

ՐՈԲԵՐՏ ԴՋԵԲԵԴՅԱՆ

КОМБИНИРОВАННАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ КАТАРАКТЫ И ГЛАУКОМЫ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ И ПОТЕНЦИРОВАННОЙ АКИНЕЗИЕЙ

В повседневной практике окулиста сочетание катаракты и глаукомы встречается довольно часто. Совершенно очевидно, что если бы катаракта оперировалась в раннем периоде созревания, то можно было бы во многих случаях избежать этого неприятного сочетания; а также, если бы глаукома оперировалась своевременно, перед клиницистом так часто не возникало бы затруднения в лечении одновременно двух заболеваний. Но факты говорят за то, что глаукома часто осложняется помутнением хрусталика, а набухающая катаракта нередко вызывает глаукому, и клиницисту остается найти правильное решение этой нелегкой проблемы. Двойственность патологического процесса требует хирургического вмешательства как для нормализации внутриглазного давления, так и для сохранения хотя бы неполноценных функций глаза.

Какова же должна быть линия поведения? Общее мнение склоняется в пользу двухэтапного вмешательства—оперировать вначале по поводу глаукомы, получить нормализацию внутриглазного давления, а затем произвести вмешательство по поводу катаракты в более благоприятных условиях.

Такое решение, хотя и разделяется большинством авторов, не всегда является идеальным и встречает серьезные возражения, так как возможны общие осложнения со стороны сердца, легких, психики и др. Эти осложнения, как известно, не столь редки и безобидны, особенно для больных пожилого возраста, чтобы подвергать операции больного два раза вместо одного.

Операции на старческих глаукоматозных глазах не всегда проходят без последствий. Несмотря на все принятые предосторожности, часто суживается поле зрения и усиливается бледность диска зрительного нерва. Кроме того, в тех случаях, когда глаукома вызвана набуханием хрусталика, представляется нелогичным хирургическое вмешательство без экстракции катаракты. Наконец, с технической стороны, всегда после ранее произведенной фистулизирующей операции возникает вопрос локализации разреза при второй операции по поводу катаракты.

Кроме этих возражений, надо еще иметь в виду, что, если в прошлом необходимость двухэтапной операции вызывалась ограниченностью наших возможностей нормализовать внутриглазное давление перед операцией, боязнью выпадения стекловидного тела при вскрытии глазного яб-

лока, то в настоящее время мы располагаем большим арсеналом средств, значительно облегчающих внутриглазные хирургические вмешательства. К таким возможностям относятся: 1) многочисленные средства анестезии, которые обеспечивают полное спокойствие больного и безучастность его во время операции; 2) ингибиторы угольной ангидразы дают возможность хирургу достигнуть нормализации внутриглазного давления перед вмешательством; 3) ретробульбарная инъекция новокаина с гиолуро니다зой или без нее обеспечивает полную анестезию с заметным гипотензивным действием; 4) метод Ван-Линта и д'Обриена создает полную неподвижность век.

Нельзя не отметить, что инфильтрация новокаином темпоральной области создает заметное расслабление мышц век, однако в определенных случаях блокада иннервации получается неполная, и круговая мышца век сохраняет некоторый тонус. Чтобы избежать этого, мы предложили простой метод потенцированной акинезии [5]. Речь идет о нейро-мышечно-литической смеси (новокаин, курареподобное вещество), вводимой темпорально по Ван-Линту, а также вдоль свободного края обоих век между волокнами круговой мышцы. Потенцированная акинезия вызывает полное расслабление мышц, необходимое для выполнения технически трудных вмешательств при внутриглазных операциях.

Одномоментная операция по поводу двух заболеваний послужила темой для работ начиная с 1952 г. Бирг [1] применил на 25 глазах полную экстракцию катаракты с ущемлением радужки под толстым конъюнктивальным лоскутом. Экстракция катаракты при этом методе может быть произведена экстра- и интракапсулярно. Автор получил в 80% случаев положительный результат в отношении нормализации давления и остроты зрения. Хюгес [4] в 1959 г. произвел комбинированную операцию 60 больным с прослеженными отдаленными результатами у 21 больного. Техника операции следующая: выкраивается широкий конъюнктивальный лоскут, который откидывается на роговицу, которая у лимба расщепляется, как при операции Эллиота. Ножом выкраивается корнеосклеральный лоскут, накладываются склеральные кетгутовые швы, производится небольшая резекция задней губы склеральной раны ножницами, ириденклейзис и полная экстракция хрусталика. Исключая четыре случая, автор получил нормализацию внутриглазного давления и стабилизацию остроты зрения.

Хиларис [2] также рекомендует комбинированную операцию. Он применяет модификацию ириденклейзиса. В 2 мм выше места разреза в лимбе автор образует из склеры род петли, через которую он проводит радужку. В 9 (из 11) случаях автор получил нормализацию тонуса. Два случая были неудачными.

Кудояров и Чемоданов [3] приводят в своей работе 159 случаев катаракты в сочетании с гипертензией, из них 116 были оперированы комбинированным методом. Авторы пришли к заключению, что комбинированная экстракция катаракты, по возможности интракапсулярная, с ши-

роким конъюнктивальным лоскутом и склеральной фистулой дает наиболее удовлетворительные результаты.

Наконец, Верселла [6] описал свою технику операции, произведенной с благоприятным результатом в 31 случае.

Наши первые попытки оперировать одновременно сочетание катаракты с глаукомой относятся к 1953 г., когда мы начали комбинировать полную экстракцию катаракты с ириденклеизисом, как с наиболее эффективной фистулизирующей операцией. Признавая необходимость комбинированной операции, мы искали простоту и безопасность техники, описание которой мы даем ниже. Отрицательное влияние кортекальных масс и обрывков капсулы в глаукоматозном глазу хорошо известно. Полная экстракция катаракты в этих случаях является первостепенно важной. Для этой цели необходим разрез половины роговицы с наложением корнео-склеральных швов. С другой стороны, ириденклеизис требует конъюнктивального лоскута. Известно, что тот участок, где ущемлена радужка, должен служить для фильтрации жидкости; здесь корнео-склеральный шов неприменим. Между тем, в глаукоматозном глазу было бы рискованно оставить лимбальный разрез на протяжении полуокружности для рубцевания под конъюнктивальным лоскутом, без корнео-склеральных швов. Является необходимым ограничить расположение ириденклеизиса с тем, чтобы иметь возможность в большей части лимбального разреза наложить корнео-склеральные швы.

Другим важным обстоятельством, вытекающим из построения предлагаемой операции, является возможность ограничиться ириденклеизисом в тех случаях, где упорная гипертензия опасна для производства тотальной экстракции катаракты.

Этапы операции. Локальная анестезия с потенцированной акинезией. Производство операции состоит из одностороннего ириденклеизиса после вскрытия передней камеры под конъюнктивальным карманом, образованным с носовой стороны; продолжение разреза в темпоральную сторону без конъюнктивального лоскута. Полная экстракция катаракты. Четыре корнеосклеральных шва, исключая область ириденклеизиса.

Детали. Ретробульбарная анестезия производится гипотоническо-ганглиоплегической смесью и инстилляцией пантекаина. В случае необходимости к новокаину добавляется 25 ед. гиалуронидазы. Инфильтрируется новокаином верхняя прямая мышца. Эта локальная анестезия дополняется потенцированной акинезией—смесью новокаина с дитиллином (*p*-diméthylaminoéthyl-succinate-diméthiodide) и имеет целью не только блокаду окончаний лицевого нерва, но и инфильтрацию краевых мышечных волокон век. Таким образом, достигается отличное обезболивание, часто сопровождающееся резким снижением внутриглазного давления, и почти без исключения полная иммобилизация век с полным расслаблением тонуса круговой мышцы. На нижнее веко и на верхнюю прямую мышцу накладываются фиксирующие швы. Предохранительный корнео-склеральный шов накладывается несколько ближе к виску, там, где производится небольшой разрез лимба малым копьевидным

ножом (рис. 1—А, В), при этом истечение жидкости из передней камеры происходит постепенно. После субконъюнктивальной инъекции 0,5 мл новокаина с адреналином приподнимается конъюнктура с носовой стороны, отсепаровывается ножницами конъюнктивальный карман (рис. 1—В, С, Д) кверху и к носу. Разрез лимба продолжается под конъюнктивой примерно на 60° в сторону носа (рис. 1—В, Е). Для этого проводят одну

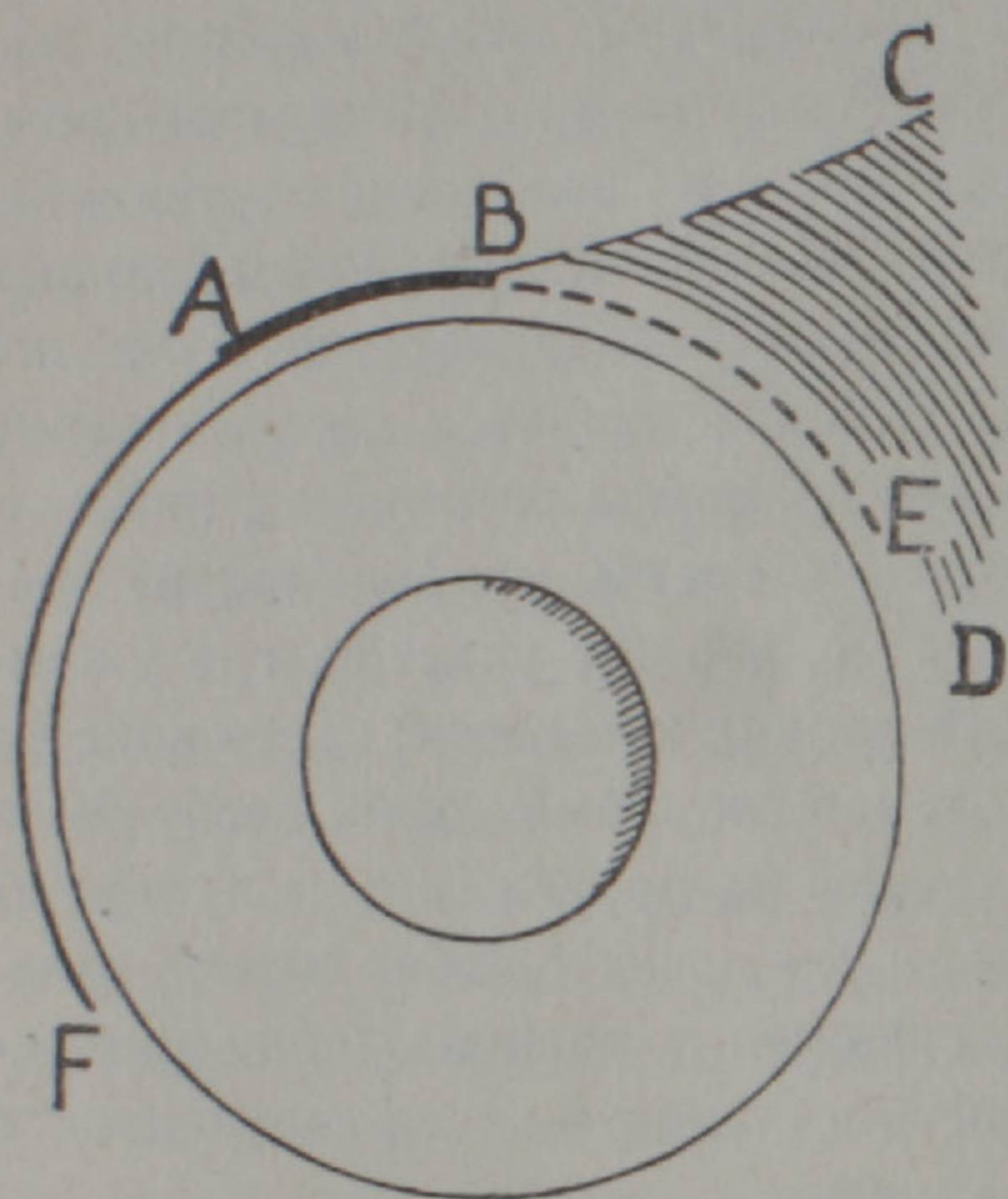


Рис. 1.

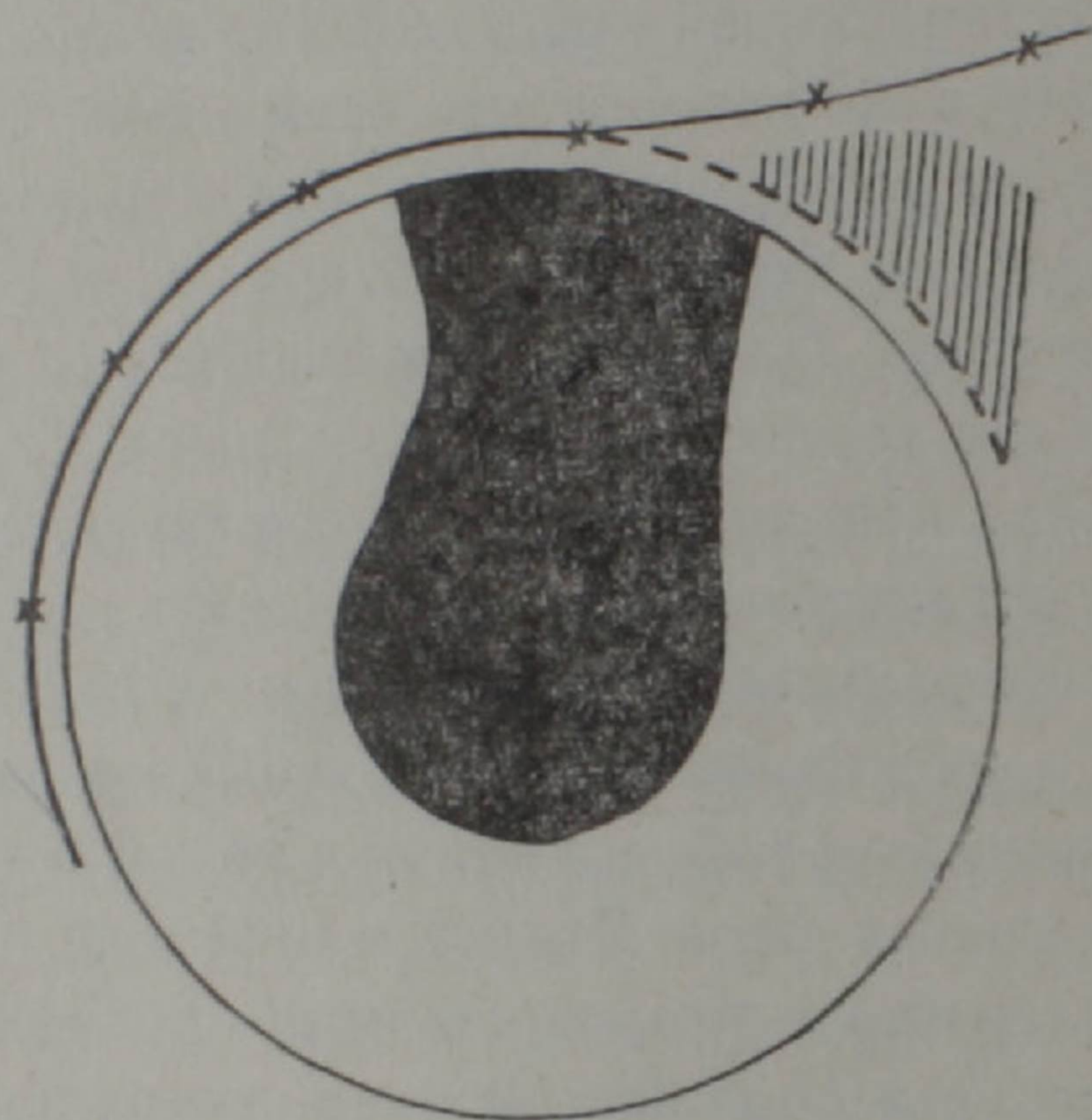


Рис. 2.

браншу ножниц Кастровьего в подконъюнктивальный карман, а другую—в угол передней камеры.

Следующий момент ириденклейзиса,—это когда ирис захватывается в средней части и вытягивается наружу, разрезается меридионально. Темпоральная ножка остается свободной, тогда как носовая переворачивается и ущемляется в ране под конъюнктивальным карманом. В случае, если носовая ножка кажется слишком большой, часть ее срезается. Операция, доведенная до этого этапа, не представляет большого риска и не отличается ничем от обычного ириденклейзиса.

Экстракция катаракты предпринимается, если наступает значительная гипотония. Разрез лимба увеличивается в темпоральную сторону по крайней мере до 120° (рис. 1—А, В, F). Полная экстракция катаракты производится капсульным пинцетом Арруга. Этот момент, выполняемый под защитой конъюнктивального лоскута, покрывающего внутреннюю ножку радужки, и предохранительным швом, является наиболее ответственным в ходе операции, несмотря на то, что в глаукоматозном глазу Циннова связка поддается с большой легкостью, а катаракта, являющаяся часто незрелой, представляет минимальную опасность для вскрытия капсулы.

После одного корнео-склерального шва в центре лимбального разреза следует убедиться в том, что ущемленная радужка не ускользнула в переднюю камеру. Четыре корнео-склеральных шва накладываются на

остальную часть разреза, исключая место ириденклейзиса. Два шва накладываются на рану конъюнктивы, один шов—на веки для преодоления действия потенцированной акинезии. В последующие дни продолжается дача диамокса.

Прежде чем привести результаты произведенных нами операций, следует отметить некоторые общие данные. Комбинированная операция была произведена на 48 глазах (46 чел.) без специального подбора больных. 45 глаз были поражены одновременно глаукомой и катарактой; на трех других признаки глаукомы отсутствовали, производство комбинированной операции было мотивировано боязнью возникновения глаукомы, так как она имелась на другом глазу. Комбинированная операция производилась во всех случаях сочетания глаукомы и катаракты, большая часть глаз была малоблагоприятной. Из 48 оперированных глаз на 23 была обнаружена развитая глаукома с повышенным давлением в течение длительного времени, значительным сужением поля зрения, выраженной экскавацией и бледностью диска зрительного нерва. Кроме того, на 4 глазах была морганиева катаракта. На 9 глазах были другие различные патологические изменения, затруднявшие комбинированную операцию: гипертативный увеит с задними синехиями и даже с окклюзией зрачка, трихиазис, значительное сужение конъюнктивального мешка после перенесенной трахомы, различные бельма, высокая близорукость с черной катарактой, сужение слезных путей. На 38 глазах из 48 внутриглазное давление было значительно повышено. Перед операцией удалось нормализовать давление на 22 глазах. На 5 глазах внутриглазное давление понизилось после ретробульбарной анестезии, в то время как на 10 глазах и после ретробульбарной инъекции новокаина без гиалуронидазы, а также с добавлением ее внутриглазное давление осталось высоким. Однако во всех случаях без исключения внутриглазное давление понижалось после вскрытия передней камеры и медленной эвакуации влаги.

К сожалению, наблюдения за внутриглазным давлением и остротой зрения не всегда удавалось проводить основательно. Так, 17 больных наблюдались нами в сроки только от 7 дней до 1 месяца; 11 глаз—от одного до трех месяцев; 20 глаз—от трех месяцев до 4 лет.

Тотальное удаление хрусталика с ириденклейзисом удалось сделать на 44 глазах; на 4 других глазах, где капсула была тонкой и слабо натянутой, пришлось произвести экстра-капсулярную экстракцию. Тщательное удаление мягких катарактальных масс и обрывков капсулы было произведено через часть операционной раны без конъюнктивального покрытия.

Ни в одном случае хирургического вмешательства мы не были вынуждены отложить экстракцию катаракты из боязни смещения хрусталика или выпадения стекловидного тела. Подобные осложнения не имели места. Снижение внутриглазного давления было правилом и в тех 10 случаях, где оно оставалось высоким перед операцией, оно понизилось после вскрытия передней камеры.

Операционные осложнения были немногочисленные и несерьезные:

разрыв капсулы хрусталика—6 раз, но в двух случаях все же удалась тотальная экстракция катаракты, легкая гифема — 3 раза, умеренная гифема—1 раз, выпадение стекловидного тела без серьезных последствий—2 раза, и только 1 раз полное удаление катаракты было произведено петлей с очень хорошим исходом. Разрыв мембраны стекловидного тела с заполнением передней камеры имел место в одном случае и произошел после нижней иридотомии, произведенной после полного извлечения хрусталика у больного с гипертензивным увеитом и секлюзией зрачка. Этот случай был длительно прослежен и имел вполне хороший исход.

Послеоперационные осложнения. За исключением трех случаев, в послеоперационном периоде не отмечалось серьезных осложнений. Передняя камера восстанавливалась в обычные сроки. Мы наблюдали 6 поздних гифем, которые рассасывались без серьезных последствий. В 4 случаях экстра-капсулярной экстракции заживление протекало без обычного реактивного воспаления. Отслойка сосудистой оболочки наблюдалась на 9 глазах, из которых на 8 течение было обычным и благоприятным. В девятом случае отслойка произошла на 3-й день после удачно произведенной операции. В последующие дни отслойка стала полной и привела к полной и окончательной потере зрения. Только у одного больного после хорошего результата на 6-й день началась гнойная офтальмия. Инфекцию удалось пресечь усиленным лечением антибиотиками, но передняя камера не восстановилась, а острота зрения упала до светоощущения в результате полного и стойкого помутнения роговицы.

Внутриглазное давление. Из 17 глаз, которые мы не могли наблюдать дольше 1 мес., у 13 настала полная нормализация давления. В 3 других случаях, из которых у двух больных глаза были потеряны в результате тяжелых послеоперационных осложнений, тонометрия не была произведена.

Из 31 случая, прослеженного, по крайней мере, в течение нескольких месяцев, на 26 глазах имела место полная нормализация давления (84%). На 5 глазах во время проверки была отмечена умеренная гипертензия, поддававшаяся медикаментозному лечению.

Острота зрения. Повышение остроты зрения наблюдалось на 36 глазах из 48 (75%). В 12 других случаях острота зрения осталась без изменений. Среди этих больных у некоторых можно было ожидать улучшения зрения при более длительном наблюдении. Наоборот, наблюдая в течение нескольких лет некоторых оперированных больных с хорошими визуальными и тонометрическими данными, мы могли отметить позднее понижение остроты зрения на 5 глазах (в 2 случаях причиной было повысившееся через несколько лет после операции внутриглазное давление, в 3 других—независимо от внутриглазного давления атрофия зрительного нерва сосудистого происхождения), тем не менее, позднее понижение зрения в глаукоматозном глазу также, как и повышение внутриглазного давления спустя длительное время после вмешательства, не должно быть приписано комбинированной операции, так как они наблюдаются и после других хирургических вмешательств.

В ы в о д ы

1. В 48 случаях комбинированного вмешательства операция не ухудшила функции глаза; ни один глаз не был потерян или серьезно поврежден вследствие комбинированной операции; осложнения, встретившиеся по ходу операции, могли быть при каждой из двух операций, выполненных отдельно (экстракция катаракты, ириденклейзис), это же относится и к послеоперационным осложнениям; по тяжести и частоте послеоперационные осложнения не отличаются от обычных при других внутриглазных операциях. Преимуществом комбинированного метода является однократное вмешательство вместо двух.

2. Этот способ операции может быть применен во всех случаях сочетания глаукомы с катарактой, включая неблагоприятные случаи и тяжелую гипертензию, при условии выполнения определенных предосторожностей.

3. Потенцированная акинезия обеспечивает, помимо блокады окончаний лицевого нерва, местную инфильтрацию волокон круговой мышцы таким курареподобным веществом, как дитиллин, что значительно облегчает производство тотальной экстракции—«ириденклейзис»—и создает полное расслабление век в течение всей операции.

4. В глаукоматозном глазу слабость цилиарной связки позволяет произвести тотальную экстракцию в громадном большинстве случаев; практически к разрыву капсулы приходится прибегать очень редко. Боязнь реакции на кортекальные массы в передней камере преувеличена и не имеет оснований для уклонения от экстракапсулярной экстракции там, где невозможна тотальная.

5. Эффективность и безопасность описанной операции дают основания рекомендовать ее для широкого применения.

г. Халеб (Сирия)

Поступило 22.I 1964 г.

ROBERT JEBELIAN

COMBINED OPERATION WITH THE COINCIDENCE OF GLAUCOMA AND CATARACT

Summary

The author recalls the fact that in the past, the insufficiency of our means to contrôle ocular hypertension as well as to overcome loss of vitreous, rendered imperative to operate in two consecutive sessions cases of glaucoma-cataract coincidence. This period has already been bypassed, thanks to new progress; growing recent tendency is to intervene in a single operation both for glaucoma and cataract.

Underlining the advantages of potentialised akinesia, wich consists in doubling the habitual procaine nerve-block with an additional barrage of motor-end-plates by local injection of a neuro-musculo-lytic mixture (procaine+curary derivative), the author describes his operative proce-

dures: corneal incision extending further down on the temporal side; unilateral iridencleisis under conjunctival flap undermined on the nasal side; intracapsular extraction of the cataract; corneoscleral sutures respecting the site of iridencleisis.

Notwithstanding the fact that no effort whatever was made to choose the patients and the series of 48 interventions comprised a large number of advanced cases with different complications, the results were constant and favorable: intracapsular extraction achieved in 44 out of 48 eyes; visual improvement in 75% and normalisation of hypertension in 83% of globes operated.

These facts have led the author to conclude that under local anesthesia and potentialised akinesia, the method of combined operation is an efficient and safe enough method to warrant further experimentation and future expansion.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Birge H. L. Glaucome et cataracte traité chirurgicalement en une seule opération. Am. Ophth. Soc., 88^e ses. ann. Hot Springs 5—7 Juin 1952, in Tr. Am. Ophth. Soc., T. 50, 1953. Ibid.—Le traitement de la cataracte compliquée de glaucome. Considérations sur la technique chirurgicale (en anglais). Am. College of Surgeons New-York, Sept. 1952. Egal. Am. J. Ophth. T. 36, 7 (1), 1953, pp. 925—929.
2. Chilaris G. Le procédé opératoire de la cataracte et du glaucome en un temps. Soc. Hèllèn. Opht. 31 Mars 1960, in Bull. Soc. id. 1960, p. 69.
3. Coudiaroff et Tchemodanoff. Extraction de cataracte chez le glaucomateux, (en russe). Vest. Oft. 1961, T. 4, pp. 24—29. (Analyse, Ann. d'Oc. V. 196. 1963, № 3, p. 314).
4. Hugnes W. I. Opération combinée de cataracte et glaucome (en anglais). Am. J. Ophth. T. 48, 1, I, 1959, pp. 1—14.
5. Jebejian. L'akinésie potentialisée des paupières par injection locale de ditiline, curarisant de synthèse. An. d'Oc. T. 193, № 4, 1960, pp. 359—367.
6. Verzella M. Opération combinée cataracte et iridencleisis. Indications—technique—résultats. Ann. d'Oc. T. 196, № 7, 1963, pp. 688—708.