

Т.А. Бирич, А.Ю. Чекина

ДОЗИРОВАННАЯ СИНУСТРАБЕКУЛЭКТОМИЯ В ХИРУРГИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ И СМЕШАННОЙ ГЛАУКОМЫ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Глаукомой, как известно, страдает около 2% населения старше 40–45 лет, в развитых странах она остается одной из главных причин неизлечимой слепоты (2,3).

Среди различных методов хирургических вмешательств при открытоугольной глаукоме ведущее место занимает по-прежнему синустрабекулэктомия с различными ее модификациями, как например, глубокая склерэктомия (4) и непроникающая глубокая склерэктомия (5,6).

Однако зачастую применение синустрабекулэктомии дает у ряда больных гипо- или гиперэффект, что способствует развитию осложнений и снижению зрительных функций.

В связи с этим изучение литературы привело нас к выводу о целесообразности использования дозированной синусэктомии, предложенной А.С.Смеловским (1). Мы пользуемся модификацией синустрабекулэктомии, при котором длина зоны иссечения полоски глубоких слоев склеры с частью трабекул и Шлеммова канала дозируется так, чтобы при умеренном повышении внутриглазного давления (ВГД) и коэффициента легкости оттока (КЛО)=0,08 и больше при начальной стадии глаукомы длина его была равной 3 мм, развитой – 4 мм, далеко зашедшей – 5мм. При высоком ВГД или КЛО=0,07 и меньше зона иссечения полоски увеличивается на 1 мм.

Целью нашего исследования было изучение эффективности лечения первичной открытоугольной глаукомы с использованием дозированной синустрабекулэктомии (СТЭ).

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 48 больных (48 глаз), средний возраст пациентов – 65 лет, мужчин – 29, женщин – 19.

По стадиям заболевания больные распределялись следующим образом: II стадия – 20 больных, III стадия – 18 больных.

Учитывалось также значение уровня ВГД и КЛО перед операцией и после нее.

Всем больным проводилось общепринятое исследование функций зрения и гидродинамики глаз.

До операции средний уровень ВГД был равен 32 ± 6 мм рт ст. Значения КЛЮ колебались от 0,02 до 0,08, коэффициент Беккера у всех больных был выше нормы, часто в несколько раз.

Всем больным (48 глаз) была выполнена дозированная синустрабекулэктомия в зависимости от уровня ВГД и показателя КЛЮ.

Эти больные составили основную группу. В качестве контрольной группы нами была взята группа больных с открытоугольной глаукомой, состоящая из 37 человек (37 глаз), которым была произведена обычная СТЭ. Из них у 20 была II стадия глаукомы, у 17 – III стадия заболевания.

Результаты: Отдаленные результаты при сроках наблюдения от 6 месяцев до 2 лет были изучены у 30 больных (30 глаз), перенесших дозированную операцию, недозированная – у 37 больных (37 глаз).

Анализ результатов показал, что дозированная и обычная синустрабекулэктомия при ближайших и отдаленных результатах наблюдения дают стойкую нормализацию ВГД и КЛЮ. Однако среднее ВГД в отдаленные сроки наблюдения после дозированной операции было достоверно выше ($21,3 \pm 0,3$ мм рт ст), чем при обычной методике ($17,5 \pm 0,3$) операции ($P < 0,01$). В двух группах оперированных достигнута нормализация показателей гидродинамики глаза, но имело место снижение показателя F. Однако в результате дозированной синустрабекулэктомии F был выше ($1,78 \pm 0,08$), чем после обычной методике ($0,87 \pm 0,18$), и наиболее близким к среднефизиологическому при отдаленных ($1,76 \pm 0,09$) наблюдениях ($P < 0,01$).

В послеоперационном периоде нами была проведена медикаментозная реабилитация больных: эмоксипин 1% р-р парабульбарно по 0,5 мл 10 и в/мышечно по 2,0 мл 10; актовегин по 5,0 мл в/мышечно 10; ноотропы (пирасетам или ноотропин) 0,4 г 3 раза в день в течение месяца; трентал 2% р-р парабульбарно по 0,5 мл 10, поливитамины.

В результате хирургического и медикаментозного лечения острота зрения у больных, перенесших дозированную СТЭ, повысилась у 25 человек (25 глаз – 66%), границы поля зрения расширились у 34 (34 глаза – 89%) больных, лишь на 4 глазах наблюдалось сужение полей зрения. Это были глаза, основными причинами снижения зрительных функций которых была катаракта, прогрессирование глаукомы.

Выводы:

1. Наиболее целесообразно применять дозированную СТЭ при открытоугольной и смешанной глаукоме, так как она обеспечивает в ближайшие и отдаленные сроки наблюдений стойкую нормализацию внутриглазного давления, гидродинамики глаза, а также в сочетании с последующей за операцией медикаментозной терапией улучшение и стабилизацию зрительных функций.

2. Дозированная синустрабекулэктомия по сравнению с общепринятым методом ее дает меньше послеоперационных осложнений и обеспечивает лучшие показатели гидродинамики глаза.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Смеловский А.С. / Дозированная синусэктомия при открытоугольной и смешанной глаукоме // Мат. V конф. Офт. БССР. — Мн., — 1986. — с. 27-29.
2. Койвонен М. / Клиническое применение препаратов группы «Офтан» // Мат. симп. — М. — 1984. — с. 35-42.
3. Нестеров А.П. / Казанский мед. Журнал. — 1968. — 6. — с. 38-40.
4. Нестеров А.П. Первичная глаукома. — М. — 1982.
5. Федоров С.Н., Козлов В.И. / Амбулаторная хирургия глаукомы в автоматизированная операционной // Докл. V Всерос. Съезда офт. — М. — 1987. — с. 450-452.
6. Федоров С.Н., Козлов В.И. и др. / Непроникающая глубокая склерэктомия при открытоугольной глаукоме // Офтальмохирургия. — 1989. — 3-4. — с.52-55.