

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ

Урманова Ф.М., Худайбердыев А.Р., Ахраров А.А., Янгиева Н.Р.
Первый ТашГосМИ, кафедра глазных болезней Ташкент,
Узбекистан

инвалидности и не теряет своей социальной значимости, так как в структуре глазной патологии занимает II место (21,6%).

Хирургическое лечение глаукомы, особенно на ранних стадиях заболевания, применение вазореконструктивных операций для стабилизации глаукоматозного процесса, экстракция катаракты у больных, перенесших антиглаукоматозные операции (АГО) продолжает интересовать офтальмохирургов, как одна из актуальных проблем.

Цель нашего исследования - провести сравнительную характеристику среди группы больных с открытоугольной (ОУГ) и закрытоугольной (ЗУГ) глаукомой по стадиям процесса, перенесшим различные АГО (глубокая склерэктомия (ГСЭ), синустрабекулэктомия (СТИЭ) с периферической иридэктомией, непроникающая глубокая склерэктомия (НГСЭ)), части из которых произведена вазореконструктивная операция (ВРО) и экстракция катаракты (ЭЭК).

Материалы и методы:

Под наблюдением за период 1998-2000 гг. находились 2 группы больных с первичной глаукомой.

Всем пациентам до лечения проводились визометрия, периметрия, гониоскопия, тонометрия, тонография и офтальмоскопия,

В I группе больных с ЗУГ находилось 180 пациентов в возрасте от 50-75 лет. У 100 больных (55,5%) заболевания длилось от 1 года до 5 лет, у 31 (17,2%) более 5 лет. 7 (3,8%) человек из них имели начальную, 52 (28,8%) развитую, 90 (50%) далекозашедшую и 31 (17,2%) терминальную стадию глаукомы.

Показатели гидродинамики в каждом случае соответствовали тяжести заболевания, истинное внутриглазное давление (ВГД) P_0 было повышено на всех глазах, коэффициент легкости оттока (С) был значительно снижен и колебался от 0,04 мм³/мин. мм рт.ст. в запущенных стадиях и до 0,80 мм³/мин. мм рт.ст. в начальной стадии.

163 больным (85,7%) произведена ГСЭ и СТИЭ на разных стадиях глаукомы, 27 (14,2%) больным НГСЭ произведена при II и III стадии глаукоматозного процесса с исходными низкими зрительными функ-

циями, с уровнем ВГД до 28 мм рт.ст. и резко суженным полем зрения 5-10% от точки фиксации.

Успех проведенного хирургического лечения определялся степенью нормализации ВГД - 15+3,5 мм рт.ст во всех случаях антиглауко- матозных операций.

Однако известно, что нормализация офтальмотонуса, наступающая после успешно проведенной АГО не всегда ведет к стабилизации глаукоматозного процесса. Основная причина нарушения зрительных функций - снижение кровоснабжения глаза, играющее важную роль в патогенезе первичной глаукомы (1).

С этой целью для улучшения кровоснабжения глаза и стабилизации зрительных функций через 7-14 дней после АГО 28% больных (50 пациентов) произведена ВРО - пересечение поверхностной височной артерии. На I стадии заболевания 4 больным (8%), II стадии - 18 больным (36%), III стадии - 20 (40%) и IV стадии - 8 (16%) больным.

Известно, что глаукоматозный процесс стимулирует развитие катаракты, которая особенно прогрессирует при закапывании миотиков и проведенных фистулизирующих АГО.

Через 3-6 месяцев после проведения АГО и ВРО больным с нормализованным офтальмотонусом произведена экстракапсулярная экстракция катаракты - 2 больным (4%) I стадии глаукомы, 18 больным (36%) II стадии, 20 больным (40%) III стадии и 10 больным (20%) терминальной IV стадии глаукомы. В том числе 10 (33,3%) больным II и III стадии произведена ЭЭК с имплантацией интраокулярной линзы.

Во второй группе больных с ОУГ находилось 180 пациентов в возрасте от 50-75 лет. 19 (10,5%) пациентов из них имели начальную, 52 (28,8%) развитую, 86 (47,7%) далекозашедшую и 23 (12,7%) терминальную стадию глаукомы. 150 больным (83,3%) произведена ГСЭ и СТИЭ, НГСЭ произведена 30 (16,6%) больным - в I стадии 5 больным (16,6%), 9 больным (30%) во II стадии и 16 больным (53%) в II стадии заболевания.

Вазореконструктивная операция произведена через 7-14 дней после АГО у 4 больным (8%) I стадии глаукомы, 9 больным (18%) II стадии, 13 больным (26%) III стадии и 4 больным (8%) IV стадии глаукомы.

Экстракция катаракты произведена через 3-6 месяцев после проведенного хирургического лечения в I стадии у 2 больным (4%), во II стадии 18 больным (36%), у 3 больным (6%) произведено одновременно экстракция катаракты с синусотрабекулотомией и в III стадии заболевания 27 (54%) больным. В том числе 15 пациентам (30%) II и III стадии заболевания имплантирована ИОЛ. Все операции производились рого-

ичным разрезом, в 2-х случаях имелись разрывы задней капсулы хрусталика. Офтальмотонус у всех больных был нормальным.

Результаты и обсуждения.

Таким образом, зрительные функции больных обеих групп определялись сразу после хирургического лечения, через 6 месяцев и через 1 Год после проведенного лечения.

Анализ проведенных исследований показал, что стабилизация функции органа зрения наблюдается у 154 больных (86%) ЗУГ и 127 (71%) больных ОУГ.

Следует отметить эффективность оперативного лечения в начальной стадии заболевания. Исследования ВГО через год после проведенного хирургического лечения показали, что средние значения Ро и С находились в пределах нормы.

В результате проведенных операций стабилизация границ поля зрения отмечена у 153 (85,21%) больных I группы и 149 (82,9%) больных II группы. Границы поля зрения расширились у 72 (40%) больных в начальной и развитой стадии заболевания у обеих исследованных групп больных. Остались неизменными у 108 (60%) больных III и IV стадии процесса.

Острота зрения у пациентов обеих групп улучшилась в среднем на 0,1-0,3 у 63 (35%) больных, осталось без изменений у 99 (55%) больных. Снижение зрения произошло у 18 (10%) больных вследствие прогрессирования развивается до операции катаракты.

Следует отметить, что у больных, которым проведена НГСЭ, не наблюдалось случаев развития и прогрессирования катаракты и сужения границ поля зрения. Наиболее эффективной НГСЭ была среди больных I, II и III стадии ОУГ формы глаукомы.

В условиях нормализации офтальмотонуса, активизация кровоснабжения глаза отмечена стабилизация и улучшение зрительных функций у 19 (38%) больных, которым проведен комбинированный метод хирургического лечения, достигнута стойкая нормализация офтальмотонуса у 46 (93%) больных. ВРО даже у больных III и IV стадиях заболевания сопровождалось субъективным улучшением остроты зрения и цветоощущения.

Результаты проведенного комбинированного хирургического лечения глаукомы наиболее эффективны среди больных оперированных по поводу катаракты с имплантацией ИОЛ. Острота зрения во II и III стадии заболевания была выше в сравнении с группой больных, которым экстракция катаракты не произведена и достигала от 0,2 до 0,6 у 18 больных (36%) ЗУГ и 44 (88%) ОУГ.

Хотелось бы отметить, что, несмотря на распространенность первичной глаукомы среди населения к сожалению выявление больных и ранней стадии заболевания затруднено. Процент неоперированных больных III и IV стадией процесса остается достаточно высоким - 67%,

Таким образом:

1. Сочетание антиглаукоматозных операций с вазоконструктивными эффективный метод стабилизации глаукоматозного процесса.
2. Хирургическое лечение первичной глаукомы в начальной стадии заболевания позволяет больным сохранить и улучшить зрительные функции на длительные сроки.
3. НГСЭ наиболее эффективный метод хирургического лечения для стабилизации зрительных функций в различной стадии заболевания
4. Экстракция катаракты с имплантацией ПОЛ после проведении ранее комбинированного хирургического лечения позволяет улучшить зрительные функции.

Литература

1. Козлов В.И., Вакурин Т.В. Комбинированный метод хирургического лечения открытоугольной глаукомы. // Офтальмохирургия. - 1999. №1.-С. 50-51.
2. Абрамов В.Г., Вакурин Е.А. Операция реваскуляризации склеры при открытоугольной глаукоме // Офтальмохирургия. - 1991. - №1. С.32.
3. Ивашина А.И. Новый подход к лечению закрытоугольной глаукомы // Офтальмохирургия. - 1995. - №3. - С.26.