

**Новицький І. Я.<sup>1</sup>**, д-р мед. наук, професор кафедри офтальмології ФПДО

**Смаль Т. М.<sup>2</sup>**, канд. мед. наук, завідувач відділення

**Левицька О. В.<sup>1</sup>**, аспірант кафедри офтальмології ФПДО

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

<sup>2</sup>ЛММЦ «Мікрохірургія ока», КНП «8-ма міська клінічна лікарня», м. Львів, Україна

## **Порівняння ефективності ендотрабекулоектомії як самостійної операції та в комбінації з факоемульсифікацією катаракти у хворих з первинною відкритокутовою глаукомою**

**Актуальність.** В останні роки активно впроваджуються малоінвазивні оперативні втручання при глаукомі, зокрема з доступом через кут передньої камери (ab interno). Ця група операцій спрямована на покращення відтоку водянистої вологи шляхом створення сполучення між передньою камерою і шлемовим каналом.

**Мета.** Провести порівняння клінічної ефективності ендотрабекулоектомії та ендотрабекулоектомії в комбінації з факоемульсифікацією катаракти у хворих з первинною відкритокутовою глаукомою.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням перебувало 88 пацієнтів (88 очей), прооперованих з приводу відкритокутової глаукоми. У 1-й групі (23 пацієнти, 23 очей) проведено ендотрабекулоектомію та у 2-й групі (65 пацієнтів, 65 очей) – ендотрабекулоектомію в комбінації з факоемульсифікацією катаракти та імплантацією інтраокулярної лінзи. Хворі обох груп істотно не відрізнялися за стадією глаукоми, рівнем внутрішньоочного тиску (ВОТ), віком, гендерною належністю та супутніми захворюваннями. Усім пацієнтам проводили вимірювання ВОТ до операції та на 7-й день і в 1-й, 3-й, 6-й, 9-й та 12-й місяці після оперативного втручання. Також фіксували кількість гіпотензивних препаратів, які застосовували пацієнти в ці самі терміни.

**Результати.** До операції ВОТ у 1-й групі пацієнтів становив  $24,91 \pm 4,26$  мм рт. ст. і в пацієнтів 2-ї групи –  $22,93 \pm 4,23$  мм рт. ст. ( $p > 0,05$ ).

При подальшому спостереженні ВОТ у пацієнтів 1-ї групи становив  $19,39 \pm 3,31$  мм рт. ст. (7 днів),  $19,15 \pm 3,60$  мм рт. ст. (1 місяць),  $18,40 \pm 1,64$  мм рт. ст. (3 місяці),  $17,33 \pm 1,41$  мм рт. ст. (6 місяців),  $18,20 \pm 1,30$  мм рт. ст. (9 місяців) і

20,66 ± 4,72 мм рт. ст. (12 місяців); у хворих 2-ї групи – 19,61 ± 3,39 мм рт. ст. (7 днів), 18,08 ± 1,80 мм рт. ст. (1 місяць), 17,65 ± 1,49 мм рт. ст. (3 місяці), 18,40 ± 2,13 мм рт. ст. (6 місяців), 17,83 ± 1,02 мм рт. ст. (9 місяців), 17,50 ± 1,59 мм рт. ст. (12 місяців).

При порівнянні показників ВОТ обох груп ми встановили, що істотної різниці його зниження залежно від типу хірургічного втручання не виявлено, у всіх випадках  $p > 0,05$ .

До операції кількість гіпотензивних препаратів становила в 1-й групі – 3,00 ± 1,04, у 2-й – 2,28 ± 1,14. Після операції: на 7-й день (1-а група 0,43 ± 0,99, 2-а група 0,52 ± 0,89), 1-й місяць (1-а група 0,83 ± 1,04, 2-а група 0,87 ± 0,98), 3-й місяць (1-а група 0,80 ± 0,91, 2-а група 0,77 ± 0,99), 6-й місяць (1-а група 1,56 ± 1,33, 2-а група 0,74 ± 1,06), 9-й місяць (1-а група 2,40 ± 0,89, 2-а група 0,83 ± 0,83) і 12-й місяць (1-а група 2,67 ± 0,58, 2-а група 1,00 ± 1,15).

При порівнянні кількості гіпотензивних препаратів ми встановили, що перші 6 місяців істотної різниці кількості препаратів залежно від типу хірургічного втручання не виявлено ( $p > 0,05$ ), однак протягом наступних 6 місяців у 1-й групі для досягнення цільового ВОТ кількість гіпотензивних препаратів була достовірно більшою, ніж у 2-й групі.

**Висновки.** Дозована ендотрабекулектомія дає виражений гіпотензивний ефект як самостійне оперативне втручання, так і в комбінації з факоемулсифікацією катаракти; достовірної різниці зниження ВОТ в обох групах не виявлено ( $p > 0,05$ ). Кількість гіпотензивних препаратів протягом перших 6 місяців в обох групах істотно не відрізнялася ( $p > 0,05$ ). Протягом наступних 6 місяців у 1-й групі кількість гіпотензивних препаратів була достовірно вищою, що може бути пояснено дещо нижчим вихідним ВОТ та меншою кількістю гіпотензивних препаратів, що інстилювали в доопераційний період у 2-й групі.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

### REFERENCES

1. Новицький МІ. Патогенетичне обґрунтування видалення трабекули ab interno (ендотрабекулектомії) при відкритокутовій глаукомі. Архів офтальмології України. 2014;1: 54–9.
2. Novytskyi MI. [Pathogenetic substantiation of trabecula ablation ab interno (endotrabelectomy) for open-angle glaucoma]. Archive of Ukrainian Ophthalmology. 2014;1:54–9. (in Ukrainian).
3. Minckler D, Mosaed S, Dustin L, Francis B. Trabectome (trabectectomy internal approach): additional experience and extended follow-up. Trans Am Ophthalmol Soc. 2008;106:149–60.
4. Pantcheva MB, Kahook MY. Ab Interno Trabectectomy. Middle East Afr J Ophthalmol. 2010;17:287–9.
5. Parikh HA, Loewen RT, Roy P, Schuman JS, Lathrop KL, Loewen NA. Differential Canalograms Detect Outflow Changes from Trabecular Micro-Bypass Stents and Ab Interno Trabectectomy. Sci Rep. 2016 Nov 4;6:34705. <https://doi.org/10.1038/srep34705>

Отримано 09.04.2019 р.