

Федеральное Агентство по здравоохранению
и социальному развитию Российской Федерации



Государственное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава

Двухэтапное лечение катаракты, сочетанной с открытоугольной глаукомой

Методические рекомендации

Пенза, 2007

Предложен двухэтапный метод лечения катаракты, сочетанной с открытоугольной глаукомой. На первом этапе осуществляется лазерное гипотензивное вмешательство, на втором этапе, через 1 месяц, – экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ (в случае субкомпенсации ВГД – с одномоментной не проникающей склерэктомией). В результате проведенного лечения острота зрения прооперированных больных в среднем составила $0,5 \pm 0,06$, офтальмотонус сохранялся стабильным в пределах нормы без гипотензивных препаратов. Методика предназначена для использования врачами-офтальмологами глазных стационаров и отделений и врачами лазерных офтальмологических кабинетов.

Методические рекомендации подготовлены на кафедре офтальмологии ГОУ ДПО Пензенского института усовершенствования врачей Росздрава. Автор: заведующий кафедрой, доктор мед. наук, профессор М.И. Алешаев.

Введение

Нередкое развитие катаракты на фоне первичной глаукомы определяет поиск эффективного способа лечения данной патологии, который позволил бы наиболее ответственный этап операции, удаление катаракты, выполнить с наименьшими рисками.

Предложены многочисленные методики лечения катаракты, протекающей в сочетании с глаукомой, которые позволяют офтальмохирургу делать выбор в пользу того или другого способа. Нами на протяжении нескольких лет была использована методика раздельного лечения катаракты, сочетанной с глаукомой. Были выделены в отдельные этапы гипотензивное воздействие и экстракция катаракты. Перед экстракцией катаракты первым этапом осуществляли лазерную трабекулопластику, затем на фоне устойчиво нормализованного ВГД производили вторым этапом экстракцию катаракты с имплантацией ИОЛ, в ряде случаев в комбинации с непроникающей глубокой склерэктомией. Обусловлен такой подход тем, что мы стремились устойчиво нормализовать повышенный офтальмотонус до удаления катаракты, затем на фоне достигнутой стабилизации внутриглазного давления осуществить экстракцию катаракты. Несомненно, что нормализованное ВГД создает благоприятные условия для удаления катаракты и способствует безопасному выполнению хирургического вмешательства, предотвращает интра- и послеоперационные осложнения. Результаты представлены в данном пособии.

Показания и противопоказания к применению метода

Показания: открытоугольная глаукома I-II В стадии с широким или средней ширины углом передней камеры. Трабекулярная зона с шлеммовым каналом должна хорошо просматриваться при гониоскопии и быть в достаточной степени пигментированной. Это необходимо для хорошей абсорбции лазерного излучения. Тонometricкое внутриглазное давление не более 32 мм рт.ст. на фоне применения гипотензивных препаратов. Степень зрелости катаракты может быть любая, но достаточно снижающая остроту зрения или качество жизни больного.

Относительные показания: тяжелый соматический статус, перенесенный инфаркт миокарда, сахарный диабет в стадии компенсации, некомпенсированная гипертоническая болезнь, боязнь большим оперативных вмешательств.

Противопоказания: вторичная факоморфическая глаукома либо глаукома, обусловленная механическим закрытием путей оттока; тонометрическое ВГД выше 33 мм рт.ст.; узкий угол передней камеры; невозможность визуализации трабекулы или ее слабая пигментация.

Материально-техническое обеспечение метода

1. Лазерный коагулятор (диодный) «Алод» производства Санкт-Петербург (Россия).
2. Линза Гольдмана LG3 производства Carl Zeiss (Германия).

3. Операционный микроскоп OPMI®rico производства Carl Zeiss (Германия) и набор инструментов для микрохирургии глаза производства Медин-Урал (Екатеринбург).
4. Дексаметазона раствор для инъекций (Дексаметазон) – раствор для инъекций 4 мг в ампулах по 1 мл. Рег. № П№014597/01-2002. М. Дж. Биофарм Пвт. Лтд., Индия.
5. Этамзилата раствор для инъекций (Дицинон) – раствор для инъекций 250 мг в ампулах по 2 мл. Рег. № П№013946/02. Lek, Словения.
6. Гентамицина сульфат раствор для инъекций 4% (Гентамицин) - раствор для инъекций 4% в ампулах по 2 мл. Рег. № 83/247/5. АО «Белмедпрепараты», Беларусь.
7. Ципрофлоксацина гидрохлорида раствор – капли глазные 0,3% (Ципромед) – раствор 0,3% во флаконах по 5 мл. Промед Экспортс Пвт. Лтд., Индия.
8. Неомидин, Полимиксин В и дексаметазон офтальмологическая суспензия (Макситрол) – офтальмологическая суспензия во флаконах с капельницей-дозатором DROPTAINER по 5 мл. Рег. № П № 014557/ 01-2002. с.а. АЛКОН-КУВЕР, Бельгия.

Описание метода

Сущность двухэтапного лечения катаракты, сочетанной с глаукомой, заключается в поэтапности выполнения хирургического вмешательства. На первом этапе осуществляется лазерная трабекулопластика, цель этого гипотензивного вмешательства – снижение повышенного офтальмотонуса. Проводилась селективная тра-

бекулопластика с помощью диодного лазера с параметрами: мощность 900-1000 мВ, диаметр пятна 200 нм, экспозиция 150-250 мсек, количество коагулятов – около 200 по окружности лимба до 180°. После лазеркоагуляции назначался макситрол по 1 капле 4 раза в день, режим применения гипотензивных препаратов оставался прежним. На второй день измерялось ВГД, снижение его на 6 мм и более от исходного расценивалось как успешный результат. При дальнейшем наблюдении в течение 2-3 недель исследовали уровень ВГД, и сохранение его в пределах статистической нормы (до 23-24 мм рт.ст.) расценивалось как стабильное. Через 1 месяц после селективной лазерной трабекулопластики больному проводили второй этап лечения – удаление катаракты с имплантацией ИОЛ. Производили экстракапсулярную экстракцию через роговичный разрез и имплантировали жесткие ИОЛ различных моделей. Всем больным перед операцией экстракции катаракты проводилась суточная тонометрия. В случаях субкомпенсации ВГД, когда уровень офтальмотонуса достигал 25 мм рт.ст. и размах суточной кривой составлял 4 мм, а также в случаях асимметрии ВГД между парными глазами более 4 мм одновременно с экстракцией катаракты проводили непроникающую склерэктомия.

В послеоперационном периоде в оперированный глаз назначали ципромед по 1 капле 4 раза в день, 20% раствор альбумида по 1 капле 4 раза в день и 0,1 раствор дексаметазона по 1 капле 6 раз в день, а также 0,5% раствор окупреса по 1 капле 1-2 раза в день. Парабульбарно вводили дексазон по 0,5 мл № 3. При выписке рекомендовали макситрол по 1 капле 4 раза в день и окупрес 0,5% 1 раз в день в течение месяца. Инструментально ВГД измеряли че-

рез месяц, при уровне ВГД в пределах нормы окупрес отменялся, макситрол рекомендовали закапывать еще 2 недели 3 раза в день.

Эффективность использования метода

По описанной методике прооперировано 12 больных, у которых катаракта сочеталась с первичной открытоугольной глаукомой. Показатели офтальмотонуса и гидродинамики в среднем до лазерной селективной трабекулопластики составляли: $P_t = 28,3 \pm 2,0$ мм рт.ст., $P_0 = 21,0 \pm 0,5$ мм рт.ст., $C = 0,09 \pm 0,02$ мм³/мин · мм рт.ст., $F = 0,98 \pm 0,12$ мм³/мин, КБ = $108,3 \pm 11,2$. После проведения ЛТП тонометрическое давление составило $P_t = 20,5 \pm 1,2$ мм рт.ст., улучшились гидродинамические показатели: $P_0 = 18,0 \pm 0,8$ мм рт.ст., $C = 0,14 \pm 0,02$ мм³/мин · мм рт.ст. Однако все больные получали гипотензивные препараты, чаще всего Sol. Ocupres 0,5% 2 раза в день, что обеспечивало наряду с эффектом от ЛТП устойчиво стабильное состояние офтальмотонуса. У 3 больных тонометрическое давление составило 25-27 мм рт.ст. и была асимметрия с парным глазом, на котором ВГД было 19-20 мм рт.ст. Данным пациентам одновременно с удалением катаракты проводили непроникающую глубокую склерэктомию по методике В.И. Козлова.

Экстракция катаракты у всех больных была выполнена по стандартной методике через роговичный разрез с использованием вискомета. Операция и послеоперационный период протекали без осложнений. При выписке острота зрения у больных, оперированных по данной методике составила $0,4 \pm 0,05$ без коррекции. В отдаленном периоде (срок наблюдения до 1 года) отмечалось повышение остроты зрения до $0,5 \pm 0,06$. Стабильно в пределах нормы

сохранялся офтальмотонус без гипотензивных препаратов. У больных улучшилось качество жизни, однако они должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением офтальмолога по поводу первичной глаукомы и получать профилактические курсы лечения антиоксидантами и ноотропами.

Литература

1. Балашевич Л.И., Гацу М.В., Измайлов А.С., Каченов А.Б. Лазерное лечение глаукомы. Учебное пособие. СПб., 2004. – 56 с.
2. Боброва Н.Ф., Логай И.М., Blumental M. (Israel), Pham D.-T. (Deutschland) et al. Катаракта / Под ред. З.Ф. Веселовской. Киев, 2002. – 208 с.
3. Бойко Э.В. Лазеры в офтальмохирургии: теоретические и практические основы. М., 2003. – 39 с.
4. Волков В.В. Глаукома, преглаукома, офтальмогипертензия. М., 1985.
5. Нестеров А.П. Глаукома. М.: «Медицина», 1996.
6. Тахчиди Х.П., Егорова Э.В., Толчинская А.И. Интраокулярная коррекция в хирургии осложненных катаракт. М., 2004. – 176 с.