

Неоптимальні результати хірургії катаракти.

Аналіз причин

20-21 жовтня відбулася науково-практична конференція офтальмологів, дитячих офтальмологів та оптометристів України «Шостий рефракційний пленер 2022». У рамках цього наукового заходу з доповіддю, присвяченою проблематиці неоптимальних результатів хірургії катаракти, виступила професор кафедри офтальмології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук, професор Ірина Василівна Шаргородська.



І.В. Шаргородська

На початку своєї доповіді спікерка зауважила, що представляє колектив спікерів, котрі підготували аналіз причин, які зумовлюють неочікувані результати хірургічного лікування катаракти. Також Ірина Василівна підкреслила, що вже минули ті часи, коли пацієнта задовольняла лише гострота зору, адже на сьогодні основна вимога – це якість зору.

Патологія кришталика посідає одне з провідних місць у світі в структурі сліпоты та слабобачення. На щастя, катаракта не спричиняє незворотної сліпоты в тих випадках, коли було проведено своєчасне лікування.

Крім катаракти, в пацієнта можуть бути й інші патології, які можуть зумовити неоптимальні результати:

- катаракта з глаукомою;
- катаракта з віковою макулярною дегенерацією (ВМД) та іншими захворюваннями сітківки;
- захворювання поверхні ока;
- птеригій;
- дистрофія базальної мембрани епітелію;
- хвороба сухого ока.

Досить часто **катаракта поєднується з глаукомою**.

Глаукома може бути виявлена на етапі катарактальної хірургії. У понад половині випадків глаукома залишається не діагностованою і виконується лише операція з видалення катаракти. Дозрівання старечої катаракти на окремих її етапах може ускладнюватися

тяжким офтальмогіпертензивним синдромом. Можливий також розвиток ятрогенної глаукоми після операції щодо катаракти. Вторинна травматична (післяопераційна) глаукома складає 12-33% у нозологічній структурі глаукоми, тому стратегія ведення такого хворого полягає у ретельному скринінгу, а саме:

- ретельному зборі анамнезу захворювання;
- комплексному клінічному обстеженні щодо глаукоми, в т. ч. проводиться гоніоскопія;
- доклінічній неінвазивній оцінці стану гліальних клітин сітківки в парамакулярній зоні;
- кількісному та статистичному аналізі структури й функції, що дозволяє об'єктивно оцінити розвиток глаукоми.

Наступна ситуація, що потребує нашої пильної уваги, – це утворення патологічної складки кон'юнктиви, яка наростає на рогівку (**птеригій**). Для ефективної роботи з пацієнтом, у якого наявні птеригій і катаракта, важливо розуміти вплив птеригію на топографію роگیвки. Птеригій спричиняє сплюснення роگیвки в ділянці вrostання крилоподібної півки, зумовлює нерегулярний астигматизм і збільшення аберацій вищого порядку.

Спочатку слід видалити птеригій за допомогою кон'юнктивального автотрансплантата чи без нього. Згодом необхідно почекати від 6 до 8 тиж, щоб отримати стабільну кератометрію та топографію роگیвки. Як тільки цього буде досягнуто, хірург може

продовжити, провести біометрію та факоемулсифікацію для видалення катаракти.

Дистрофічні зміни передньої базальної мембрани (Anterior Basement Membrane Dystrophy, ABMD) – найпоширеніша дистрофія роگیвки; є особливо значущою, якщо зміни проявляються в зоровій осі. Діагноз ABMD встановлюється на основі біомікроскопічного огляду роگیвки, для якого характерні:

- товсті неправильні лінії, які можуть нагадувати берегову лінію (карти);
- дрібні точкові сіро-білі помутніння з чіткими краями (точки чи мікроцисти);
- тонкі волосоподібні лінії, розташовані паралельно (відбитки пальців).

Зазначені елементи являють собою зміни в базальній мембрані епітелію роگیвки. Топографія роگیвки може продемонструвати її нерівності.

Легкі випадки без рецидивуючої ерозії можна лікувати консервативно: мазі, гіпертонічні сольові краплі. При повторних ерозіях – контактні лінзи та мазі з антибіотиком.

Якщо ABMD спричиняє значне погіршення зору, для полегшення симптомів може знадобитися поверхнева кератектомія або фоторефрактивна кератектомія. Обидва методи лікування виявилися ефективними.

Хвороба сухого ока може спричинити фарбування роگیвки і відхилення в кератометрії, топографії та біометрії.

Лікування хвороби сухого ока зумовлює зміни в розрахунках сили інтраокулярної лінзи і впливає на результати рефракції після операції. Оцінка та лікування пацієнтів із сухістю очей перед операцією з видалення катаракти є важливими для максимізації результатів рефракції.

Роль офтальмолога полягає у тому, щоб оптимізувати поверхню ока до та після операції, а також установити реалістичні очікування, пояснюючи пацієнту, що в нього є два окремих захворювання, які потрібно лікувати до і після операції.

→ **Класифікація ятрогенної хвороби сухого ока** (Gomes J.A.P. et al., 2017):

- 1 індукована лікарськими препаратами:
 - місцевими;
 - системними;
- 2 індукована контактними лінзами;
- 3 офтальмологічна хірургія:
 - рефракційна;
 - кератопластика;
 - хірургія;
 - хірургія повік;
 - інша хірургія;
- 4 неоптимальні стани:
 - хвороба трансплантата;
 - інші;
- 5 нехірургічні офтальмологічні процедури:
 - ботокс;
 - крослінкінг;
 - косметичні процедури;
 - інші.

Необхідна особлива пильність при застосуванні нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) за наявності хвороби сухого ока, оскільки це може спричинити розплавлення роگیвки та перфорацію. Зараз у науковій літературі є сім досліджень, які повідомляють про взаємозв'язок НПЗП і розплавлення роگیвки під час операції з видалення катаракти.

Стратегія ведення хворого із хворобою сухого ока:

- місцеві НПЗП слід застосовувати з великою обережністю, оскільки вони можуть спричинити серйозне розплавлення роگیвки після операції з видалення катаракти;

- рання діагностика та швидке припинення застосування НПЗП важливі для лікування кератопатії, пов'язаної з НПЗП;

- автологічна сироватка та трансплантація амніотичної оболонки можуть допомогти вилікувати розплавлення роگیвки;

- операцію з видалення катаракти бажано не проводити на обох очах протягом короткого періоду часу.

Захворювання повік (блефарити) можуть бути причиною для скасування хірургічного лікування катаракти у 3% та лазерних кераторефракційних операцій у 15% випадків. Зниження бактеріологічного забруднення поверхні ока може знизити ризик розвитку інфекційних ускладнень після оперативного втручання. Саме тому гігієна повік за 10 днів до та після операції має бути невід'ємною частиною лікування таких пацієнтів.

ВМД також може бути пропущена в передопераційному періоді. І це теж може стати причиною отримання неоптимальних результатів хірургічного лікування катаракти.

Пацієнтам із ВМД операція з видалення катаракти рекомендована у випадках значного впливу на якість зору.

Велике рандомізоване контрольоване клінічне дослідження AREDS2 за участю 1195 учасників продемонструвало таке: операція з видалення катаракти не впливає на ризик розвитку ВМД і не спричиняє прогресування захворювання у людей з ВМД.

Водночас важливо пам'ятати, що в пацієнтів з ексудативною формою ВМД хірургічне втручання щодо катаракти варто проводити в стадії ремісії комбіновано з анти-VEGF-терапією.

Також доповідь нагадала про чинний наказ Міністерства охорони здоров'я України № 49 від 28.01.2016 року «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при катаракті», де рекомендовано ретельний скринінг пацієнтів у доопераційний період.

У сучасному до- та післяопераційному менеджменті таких пацієнтів варто включати **фізіологічну гіалуронову кислоту (ГК)**, яка:

- активно бере участь в обмінних процесах клітин поверхні ока та сприяє їхньому відновленню в разі ушкодження;
- забезпечує максимальне зволоження поверхні ока, оскільки кожна молекула ГК зв'язує значну кількість молекул води (до 1000) і утримує їх;
- є лігандом для адгезії епітелію на поверхні ока, а також посилює міграцію епітеліальних клітин, тому значно покращує регенерацію в місцях ушкодження.

На вітчизняному ринку доступний офтальмологічний розчин Гілайс (виробництва АТ «Київський вітамінний завод») на основі ГК високої осмолярності 0,4%. Перевагами такого засобу є висока гідрофільність, мукоадгезивність, біосумісність, мукоім'якшувальність та в'язкопружність. Крім того, флакон містить >250 крапель розчину та має інноваційний дозатор натискального типу (OSD), що захищає від контамінації та забезпечує 120 днів стерильного використання.

Ефекти Гілайсу:

- покращує стабільність сльозової півки;
- забезпечує комфорт поверхні ока, захищаючи від пересихання;
- змащує слизову оболонку ока (формує гладку поверхню роگیвки – засіб вибору в разі використання контактних лінз);
- зволожує та усуває прояви сухості;
- захищає, сприяючи швидшому загоєнню після травм, опіків, операцій.

Також наявна офтальмологічна ізотонічна мазь ГК 0,4% – Гілайс Кеа, яка допомагає підтримувати зволоження та захищає поверхню очей захисною півкою. Гілайс Кеа захищає поверхню роگیвки ока й уповільнює випаровування сльозової півки в пацієнтів, які страждають на нічний лагофтальм, полегшуючи такі типові симптоми, як сухість, печія, відчуття стороннього тіла в оці.

На завершення доповіді спікерка підсумувала, що чітка стратегія та ретельний доопераційний скринінг забезпечать гарний рефракційний результат, а головне – допоможуть уникнути тих проблем, які можуть нашкодити пацієнту та спричинити зниження якості його життя.

Підготувала **Олена Костюк**

ГІЛАЙС®
Зволоження та захист очей!

ГІЛАЙС® KEA 5г (g)

ГІЛАЙС® KEA 10 мл (ml)

КІЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!

visionkvz.com