

Пономарева И.В., Королькова М.С.
Оренбургский филиал ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза»
имени академика С.Н.Федорова Росмедтехнологии
E-mail: nauka@ofmntk.ru

ВОЗМОЖНОСТИ УБМ В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Методом УБМ проведена динамическая оценка эффективности сформированных в ходе операции НГСЭ путей оттока внутриглазной жидкости у пациентов с глаукомой.

Ключевые слова: УБМ, хирургическое лечение, первичная открытоугольная глаукома.

Актуальность. Глаукома привлекает к себе внимание ученых и практических врачей в связи со значительным распространением и серьезным прогнозом течения заболевания.

Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) является одной из ведущих причин первичной инвалидности трудоспособного населения. Существующие методы диагностического исследования не обеспечивают выявление начальных проявлений этого заболевания, возникают трудности ранней диагностики ПОУГ в связи с поздней обращаемостью пациентов в силу бессимптомного ее течения.

Первичную открытоугольную глаукому относят к мультифакторным заболеваниям, которые отличаются тем, что отсутствует определенная первопричина болезни, и патогенез глаукомы остается до конца не выявленным (Нестеров А.П., 2003).

Основными хирургическими методами лечения являются непроникающая глубокая склерэктомия (НГСЭ), разработанная академиком С.Н. Федоровым и профессором В.И. Козловым и модифицированная Х.П. Тахчиди с соавторами в 2001 г. микроНГСЭ. Продолжается поиск новых методов ранней диагностики и оптимизации методов динамического наблюдения послеоперационного течения глаукомы.

Цель и задачи исследования: оценка эффективности сформированных путей оттока операцией НГСЭ в различные послеоперационные сроки методом УБМ.

Материалы и методы

В Оренбургском филиале в течение года (с августа 2009 по сентябрь 2010) под наблюдением находилось 39 пациентов (42 глаза) с диаг-

нозом: оперированная компенсированная открытоугольная II глаукома (после НГСЭ).

Средний возраст больных составил 57 ± 5 лет.

Всем пациентам перед оперативным вмешательством проводили обследование: визометрия, тонометрия, тонография, исследование полей зрения, компьютерная периметрия, оптическая когерентная томография ДЗН.

Также проводили УБМ-исследования и оценивали следующие параметры (рис. 1):

- толщина конъюнктивы – 1
- толщина склеры – 2
- глубина передней камеры – 3
- профиль и положение радужки – 4
- угол передней камеры – 5
- глубина задней камеры – 6

Динамическое УБМ-исследование проведено в различные сроки после хирургического вмешательства операции НГСЭ: ранние сроки до 1 месяца, от 1 до 3 месяцев, от 3 до 6 месяцев, от 6 до 12 месяцев.

В ходе исследования оценивались УБМ-критерии экстрасклеральных, интрасклеральных и внутренних зон оперативного вмешательства:

- фильтрационная подушка
- склеральный лоскут



Рисунок 1.

- интрасклеральная полость
- трабекулодесцеметовая мембрана

По результатам собственных исследований были получены следующие данные:

в ранние сроки до 1 месяца (рис. 2):

- фильтрационная подушка (1) – 1 мм
- склеральный лоскут (2) – 0,25 мм
- интрасклеральная полость (3) – высота 0,55 мм

– трабекулодесцеметовая мембрана (4) – ширина 0,80

1 – 3 месяца наблюдения (рис. 3) – увеличены УБМ-критерии экстрасклеральной зоны.

Интрасклеральная полость максимального наполнения:

- фильтрационная подушка (1) – 1,25 мм
- склеральный лоскут (2) – 0,40 мм
- интрасклеральная полость (3) – высота 0,70 мм

– трабекулодесцеметовая мембрана (4) – ширина 0,80

3 – 6 месяцев наблюдения (рис. 4) – идет стабилизация сформированных путей оттока, все зоны оттока незначительно уменьшились по параметрам:

- фильтрационная подушка (1) – 1,10 мм
- склеральный лоскут (2) – 0,30 мм
- интрасклеральная полость (3) – высота 0,53 мм

– трабекулодесцеметовая мембрана (4) – ширина 0,70

6 – 12 месяцев наблюдения (рис. 5):

- фильтрационная подушка (1) – 1 мм
- склеральный лоскут (2) – 0,30 мм
- интрасклеральная полость (3) – высота 0,35 мм

– трабекулодесцеметовая мембрана (4) – ширина 0,70

Экстрасклеральные пути оттока остались без изменения, интрасклеральная полость уменьшилась на 1/3 от первоначально сформированной во время операции.

Заключение

В ранние сроки после НГСЭ идет формирование путей оттока внутриглазной влаги. В сроки от 1-го до 3-х месяцев выражены экстрасклеральные и интрасклеральные пути оттока внутриглазной жидкости. В более поздние сроки заканчивается формирование и наступает стабилизация дренажной системы.



Рисунок 2.

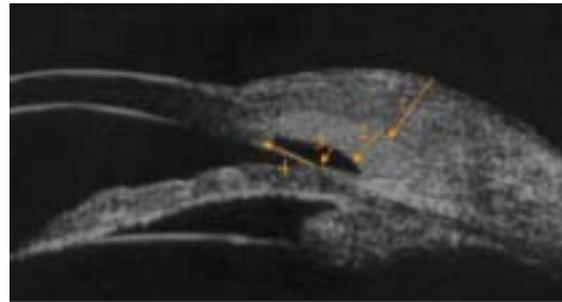


Рисунок 3.

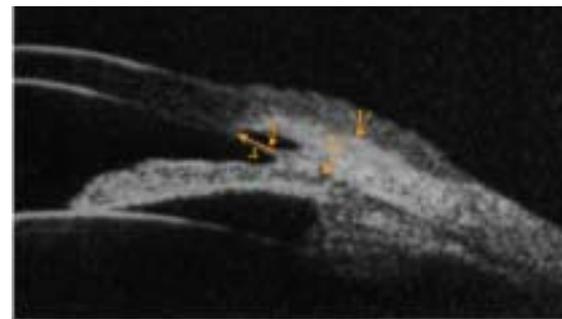


Рисунок 4.

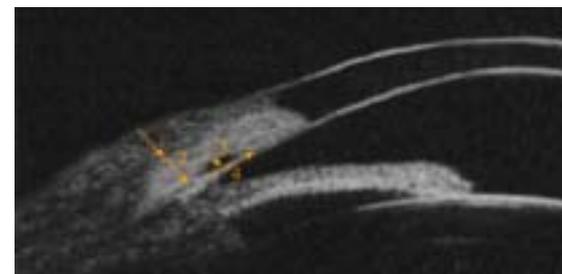


Рисунок 5.

Метод ультразвуковой биомикроскопии позволяет не инвазивно оценить состоятельность хирургически сформированных путей оттока после антиглаукоматозных операций.

Список использованной литературы:

1. Белова Л.В., Балашевич Л.И., Сомов Е.Е., Шумейко В.В. Непосредственные и отдаленные результаты операций непроницающего типа у больных с открытоугольной глаукомой // Глаукома. – 2003. – № 4. – С. 30-34.
2. Золотарев А.В., Карлова Е.В., Николаева Г.А. Морфологические особенности увеальных слоев трабекулы и их участие в осуществлении увеосклерального оттока // Федоровские чтения-2007: Юбил. научно-практ. конф.: Сб. науч.ст.-М., 2007.-С. 102.
3. Золоторевский А.В., Чуприн В.В., Ронкина Т.Н., Антонюк С.В. Исследование путей оттока внутриглазной жидкости после непроницающей глубокой склерэктомии у пациентов с открытоугольной глаукомой // Офтальмохирургия.-1998.- №4.-С. 20-24.
4. Козлов В.И., Соколовская Т.В., Соловьева Г.М. Непроницающая микрохирургия первичной открытоугольной глаукомы. – М., 1994. – 35 с.
5. Козлова Т.В., Шапошникова Н.Ф., Скобелева В.Б., Соколовская Т.В. Непроницающая хирургия глаукомы: эволюция метода и перспективы развития (обзор литературы) // Офтальмохирургия.– 2000– №. 3. – С. 39-53.
6. Краснов М.М. Микрохирургия глауком.– М.: Медицина, 1980.– 248с.
7. Мачехин В.А., Николашин С.И. Новый вариант операции непроницающего типа для лечения первичной открытоугольной глаукомы // Федоровские чтения-2003.– Научно-практ. конф. «Современные технологии лечения глаукомы»: Сб. науч. ст.– М, 2003.– С. 308-312.
8. Нестеров А.П. Глаукома.– М., 1995.– С. 8, 78-80.
9. Нестеров А.П. «Патогенез и проблемы патогенетического лечения первичной открытоугольной глаукомы». – М.: Научно-практическая конференция «Современные технологии лечения глаукомы»: Сб. научн. статей / Под ред. Х.П.Тахчиди, 2003. – С. 13 – 14.
10. Соколовская Т.И., Гимошкита Н.Т., Ерескин Н.Н., Иванова Е.С. Непроницающая микрохирургия первичной открытоугольной глаукомы // Клиническая офтальмология.– 2003.– № 2.– С. 84-86.
11. Тахчиди Х.П. Возможности ультразвуковой биомикроскопии (УБМ) в оценке состояния зоны операции и выборе тактики при декомпенсации ВГД послеантиглаукомных фильтрующих вмешательств // Федоровские чтения-2006.- Современные методы диагностики в офтальмологии. Анатомо-физиологические основы патологии органа зрения: Сб. науч. ст.– М., 2006.-С. 308-310.
12. Тахчиди Х.П., Ходжаев Н.С., Узунян Д.Г. и др. Ультразвуковая биомикроскопическая оценка динамики состояния хирургически сформированных путей оттока после непроницающей глубокой склерэктомии при нормализованном внутриглазном давлении // Глаукома.– 2006.-№1.– С. 25-32.
13. Тахчиди Х.П., Егорова Э.В., Узунян Д.Г. Ультразвуковая биомикроскопия в диагностике патологии переднего сегмента глаза. – М.: Издательский центр «Микрохирургия глаза», 2007. – 128 с., ил.
14. Узунян Д.Г., Козлова Т.В. Ультразвуковые исследования морфологических структур фильтрующей зоны после непроницающей глубокой склерэктомии // Всеармянский междунар. хирургический конгресс: Материалы, – Ереван, 2003.– С. 362-363.
15. Федоров С.Н., Козлов В.И., Тимошкина Н.Т. и др. Непроницающая глубокая склерэктомия при открытоугольной глаукоме // Офтальмохирургия.– 1989.-№ 3-4-С. 52-55.