

УДК 617.7-007.681-089.168.1-07

*О.Д.Рудковська, О.В.Сорохан, У.І.Гринчук, А.І.Якубишена***ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА НАСЛІДКІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОЇ БОЛЮЧОЇ НЕОВАСКУЛЯРНОЇ ГЛАУКОМИ**Кафедра офтальмології (зав.-д.мед.н. Я.І.Пенішкевич)
Буковинського державного медичного університету, м.Чернівці

Резюме. Проведено порівняльний аналіз наслідків хірургічного лікування вторинної болючої неоваскулярної глаукоми методом супрациліарної склеректомії та методом глибокої склеректомії з алодренуванням. Показано, що гіпотензивний ефект обох операцій практично однако-

вий, але супрациліарна склеректомія позбавлена загрози інфікування та геморагічних ускладнень оперованого ока.

Ключові слова: неоваскулярна глаукома, супрациліарна склеректомія, глибока склеректомія з алодренуванням.

Вступ. Лікування болючої неоваскулярної глаукоми залишається актуальною проблемою офтальмології. Неоваскулярна глаукома (НГ) – одна з тяжких форм глаукоматозного процесу, яка призводить до сліпоти у 86% випадків [3]. За даними Jampel Н.Д., найбільш частою причиною НГ є діабетична ретинопатія та оклюзія центральної вени сітківки [7].

Основний метод лікування НГ – хірургічний. Однак фістулізуючі операції часто супроводжуються цилиохоріодальним відшаруванням, гемофтальмом, експульсивною геморагією, увеїтами, рецидивами гіпертензії або субатрофією ока з подальшою енуклеацією [1,2,3,4,5].

Методом вибору в лікуванні НГ вважають циклодеструктивні операції (циклодіатермія, циклокріотерапія, лазерна або ультразвукова циклодеструкція [6]), але вони потребують спеціального обладнання.

В очному відділенні Чернівецької обласної лікарні в лікуванні НГ використовують дві операції – супрациліарну склеректомію за методикою Рудковської О.Д. та глибоку склеректомію з алодренуванням за методикою Якимчука В.В.

Мета дослідження. Порівняти наслідки хірургічного лікування вторинної болючої неоваскулярної глаукоми методом супрациліарної склеректомії та методом глибокої склеректомії з алодренуванням.

Матеріал і методи. Обстежено 14 осіб із вторинною НГ на тлі цукрового діабету та тромбозу центральної вени сітківки.

I група – 7 осіб – склали пацієнти, оперовані методом супрациліарної склеректомії; II група – 7 осіб – пацієнти, оперовані методом глибокої склеректомії з алодренуванням.

Вік пацієнтів від 20 до 82 років, з них чоловіків – 8, жінок – 6. Обидві групи були зіставимі за віком та статевим складом.

Величина офтальмотонусу до операції коливалася від 38 до 62 мм рт.ст. У всіх пацієнтів була термінальна стадія глаукоми з вираженим больовим синдромом. Гострота зору – від повної сліпоти до світловідчуття з правильною світлопроекцією.

Всім пацієнтам перед операцією, а також через один тиждень, 6, 12, 24 місяці після операції про-

дилось офтальмологічне обстеження, яке включало візо- і тонометрію, біомікро- та офтальмоскопію, гоніоскопію.

Пацієнти перебували на лікуванні в очному відділенні обласної лікарні в період з 2005 по 2007 рр. (частина даних взята з архівних історій хвороб).

Методика операцій. 1. Супрациліарна склеректомія. Пацієнтам під місцевим знеболенням і нейролептанальгезією в трьох-чотирьох косих квадрантах в 5 мм від лімба проводився розріз кон'юнктиви довжиною 7 мм, викроювався склеральний клапан 5x5x5 мм товщиною до 4/5 склери і відсікався. У глибоких шарах склери виконували два радіальних надрізи. Безперервний шов на кон'юнктиву. Мета операції – активізація увеосклерального відтоку внутрішньоочної рідини (Рудковська О.Д. Патент на корисну модель №19317 “Спосіб лікування вторинної некомпенсованої глаукоми” від 15.12.2006).

2. Глибока склеректомія з алодренуванням. Операцію проводили під місцевим знеболенням і нейролептанальгезією. У верхньозовнішньому квадранті – розріз кон'юнктиви довжиною 7 мм на відстані 2 мм від лімба. З поверхневих шарів склери (1/3 її товщини) формувався трикутної форми клапан, основою обернений до лімба на відстані 5 мм від нього. Після відведення сформованого клапана в ділянці склеральної кишені проводили глибоку склеректомію, циклодіаліз, часткове висічення цилиарного тіла та часткову вітректомію. Алодренажну смужку вкладали в склеральну кишеню в ділянці проведеної глибокої склеректомії. Трикутний клапан склери фіксували вузловим швом, кон'юнктиву – матрацним швом. Мета операції – створення відтоку внутрішньоочної рідини з порожнини склоподібного тіла під кон'юнктиву.

Результати дослідження піддавали статистичному аналізу. Перевірку розподілу виборок на нормальність проводили за допомогою критерію Шапіро-Вілкі. Для перевірки гіпотези про рівність середніх використовували критерій Вілкоксона.

Результати обстеження та їх обговорення. У ранньому післяопераційному періоді больовий синдром ліквідовано у всіх пацієнтів I групи та в п'яти осіб II групи. Двом пацієнтам II групи знадобилися повторні антиглаукоматозні операції для зняття

больового синдрому і зниження внутрішньоочного тиску. У пізньому післяопераційному періоді больовий синдром ліквідовано у всіх осіб. В обох групах не спостерігалися геморагічні та інфекційні ускладнення. Очі збережені в усіх випадках.

Доопераційний внутрішньоочний тиск був дещо вищий у I групі осіб, оперованих методом супрациліарної склеректомії ($49,57 \pm 3,45$ проти $43,29 \pm 2,77$ мм рт.ст., $p > 0,05$).

У ранньому і пізньому (більше шести місяців) післяопераційному періоді достовірної різниці в показниках внутрішньоочного тиску в I і II групах не виявлено (відповідно $23,57 \pm 1,8$ проти $27,86 \pm 2,46$ мм рт.ст., $p > 0,05$ і $24,0 \pm 2,52$ проти $27,71 \pm 1,21$ мм рт.ст., $p > 0,05$).

Але враховуючи, що супрациліарна склеректомія – неперфоративна операція, вона не несе загрози інфікування ока та виникнення геморагічних ускладнень. Крім того, при неоваскулярній глаукомі основний шлях відтоку – трабекулярний – заблоковано новоутвореними судинами. Основним шляхом відтоку рідини стає увеосклеральний. Тому супрациліарна склеректомія, активізуючи увеосклеральний відтік, є патогенетично обґрунтованою операцією.

Висновки

1. Обидві запропоновані операції малотравматичні, ліквідують больовий синдром, дають можливість уникнути енуклеації на очах з термінальною болочною неоваскулярною глаукомою.

2. Гіпотензивний ефект запропонованих операцій практично однаковий, але супрациліарна склеректомія, як непорожнине втручання, позбавлена загрози інфікування та геморагічних ускладнень в оперованому оці.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ БОЛЕЗНЕННОЙ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ

О.Д. Рудковская, О.В. Сорохан, У.И. Гринчук, А.И. Якубишена

Резюме. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения вторичной болезненной неоваскулярной глаукомы методом супрацилиарной склерэктомии и методом глубокой склерэктомии с аллодренированием. Показано, что гипотензивный эффект обеих операций практически одинаков, но супрацилиарная склерэктомия, как неполостное вмешательство, лишена угрозы инфицирования глаза и геморрагических осложнений.

Ключевые слова: неоваскулярная глаукома, супрацилиарная склерэктомия, глубокая склерэктомия с аллодренированием.

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF SECONDARY PAINFUL NEOVASCULAR GLAUCOMA

O.D. Rudkovska, O.V. Sorokhan, U.I. Hrynychuk, A.I. Yacubysheina

Abstract. A comparative analysis of the results of surgical treatment of secondary painful neovascular glaucoma has been carried out by means of the method of supraciliary sclerectomy and the technique of deep sclerectomy with alldrainage. It has been demonstrated that the hypotensive effect of both operations is practically identical, but supraciliary sclerectomy is deprived of the threat of being infected and hemorrhagic complications.

Key words: neovascular glaucoma, supraciliary sclerectomy, deep sclerectomy with alldrainage.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2010. – Vol. 14, №3 (55). – P.70-71.

Надійшла до редакції 25.05.2010 року

Рецензент – д. мед. н. Р. В. Гринчук