

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВАЦИИ УВЕОСКЛЕРАЛЬНОГО ОТТОКА С ПРИМЕНЕНИЕМ КОЛЛАГЕНОВОГО ДРЕНАЖА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Завгородняя Н. Г., Гайдаржи Т. П.

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: глаукома, увеосклеральный отток, внутриглазная жидкость.

Несмотря на стремительное развитие современной офтальмологии и достигнутые успехи в лечении ряда тяжелых заболеваний глаз, актуальной проблемой остается хирургическое лечение глаукомы, являющейся одной из ведущих причин слепоты и инвалидизации населения [1, 5, 6, 7]. Существующее многообразие хирургических операций и их модификаций, направленных на активизацию оттока внутриглазной жидкости (ВГЖ), порой недостаточно эффективны, приводят к развитию ряда интра- и послеоперационных осложнений, рецидивному повышению внутриглазного давления в отдаленном периоде [2, 3, 4]. Подобная ситуация не может оставаться без внимания и диктует необходимость дальнейшего развития существующих методик и внедрения новых способов хирургического лечения глаукомы.

В связи с этим целью настоящей работы явилась разработка антиглаукоматозной операции, направленной на повышение эффективности оттока внутриглазной жидкости, стойкой нормализации внутриглазного давления, снижения интра- и послеоперационных осложнений и, как следствие, улучшения результатов хирургического лечения пациентов, страдающих глаукомой.

Материалы и методы

В исследовании проанализированы результаты оперативного лечения у 75 пациентов (77 глаз) из них 42 (56,0%) пациента с первичной открытоугольной глаукомой (ПОГ) и 33 (44,0%) пациента с вторичной глаукомой. Начальная стадия ПОГ диагностирована у 5 (12,0%) пациентов, развитая у 5 (12,0%), далеко зашедшая у 13 (31,0%) и терминальная у 19 пациентов (45,0%). Среди больных с вторичной неоваскулярной глаукомой было: 24 (72,0%) пациента вследствие сахарного диабета, 7 (21,0%) пациентов вследствие тромбоза центральной вены сетчатки и

ее ветвей, 2 (6,0%) пациента с фактопической глаукомой и 1 (3,0%) пациент с постувеальной глаукомой. Возраст больных варьировал от 17 до 86 лет (средний возраст – $65 \pm 13,5$ лет). Мужчин было – 33 (44,0%), женщин – 42 (56,0%). Острота зрения с коррекцией до операции составила 0,05 (0–0,1). Внутриглазное давление (ВГД) не компенсировалось на максимальном гипотензивном лечении и колебалось от 25,0 до 55,0 мм рт. ст. (в среднем – $36,12 \pm 7,6$ мм рт. ст.). Всем больным до операции проводили общеклиническое и офтальмологическое обследование. Офтальмологическое обследование включало определение остроты зрения по стандартной методике, тонометрию по Маклокову, гониоскопию, биомикроскопию, офтальмоскопию, исследование поля зрения. Все исследования выполняли до операции, в раннем послеоперационном периоде перед выпиской и через 18 месяцев после операции.

Хирургическое лечение выполняли по предложенному способу путем ангулярно-увеального дренирования с имплантацией ксеноплантового дренажа (патент Украины № 46521 от 25.12.2009).

Методика операции заключается в следующем: в условиях субконъюнктивальной анестезии, после разреза конъюнктивы по лимбу и ее отсепаровывания, выкраивается прямоугольный лоскут склеры 4×5 мм на $1/3$ ее толщины и отсепаровывается до роговичной части лимба. Отступив на 2–2,5 мм от лимба, параллельно ему, выполняется сквозной разрез глубоких слоев склеры размером 1,5–2 мм, через который выполняется гидродиссекция супрахориоидального пространства и вискодиализ цилиарного тела. После этого шпателем разрушается юкстаканаликулярная трабекула. Один конец дренажа (ДКА) Ксенопласт (дренаж состоит из пористого коллагена, тип I, выделенного из костной ткани свиней) или другого антиглаукоматозного дренажа прошивается и вводится в разрез глубоких слоев склеры и погружается под цилиарное



Рис. 1. Выкраивание прямоугольного лоскута склеры и сквозной разрез глубоких слоев склеры, через который выполняется вискодиализ и имплантация дренажа

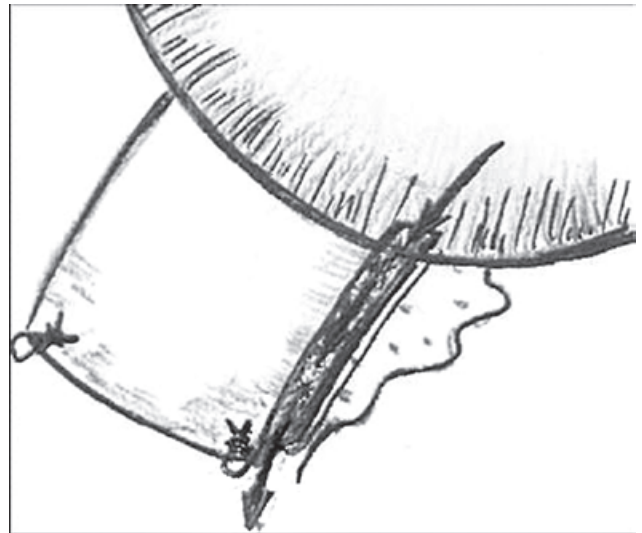


Рис. 2. Положение дренажа в супрахориоидальном пространстве: один конец дренажа в передней камере, другой – в супрахориоидальном пространстве. Стрелкой указан путь оттока внутриглазной жидкости

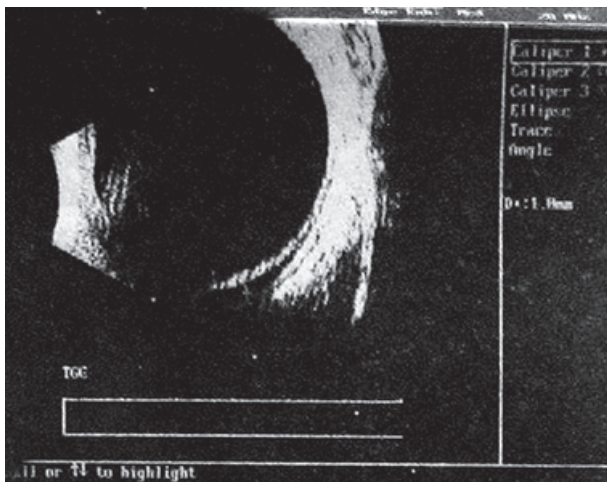


Рис. 3. В-сканирование: периферическая плоская (до 1,0 мм) отслойка сосудистой оболочки

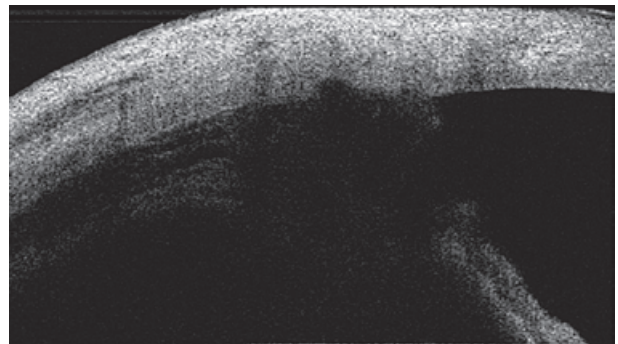


Рис. 4. Определяется положение дренажа в углу передней камеры, зона диализа цилиарного тела

тело в направлении к супрахориоидальному пространству (рис. 1).

Другой конец импланта вводится в тот же разрез склеры в направлении к передней камере.

Затем поверхностный склеральный лоскут фиксируется в области верхних углов двумя узловыми швами. После этого на конъюнктиву накладываются узловые швы (рис. 2).

В послеоперационном периоде всем больным назначалась противовоспалительная и антибактериальная терапия. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0, Inc. 1984–2001. В случае приближенно нормального распределения центральные тенденции и рассеяния количественных признаков описывались средним значением (M) и средним квадратичным отклонением (σ) в формате

$M \pm \sigma$. Центральные тенденции и дисперсии количественных признаков, не имеющих приближенно нормального распределения, описывались медианой (Me) и интерквартильным размахом (X0,25 – X0,75).

Результаты исследования и их обсуждение

В раннем послеоперационном периоде (5–7 сутки) уровень ВГД был нормализован у всех пациентов и составил $18,0 \pm 3,6$ мм рт. ст. ($P < 0,05$). Через 18 месяцев после операции ВГД несколько повысилось, но сохранилось в пределах нормальных значений ($21,5 \pm 3,1$ мм рт. ст.) без применения гипотензивной терапии. При этом до оперативного вмешательства доминировали высокие цифры офтальмотонуса (в среднем $36,1 \pm 7,6$ мм рт. ст.) на максимальном режиме гипотензивной

терапії. В післяопераційному періоді острота зору не змінилась, склавив 0,05 (0–0,1). При проведенні тонографії в віддаленому періоді (через 18 місяців) коефіцієнт легкості відтоку склавив 0,15±0,05, показателі P0 – 13,5±4,3, що відповідає нормальним значенням.

Из типичных післяопераційних ускладнень надо відзначити гіфему у трьох пацієнтів, котра повністю розсалилась в найближчі післяопераційні дні.

Клінічний приклад 1. Пацієнт П., 73 роки, діагноз: відкритоугольня 1А глаукома (ішемічний тип). В 2009 році виконано ангулярно-увельне дренирування з імплантацією ксеноплантового дренажа. VIS OD=0,9; ВГД=25 мм рт. ст. В післяопераційному періоді VIS OD=0,9; ВГД=16 мм рт. ст. При контролі через 24 місяця VIS OD=0,7 н\к; ВГД=16 мм рт. ст. При ультразвуковому дослідженні визначається плоска периферическа відслойка стекловидного тіла (рис. 3).

Візуалізація дренажа в передній камері визначалась з допомогою оптичного когерентного томографа переднього відрізка VISANTE (рис. 2).

Таким чином, вищеописані результати підкріплюють ефективність запропонованого способу хірургічного лікування глаукоми і по-

зволяють сформулювати наступні висновки.

Висновки

1. Спосіб ангулярно-увельного дренирування з імплантацією пористого ксеноплантового дренажа є ефективним, надійним і безпечним методом хірургічного лікування хворих з первичною і вторичною глаукомою, ввиду відмінних ранніх післяопераційних результатів.

2. Застосування даного способу покращує природний увеосклеральний відтік камерної рідини, що дозволяє досягти стійкої нормалізації офтальмотонуса в післяопераційному періоді у пацієнтів з різною стадією розвитку глаукомного процесу.

3. Запропонована методика антиглаукоматозної операції є технічною простою, не потребує дорогоцінного обладнання і може бути використана як в умовах офтальмологічного стаціонару, так і в амбулаторних умовах.

4. Вибір і наступні перспективи використання запропонованого способу ангулярно-увельного дренирування в лікуванні хворих глаукомою диктують необхідність аналізу віддалених результатів в післяопераційному періоді.

Література

1. Анисимова С. Ю. Морфологічні дослідження після імплантації антиглаукоматозного колагенового дренажа / С. Ю. Анисимова, С. І. Анисимов, Е. В. Ларионов // Російські медичні весті. – 2005. – № 3. – С. 53–56.
2. Бессмертний А. М. Фактори ризику надмірного рубцювання у хворих первичною відкритоугольною глаукомою / А. М. Бессмертний // Глаукома. – 2005. – № 3. – С. 34–36.
3. Еричев В. П. Цитокиновий скринінг при первичній відкритоугольній глаукомі і вторичній постувельною глаукомі як імунологічне прогнозування надмірного рубцювання після антиглаукоматозних операцій / В. П. Еричев, О. С. Слепова, Дж. Н. Ловпачев // Глаукома. – 2001. – № 1. – С. 11–17.
4. Завгородня Н. Г. Первичная глаукома. Новый взгляд на старую проблему / Н. Г. Завгородня, Н. В. Пасечникова – Запорожье: Агентство «Орбита-ЮГ», 2010. – 192 с.
5. Нестеров А. П. Глаукома / Нестеров А. П. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 360 с.
6. Николашин С. И. Экспериментальное исследование путей оттока внутриглазной жидкости при непроникающей глубокой склерозектомии с дренированием шлеммова канала // Новые технологии микрохирургии глаза / С. И. Николашин. – Оренбург, 2002. – С. 86–91.
7. Сомов Е. Е. Клиническая офтальмология / Е. Е. Сомов – М.: «МЕДпресс-информ», 2005. – 392 с.

METHOD OF THE SURGICAL ACTIVATING OF INTRAOCULAR LIQUID UVEOSCLERAL OUTFLOW WITH THE USE OF COLLAGENOUS DRAINAGE IN GLAUCOMA TREATMENT

Zavgorodnaya N. G., Gaidarzhi T. P.
Zaporozhye State Medical University

In hired new methodology of surgical treatment of glaucoma is presented with the use of collagen drainage, making better the natural outflow of intraocular liquid for patients glaucoma. The early and remote (in time to 6 months) results of decline of ophthalmotonus are shown, advantages and prospects of application of this operation are presented in surgical treatment of primary open-angle glaucoma.

Keywords: glaucoma, uveoscleral outflow, intraocular liquid