

УДК 617.741-007.21

Парманкулова Юлдуз Джалиловна

Кафедра офтальмологии

Андижанский государственный медицинский институт

ПЕРВИЧНАЯ ЗАКРЫТОУГОЛЬНАЯ ГЛАУКОМА.

ОБОСНОВАНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Резюме: Понятие «глаукома» включает заболевания, которые объединяют определенные клинические признаки. К ним относятся: оптическая нейропатия, типичные изменения функции зрения (утра централизованного поля зрения и периферического), атрофия (экскавация) диска зрительного нерва, повышение внутриглазного давления.

В случае первичной закрытоугольной глаукомы фактором, влияющим на повышение ВГД, становится блокировка (полная или частичная) оттока внутриглазной жидкости из-за перекрытия угла передней камеры корнем радужки либо вследствие зрачкового блока.

Заболевание возникает у людей старше 40 лет, и с годами его частота только увеличивается, составляя примерно 20-30% от всех выявляемых случаев первичной глаукомы. У женщин его диагностируют в 4 раза чаще, чем у мужчин. Особенно часто первичная закрытоугольная глаукома встречается среди жителей Юго-Восточной Азии, эскимосов, китайцев. Патология имеет генетически обусловленную природу наследования, поэтому очень высокий риск возникновения заболевания имеют родственники первой линии из-за предрасполагающих анатомических особенностей строения органа зрения.

Крайне редко закрытоугольная глаукома развивается у лиц с миопией; больше ей подвержены люди, имеющие гиперметропическую рефракцию.

Ключевые слова: первичная открытоугольная глаукома, рефракция, лечения.

Parmankulova Yulduz Jalilovna

Department of Ophthalmology

Andijan State Medical Institute

PRIMARY ANGLE-CLOSURE GLAUCOMA. JUSTIFICATION OF PATHOGENETIC TREATMENT

Resume: The concept of "glaucoma" includes diseases that combine certain clinical signs. These include: optical neuropathy, typical changes in the function of vision (loss of the central field of vision and peripheral), atrophy (excavation) of the optic nerve disc, increased intraocular pressure.

In the case of primary angle-closure glaucoma, the factor affecting the increase in IOP becomes a blockage (complete or partial) of the outflow of intraocular fluid due to the overlap of the angle of the anterior chamber by the root of the iris or due to the pupillary block.

The disease occurs in people over 40 years of age, and over the years its frequency only increases, accounting for about 20-30% of all detected cases of primary glaucoma. Women are diagnosed with it 4 times more often than men. Primary angle-closure glaucoma is especially common among residents of Southeast Asia, Eskimos, and Chinese. Pathology has a genetically determined nature of inheritance, therefore, first-line relatives have a very high risk of the disease due to predisposing anatomical features of the structure of the organ of vision.

Extremely rarely, angle-closure glaucoma develops in people with myopia; people with hypermetropic refraction are more susceptible to it.

Key words: primary open-angle glaucoma, refraction, treatment.

Актуальность. Закрытоугольная глаукома (ЗУГ) включает в себя несколько форм заболевания, при которых подъем внутриглазного давления (ВГД) возникает в результате нарушения отведения водянистой влаги по причине развития функциональных гидродинамических блоков: зрачкового или ангулярного. Гидродинамический ангулярный блок

представляет собой функциональное закрытие угла передней камеры (УПК) в анатомо-топографически предрасположенных глазах.

В результате функционального блока УПК возникают эпизоды нарушения оттока внутриглазной жидкости, сопровождающиеся волнообразными подъемам ВГД, при каждом из которых происходит повреждение волокон зрительного нерва с необратимой утратой зрительных функций [2,5].

Эпидемиологические данные в отношении распространенности ПЗУГ широко варьируют в зависимости от региона, этнического и возрастного состава населения и уровня медико-социально-экономического развития[3,6]. Рост заболеваемости ПЗУГ в мире с учетом ее геронтологического характера остается неизменным в связи с увеличением продолжительности жизни населения. Актуальность исследований, связанных с ПЗУГ, бесспорна в виду того факта, что эта форма глаукомы является одной из ведущих причин слепоты в мире. Остается много нерешенных вопросов касательно этиопатогенеза, клинических проявлений, методов ранней диагностики и способов своевременного лечения пациентов с ПЗУГ [1,7].

В основе этиопатогенеза ПЗУГ лежит закрытие анатомически узкого УПК глазного яблока, в результате чего происходит нарушение оттока водянистой влаги и повышение ВГД. Согласно общепринятому представлению, ПЗУГ возникает в глазах с анатомо-топографической предрасположенностью, которая заключается в несоразмерности

соотношения между длиной передне-задней оси глаза, глубиной передней камеры и толщиной хрусталика. Неблагоприятное соотношение биометрических показателей глазного яблока является причиной формирования анатомически узкого УПК, а в дальнейшем, ввиду сопутствующих возрастных изменений инволюционного характера, возникновения гидродинамического блока УПК и повышения ВГД [5,8].

Цель исследования. Повышение эффективности реабилитации пациентов с первичной ЗУГ, путём создания системы дифференциальной диагностики типов внутриглазных блоков и патогенетически ориентированных методов хирургического лечения.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты ЗУГ у 80 пациентов. Всем пациентам была проведена ультразвуковая биомикроскопия аппаратом MaxII с использованием датчика с частотой 35 и 50 МГц.

Результаты исследования. Анатомической предпосылкой к появлению и развитию первичной закрытоугольной глаукомы является смещение цилиарного тела относительно склеральной шпоры кпереди, объективно определяемое методом ультразвуковой биомикроскопии.

При относительном зрачковом блоке ультразвуковой биомикроскопией выявляется совокупность анатомо-топографических признаков: полное отсутствие дистанции «трабекула-радужка», выраженная проминенция преимущественно прикорневой зоны радужки, треугольная конфигурация задней камеры при достоверном ($p < 0,01$) увеличении её глубины и площади сечения в 1,4 раза по сравнению с глазами пациентов пресбиопического возраста с гиперметропической рефракцией без признаков глаукомы.

При сегментарно определяемом в глазах с закрытоугольной глаукомой синдроме по типу плоской радужки методом ультразвуковой биомикроскопии объективно диагностируется совокупность анатомо-топографических признаков: исчезновение дистанции «трабекула-радужка», наличие плоского профиля радужки, уменьшение треугольной формы задней камеры по площади сечения в 2 раза по сравнению с глазами пациентов пресбиопического возраста с гиперметропической рефракцией без признаков глаукомы, отсутствие цилиарной борозды за

счет ротированных вперед и прилегающих на значительном протяжении к задней поверхности радужки цилиарных отростков.

При первичной закрытоугольной глаукоме, индуцированной хрусталиком, методом ультразвуковой биомикроскопии определяется совокупность анатомо-топографических признаков: сегментарное отсутствие дистанции трабекула-радужка», проминенция вперед всей поверхности радужки, сокращение расстояния между радужкой и хрусталиком в 1,5-2 раза по сравнению с глазами пациентов пресбиопического возраста с гиперметропической рефракцией без признаков глаукомы, изменение формы задней камеры до дугообразной конфигурации с уменьшением площади сечения в 1,4 раза по сравнению с глазами пациентов пресбиопического возраста с гиперметропической рефракцией без признаков глаукомы в сочетании с полной задней отслойки стекловидного тела высотой в среднем до $3,36 \pm 0,18$ мм и формированием ретровитреального пространства, что создает предрасположенность или комбинацию с витреальным блоком.

Разработанная и клинически апробированная оригинальная технология одномоментной, ступенчатой, комбинированной лазерной иридэктомии для тёмнопигментированной «губчатой» структуры радужки, заключающаяся в создании искусственной лакуны импульсным 1Чс1:УАС лазером, с последующей коагуляцией стромы радужки Ыс1:УАО лазером с удвоением частоты и полупроводниковой накачкой и затем формированием сквозного отверстия импульсным Ыс1:У АО—лазером, позволила повысить результативность лазерного вмешательства при первичной закрытоугольной глаукоме.

Исследованиями подтверждено, что лазерная иридэктомия является эффективным, патогенетически обоснованным способом лечения, способствующим стойкой компенсации офтальмогонуса и открытию УПК

при относительном зрачковом блоке на ранних стадиях заболевания до формирования синехиальной облитерации угла передней камеры.

Лазерная иридэктомия, выполненная перед факоэмульсификацией, при блоке, индуцированном хрусталиком, и сочетании внутриглазных блоков в одном глазу является подготовительным этапом с частичным снижением ВГД от исходного уровня, что позволяет оптимизировать проведение хирургии хрусталика.

Показаниями к проведению факоэмульсификация хрусталика являются блок, индуцированный хрусталиком, и сочетание внутриглазных блоков в одном глазу, независимо от наличия и интенсивности помутнений хрусталика.

Факоэмульсификация при первичной закрытоугольной глаукоме с хрусталиковым блоком и комбинацией внутриглазных блоков в одном глазу способствует их устранению и восстановлению пространственных соотношений структур иридоциллярной зоны.

Впервые найденная и визуализированная при помощи ультразвуковой биомикроскопии совокупность анатомо-топографических соотношений структур глаза, специфичных для различных типов внутриглазных блоков, позволяет провести дифференциальную диагностику различных механизмов блокады угла передней камеры и выбрать патогенетически ориентированный метод лечения первичной закрытоугольной глаукомы.

Вывод. Разработанная и клинически апробированная оригинальная технология одномоментной, ступенчатой, комбинированной лазерной иридэктомии с использованием различных источников лазерной энергии, учитывающая специфику структуры тёмнопигментированной «губчатой» радужки коренных жителей Узбекистана, позволяет уменьшить суммарную мощность коагуляционного лазера в 2 раза и суммарную энергию импульсивного лазера в 4 раза, тем самым снижая травматичность лазерного воздействия.

Обоснована целесообразность удаления хрусталика методом факоэмульсификации, независимо от его толщины и наличия катарактальных изменений при блоке, индуцированном хрусталиком, и сочетании блоков в одном глазу, что указывает на необходимость включения данного вмешательства в комплекс антиглаукоматозных операций при ЗУГ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдулкадырова М.Ж. Отдаленные результаты лазерной иридотомии при первичной закрытоугольной глаукоме с функциональной блокадой камерного угла // Глаукома. - 2004. - №2. - С. 29-33.

2. Егорова Э.В., Малюгин Б.Э., Полянская Е.Г. и др. Анатомо-топографические особенности переднего сегмента артифакичного глаза по результатам исследования методом ультразвуковой биомикроскопии // Глаукома: проблемы и решения: Офтальмохирургия. - 2010. - №4. -- С. 49.

3. Могшеевский С.Ю. Тоннельная экстракция катаракты, имплантация интраокулярной линзы и трабекулоэктомия у больных с катарактой в сочетании с первичной глаукомой // Офтальмол. журн. - 2005. - №1. — С. 19-23.

4. Тахчиди Х.П., Иванов Д.И., Бардасов Д.Б. Ультразвуковая биомикроскопия в диагностике, выборе тактики и послеоперационном наблюдении у пациентов с закрытоугольной глаукомой со зрачковым блоком // Глаукома. - 2006. - №3. - С. 54-61.

5. Шмырева В.Ф., Зиангирова Г.Г., Мазурова Ю.В. Клинико-морфологическая характеристика дренажной зоны склеры при глаукоме нормального внутриглазного давления // Вестн. офтальмол. — 2007. — №6. -С. 32-35.

6. Эйвазова К. А. Интраокулярная коррекция гиперметропии высокой степени в пресбиопическом возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М, 2005. - С. 26.

7. Foster P.J., Machin D., Wong T.Y. et al. Determinants of intraocular pressure and its association with glaucomatous optic neuropathy in Chinese Singaporeans: the Tanjong Pagar Study // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. - 2003. - Vol. 44.-P. 3885-3891.

8. Yong A.L. Tang W.W.T., Lam D.S.C The prevalence of pseudoexfoliation syndrome in Chinese people// Br. J. Ophthalmology. - 2004. - Vol.88. - P. 193-195.