

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

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ  
V МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

**ГЛАУКОМА:  
ТЕОРИИ, ТЕНДЕНЦИИ,  
ТЕХНОЛОГИИ**

\*НРТ КЛУБ РОССИЯ - 2007

7 декабря 2007 г.



Москва - 2007

М.Ф. Джумова, Т.А. Бирич, А.А. Джумова

## Результаты хирургического лечения рефрактерной глаукомы

БГМУ, г. Минск, Беларусь

**Аннотация.** Для лечения разновидностей глаукомы с тяжелым клиническим течением (рефрактерная глаукома) производили фистулизирующие антиглаукоматозные операции с применением силиконового дренажа (17 глаз). Во всех случаях в анамнезе имели место от 1 до 3 антиглаукоматозных операций. До операции среднее  $P_o$  составляло  $36,02 \pm 3,3$  мм. рт. ст. Через месяц после выписки из стационара среднее  $P_o$  составило  $15,2 \pm 5,1$  мм. рт. ст. В отдаленном периоде (от 1 года до 3 лет) наблюдались 16 пациентов (16 глаз). Стойкая нормализация офтальмотонуса достигнута в 68,75% случаев (среднее  $P_o$   $19,2 \pm 0,66$  мм. рт. ст.), что позволило сохранить зрительные функции у большинства пациентов. У 5 пациентов (31,25%) с почти терминальной или терминальной глаукомой в течение периода наблюдения ВГД постепенно повысилось до  $30,03 \pm 4,2$  мм. рт. ст. Дренажная хирургия рефрактерной глаукомы может являться методом выбора при неэффективности ранее проведенных хирургических операций.

Клинические разновидности глаукомы, которые отличаются тяжелым упорным клиническим течением, объединяются понятием «рефрактерная глаукома». Термин «рефрактерная глаукома» объединяет такие клинические разновидности глаукомы, как неоваскулярная, увеальная, посттромботическая, юношеская, неоднократно оперированная первичная, закрытоугольная «ползучая», пигментная и др.[1, 2, 3].

Основным проявлением развития данного заболевания являются выраженные анатомические изменения дренажной системы глаза, которые

значительно затрудняют, а иногда делают невозможным отток внутриглазной жидкости. Значительные нарушения гидродинамики глаза ведут к быстрой потере зрительных функций и развитию в итоге терминальной болящей глаукомы. Оперативное вмешательство при рефрактерной глаукоме является в большинстве случаев единственно эффективным [1, 3, 6]. В качестве способов хирургического лечения данного вида глаукомы применяются интра- и послеоперационное использование цитостатиков, циклодеструктивные вмешательства, имплантация дренажей в зоне хирургического вмешательства. [4]. Дренажная хирургия рефрактерной глаукомы рассматривается авторами как наиболее перспективное направление хирургического лечения данной патологии [1, 3, 5, 6].

**Цель** - клинический анализ результатов хирургического лечения рефрактерной глаукомы.

### Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 17 больных (17 глаз) с рефрактерной глаукомой в возрасте от 29 до 65 лет. На 4 глазах диагностирована неоваскулярная глаукома при сахарном диабете, на 2 – посттромботическая, на 3 – увеальная, на 8 – ранее неоднократно оперированная первичная глаукома. Во всех случаях в анамнезе имели место от 1 до 3 антиглаукоматозных операций фистулизирующего типа. Давность операции варьировала от 2 месяцев до 5 лет. Рубцевание зоны фильтрации привело к повышению среднего  $P_o$  до  $36,02 \pm 3,3$  мм. рт. ст. Всем больным до хирургического лечения проводили стандартное офтальмологическое обследование. Зрительные функции были нестабилизированными, у большинства пациентов было концентрическое сужение поля зрения до  $10^\circ$  от точки фиксации. Острота зрения у 3 пациентов составляла 0,1-0,2, у 9 была снижена до 0,01-0,04, у 5 пациентов была почти терминальная или терминальная глаукома. Всем больным была произведена синусотрабекулэктомия и глубокая склерэктомия под склеральным лоскутом в сочетании с дренированием силиконовым дренажом. Дренаж укладывали

одним концом в переднюю камеру, а другой его конец фиксировали к глубоким слоям склеры 2 швами 10-0 под склеральным лоскутом. Операцию выполняли в различных квадрантах глазного яблока. Иридэктомию не производили при выраженном рубцозе радужки по причине большой опасности кровотечения, выполняли иридотомии между сосудами радужки. Срок наблюдения после выписки из стационара – от 3 месяцев до 3 лет. Тяжелая клиническая форма глаукомы сопровождалась сложной сопутствующей патологией: сахарный диабет, III стадия гипертонической болезни.

#### Результаты и обсуждение

В послеоперационном периоде у всех пациентов достигнута компенсация ВГД. Через месяц после выписки из стационара среднее  $P_o$  составило  $15,2 \pm 5,1$  мм. рт. ст. У большинства пациентов не наблюдали выраженной воспалительной реакции, что свидетельствует об отсутствии у имплантируемого дренажа аллергических и токсических свойств по отношению к тканям глаза.

При наличии интраоперационной гифемы пациенты получали консервативную терапию (3 пациента). В одном случае у пациентки с посттромботической глаукомой, выраженным рубцозом радужки и гипотонией на 3 день после операции диагностирована гифема до 2/3 передней камеры. Гифема удалена через парацентез, склеральный лоскут дополнительно фиксирован. У 3 пациентов с неоваскулярной глаукомой гифема неоднократно рецидивировала в последующие годы наблюдения.

В послеоперационном периоде в 2 случаях диагностирована хориоидальная отслойка, которая не потребовала хирургического лечения.

У пациентки с увеальной глаукомой, гониосинехиями и мидриазом через месяц после дренирования развилась осложненная катаракта. Выполнена экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ, пластикой радужки и синехиотомией. В последующем через 2 месяца диагностирована дислокация дренажа из-под склерального лоскута с диастазом конъюнктивы. Дренаж фиксирован к склере, наложены конъюнктивальные швы. Внутриглазное

давление у этой пациентки оставалось стабилизированным ( $P_o$  – 17,2 мм. рт. ст.).

В отдаленном периоде (сроки наблюдения от 1 года до 3 лет) наблюдались 16 пациентов (16 глаз). Внутриглазное давление оставалось в пределах нормальных значений у 11 пациентов (68,75%) без медикаментозной терапии или с медикаментозной поддержкой (среднее  $P_o$   $19,2 \pm 0,66$  мм. рт. ст.). Компенсация ВГД достигнута у всех пациентов с далеко зашедшей и почти терминальной первичной глаукомой, увеальной и на I глазу с посттромботической глаукомой. Нормализация офтальмотонуса способствовала сохранению зрительных функций.

Осложненная катаракта была диагностирована и удалена у 8 пациентов в различные сроки после хирургического лечения (4 глаза с первичной глаукомой, 2 увеальных глаза и 2 глаза с неоваскулярной глаукомой). Всем пациентам имплантирована ИОЛ. Острота зрения повысилась у 4 пациентов (первичная и увеальная глаукома). У всех остальных пациентов острота зрения осталась на прежнем уровне.

В 1 случае при увеальной глаукоме через полгода после экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ диагностировали обострение воспалительного процесса с повышением  $P_o$  до 36 мм. рт. ст. Противовоспалительное лечение привело к снижению  $P_o$  до 20 мм. рт. ст., что позволило отказаться от планируемой антиглаукоматозной операции.

У 5 пациентов (31,25%) с почти терминальной или терминальной глаукомой в течение периода наблюдения ВГД постепенно повысилось до  $30,03 \pm 4,2$  мм. рт. ст. (на гипотензивных медикаментах). Тем не менее, 3 пациента положительно оценивали эффект операции, так как болевой синдром отсутствовал (неоваскулярная и посттромботическая глаукома). В одном случае у пациента с неоваскулярной глаукомой через 1 год после операции дренаж дислоцировался, самопроизвольно удалился, а в последующем, в связи с возобновившимися болями в глазу, была произведена энуклеация. Во втором случае пациенту было выполнено циклодеструктивное вмешательство.

### Заключение

Дренажная хирургия рефрактерной глаукомы является перспективным направлением хирургического лечения данной патологии. Оперативное лечение позволяет нормализовать внутриглазное давление и сохранить зрительные функции в течение нескольких лет у большинства пациентов. Положительный эффект операции был достигнут у всех больных первичной глаукомой. При неоваскулярной глаукоме со временем положительный эффект операции снижается в связи с повышенным рубцеванием и неоваскуляризацией тканей в зоне операции, а выполняемые операции, по сути, являются органосохраняющими. При увеальной глаукоме результат определяется исходным состоянием глаза. Экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ, произведенная вторым этапом, значительно повысила остроту зрения у двух пациентов с увеальной глаукомой.

### Выводы

1. Дренажная хирургия рефрактерной глаукомы может являться методом выбора при неэффективности ранее проведенных хирургических операций.
2. После фистулизирующих антиглаукоматозных операции с применением дренажа стойкая нормализация офтальмотонуса достигнута в 68,75% случаев, что позволило сохранить зрительные функции у большинства пациентов.
3. При проведении данного оперативного лечения после предшествовавших неэффективных антиглаукоматозных операций продолжительность компенсации офтальмотонуса составляет от 1 года до 3 лет.

### Литература

1. Бессмертный А.М., Червяков А.Ю. Применение имплантатов в лечении рефрактерной глаукомы // Глаукома. - 2001. - №1. - С. 44-47.
2. Бессмертный А.М., Робустова О.В. Клиническая оценка эффективности комбинированного метода лечения неоваскулярной глаукомы // Глаукома: проблемы и решения: Всерос. науч.-практич. конф.: Материалы. - М., 2004. - С. 273 -275.

3. Анисимова С.Ю., Анисимов С.И., Рогачева И.В. Хирургическое лечение рефрактерной глаукомы с использованием нового, стойкого к биодеструкции коллагенового дренажа // Глаукома. - 2006. - №2. - С. 51-56.

4. Астахов С.Ю., Астахов Ю.С., Брезель Ю.А. Хирургия рефрактерной глаукомы: что мы можем предложить? // Глаукома: теории, тенденции, технологии НРТ клуб Россия – 2006. - Сб. статей IV Международной конференции. - М., 2006. - С. 24-29.

5. Чупров А.Д., Подыниогина В.В., Гаврилова И.А. Результаты хирургического лечения далеко зашедшей и терминальной глаукомы с применением силиконового дренажа // Глаукома. - 2006. - №3. - С. 26-28.

6. Syed H.M., Law S.K., Nam S.H. et al. Baerveldt-350 implant versus Ahmed valve for refractory glaucoma: a case-controlled comparison // J. Glaucoma. - 2004. - Vol. 13. - № 1. - Н. 38-45.