

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПРИ КОМБІНАЦІЇ ГЛАУКОМИ І КАТАРАКТИ

Фальбуш О.О. Оласюк О.І.

Комбінація глаукоми і катаракти, за даними різних авторів, зустрічається в 13-76,9 % [7], прогресування катаракти після антиглаукоматозної операції – в 9,6 % (2), а часто патологія кришталика буває причиною глаукоми [12]. Це важлива клінічна проблема і розв'язання її - нелегке хірургічне завдання, незважаючи на вдосконалення мікрохірургії як глаукоми, так і катаракти. В науковій літературі пропонуються різні рішення стосовно послідовності та методик операцій, строків їх виконання, характеру розтину [1-12]. Обговорюючи етапність операції, більшість авторів мають на увазі антиглаукоматозну операцію і екстракцію катаракти, а М.П.Новак з співавт. (1996) пропонують в 2 етапи проводити гіпотензивні втручання. В останні роки більше поширюються максимально реабілітуючі операції, тому є багато повідомлень про комбінацію антиглаукоматозних операцій з екстракцією катаракти і імплантацією штучного кришталика [4, 3, 7, 8, 9, 11]. Більшість авторів особливих ускладнень після такого одномоментного хірургічного втручання не відмічали, але уевіт спостерігався К.П. Павлюченком із співавт. (1995) у 39 % пацієнтів, а ексудативна реакція – у 60,5 % (9). Вважаються очевидними переваги однієї операції, особливо з точки зору пацієнта похилого віку. Однак, більш важливим критерієм є кінцевий результат, тому порівняльний аналіз різної тактики при хірургічному лікуванні хворих з комбінацією глаукоми і катаракти є актуальним і складає мету даного дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В роботі представлені результати 80 операцій у 60 хворих з глаукомою і катарактою у віці від 34 до 83 років, серед яких було 32 чоловіка і 28 жінок. У 15 хворих на 15 очах глаукома була вторинною факогенною (перезріла катаракта на 5 очах, ексфолиативна глаукома – на 6, факотонічна – на 4 очах).

Хворі первинною глаукомою були на диспансерному обліку від декількох місяців до 5 років, в середньому 2-3 роки, і одержували необхідне медикаментозне лікування. Розподіл хворих глаукомою представлений в таблиці 1, причому I групу (40 очей) склали хворі, які оперувались одномоментно, а II – (25 очей) - послідовно в 2 етапи: спочатку антиглаукоматозна операція, а потім екстракція катаракти, з різним інтервалом – від 2-3 днів до 2-4 тижнів, в залежності від загального стану хворого та необхідності досягнення візуального результату в найкоротші строки.

Як демонструє таблиця 1, в обох групах найчастіше зустрічалась відкритокутова глаукома (на 27 із 40 очей в I групі і на 15 із 25 -в II); переважно I-II стадії (20 із 40 і 16 із 25 очей) з переважно помірно підвищеним тиском в I групі і високим – в 2 групі пацієнтів.

Катаракта у всіх хворих була різної зрілості, але наявність її суттєво впливала на гостроту зору. Вибір метода екстракції катаракти залежав від технологічних умов (коаксіальний мікроскоп, віскоеластік), які б забезпечували максимальне екстракапсулярне виведення мас, а наявність адаптованих до малого розтину інтраокулярних лінз – імплантацій штучного кришталика. При відсутності таких можливостей проводили інтракапсулярну кріоекстракцію катаракти.

Суттєвими хворобами в обох групах хворих були: гіпертонічна хвороба (15 хворих в першій групі і 10 – в другій) атеросклероз, ішемічна хвороба серця (12 і 7 хворих), цукровий діабет (8 та 7), в анамнезі інфаркт міокарда (6 і 4 пацієнта), і загальний стан хворого часто був одним з показань для одномоментного втручання.

У 15 хворих факогенною глаукомою проводилась тільки екстракція катаракти: при ексфолиативному синдромі і зміщенні кришталика в капсулі (10 очей), у інших – екстракапсулярно (5 очей), у 3 з них – з імплантацією штучного кришталика в задню камеру. Операція і післяопераційний період у цих пацієнтів не мала особливостей.

В I групі хворих на 7 очах проводилась сінусотрабекулектомія з базальною іридектомією, а на 33 очах - глибока склеректомія з базальною іридектомією, причому на 7 очах - з високим рівнем внутріочного тиску, проводилась також додаткова часткова задня трепанація склери до судинної оболонки для поступового попереднього зниження внутріочного тиску.

Екстракція катаракти на 5 очах проведена продовженням склерального розтину, проведеного при сінусотрабекулектомії. На 35 очах попередньо проводився надріз на половину рогової оболонки, а антиглаукоматозна операція проводилась власним розтином. Цей засіб полегшував проведення розрізу рогівки на гіпотонічному після антиглаукомної операції оці. Кришталік видалявся в капсулі на 20 очах, екстракапсулярно - на 20, а на 5 з них імплантували в задню камеру інтраокулярну лінзу.

В II групі пацієнтів на 5 очах проводили сінусотрабекулектомію з базальною іридектомією, на 20 очах - глибоку склеректомію з базальною іридектомією, а у 10 хворих з високим внутріочним або артеріальним тиском виконували додаткову часткову задню трепанацію склери до судинної оболонки для поступового зниження внутріочного тиску. В цю групу також віднесли хворих (10 очей), які готувались до одномоментної операції, але з - за гіфеми (7) або часткового гемофтальма (3) в ході операції обмежились лише одним етапом - антиглаукоматозною операцією. Кришталік видаляли в капсулі (10 очей) або екстракапсулярно (15 очей), з імплантацією заднекамерного штучного кришталіка виконали на 5 очах.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ускладнення в ході та після операції представлені в таблиці 2.

Як видно з табл., ускладнення зустрічались в обох групах, якщо вони виникали на етапі антиглаукоматозної операції, екстракцію катаракти не проводили.

В післяопераційному періоді у хворих проводилась симптоматична терапія під контролем загального стану хворих (регуляція артеріального тиску, цукру в крові і сечі, застосування ангіопротекторів, вітамінів, ферментів). Гіфема розсмоктувалась за 2-3 дні, ціліо-хоріоїдальне відшарування лікувалось консервативно (кофеїн, кортикостероїди, мідріатики - під кон'юнктиву), при гемофтальмі використовували ферменти (фібрінолізін, гепарін, лідаза), ангіопротектори (діцинон, доксіум). При післяопераційному увеїті застосовували кортикостероїди, імунокоректори, мідріатики, а у 5 хворих з позитивним результатом використали внутрісудинне лазерне опромінення крові.

Ускладнення продовжували строк стаціонарного лікування в середньому з 7 до 10-13 днів.

Після операції внутріочний тиск понизився у всіх хворих до 16-23 мм рт.ст. Гострота зору при виписці із стаціонара, демонструється в таблиці 3.

Причиною зниження гостроти зору в I групі хворих був післяопераційний увеїт з неоваскуляризацією, секлюзією і оклюзією зіниці у хворої цукровим діабетом. В II групі це були хворі з частковим гемофтальмом і експульсивною геморагією. Динаміка поля зору не запевняла: воно частіше не змінювалось, а звужувалось у хворих з III стадією глаукоми.

ВИСНОВКИ

Аналіз клінічних результатів лікування хворих при комбінації глаукоми з катарактою дозволяє зробити наступні висновки.

1. При факогенному походженні гіпертензії ока екстракція катаракти виконує роль антиглаукоматозної операції.

2. Хірургічна тактика лікування при комбінації глаукоми з катарактою повинна підпорядковуватись завданням лікування глаукоми. Глибока склеректомія ефективна в комбінації з екстракцією катаракти одномоментно і як перший етап для зниження внутріочного тиску.

3. Вибір тактики одномоментно або поетапного лікування обумовлюється рівнем внутріочного тиску та загальним станом хворого: при високому рівні (більше 35 мм рт.ст.), а також на фоні загальної судинної патології, при високому ризику гемофтальма або експульсивної геморагії, на єдиному оці перевага надається поетапному лікуванню, яке починається з антиглаукоматозної операції.

4. Одномоментна антиглаукоматозна операція і екстракція катаракти ефективна в I-II стадіях глаукоми з нормальним або помірно підвищеним внутріочним тиском, в умовах максимально можливої санації організму пацієнта перед операцією.

5. Інтраокулярна корекція дозволяє досягти медичної і соціальної реабілітації хворих глаукомою і катарактою.

Таблиця 1

Розподіл хворих (очей) первинною глаукомою, які лікувались в очній клініці УжДУ

Група спостереження	Кількість очей	Форма			Стадія				Рівень внутріочного тиску		
		Відкритокутова	Закритокутова	Змішана	I	II	III	IV	A	B	C
									норм.	помірно підвищ:	високій
I	40	27	3	10	15	12	8	5	3	30	7
II	25	15	2	8	8	8	6	3	-	7	18
Всього:	65	42	5	18	23	20	14	8	3	37	25

Таблиця 2

Ускладнення під час та після операції

Група хворих	Число очей	Гифема	Частковий гемофтальм	Цілохоріоїдальне відшарування	Випадіння склистого тіла	Експульсивна геморагія	Післяопераційний увеїт
I	40	5	-	3	2	-	5
II	25	3	1	1	1	2	2

Таблиця 3

Гострота зору при виписці із стаціонару

Група спостереження	Кількість очей	Гострота зору		
		Підвищилась	Не змінилась	Знизилась
I	40	32	7	1
II	25	12	10	3

ЛІТЕРАТУРА

1. Веселовская Э.Ф., Амер.Сокил // Тезисы X Межд. симпозиума,- Одесса, 1997.- С. 30-31.
2. Добромислов А.Н., Алексеев В.Н., Садков В.И. // Тезисы конф. посв. 100-летию каф. офт.,-Ленинград, 1990.- С. 112-113.
3. Дроздовская В.С., Алексеев Н.М., Денисов И.А. //Тези ІХ з'їзду Офт.України – Одеса, 1996.- С. 205-206.
4. Животовский Л.Д., Ефремов М.Н., Гейнц М.М., Бикчураев Р.Р. // Тезисы конф.посв. 100-летию каф.офт. ЛенГИДУВ'а -Ленинград, 1990.- С. 71.
5. Краснов М.М. Микрохирургия глауком.- Москва, 1980.- С. 204-212.237.
6. Лукова Н.Б., Такоева Б.Х., Золотарев Л.В. // Тезисы конф. посв. 100-летию каф.офт. ЛенГИДУВ'а -Ленинград, 1990.- С.78-79.
7. Могилевский С.Ю. //Тези ІХ з'їзду офт.Україна,- Одеса, 1996. – С. 225-226.
8. Новак Л.П., Збитнева С.В., Обухова. Й.А. //Тези ІХ з'їзду Офт.України.- Одеса, 1996.- С. 230-231.
9. Павлюченко К.П., Могилевский С.Ю. //Тези конф., присв. 125 -річчю каф.офт.,-Київ, 1995.- С. 74-75.
10. Саленко С.В., Кашинцева Л.Т. // Тези ІХ з'їзду офт. України, – Одеса, 1996. – с. 239-240.
11. Стукалов С.Е. // Тезисы конф.,посв. 100-летию каф. Офт. ЛенГИДУВ'а – Ленинград, 1990 – С. 87.
12. Филиппова С.А., Ткачева Э.И., Толмачова А.П., //Тезисы конф. посв. 100-летию каф.Офт. ЛенГИДУВ'а – Ленинград, 1990.- С.140-141.

SUMMARY

THE RESULTS AFTER TREATMENT OF PATIENTS WITH A COMBINATION OF GLAUCOMA AND CATARACT

Falbush O.O., Olasyuk O.

The paper describes results after surgical treatment of 60 patients (80 eyes) with a combination of pathology – glaucoma and cataract, who were subjected to a simultaneous surgical intervention: antiglaucomatic operation, cataract extraction and artificial lens implantation sometimes.

The indications to the one-stage operation are worked out depending on the state of intraocular pressure and eye functions. The results obtained have shown effectivity and low traumaticity of the performed intervention. But in patients with single eye, or with intraocular pressure more 35 mm Hg, or with general vascular pathology, when risk of expulsive haemorrhage is very high, it was recommended the deep sclerectomy as hypotensive operation, then extraction cataract with interval of 2-3 days to 2 months.