции катаракты и способы фиксации ИОЛ у больных катарактой и глаукомой / Э.В. Егорова, И.Э. Иошин, А.И. Толчинская, Ф.В. Вигровский // Глаукома на рубеже тысячелетий. Итоги и перспективы: матер, конф. – М., 1999. – С. 270–272.
6. Карзов А.Н., Сорокин Е.Л. Исследование потенциальных факторов риска интра- и постоперационных осложнений при выполнении ФЭ на глазах с катарактой и ПОУГ при стойкой нормализации ВГД // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии: сб. науч. ст. / ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза». – М., 2010. – С. 88–91.
7. Карзов А.Н., Сорокин Е.Л. Частота и структура факторов риска интра-и пост операционных осложнений при выполнении ФЭК на глазах с ПОУГ со стойкой нормализацией ВГД // Доказательная медицина – основа современного здравоохранения: матер. VIII межд. конгресса. – Хабаровск, 2010. – С. 147–150.

