

УДК 617.7-007.681-009.7-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЕРМИНАЛЬНОЙ БОЛЯЩЕЙ ГЛАУКОМЫ

© В.Н. Канюков, Е.Ф. Чеснокова

Ключевые слова: терминальная болящая глаукома; дренирование; органосохраняющие операции.

От глаукомы по данным ВОЗ страдает более 30 млн человек, из них процент терминальной глаукомы постоянно увеличивается в связи с трудностями лечения данной патологии. Разработан метод микроинвазивного лечения с термодренированием задней камеры, позволяющий купировать болевой синдром и снизить внутриглазное давление. Этот метод является малотравматичным и доступным вмешательством, что повышает эффективность органосохраняющих операций при терминальной болящей глаукоме.

ВВЕДЕНИЕ

Глаукома на протяжении многих десятилетий остается актуальной социальной и медицинской проблемой. По данным ВОЗ из 28 млн слепых почти каждый пятый потерял зрение в связи с глаукомой, при этом число пациентов с терминальной стадией глаукомы, наиболее сложной в лечении, имеет тенденцию к неуклонному росту [1]. Терминальная болящая глаукома – это проблема, которая для пациента меняет качество жизни до полной социальной и профессиональной непригодности. Лечение такой патологии, как правило, проходит многоэтапный путь и сопряжено с рядом трудностей [1]. Гипотензивные средства консервативного лечения нередко оказывают краткосрочный эффект в силу анатомических изменений структур угла передней камеры (УПК) при далеко зашедшей глаукоме, по этим же причинам и выполнение классических антиглаукомных операций сопровождается недостаточным клиническим эффектом [2]. Основные методики, направленные на подавление продукции внутриглазной жидкости, использующие физическое воздействие лазерной энергии – циклофотокоагуляция и холодовое – криопексия, одновременно приводят к развитию воспалительного процесса в цилиарном теле и могут быть причиной отека, повышения внутриглазного давления (ВГД) и дополнительного болевого синдрома. Кроме того, только дифференцированный выбор параметров лазерного излучения при проведении контактной диод-лазерной коагуляции цилиарного тела с учетом исходной степени атрофии цилиарного тела позволяет купировать болевой синдром [3–5].

За последнее десятилетие в лечении терминальной болящей глаукомы большее место занимают органосохраняющие малоинвазивные операции, позволяющие снижать внутриглазное давление и купировать болевой синдром с высокой эффективностью порядка 85–100 % [6]. По данным литературы, сравнительно высокая эффективность метода экваториальной непроникающей склеротомии, но при этом не исключается развитие стафилом склеры, что может привести в дальнейшем к прогрессированию процесса и возможной энуклеации глазного яблока [7].

Микроинвазивные вмешательства с применением дренажных конструкций нередко приводят к дислокации дренажа, формированию вторичных изменений тканей глаза, соприкасающихся с дренажом, окклюзии дренажей, что приводит к дополнительным оперативным вмешательствам [8].

В нашем филиале предложен метод микроинвазивного оперативного лечения с термодренированием задней камеры глаза для снижения внутриглазного давления и купирования болевого синдрома.

Цель: изучить эффективность предложенного метода лечения – микроинвазивной синустрабекулэктомии с термодренированием задней камеры, выполняемого с органосохранной целью при терминальной болящей глаукоме.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под наблюдением с диагнозом терминальная болящая глаукома за период 2012–2013 гг. находилось 12 пациентов, 8 из которых прооперированы по данной методике. Давность заболевания составила от 4 до 10 лет. Внутриглазное давление колебалось от 32 до 43 мм рт. ст. на фоне максимальной гипотензивной терапии, причем в 100 % случаев всем пациентам, находившимся под наблюдением, неоднократно проводились фистулизирующие и энергетические методы оперативного лечения. Из них светоощущение с неправильной проекцией света было сохранено лишь в 4-х глазах (25 %).

В Оренбургском филиале ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России разработан метод микроинвазивной синустрабекулэктомии с термодренированием задней камеры.

Техника оперативного лечения: после обработки операционного поля под местной анестезией ретробульбарно раствором ультракаина 2 мл и инстилляций раствора инокаина 0,4 % выполнялся Г-образный разрез конъюнктивы по лимбу в верхнем отделе в зоне, свободной от рубцов конъюнктивы от предыдущих оперативных вмешательств. Поверхностный лоскут склеры размером 3,0×2,5 мм отсепаровывался основанием к лимбу до десцеметовой мембраны, средние слои склеры и передние слои трабекулярной зоны ис-

секались, через глубокие слои склеры у корня радужки подводным термокаутером формировалось дренажное отверстие в заднюю камеру, одновременно коагулировались сосуды цилиарного тела, формируя свищ, поверхностный лоскут укорачивался на 1,5 мм, на конъюнктиву накладывался специально разработанный нами шов (патент на изобретение № 2459600 от 27 августа 2012 г., В.Н. Канюков).

В послеоперационном периоде в зависимости от значений ВГД назначалось наряду с противовоспалительной терапией гипотензивное лечение, в основном ингибиторы карбоангидразы.

Из стационара пациенты выписывались на 2–3 сутки под наблюдение офтальмолога по месту жительства.

В раннем (1 месяц) и позднем (от 4 до 24 месяцев) послеоперационном периоде оценивались как субъективные критерии эффективности: боли в глазу, головные боли, так и объективные критерии эффективности проведенного оперативного лечения: уровень ВГД, отек роговицы, инъекция глазного яблока, рубец радужки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Всего прооперировано в период за 2012–2013 гг. по предлагаемой методике 8 глаз (8 пациентов) с терминальной болящей глаукомой, из них мужчин – 5, женщин – 3. Срок наблюдения в послеоперационном периоде составил от 4 до 24 месяцев. Возраст пациентов составил в среднем 64 года (от 60 до 83 лет).

В раннем послеоперационном периоде (от 2 дней до 1 месяца) непосредственный гипотензивный эффект был отмечен в 100 % случаев, ОСО – в 1 случае (12,5 %). Во всех случаях болевой синдром купировался, снижение ВГД по Маклакову в среднем от 30 до 50 % от исходного, 4 пациента продолжали закапывать гипотензивные препараты – ингибиторы карбоангидразы и простагландины.

В отдаленные сроки (от 4 до 24 месяцев) нормализация офтальмотонуса была отмечена только у 6 (75 %) пациентов, причем 4 из них (50 % от общего числа прооперированных) нуждались в дополнительной гипотензивной терапии, у которых незначительно сохранялась застойная инъекция и увеличивался рубец радужки. Следует также отметить, что за указанный период наблюдения 2 пациента повторно прооперированы по той же методике, после чего болевой синдром и признаки застойной инъекции полностью купировались (срок наблюдения до 3 месяцев).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный метод микроинвазивной синустрабекулэктомии с термодренированием задней камеры

является эффективным методом лечения терминальной стадии глаукомы. Данный метод позволяет ликвидировать болевой синдром и сохранить глаз как орган. Данная методика может быть выполнена в любом специализированном глазном отделении и является малотравматичным вмешательством для пациента. Технически не требует дополнительного оборудования и дорогостоящих расходных материалов, что снижает экономическую стоимость данного метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Либман Е.С., Шахова Е.В. Слепота, слабовидение и инвалидность по зрению в Российской Федерации // Ликвидация устранимой слепоты: Всемирная инициатива ВОЗ: материалы Российского межрегионального симпозиума. М., 2003. С. 38-42.
2. Дробница А.А., Узунян Д.Г. Акустическая морфология иридоцилиарной зоны у пациентов с терминальной глаукомой на основе метода УБМ // Актуальные проблемы офтальмологии: 8 Всерос. науч. конф. молодых ученых. М., 2013. С. 74.
3. Егорова Э.В., Соколовская Т.В., Узунян Д.Г., Дробница А.А. Оценка результатов контактной транссклеральной диод-лазерной циклокоагуляции с учетом изменений цилиарного тела при исследовании методом ультразвуковой биомикроскопии у больных с терминальной глаукомой // Офтальмохирургия. 2013. № 3. С. 72.
4. Синеок А.Е., Васильев Р.А., Карлова Е.В., Золотарев А.В., Миллюдин Е.С. Сравнительная оценка ранних послеоперационных результатов непроникающей экваториальной склеротомии с органосохраняющими методиками при терминальной глаукоме // Офтальмохирургия. 2011. № 2. С. 34-37.
5. Робустова О.В., Бессмертный А.М., Червяков А.Ю. Циклодеструктивные вмешательства в лечении рефрактерной глаукомы // Глаукома. 2003. № 1. С. 40-46.
6. Бабушкин А.Э., Оренбургкина О.И., Рахматуллин А.Л., Чайка О.В., Матюхина Е.Н. К вопросу о лечении неоваскулярной глаукомы // Восток–Запад: сборник науч. тр. науч.-практ. конф. Уфа: Дизайн-ПолиграфСервис, 2011. С. 166.
7. Нестеров А.П., Бушин Ф.Я., Кацнельсон Л.А. Внутриглазное давление // Физиология и патология. М.: Наука, 1974. 381 с.
8. Волкова Н.В., Юрьева Т.Н., Шуко А.Г. и др. Классификация путей оттока внутриглазной жидкости после фистулизирующих антиглаукоматозных операций // Глаукома. 2008. № 3. С. 16-20.

Поступила в редакцию 26 февраля 2014 г.

Kanyukov V.N., Chesnokova E.F. SURGICAL TREATMENT OF TERMINAL PAINFUL GLAUCOMA

According to the World Health Organization more than 30 million people suffer from glaucoma, of which the percentage of terminal glaucoma is constantly increasing due to the difficulty of treatment of this disease. There has been developed a method of microinvasivetreatment with therm drainage of posterior chamber allowing stopping pain and reducing intraocular pressure. This method is less traumatic and affordable surgery that improves the efficiency of preserving surgery in terminal painful glaucoma.

Key words: terminal painful glaucoma; drainage; preserving surgery.

Канюков Владимир Николаевич, Оренбургский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, г. Оренбург, Российская Федерация, профессор, директор, заслуженный врач РФ, e-mail: nauka@ofmntk.ru

Kanyukov Vladimir Nikolayevich, Academician S.N. Fyodorov FSBI IRTC "Eye Microsurgery", Orenburg branch, Orenburg, Russian Federation, Professor, Director, Honored Doctor of RF, e-mail: nauka@ofmntk.ru

Чеснокова Евгения Федоровна, Оренбургский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, г. Оренбург, Российская Федерация, врач-офтальмолог, e-mail: nauka@ofmntk.ru

Chesnokova Evgeniya Fedorovna, Academician S.N. Fyodorov FSBI IRTC "Eye Microsurgery", Orenburg branch, Orenburg, Russian Federation, Ophthalmologist, e-mail: nauka@ofmntk.ru