

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ РЕКОНСТРУКЦИИ ФИЛЬТРАЦИОННОЙ ЗОНЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Гипотензивные хирургические операции являются одним из основных направлений в лечении открытоугольной глаукомы. Повторное повышение внутриглазного давления встречается нередко – в 3,2–30% случаев. Существует множество способов решения этой проблемы, от медикаментозной терапии до повторных хирургических вмешательств. Один из вариантов хирургического вмешательства – реконструкция фильтрационной зоны. В статье представлены результаты анализа эффективности данной операции, свидетельствующие о том, что реконструкция фильтрационной зоны дает хороший гипотензивный и функциональный эффект и может быть рекомендована для лечения глаукомы.

Ключевые слова: лечение глаукомы, внутриглазное давление, реконструкция фильтрационной зоны

Актуальность

Среди проблем современной офтальмологии глаукома является одной из наиболее актуальных. В последние годы в России отмечается значительное увеличение распространенности глаукомы (с 0,15 до 0,6 на 10 000 взрослого населения) и ее доли среди причин первичной инвалидности (с 20 до 28%). В 81,2% случаев лицам с глаукомой при первичном освидетельствовании в бюро МСЭ устанавливается I или II группа инвалидности [1]. В настоящее время в арсенале офтальмологов имеется достаточно медикаментов для консервативного лечения глаукомы. Однако хирургическое лечение этого заболевания остается наиболее эффективным методом снижения внутриглазного давления.

В хирургии глаукомы имеются различные модификации гипотензивных операций, начиная от иридэктомии Грефе (1856) и до современных микрохирургических техник фильтрующего и непроникающего типа. Длительность гипотензивного эффекта после хирургического вмешательства зависит от стадии глаукомного процесса, правильности выбора оперативного вмешательства, четкого выполнения технических моментов операции, наличия и степени выраженности осложнений и тактики ведения больного в послеоперационном периоде. Разнообразие методик проводимых операций позволяет в определенной степени индивидуализировать вид хирургического вмешательства.

Тем не менее, по данным литературы, у ряда больных внутриглазное давление вновь повышается в различные сроки после гипотензивной операции в 3,2-30% наблюдений [2]. Среди причин послеоперационного повышения внутриглазного давления основная роль отво-

дится рубцеванию вновь созданных путей оттока внутриглазной жидкости вследствие избыточной пролиферации тканей [3]. Препятствие оттоку внутриглазной жидкости может располагаться на разных уровнях. При блокаде структур передней камеры фильтрационная подушка бывает, как правило, выражена слабо, при склеро-склеральных и склеро-конъюнктивальных сращениях чаще формируется кистозная фильтрационная подушка. Актуальной задачей до сих пор остается поиск наиболее эффективных хирургических способов борьбы с послеоперационной гипертензией.

В научной литературе представлены разнообразные методы лечения и профилактики избыточного рубцевания тканей в зоне хирургического вмешательства, от применения антиметаболитов до проведения реопераций. Очень важно правильно выбрать зону и способ проведения повторного гипотензивного вмешательства. По данным литературы, для операции рекомендуют использовать новые участки дренажной зоны [3, 4] либо проведение ревизии зоны предыдущей операции и восстановление ранее сформированных путей оттока внутриглазной жидкости [5].

В глаукомном отделении СКОБ им. Т.И. Ерошевского с 1995 года разработана и широко применяется в качестве реоперации реконструкция фильтрационной зоны [6]. Операция проводится в области предыдущего вмешательства с одномоментным применением цитостатических препаратов.

Цель исследования

Изучение непосредственных результатов и особенностей течения послеоперационного пе-

риода у больных после реконструкции фильтрационной зоны в качестве повторного хирургического вмешательства.

Под наблюдением находился 131 пациент (131 глаз) с первичной открытоугольной глаукомой, которым проводилась повторная гипотензивная операция – реконструкция фильтрационной зоны. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от вида фильтрационной подушки (ФП), сформировавшейся после первого оперативного вмешательства. I группа включала в себя пациентов с плоской ФП (80 пациентов). Во II группу входили пациенты с кистозно-рубцовой ФП (51 пациент). Срок от момента предыдущей операции составил от 1 месяца до 17 лет, в среднем 4,6 года. Большинство пациентов перенесли в качестве предыдущей операции трабекулэктомию с задней склерэктомией (90 человек), непроницающую синустрабекулэктомию (29 человек) и глубоку склерэктомия (12 человек).

Пациенты находились в стационаре от 4 до 10 дней, средний койко-день составил 7,3. Офтальмологическое обследование в предоперационном периоде и после реоперации включало в

себя определение остроты зрения, периметрию, бесконтактную тонометрию, тонографию, биомикроскопию, офтальмоскопию, ультразвуковое В-сканирование.

Всем пациентам после операции назначалось противовоспалительное лечение: инстилляций капель Тобрадекс (4-6 раз в сутки) и однократные инъекции раствора дексаметазона по 0,5 мл (от 3 до 5 дней).

В раннем послеоперационном периоде во всех группах отмечалась гиперемия конъюнктивы в зоне операции с последующим формированием разлитой фильтрационной подушечки.

Осложнения раннего послеоперационного периода представлены в таблице 1.

Среди осложнений в раннем периоде после операции в обеих группах встречалась отслойка сосудистой оболочки, несколько чаще во II группе. Во II группе в 3,9% случаев отмечалась послеоперационная гипертензия. После назначения соответствующего консервативного лечения клинические проявления осложнений были купированы.

При выписке из стационара всем пациентам назначались инстилляций капель Тобрадекс по убывающей схеме. Швы с конъюнктивы снимались через 4 недели.

Динамика остроты зрения в раннем послеоперационном периоде представлена в таблице 2.

Данные таблицы свидетельствуют, что визуальные функции в обеих группах остались в большинстве случаев без перемен. Однако во II группе более заметно улучшение остроты зрения по сравнению с предоперационным уровнем. Здесь же отмечается меньший процент ухудшения зрения. Незначительное снижение зрительных функций в послеоперационном периоде, как правило, объясняется гипотонией или прогрессированием катарактального процесса (2,5%).

Внутриглазное давление в послеоперационном периоде было компенсировано у 100% пациентов. У большинства пациентов обеих групп внутриглазное давление находилось на уровне 06–09 мм рт.ст.

Уровень внутриглазного давления представлен в таблице 3.

Таким образом, результаты повторной гипотензивной операции были сопоставимы

Таблица 1

осложнения	число глаз с осложнениями в %	
	I	II
Отслойка сосудистой оболочки	14,2	16,9
Послеоперационная гипертензия	0	3,9

Таблица 2

	Острота зрения после операции в %		
	улучшение	без перемен	ухудшение
I	12,5	71,25	16,25
II	27,5	68,6	3,9

Таблица 3

	Показатели внутриглазного давления в % после операции	
	I	II
06 – 09 мм рт.ст.	63,75	62,7
10 – 14 мм рт.ст.	18,75	23,5
15 – 19 мм рт.ст.	7,5	5,9
20 – 25 мм рт.ст.	10,0	7,8

при различных видах фильтрационной подушки.

Выводы

1. В ближайшие сроки после реконструкции фильтрационной зоны получен хороший гипотензивный и функциональный эффект.

2. Операция одинаково эффективна как при плоской, так и при кистозно-рубцовой фильтрационной подушке.

3. Операция реконструкции фильтрационной зоны может быть операцией выбора при планировании повторного гипотензивного вмешательства.

Список использованной литературы:

1. Джалиашвили О.А., Игнатъев А.Н., Жоржос Х. Возможные причины повышения ВГД после трабекулэктомии и пути их устранения // Вест. офтальмологии, 1992, №3, стр. 3-5.
2. Егоров Е.А., Потапова Е.А. Повышение эффективности субсклеральной синусотомии с применением цитостатиков // Сборник научных трудов «Глаукома», 1996, стр. 207-210.
3. Еричев П.В., Бессмертный А.М., Червяков А.Ю. Использование полностью фистулизирующей операции при повторных антиглаукоматозных вмешательствах // Тезисы «Актуальные вопросы офтальмологии», Москва, 2000, стр. 124-126.
4. Золотарев А.В., Снисаревский Д.А., Акчурин Д.В. Реконструкция фильтрационной зоны – реоперация при повторном повышении внутриглазного давления после гипотензивных операций // Сборник научных статей «Офтальмология на рубеже веков», Санкт-Петербург, 2001, стр. 166-167.
5. Либман Е.С., Шахова Е.В. Слепота и инвалидность вследствие патологии органа зрения в России // Вест. офтальмологии, 2006, №1, стр. 35-37.
6. Нестеров А.П., Егоров Е.А., Бабушкин А.З. О повторных фистулизирующих операциях при открытоугольной глаукоме // Вест. офтальмологии, 1990, №1, стр. 7-11.