

АНАЛИЗ БИОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СТРУКТУР ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ПОУГ И ПЗУГ С ПОМОЩЬЮ УБМ

Рустамбекова Шахноза Шоискандар кизи,

Икромов Азизбек Фозилович

Кафедра офтальмологии Андижанский государственный медицинский
институт г.Андижан, Узбекистан

Актуальность

Глаукома является одной из основных причин слабосидения и слепоты в развитых странах, в том числе и в России [1], при этом первичная закрытоугольная глаукома (ПЗУГ) с относительным зрачковым блоком в европейских странах составляет до 10–15 % всех случаев глаукомы.

В странах Азии доля ПЗУГ может достигать до 80 % [6]. ПЗУГ зачастую встречается у лиц работоспособного возраста в короткие сроки может приводить к значительной потере зрения, вплоть до слепоты. Диагностика заболевания на доклинической стадии и в ранних стадиях затруднена, так как основные признаки глаукомы, такие как повышение внутриглазного давления и изменение поля зрения, могут отсутствовать. Взаимосвязь анатомических размеров глазного яблока, сагиттальных размеров анатомических структур глаза и риска развития ПЗУГ в настоящий момент не вызывает сомнений [3]. Основными морфологическими факторами, ведущими к развитию ПЗУГ, являются: уменьшенный размер глазного яблока, абсолютное и/или относительное увеличение толщины хрусталика и уменьшение расстояния от передней поверхности хрусталика до задней поверхности роговицы, то есть уменьшение глубины передней камеры глаза.

Внедрение в офтальмологическую практику методов ультразвуковой биометрии, начавшее в 1956 г., после публикации основополагающих работ G. Mundt и W. Huges, позволило исследователям достоверно оценивать размеры как длины оси глазного яблока (ПЗО), так и размеры его структур, таких как толщина хрусталика (ХР) и глубина передней камеры (ПК).

Цель исследования. Изучить внализ биометрических параметров структур глазного яблока при ПОУГ и ПЗУГ с помощью УБМ.

Материалы и методы исследования. Контингент больных по стадии заболевания с открытоугольной формой глаукомы имеет следующие



особенности: наиболее часто встречается ранняя и развитая, а далеко зашедшая и терминальная не составляет даже одной трети заболевания. Нами проведен ретроспективный анализ инвалидности по состоянию органа зрения за 2020-2022гг. среди населения согласно статистическим данным соответствующих подразделений отделов здравоохранения регионов Республики.

Результаты исследования. Глаукому в большинстве случаев обнаруживали на развитой (43,9%) или далекозашедшей (16,2%) стадиях, чаще при профилактических осмотрах, реже при подборе очков или осмотре глазного дна, так как, в начале заболевание обычно протекает бессимптомно. Отдельными нетипичными жалобами больных с глаукомой, на которые следует обратить внимание, это были: периодическое затуманивание зрения, видение радужных кругов вокруг источников света. Больше всего было с жалобами на боли в глазах, головные боли, мелькание «мушек», быстрая утомляемость, а также частая смена пресбиопических очков, кажущееся увлажнение глаз, слезотечение. В наших исследованиях, ориентировочно длительность доклинической и начальной стадий составляло от 6 месяцев до 6 лет.

Выводы. Необходимо отметить, что медицинское обслуживание в последние годы жителей районов андижанской области проводится активно, с выездом на центральные районные поликлиники или на дом в махаллях специальными многопрофильными бригадами организованных из числа ППС Андижанского медицинского института. В составе этих бригад обязательными являются и специалисты - офтальмологи нашей кафедры, выезжающие почти каждый месяц. Это и очень помогло нам при сборе материала, и проведении постоянного наблюдения, а также при необходимости госпитализации больных глаукомой.

Наиболее часто наблюдаемые нами больные, отмечали медленное ухудшение состояния (73,5%) ПОУГ, а в 20,0% случаев – постепенное, только в 7,5% случаев – быстрое прогрессирование заболевания. Всем больным которые были отобраны для наших исследований, проведена визометрия с очковой коррекцией.



Литература

1. Марченко А.Н., Сорокин Е.Л., Данилов О.В. Морфометрические типы хрусталика и их значение в формировании первичной за крытоугольной глаукомы // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии: Сб. науч. ст. М., 2008. С. 189–193.
2. Мачехин В.А. Ультразвуковые биометрические исследования у больных глаукомой: Автореф. дис. ... докт мед. наук. М., 1975. 52 с.
3. Набиев А.М. Состояние угла передней камеры при первичной закрытоугольной глаукоме в зависимости от стадии заболевания и определение тактики лечения // Вестн. офтальмологии. 2004.Т. 120. № 2. С. 36–38.
4. Нестеров А.П. Глаукома. 2-е изд., перераб. М.: МИА, 2008. 360 с.
5. Сорокин Е.Л., Мамедов Н.Г., Егоров В.В. Причины подъема ВГД после антиглаукоматозных операций и возможности их устранения лазерными методами //

