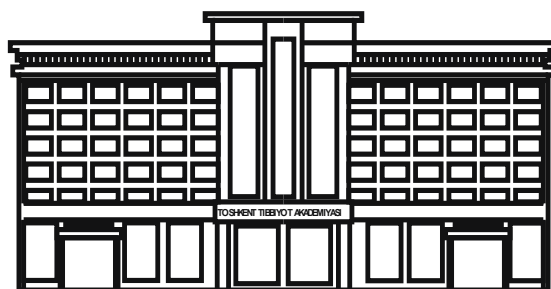


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022 №6

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AХВОРОТНОМАСИ



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENT

ОБЗОРЫ	REVIEWS
Каримова М.Х., Абдуллаева С.И., Ибодуллаева Д.Ч., Абдушукурова А.А. ЭВОЛЮЦИОННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИЧИНУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ	Karimova M.H., Abdullaeva S.I., Ibodullaeva D.Ch., Abdushukurova A.A. AN EVOLUTIONARY VIEW OF THE CAUSE AND TREATMENT OF CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY 9
Ниязова З.А., Каримова М.Х., Хегай Л.Н., Вахабова Н.Т. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛЕНОЧНЫХ БИОПОКРЫТИЙ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ	Niyazova Z.A., Karimova M.H., Khagai L.N., Vakhabova N.T. PROSPECTS FOR THE USE OF FILM BIOCOATINGS IN THE TREATMENT OF INFLAMMATORY EYE DISEASES 15
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	CLINICAL MEDICINE
Абдисамадов А.А., Касимова М.С., Мухтаров Д.З. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЁЗА ОРГАНА ЗРЕНИЯ	Abdisamadov A.A., Kasimova M.S., Mukhtarov D.Z. IMPROVING THE DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS OF THE ORGAN OF VISION 21
Абовян А.А., Зильфян А.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЛАУКОМЫ СЕЛЕКТИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТРАБЕКУЛОПЛАСТИКОЙ И ОДНИМ ВИДОМ ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ	Abovyan A.A., Zilfyan A.A. THE COMPARISON OF GLAUCOMA TREATMENT RESULTS WITH SELECTIVE LASER TRABECULOPLASTY AND 1 TYPE OF EYE DROPS 24
Азнабаев М.Т., Гайсина Г.Я., Азаматова Г.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ НА ГЛАЗНОМ ЯБЛОКЕ	Aznabaev M.T., Gaisina G.Ya., Azamatova G.A. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF LOCAL ANTIBACTERIAL DRUGS IN PATIENTS BEFORE SURGERY ON THE EYEBALL 26
Билалов Э.Н., Эшбоев Э.Х., Салиев Я.М., Орипов О.И., Имомалиева К.М. ОПТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛЕПРЫ	Bilalov E.N., Eshboev E.Kh., Saliev Ya.M., Oripov O.I., Imomalieva K.M. OPHTHALMIC MANIFESTATIONS OF LEPROSY 29
Камилов Х.М., Абдуллаев Ш.Р., Бабаханова Д.М., Максудова Л.М., Ходжаниязов Р.Х. ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РОЗАЦЕА-КЕРАТИТОМ И РОЗАЦЕА ЯЗВОЙ РОГОВИЦЫ	Kamilov Kh.M., Abdullaev Sh.R., Babahanova D.O., Maksudova L.M., Khodjaniyazov R.Kh. OUR EXPERIENCE IN THE MANAGEMENT OF ROSACEA-KERATITIS AND ROSACEA CORNEAL ULCERS 32
Каримов Р.И., Каримов У.Р., Саиткулов Ф.А., Боборажабов М.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ГЛУБОКОЙ СКЛЕРОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ И КАТАРАКТОЙ	Karimov R.I., Karimov U.R., Saitkulov F.A., Boborozhbov M.A. EFFICACY AND SAFETY OF HIGH-FREQUENCY DEEP SCLEROTOMY IN PATIENTS WITH OPEN-ANGLE GLAUCOMA AND CATARACTS 35
Каримова М.Х., Шамсутдинова З.Р., Ибодуллаева Д.Ч., Абдушукурова А.А. ВОЗМОЖНОСТИ "SWEEP SOURCE OCT" В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ	Karimova M.Kh., Shamsutdinova Z.R., Ibodullaeva D.Ch., Abdushukurova A.A. THE POSSIBILITIES OF "SWEEP SOURCE OCT" IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF VARIOUS FORMS OF CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY 38
Каримова М.Х., Назирова С.О., Убайдуллаев С.О., Беккульбекова М.А. АНАЛИЗ ГЛАЗНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	Karimova M.Kh., Nazirova S.O., Ubaidullaev S.O., Bekkulbekova M.A. ANALYSIS OF EYE PATHOLOGIES IN PATIENTS WITH CEREBRAL PALSY 41
Каримова М.Х., Сидиков Ж.З. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ, СРОКОВ И ПРИЧИН ДИСЛОКАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	Karimova M.Kh., Sidikov Zh.Z. ANALYSIS OF THE FREQUENCY, TIMING AND CAUSES OF DISLOCATION OF INTRAOCULAR LENSES IN THE LATE POSTOPERATIVE PERIOD 44
Каримова М.Х., Ташханова Д.И. РОЛЬ ГИПОКСИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РАЗВИТИИ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ	Karimova M.Kh., Tashkhanova D.I. THE ROLE OF CEREBRAL HYPOXIA IN THE DEVELOPMENT OF RETINOPATHY OF PREMATURITY 47
Касимова М.С., Камилов Х.М., Исмаилова Д.Ф., Хамраева Г.Х. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗУЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КЕРАТОЭКТАЗИИ, РАЗВИВШЕЙСЯ ПОСЛЕ РЕФРАКЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ	Kasimova M.S., Kamilov H.M., Ismailova D.F., Khamraeva G.H. ANALYSIS OF THE RESULTS OF STUDIES OF SECONDARY KERATOECTASIA DEVELOPED AFTER REFRACTIVE SURGERY 50

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ, СРОКОВ И ПРИЧИН ДИСЛОКАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Каримова М.Х., Сидиков Ж.З.

OPERATSIYADAN KEYINGI KECHKI DAVRDA KO'Z ICHI LINZALARINING DISLOKATSIYASINING CHASTOTASI, VAQTI VA SABABLARINI TAHLIL QILISH

Karimova M.X., Sidiqov J.Z.

ANALYSIS OF THE FREQUENCY, TIMING AND CAUSES OF DISLOCATION OF INTRAOCULAR LENSES IN THE LATE POSTOPERATIVE PERIOD

Karimova M.Kh., Sidikov Zh.Z.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр микрохирургии глаза

Maqsad: katarakt jarrohligining operatsiyadan keyingi kech davrida kapsulali sumkaga implantatsiya qilish paytida orqa kamerali ko'z ichi linzalarining o'z-o'zidan dislokatsiyasining chastotasi, vaqti va mumkin bo'lgan sabablarini tahlil qilish. **Material va usullar:** 2008-2020 yillarda O'zbekiston Respublikasining turli klinikalarida yoshga bog'liq katarakta fakoemulsifikatsiyasidan so'ng 40 yoshdan oshgan bemorlarda ko'z ichi linzolari dislokatsiyasining 164 ta holatini RSSPMCMG da retrospektiv tahlil qildik. **Natijalar:** katarakt jarrohligidan so'ng ko'z ichi linzalarining dislokatsiyasi muddati 3 yildan 9 yilgacha, o'rtacha $6 \pm 2,5$ yilni tashkil etdi. Implantatsiya qilingan ko'z ichi linzolari dislokatsiyasining asosiy sabablari orasida kapsulali ligamentli apparatlarning ishlamay qolishi, ko'zning shikastlanishi, birga keladigan ko'z kasalliklarining mavjudligi va ular bilan bog'liq jarrohlik aralashuvlar aniqlandi. **Xulosa:** 79,8% da «orqa kamerali ko'z ichi linzolari - kapsulali sumka» kompleksining kech dislokatsiyasining asosiy sababi - zonium ligamentining dastlabki etishmovchiligi, psevdooksfoliativ sindrom fonida ligamentli apparatlarning progressiv nobud bo'lishi va kapsulali sumkaning qisqarishi. .

Kalit so'zlar: dislokatsiya, «ko'z ichi linzolari – kapsulali sumka», psevdooksfoliativ sindrom.

Objective: To analyze the frequency, timing and possible causes of spontaneous dislocation of posterior chamber intraocular lenses during their implantation into the capsular bag in the late postoperative period of cataract surgery. **Material and methods:** We conducted a retrospective analysis of 164 cases of dislocation of intraocular lenses in patients over 40 years old after phacoemulsification of age-related cataracts in various clinics of the Republic of Uzbekistan in 2008-2020 at the RSSPMCMG. **Results:** The terms of dislocation of intraocular lenses after cataract surgery varied widely from 3 years to 9 years, averaging 6 ± 2.5 years. Among the main causes of dislocation of the implanted intraocular lens, failure of the capsular ligamentous apparatus, eye trauma, the presence of concomitant eye diseases and associated surgical interventions were identified. **Conclusions:** The main cause of late dislocations of the complex "posterior chamber intraocular lens - capsular bag" in 79.8% is the initial failure of the zonium ligament, progressive destruction of the ligamentous apparatus against the background of pseudoexfoliative syndrome and contraction of the capsular bag.

Key words: dislocation, "intraocular lens - capsular bag", pseudoexfoliative syndrome.

Несмотря на стремительное развитие технологии хирургического лечения больных катарактой, сегодня все еще сохраняется такое серьезное осложнение как дислокация комплекса «интраокулярная линза (ИОЛ) – капсульный мешок», которая встречается у 0,2-2,8% пациентов и способна не только снизить зрительные функции, но и вызвать тяжелые осложнения [3]. Несмотря на то, что два последних десятилетия ознаменовались небывалым прогрессом и совершенствованием способов лечения катаракты от экстракапсулярной экстракции до фемтолазерных этапов фakoэмulsификации, от использования жестких искусственных хрусталиков до имплантации современных эластичных «pre-loaded» ИОЛ, количество дислокаций не уменьшается. Это объясняет интерес к данной проблеме, основанный на возможности определения ведущих факторов риска развития дислокации заднекамерных ИОЛ. Это происходит по нескольким причинам: нарушение целостности задней капсулы хрусталика

или цинновых связок, децентрация ИОЛ из-за внешних (например, травма глаза) или внутренних сил (рубцевание и уменьшение капсульного мешка), несоответствие размера ИОЛ и хрусталиковой сумки [1,2]. Предложены различные варианты устранения этого осложнения: удаление смещенной интраокулярной линзы и имплантация новой заднекамерной или переднекамерной линзы, а также репозиция дислоцированной ИОЛ [4,5]. Выбор тактики лечения зависит от особенностей линзы.

Цель исследования

Анализ частоты, сроков и возможных причин возникновения спонтанной дислокации заднекамерных ИОЛ при их имплантации в капсульный мешок в позднем послеоперационном периоде хирургии катаракты.

Материал и методы

Нами в РСНПМЦМГ проведен ретроспективный анализ 164 случаев дислокации ИОЛ у больных старше 40 лет после выполненных фakoэмulsифи-

каций возрастной катаракты в различных клиниках Республики Узбекистан в 2008-2020 гг. Под «дислокацией ИОЛ» подразумевалось смещение ИОЛ, которое произошло спустя три месяца и более после хирургии катаракты и требовало замены или её репозиции с фиксацией. Средний возраст больных к моменту реконструктивного вмешательства составил $69 \pm 0,7$ года, мужчин было 98 (59,75%), женщин – 66 (40,24%). Статистическую обработку проводили с помощью пакета прикладных программ.

Результаты

Сроки дислокации ИОЛ после хирургии катаракты широко варьировали от 3-х лет до 9 лет, в среднем $6 \pm 2,5$ года. У большинства пациентов это проявилось возникновением жалоб на двоение в глазу, снижение остроты зрения. Характерно, что у 15 пациентов эти жалобы возникали периодически в течение суток. У 9 больных жалобы отсутствовали, и дислокация ИОЛ была обнаружена случайно при осмотре офтальмологом.

Острота зрения широко варьировала от 1,0 с коррекцией до счета пальцев с 15 см. В среднем показатель визометрии составил 0,5 с коррекцией. Подавляющее большинство (150 глаз) глаз выглядели спокойными. В большинстве случаев уровень внутриглазного давления (ВГД) был на нормальных значениях (20-26 мм рт. ст.), только в 25 глазах он оказался повышенным до 28-36 мм рт. ст. Лишь в 8 глазах на фоне повышенного и высокого уровня ВГД (31-36 мм рт. ст.) отмечалась умеренная застойная инъекция сосудов склеры, диффузный отек роговицы I степени. Подъем ВГД в глазах мы связали с затруднением оттока влаги вследствие того, что дислоцированный комплекс, постоянно контактируя с пигментным листком задней поверхности радужки, «выбивал» из нее пигмент, что привело к гиперпигментации трабекулярного аппарата, преимущественно в нижнем сегменте, снижая его фильтрационную способность. Предполагается также механизм постоянного «раздражения» цилиарного тела дислоцированным комплексом «ИОЛ – капсульный мешок», что могло приводить к гиперсекреции внутриглазной жидкости.

При углубленном офтальмологическом осмотре глаз этих пациентов (биомикроскопия, В-сканирование, офтальмоскопия, исследование ВГД), уточнялись степени дислокации комплекса «ИОЛ – капсульный мешок», ее направленность, а также выяснялись ее возможные причины. Состояние цинновых связок оценивалось с помощью биомикроскопии и ультразвуковой биомикроскопии. Анализ материалов, из которых были изготовлены ИОЛ, показал, что большинство дислоцированных ИОЛ были выполнены из гидрофильного акрила, меньшая часть дислоцированных линз – из ПММА и из гидрофобного акрила. Не выявлено зависимости частоты дислокаций от материала.

Среди основных причин дислокации имплантированной ИОЛ наблюдалась несостоятельность капсулярного связочного аппарата, травмы глаза, наличие сопутствующих глазных заболеваний и связанных с ними хирургических вмешательств.

Одним из ведущих факторов риска зоналярной недостаточности явилось наличие псевдоэкзофолиативного синдрома у 131 (79,87%) больного, а также миопия высокой степени с ПЗР глаза более 28 мм у 29 (17,68%) больных и наличие травмы в анамнезе у 45 (27,44%).

23 больным проведена лазерная дисцизия вторичной катаракты до дислокации ИОЛ, 9 больным – лазерная дисцизия вторичной катаракты после подшивания ИОЛ, АГО – у 12 больных в том же глазу, где позже произошла дислокация ИОЛ.

Анализ сроков возникновения дислокации имплантированной ИОЛ показал, что у 4% больных она имела место в сроки от 3-х месяцев до 1-го года после хирургии катаракты, у 6% – от 1-го года до 3-х лет, у 20% – от 3-х до 5 лет, у 70% – от 5 до 8 лет; средний срок дислокации от момента имплантации ИОЛ составил $6 \pm 2,5$ года.

Нами проанализирована география больных с дислокациями ИОЛ, обратившихся в РСНПМЦМП, оперированных ранее в различных регионах страны. За 2008-2020 гг. больше всего дислокаций ИОЛ приходилось на г. Ташкент (56 случаев) и Ташкентскую область (24 случаев), что, несомненно, связано с наибольшим количеством проведенных операций по хирургии катаракты в этих регионах. За этот же период времени прошло 12 дислокаций у больных из Кашкадарьи, 14 дислокаций из Сурхандарьинской области, по 9 случаев – у больных из Самаркандской и Бухарской областей, Республики Каракалпакстан, по 7 случаев – из Джизакской, Навоийской и Хорезмской областей, по 5 случаев – из Наманганской и Ферганской областей.

Во всех без исключения глазах отмечались признаки псевдоэкзофолиативного синдрома II-III степени (Ерошевская Е.Б., 1997). Отложение псевдоэкзофолиатов по краю зрачка отмечалось на 29 глазах, в 25 глазах они располагались на передней капсуле хрусталика и на радужной оболочке. При биомикроскопии на 27 глазах обнаружен ириодонез, в 28 глазах в связи с ригидностью зрачка максимальный медиокаментозный мидриаз достигал 4,5 мм.

В 45 случаях биомикроскопически определялось значительное смещение верхнего края комплекса «ИОЛ – капсульный мешок» вниз до оптической оси глаза (т.е. на 3-5 мм), в 18 глазах он оказался смещен ниже ее (6-7 мм), при этом четко визуализировалась экваториальная зона капсульного мешка с частично разрушенными и растянутыми цинновыми связками. Протяженность зоны разрушения цинновых связок в 41 глазу составляла до 1/2 окружности капсульного мешка, в 18 глазах – 2/3 ее окружности. Во всех этих случаях дислокация комплекса «ИОЛ – капсульный мешок» была обусловлена слабостью, либо разрывом цинновых связок на значительном своем протяжении в поздние сроки постоперационного периода.

Следует предположить, что одним из патогенетических факторов этого, среди прочих причин, явилась также потеря тесного контакта комплекса «ИОЛ – капсульный мешок» спереди с задней поверхностью радужки, а сзади – с передней гиалоид-

ной мембраной стекловидного тела, подобно тому, как это имеет место при естественном анатомическом положении нативного хрусталика. Таким образом, по нашим данным, основной причиной дислокации ИОЛ в позднем послеоперационном периоде является исходная слабость связочного аппарата капсульного мешка хрусталика. Она была обусловлена исходным наличием клинически значимых проявлений псевдоэксфолиативного синдрома (ПЭС), способного приводить к лизису хрусталиковых связок за счет накопления протеолитических ферментов [5].

Выводы

1. Основной причиной поздних дислокаций комплекса «заднекамерная ИОЛ – капсульный мешок» в 79,8% является исходная несостоятельность цинновой связки, прогрессивная деструкция связочного аппарата на фоне псевдоэксфолиативного синдрома и контракции капсульного мешка.

Литература

1. Азнабаев М.Т., Гизатуллина М.А., Кидраллеева С.Р. Сравнительная оценка результатов вторичной имплантации переднекамерных и заднекамерных интраокулярных линз // Современные технологии хирургии катаракты: Сб. науч. статей. – М., 2004. – С. 21-24.
2. Стебнев С.Д., Малов В.М. Дислокация интраокулярных линз. Причины, характер, хирургическая тактика, результаты лечения // Современные технологии хирургии катаракты: Сб. науч. статей. – М., 2007. – С. 237-243.
3. Терещенко Ю.А., Кривко С.В., Сорокин Е.Л., Егоров В.В. Причины дислокации комплекса «ИОЛ-капсульный мешок» в позднем послеоперационном периоде хирургии катаракты // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии – 2010: Сб. науч. статей. – М., 2010. – С. 192-195.
4. Чупров А.Д. Применение капсульного кольца в хирургическом лечении осложненных катаракт // Российский симпозиум по рефракционной и пластической хирургии: Материалы. – М., 2002. – С. 202-204.
5. Чупров А.Д. Причины возникновения и результаты

хирургической коррекции децентрации или люксации интраокулярных линз при отсутствии капсульной поддержки // Российский симпозиум по рефракционной и пластической хирургии: Материалы. – М., 2002. – С. 200-202.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ, СРОКОВ И ПРИЧИН ДИСЛОКАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Каримова М.Х., Сидиков Ж.З.

Цель: анализ частоты, сроков и возможных причин возникновения спонтанной дислокации заднекамерных интраокулярных линз при их имплантации в капсульный мешок в позднем послеоперационном периоде хирургии катаракты. **Материал и методы:** нами в РСНПМЦМГ проведен ретроспективный анализ 164 случаев дислокации интраокулярных линз у больных старше 40 лет после выполненных факосмульсификаций возрастной катаракты в различных клиниках Республики Узбекистан в 2008-2020 гг. **Результаты:** сроки дислокации интраокулярных линз после хирургии катаракты широко варьировали от 3-х лет до 9 лет, составив в среднем $6 \pm 2,5$ года. Среди основных причин дислокации имплантированной интраокулярной линзы выявлена несостоятельность капсулярного связочного аппарата, травмы глаза, наличие сопутствующих глазных заболеваний и связанных с ними хирургических вмешательств. **Выводы:** основной причиной поздних дислокаций комплекса «заднекамерная интраокулярная линза – капсульный мешок» в 79,8% является исходная несостоятельность цинновой связки, прогрессивная деструкция связочного аппарата на фоне псевдоэксфолиативного синдрома и контракции капсульного мешка.

Ключевые слова: дислокация, «интраокулярная линза – капсульный мешок», псевдоэксфолиативный синдром.

