

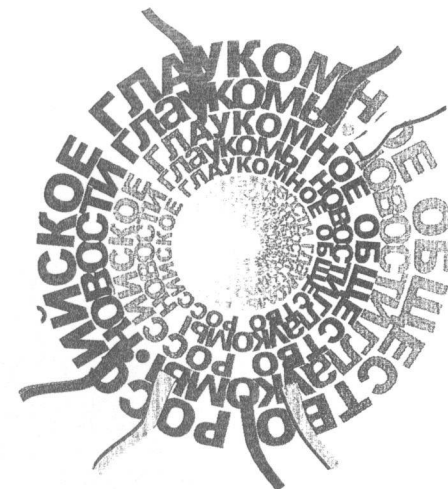
ФГУ 2-ой ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВОЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ
им. П.В. Мандрыка
РОССИЙСКОЕ ГЛАУКОМНОЕ ОБЩЕСТВО

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ
IX МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

ГЛАУКОМА: ТЕОРИИ, ТЕНДЕНЦИИ, ТЕХНОЛОГИИ

*НРТ КЛУБ РОССИЯ - 2011

2 декабря 2011 г.



Москва - 2011



АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Джумова М.Ф., Джумова А.А.

БГМУ, Республика Беларусь, г. Минск,

Глаукома является одной из основных причин снижения зрения и слепоты в мире [11]. Несмотря на внедрение новых методов диагностики и терапии, лечение глаукомы остается сложной проблемой, с каждым годом увеличивается удельный вес тяжелых исходов. Глаукомой болеют от 70 до 90 млн. человек в мире, около 10% из них становятся слепыми на оба глаза [9].

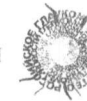
Снижение внутриглазного давления (ВГД) играет решающую роль для стабилизации глаукомного процесса, устраняя первичное повреждение аксонов в решетчатой пластинке зрительного нерва [5].

Цель: оценить результаты хирургического лечения первичной открытоугольной глаукомы у больных с различными стадиями заболевания.

Материал и методы

Под наблюдением находились 75 больных (77 глаз) с первичной открытоугольной глаукомой в возрасте от 46 до 82 лет (66,25±8,82); из них 44 мужчины и 31 женщина. В течение 2010 года всем пациентам была выполнена синусотрабекулэктомия (СТЭ). Результаты лечения проанализированы в 77 прооперированных глазах (у 2 пациентов прооперированы два глаза). Пациенты были разделены на две группы в зависимости от стадии заболевания. В 33 глазах (42,86%) диагностирована I-II стадия глаукомы (первая группа), в 44 (57,14%) – III стадия (вторая группа). У всех пациентов было высокое внутриглазное давление на фоне максимальной медикаментозной терапии, отмечалось прогрессирование заболевания. Больных наблюдали в раннем послеоперационном периоде от 1 дня до 1 месяца. Отдаленные сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 1,5 лет.

Всем пациентам проводили комплексное офтальмологическое обследование, включающее тонометрию, визометрию, кинетическую периметрию, стандартную автоматизированную периметрию на периметре «Humphrey Field Analyzer» (Carl-Zeiss Meditec), программы «Central 30-2 Threshold Test» и «Peripheral 60-4 Threshold Test» (оценивали светочувствительность сетчатки, индекс MD (среднее отклонение или средний дефект)), оптическую когерентную томографию (ОКТ) на томографе «Visante OCT» (Carl Zeiss Meditec), (оценивали состояние внутренней фистулы, наличие интрасклеральной полости, слоев в структуре филь-



трационной подушечки, субконъюнктивальных кист). Сканирование выполняли в режиме изображений высокого разрешения в параллельном и перпендикулярном лимбу направлениях. Для статистического анализа использовали программы Microsoft Office и STATISTICA 6.0. Для сравнения количественных признаков использовали критерии Манна-Уитни (MW), Вилкоксона (В). Параметры представлены в формате: Me – медиана, [LQ-UQ] – нижний и верхний квартиль, p – достигнутый уровень значимости.

Результаты

До лечения у пациентов первой группы уровень тонометрического ВГД составил 35,0 [32,0-42,0] мм. рт. ст., у пациентов второй группы – 34,5 [30,0-38,0] мм. рт. ст. Значимых различий между группами по уровню ВГД до лечения не выявлено (p=0,417, MW).

После проведенного хирургического лечения (1 месяц) внутриглазное давление значительно снизилось в двух группах (19,0 [17,0-21,0] мм рт. ст., p=0,001 (В); 18,0 [17,0-20,0] мм рт. ст., p=0,001, (В)) без дополнительной медикаментозной терапии. Через 6 месяцев уровень ВГД составил (17,0 [16,0-19,0] мм рт. ст. vs 18,0 [15,5-19,0] мм рт. ст. в первой и второй группах соответственно, p=0,001 (В) для двух групп при сравнении с первым визитом). Через 6 месяцев компенсация ВГД без дополнительной местной терапии достигнута в 29 глазах первой группы, что составило 87,87%, в 4 глазах (12,12%) для нормализации офтальмотонуса потребовалась гипотензивная терапия. Во второй группе через 6 месяцев отойкая компенсация ВГД без дополнительного лечения достигнута в 38 глазах (86,36%), гипотензивная терапия назначена в 13,64% случаев (6 глаз). В дальнейшем, (9-18 месяцев), внутриглазное давление было компенсировано у всех пациентов (с применением дополнительной терапии в 5 (15,15%) и 8 (18,18%) глазах в двух группах пациентов соответственно).

В раннем послеоперационном периоде у 2 пациентов с далеко зашедшей стадией заболевания диагностирована хориоидальная отслойка, которая в 1 случае потребовала хирургического опорожнения. У 2 пациентов в разных стадиях в послеоперационном периоде зафиксирована гипефама высотой 1-2 мм, которая самостоятельно рассосалась.

Формирующаяся после антиглаукоматозных операций фильтрационная подушечка представляет рубец, состояние которого отражает характер репаративной регенерации [4].

Тонкие, аваскулярные, четко ограниченные фильтрационные подушечки были сформированы в 67 глазах (87,01%). В 10 глазах фильтрационные подушечки были плоские, слабовыраженные. В дальнейшем у этих пациентов мы наблюдали постепенный подъем внутриглазного давления, что потребовало дополнительного назначения местной ги-

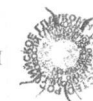


потензивной терапии для стабилизации зрительных функций. Нами не выявлено рубцевания внутренней фистулы при гониоскопическом исследовании у пациентов с плоскими подушечками, что позволило предположить вероятность развития рубцовых сращений в склеральном лоскуте, теноновой капсуле и конъюнктиве. Полученные результаты согласуются с данными литературы, согласно которым разрастание фибробластов как причина неудач антиглаукоматозных операций диагностируется в большей части случаев [3, 7].

Мы оценили структуру фильтрационной подушечки методом оптической когерентной томографии (ОКТ) на томографе «Visante OCT» (Carl Zeiss Meditec). В динамике выявляли постепенную утрату структуры фильтрационной подушечки, уменьшение интрасклеральной полости как при выраженных, четко отграниченных, так и при плоских фильтрационных подушечках. У пациентов с плоскими фильтрационными подушечками методом ОКТ подтверждено отсутствие рубцевания внутренней фистулы, но выявлено отсутствие многослойной структуры фильтрационной подушечки. В ряде случаев ВГД у пациентов оставалось компенсированным, несмотря на утрату многослойной структуры фильтрационной подушечки, что позволило сделать вывод о наличии функционирующей фильтрационной подушечки.

Острота зрения с коррекцией после хирургического лечения повысилась у 2 пациентов (6,06%) в первой группе и 3 пациентов (6,82%) во второй, ухудшилась у 1 и 3 пациентов (3,03% и 6,82%), оставалась стабильной у 30 пациентов в первой группе и 38 во второй, что составило 90,9% и 86,36% соответственно. Через полгода после операции острота зрения оставалась стабильной в 29 глазах (87,87%) в первой группе и 36 глазах (81,81%) во второй. Снижение остроты зрения, не связанное с помутнением хрусталика, выявлено в 9 глазах в двух группах (11,68%). В последующем тенденция сохранялась.

У больных ПОУГ во II стадии данные стандартной автоматизированной периметрии свидетельствовали о расстройстве функций центрального и периферического полей зрения. В 20 глазах из 33 (60,6%) выявлены относительные и абсолютные парацентральные дефекты. Дефекты выявляли во всех квадрантах, наиболее типичная их локализация – в/носовой и н/носовой квадранты. Наименьшее количество пораженных точек локализовалось в н/височной области. Средний дефект (индекс MD) в центральном поле зрения до лечения составил -9,230 [-15,870 — -5,81] дБ, через месяц после хирургического лечения уменьшился до -7,930 [-13,100 — -5,190] дБ ($p < 0,05$), через 6 месяцев значение показателя увеличилось до первоначального значения -9,390 [-14,940 — -6,670] дБ ($p = 0,386$ по сравнению с первым визитом). У большинства пациентов снижение ВГД



после хирургического лечения способствовало стабилизации функционального состояния центрального поля зрения (87,87%, 29 глаз).

У всех больных с III стадией глаукомного процесса данные стандартной автоматизированной периметрии свидетельствовали о значительном расстройстве функций ЦПЗ. Локальные абсолютные и относительные дефекты выявлены в 100% случаев. Значительное снижение светочувствительности сетчатки зафиксировано во всех квадрантах. Стабилизация функционального состояния поля зрения после снижения ВГД выявлена у 38 пациентов (86,36%).

У 10 больных в двух группах (13%) нормализация внутриглазного давления не привела к стабилизации зрительных функций, продолжалось ухудшение зрения.

Таким образом, снижение ВГД играет решающую роль для стабилизации глаукомного процесса. Однако хирургический способ лечения не решает полностью проблемы терапии глаукомной оптической нейропатии. Нормализация офтальмотонуса не всегда приводит к ожидаемой стабилизации зрительных функций пациента. В ряде случаев продолжается прогрессирование ГОН и ухудшение зрения [1, 2]. Глаукомная оптическая нейропатия имеет сложный и многофакторный патогенез, велико влияние сосудистого, метаболического и других факторов [6, 8, 10].

Выводы

1. Фистулизирующие операции (СТЭ) эффективно снижают внутриглазное давление у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой в различных стадиях заболевания.
2. Выявлено ухудшение зрительных функций у 13% пациентов после хирургического лечения при нормализованном уровне внутриглазного давления.

Литература:

1. Волков В.В. Глаукома при псевдонормальном давлении: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2001. – 352 с.
2. Егоров Е.А., Алексеев В.Н., Мартынова Е.Б. и др. Патогенетические аспекты лечения первичной открытоугольной глаукомы. – М.: Медицина, 2001. – 119 с.
3. Жердецкий А.С., Артамонов В.П., Каминская Л.А. Клинико-экспериментальное исследование синустрабекулсклерэктомии с ауто-субконъюнктивальным дренажем при открытоугольной далекозашедшей глаукоме // Глаукома на рубеже тысячелетий: итоги и перспективы: Всероссийск. научно-практ. конф.: Материалы. – М., 1999. – С. 182-184.
4. Лебедев О.И. Клинические критерии оценки интенсивности репаративных процессов после антиглаукоматозных операций // Глаукома на рубеже тысячелетий: итоги и перспективы: Всероссийск. научно-практ. конф.: Материалы. – М., 1999. – С. 208-211.