

UDK 617.7-007.849.19

Rustamjonov Abdurashid Baxram o'gli

Oftalmologiya kafedrası

Andijon davlat tibbiyot instituti

**BEMORLARDA GLAUKOMANING O'TKIR XURUJINI KECHISH
XUSUSIYATLARI, ULARNI TASHXISHLASH VA DAVOLASHGA
ZAMONAVIY YONDASHUV**

Rezyume: Glaukomaning o'tkir xurujining xabarchisi ko'rishning xiralashishi va yorug'lik manbalari atrofida Kamalak doiralarining paydo bo'lishi bo'lishi mumkin. Ushbu hodisalar ko'z ichi bosimining to'satdan va tez ko'tarilishi bilan bog'liq bo'lib, bu shox pardadagi metabolik jarayonlarni buzadi. Natijada, shox parda bulutli bo'lib, ko'rishning xiralashishi bilan namoyon bo'ladi.

Yorug'lik manbasiga qarab, bemor uning atrofida xuddi shunday Kamalak doirasini ko'radi, chunki sog'lom odam tumanli ob-havo sharoitida ko'chadagi yorug'lik manbai atrofida ko'radi.

Hech qachon o'tkir tutilishni boshdan kechirmagan bemorlar, bu glaukomaning o'tkir xurujining xabarchilari ekanligini bilmasligi mumkin. Ba'zan yillar davomida glaukoma faqat prekursorlar sifatida namoyon bo'ladi.

Ushbu maqolada bugungi kunda zamonaviy oftalmologiyaning dolzarb muammosi bo'lib turgan glaukomaning o'tkir xurujining kechishi, oldini olish va davolash masalalari yoritilgan.

Kalit so'zlar: glaucoma xuruji, ko'z sklerasi, yorug'lik manbai.

Рустамжанов Абдурашид Бахрам угли

Кафедра офтальмологии

Андижанский государственный медицинский институт

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА
ГЛАУКОМЫ У БОЛЬНЫХ, СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ИХ
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ**

Резюме: Предвестником острого приступа глаукомы может быть помутнение зрения и появление радужных кругов вокруг источников света. Эти явления связаны с внезапным и быстрым повышением внутриглазного давления, которое нарушает обменные процессы в роговице. В результате роговица становится мутной и проявляется нечеткостью зрения.

Глядя на источник света, больной видит вокруг него такой же радужный круг, как здоровый человек видит вокруг источника света на улице в туманную погоду.

Пациенты, которые никогда не испытывали острых приступов, могут не знать, что они являются предвестниками острого приступа глаукомы. Иногда с годами глаукома проявляется только как предшественники.

В данной статье освещаются вопросы течения, профилактики и лечения острого приступа глаукомы, который сегодня является актуальной проблемой современной офтальмологии.

Ключевые слова: приступ глаукомы, склера глаза, источник света.

Rustamjanov Abdurashid Bahram oglu

Department of Ophthalmology

Andijan State Medical Institute

FEATURES OF THE COURSE OF AN ACUTE ATTACK OF GLAUCOMA IN PATIENTS, A MODERN APPROACH TO THEIR DIAGNOSIS AND TREATMENT

Resume: A harbinger of an acute attack of glaucoma may be blurred vision and the appearance of iridescent circles around light sources. These phenomena are associated with a sudden and rapid increase in intraocular pressure, which disrupts metabolic processes in the cornea. As a result, the cornea becomes cloudy and blurred vision is manifested.

Looking at a light source, the patient sees around it the same rainbow circle as a healthy person sees around a light source on the street in foggy weather.

Patients who have never experienced acute seizures may not know that they are precursors to an acute attack of glaucoma. Sometimes, over the years, glaucoma manifests itself only as precursors.

This article highlights the issues of the course, prevention and treatment of an acute attack of glaucoma, which is an urgent problem of modern ophthalmology today.

Keywords: glaucoma attack, sclera of the eye, light source.

Izlanish dolzarbligi. Glaukoma xurujning paydo bo'lishi to'satdan paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi o'tkir og'riq boshning tegishli yarmiga tarqaladigan ko'zda. Ko'rish keskinligi faqat yorug'lik hissi saqlanib qolguncha keskin kamayadi[1,9]. Og'riq ko'ngil aynish, qusish, bosh aylanishi, qattiq titroq, umumiy bezovtalik bilan birga bo'lishi mumkin.

Ushbu simptomlar tashxisni qiyinlashtiradi va noto'g'ri davolanishga olib keladi, shuning uchun yuqoridagi belgilar mavjud bo'lganda, anamnezni (glaukoma mavjudligi) sinchkovlik bilan aniqlash kerak, shuningdek, bemor xuruj rivojlanishidan oldin qanday dorilarni qabul qilganligini aniqlash kerak (mydriatics, masalan, atropin, xurujning rivojlanishiga hissa qo'shadi). Ushbu patologiya uchun katta ma'lumot ko'zni tekshirish orqali aniqlanadi. Yuzaki tekshiruvda ham ko'zning qizarishi, oval shaklidagi keng, kengaygan o'quvchi va uning nurga reaksiyasi yo'qligi, shuningdek rangi o'zgarishi ko'rinadi[2,4,7].

Glaukomaning o'tkir xurujida qora rang o'rniga, o'quvchi yashil rangga o'xshaydi, ammo glaukomaning eng muhim belgisi ko'zning keskin siqilishidir.

Ko'z olmasini palpatsiya qilishda uning ohangida sezilarli o'sish va og'riq aniqlanadi, ko'z "tosh" kabi taassurot qoldiradi[6]. Ko'z ichi bosimi keskin ko'tariladi (70-100 mm HG gacha). Fundus odatda tekshirilmaydi yoki optik asabning giperemik diski, kengaygan tomirlar, rangpar Retina ko'rinadi.

Birlamchi glaukomaning klinik shakllari orasida eng og'ir prognostik nuqtai nazardan yopiq burchakli glaukoma (zug) hisoblanadi, bu erta tashxis

qo'yishning murakkabligi, klinik kursning o'ziga xos xususiyatlari va davolashning qiyinligi bilan bog'liq. Quigley H. ma'lumotlariga ko'ra, 2007 yilga kelib dunyoda 16 million kishi zug bilan kasallangan, bu glaukoma bilan kasallanganlarning umumiy sonining taxminan 32-42 foizini tashkil qiladi. Mongoloid irqiga mansub shaxslar orasida birlamchi GKning ustunligi aniqlandi, bu Evropa va negroid irqiga mansub odamlarda kasallikning tarqalishidan o'n baravar ko'pdir[8].

Osiyo mintaqasida GKning yuqori chastotasi ko'plab tadqiqotlar ko'z olmasining qisqa optik o'qiga ega bo'lgan mahalliy aholining ko'zlari tuzilishining anatomik xususiyatlari bilan bog'liq. Qisqa ko'zning anatomik va topografik xususiyatlari, ular orasida kichik old kamera, nisbatan qalin ob'ektiv, siliyer tananing oldingi holati, shox pardaning kichikroq diametri - UPC blokadasiga olib keladigan salbiy omillarning genetik jihatdan aniqlangan to'plami sifatida qaraladi[3]. Biroq, anatomik tuzilmalarning topografik nisbati oftalmotonusning buzilishi va zug rivojlanishida trpger funksiyasini o'ynash uchun juda muhim bo'lishi mumkin bo'lgan narsa hali ham qarama-qarshi bo'lib qolmoqda.

Involyutsion rivojlanish jarayonida u yoki bu anatomik omilning ahamiyati o'zgarishi mumkin. Bu, birinchi navbatda, ko'plab mualliflar CPC blokadasini va zug rivojlanishida etakchi rol o'ynaydigan ob'ektiv komponentiga tegishli. Yoshga bog'liq qalinlashuv va ayniqsa katarakt bulutlarining rivojlanishi bilan ob'ektiv nafaqat asosiy predispozitsiya qiluvchi, balki qo'zg'atuvchi omil bo'lib, ko'z ichi bloklari tizimining paydo bo'lishi uchun qulay sharoit yaratishi mumkin[5,11].

Shu bilan birga, bir qator mualliflarning ta'kidlashicha, linzalarning qalinligi linza blokining klinikasini qo'zg'atmasdan katarakt bulutlarining rivojlanishi bilan o'rtacha qiymatdan oshishi mumkin[4,10]. Adabiyotda keltirilgan linzalarning qalinligi ko'rsatkichlarining keng doirasi ob'ektiv faol ishtirok etadigan va ko'z ichi bloklarining paydo bo'lishida etakchi omil bo'lgan sharoitlarni chuqur o'rganishni talab qiladi.

Jarrohlik aralashuvining antihipertenziv ta'sirining patogenetik mexanizmlari yaxshi tushunilmagan bo'lib qolmoqda, bu shaffof linzalarni olib tashlash ko'rsatkichlarini yoki uning dastlabki bulutlanishida GKda patogenetik yo'naltirilgan operatsiya sifatida asoslashga imkon bermaydi.

Birlamchi zug muammosidagi yuqoridagi, ijtimoiy ahamiyatga ega, kam o'rganilgan va munozarali masalalar ushbu tadqiqotning maqsadga muvofiqligini, uning maqsadi va aniq vazifalarini aniqladi.

Tadqiqotning maqsadi. Glaukoma xurujlari va patogenetik yo'naltirilgan jarrohlik davolash usullarining differentsial diagnostikasi tizimini yaratish orqali Andijon viloyatining tub aholisi bo'lgan bemorlarni o'tkir glaucoma xuruji bilan reabilitatsiya qilish samaradorligini oshirish.

Izlanish materiallari va usullari. Oldimizga qo'yilgan vazifani bajarish uchun o'tkir glaucoma xuruji tashhisi bilan murojaat qilib kelgan jami 60 nafar bemorlarni tekshirish, tashhishlash va davolash maqsadida ajratib oldik.

O'z tekshiruvimizda biz, vizometriya, biomikroskopiya, ko'rish maydonlarini aniqlash, oftalmoskopiya, tonometriya, tonografiya, gonioskopiya, Heidelberg retinal tomografiyasi, kompyuter perimetriyasidan foydalandik. Barcha bemorlarga lazer yordamida iridotomiya o'tkazildi. Barcha bemorlarga ko'z ichi bosimi to'liq qoplanmaguncha anti-Glaukomatoz dorilar va antioksidantlar berildi.

Izlanish natijalarining tahlili. Barcha bemorlarga quyidagi oftalmologik tekshiruv o'tkazildi: tuzatish bilan ko'rish keskinligini aniqlash, biomikroskopiya, ko'rish maydonlarini aniqlash, mydriaz sharoitida fundusni batafsil tekshirish, tonometriya, tonografiya, gonioskopiya, optik diskni tekshirish uchun Heidelberg retinal tomografiyasi va kompyuter perimetriyasi.

Barcha bemorlarga yuqori darajadagi miyopi tashxisi qo'yilgan: 6,0 dan 15 gacha dptr, o'rtacha $8,75 \pm 0,75$ dptr. Bundan tashqari, ko'pchilik bemorlarda (44 ta ko'zdan 38 tasi) yiliga 0,25-1,5 dptr miyopi rivojlanishi qayd etilgan.

Kuzatuv oxiriga kelib ko'rish keskinligi barcha ko'zlarda o'zgarishsiz qoldi. Shuni ta'kidlash kerakki, kuzatuv davomida 44 ta ko'zdan 32 tasida

miyopiyaning rivojlanishi to'xtadi, bu, ehtimol, oftalmotonusning normallasishi va ko'z ichi bosimining haddan tashqari ko'payishi tufayli ko'z olmasining cho'zilishining to'xtashi bilan izohlanishi mumkin. 6 ko'zda miyopiyaning keyingi rivojlanishi yiliga o'rtacha 0,5 dptrga qayd etildi.

Ko'z ichi bosimi 10 kundan 3 yilgacha bo'lgan vaqt oralig'ida 26 ko'zda to'liq qopladi. Ushbu guruhda PG bilan 4 ta ko'z va LDS bilan 22 ta ko'z bor edi. Prostaglandinlar va ularning analoglaridan foydalanganda biz klinik jihatdan ahamiyatli yon ta'sirlarni qayd etmadik. Ushbu guruhda biz yuqorida aytib o'tilgan vaqtlarda dori-darmonlarni davolashdan butunlay voz kechdik, chunki natijada ko'z ichi bosimining to'liq kompensatsiyasi va gidrodinamik ko'rsatkichlarning normallasishi olingan. Gonioskopiya bilan barcha bemorlarda burchak tuzilmalarini pigmentdan 6 oydan 3 yilgacha tozalash qayd etildi. Ko'rish maydonlari va optik diskning holati ushbu guruhdagi barcha ko'zlardagi kuzatuv davomida o'zgarishsiz qoldi.

Qolgan 18 ko'zda ko'z ichi bosimini qoplash mahalliy antihipertenziv dorilar yordamida amalga oshirildi: PG bilan 8 ko'z, LDS bilan 10 ko'z. Prostaglan-dinlar, p-adrenoblokatorlar, karbo-anhidraz inhibitörleri ishlatilgan. Gonioskopiyada barcha bemorlarda ko'zning old kamerasining burchak tuzilmalari tozalanishi kuzatilgan, ammo dori-darmonsiz kompensatsiyalangan ko'z ichi bosimi bo'lgan guruhga qaraganda kamroq darajada. Ushbu guruhda ko'rish maydonlari va optik diskning holati butun kuzatuv davrida barcha ko'zlarda o'zgarishsiz qoldi.

Shuni ta'kidlash kerakki, barcha bemorlar, afsuski, LDS ning keyingi bosqichlarida yoki allaqachon rivojlangan PG bosqichida murojaat qilishdi. Bu, bizning fikrimizcha, shifokorlarning ushbu patologiyaga nisbatan ehtiyotkorligi etarli emasligi bilan bog'liq. Biomikroskopiya paytida shox pardaning holatiga (endoteliyda pigmentning cho'kishi mumkin), old kameraning chuqurligiga (ildizdagi iris prolapsasi), iris holatiga (pigmentning chuqur püskürtülmesi mumkin) e'tibor berish kerak. LDS uchun xos bo'lgan alomatlar mavjud bo'lganda, ko'z ichi bosimini nazorat qilish va kerak bo'lganda midriaz bilan

provokatsion test o'tkazish muhimdir. Ko'rinishidan, kech tashxis qo'yish va bemorlarni boshqarishning noto'g'ri taktikasi pigmentning old kameraning burchagidan uzoq vaqt yuvilishi va normal ko'z ichi bosimining sekin tiklanishi bilan bog'liq.

Shuni ta'kidlaymizki, hatto GK tashxisi qo'yilgan taqdirda ham, ba'zi ko'zlarda ko'z ichi bosimini to'liq normallashtirish va antihipertenziv dorilarni tark etish mumkin edi. Biz bunday holatlarni faqat uzoq muddatli terapiyadan so'ng GK ning dastlabki bosqichi bilan ko'zimiz oldida qayd etdik. Antihipertenziv dorilarni ishlatmasdan GK to'liq kompensatsiyasiga faqat LDS bilan ko'z o'ngida erishildi. Bizning ma'lumotlarimiz Schuko va boshqalarning fikriga mos keladi, o'z vaqtida davolash (birinchi navbatda lazer iridektomiyasi) ko'p hollarda suyuqlik dinamikasini normallashtirishga va hatto ko'zning funktsional holatini biroz yaxshilashga olib keladi.

Xulosa. Glaukoma xurujlarida ko'z ichi bloklarining har xil turlarini differentsial diagnostikasi va patogenetik jihatdan asoslangan davolash taktikasini tanlash, aniqlangan va diagnostika mezonlari sifatida qabul qilingan morfometrik ma'lumotlar asosida amalga oshirilishi mumkinligi asoslanadi.

Glaukوماتoz jarayonning dastlabki bosqichlarida o'quvchi bloki bilan birlamchi glaukoma xurujlari davolash va vizual funktsiyalarni saqlab qolish bilan maksimal gipotenziv va rekonstruktiv ta'sirga erishishga imkon beradi, va bir ko'zda ko'z ichi bloklari kombinatsiyasi bilan birlamchi zug bilan ob'ektivni fakoemulsifikatsiya qilish uchun tayyorgarlik bosqichi sifatida qaralishi mumkin.

Andijonning tub aholisining qorong'u pigmentli "shimgichli" iris tuzilishining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda turli xil lazer energiyasi manbalaridan foydalangan holda bir bosqichli, bosqichli, kombinatsiyalangan lazer iridektomiyasining ishlab chiqilgan va klinik sinovdan o'tgan original texnologiyasi koagulyatsion lazerning umumiy quvvatini 2 baravar va impulsli lazerning umumiy energiyasini 4 baravar kamaytirishga imkon beradi va shu bilan lazer ta'sirining shikastlanishini kamaytiradi.

Ob'ektivni fakoemulsifikatsiya usuli bilan olib tashlashning maqsadga muvofiqligi, uning qalinligidan va ob'ektiv tomonidan qo'zg'atilgan blokda katarakt o'zgarishlar mavjudligidan va bir ko'zda bloklarning kombinatsiyasidan qat'i nazar, bu ushbu aralashuvni GKda anti-Glaukomatoz operatsiyalar majmuasiga kiritish zarurligini ko'rsatadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Абдулкадырова М.Ж. Отдаленные результаты лазерной иридотомии при первичной закрытоугольной глаукоме с функциональной блокадой камерного угла // Глаукома. - 2004. - №2. - С. 29-33.

2. Егорова Э.В., Малюгин Б.Э., Полянская Е.Г. и др. Анатомо-топографические особенности переднего сегмента артификачного глаза по результатам исследования методом ультразвуковой биомикроскопии // Глаукома: проблемы и решения: Офтальмохирургия. - 2010. - №4. -- С. 49.

3. Керимова Р.С. Симптомокомплекс ранних проявлений псевдоэкссфолиативного синдрома: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2011 -19 с.

4. Марченко А. Н., Сорокин Е. Л. Оптическое состояние хрусталика у лиц с факоморфической глаукомой и особенности её хирургического лечения // Глаукома: теории, тенденции, технологии: Сб. науч. ст. V международ, конференции. - М. 2007. - С.384-388.

6. Тахчиди Х.П., Баринов Э.Ф., Агафонова В.В., Франковска-Герлак М., Мулаева О.Н. Патология глаза при псевдоэкссфолиативном синдроме. - М.: Микрохирургия глаза, 2010.

7. Франковска-Герлак Малгожата Микроинвазивное комбинированное хирургическое лечение пациентов с катарактой, осложненной открытоугольной глаукомой: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Tvt., 2008.

8. Alyahya G., Hietanen J., Heegaard S. Exfoliation syndrome in Nordic countries: a comparative histopathological study of Danish and Finnish eyes

with absolute glaucoma and uveal melanoma //Acta Ophthalmol. Scand. 2005. Vol. 83.-P.711 -715.

9. Forsius H., Forsman E., Fellman J., Eriksson A.W. Exfoliation syndrome: frequency, gender distribution and association with climatically induced alterations of the cornea and conjunctiva //Acta Ophthalmologica Scand. -2002.-Vol.80.-p. 478.

10. Nonaka A., Kondo T., Kikuchi M. et al. Angle widening and alteration of ciliary process configuration after cataract surgery for primary angle closure // Ophthalmology. - 2006. - Vol.113. - P. 437- 441.

11. Wishart P.K, Atkinson P.L. Extracapsular cataract extraction and posterior chamber lens implantation in patients with primary chronic angle-closure glaucoma: effect on intraocular pressure // Eye. - 2019. - Vol. 3. - P. 706-712.