

ГМУ г. Семей

**Сравнительна оценка результатов субсклерального удаления
наружной стенки шлеммово канала в микрофистулизирующем
варианте и микроинвазивной непроникающей глубокой
склеротомии**

Выполнил: Куспеков ММ
резидент офтальмолог 104 группа
Преподаватель: Искакова Асель Маратбековна

Семей 2018 г.

Пациентка Н. , 74 года обратилась к офтальмологу с жалобами на отсутствие зрения правым глазом; на снижение зрения левым глазом, «туман» перед глазами. Anamnesis morbi: считает себя больной с 1987 г., когда впервые заметил снижение зрения правым глазом. Наблюдалась и лечилась амбулаторно. Со слов больного, был выставлен диагноз глаукома. Был назначен окупресс, который больной получал регулярно. В 1990 г. проходил стац. лечение по поводу указанного диагноза. Затем курсового лечения не получал. Постепенно происходило снижение зрения, особенно выраженное в последние 5-6 лет. С весны 2017 г. отмечает снижение зрения на левом глазу. Повторно обратился в ноябре 2017 г. по поводу отсутствия зрения на правом глазу и снижения зрения на левом. Выставлен диагноз: OD – терминальная глаукома. OS – ОУГ, осложненная катаракта.

Цель исследования — разработать технику новой эффективной методики хирургического лечения глаукомы и сравнить ее результаты с микроинвазивной непроникающей глубокой склерэктомией (МНГСЭ).

Р- Пациентка Н. , 74 года обратилась к офтальмологу с жалобами на отсутствие зрения правым глазом; на снижение зрения левым глазом, «туман» перед глазами

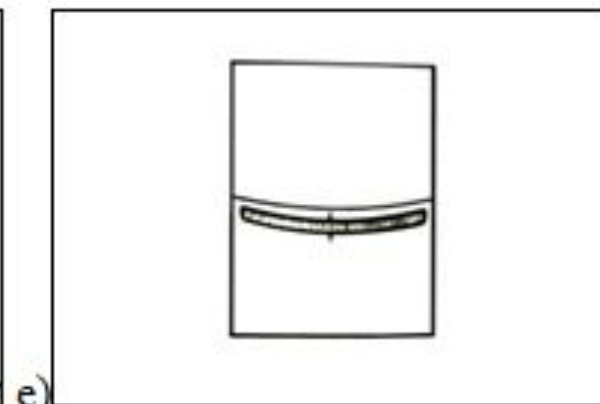
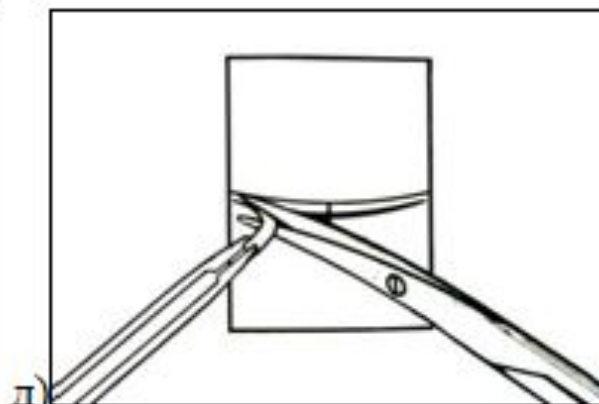
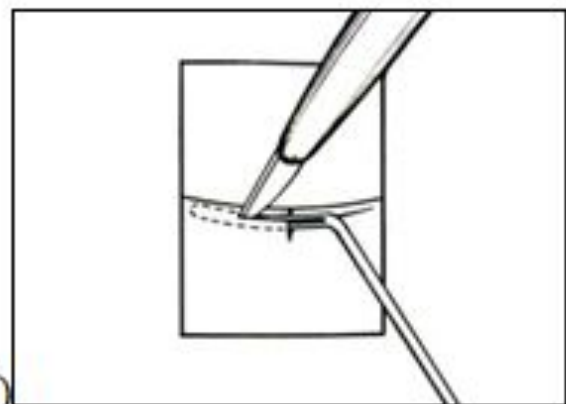
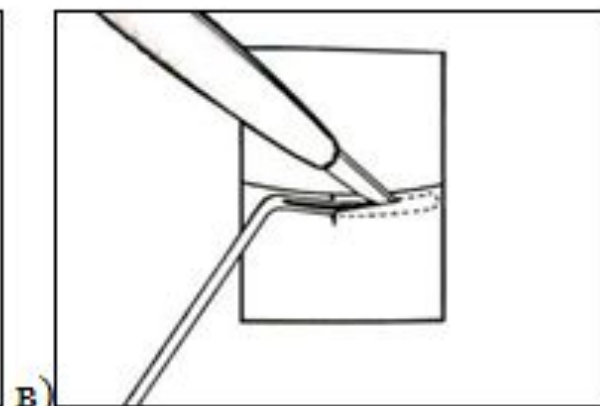
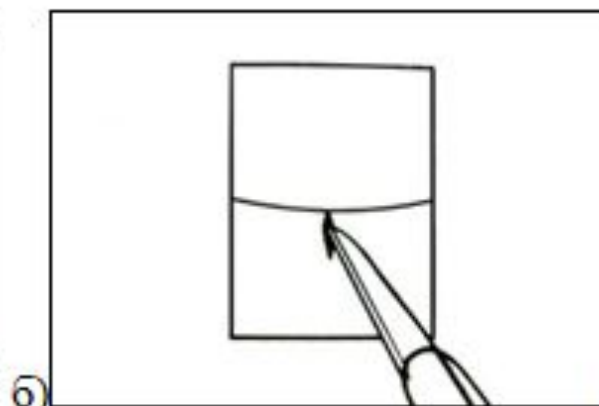
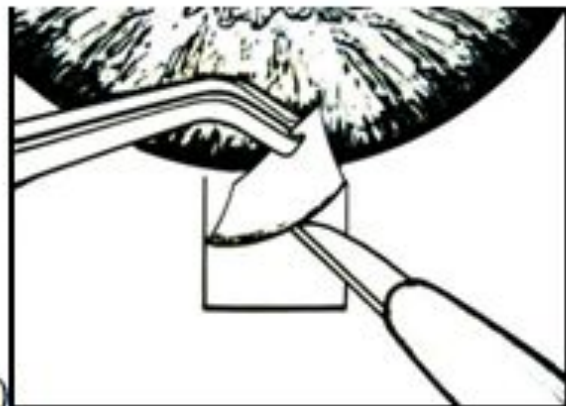
І - Микрофистулизирующая операция СУСС включает субсклеральное иссечение наружной стенки шлеммова канала на первом этапе и лазерную гониопунктуру в зоне операции на втором этапе

С – микроинвазивная непроникающая глубокая склеротомия

О - Через год после СУСС отмечалось статистически достоверное улучшение скорректированной остроты зрения с $0,6 \pm 0,31$ до $0,7 \pm 0,32$ ($p=0,03$). В группе МНГСЭ визус значительно не изменялся.

Материал и методы За основу предлагаемой нами методики оперативного вмешательства с гипотензивной целью при ОУГ взята операция Микрофистулизирующая операция СУСС (рис. 1) включает субсклеральное иссечение наружной стенки шлеммова канала на первом этапе и лазерную гониопунктуру в зоне операции на втором этапе. В ходе первого этапа рассекают конъюнктиву в 6 мм от лимба и отсепаровывают ее до лимба. Далее выкраивают поверхностный склеральный лоскут размером 2x2 мм основанием к лимбу, наружную стенку шлеммова канала иссекают по предложенному нами зонду [5], с последующим удалением его наружной стенки в зоне операции. Склеральный лоскут подшивается к склере одним узловым швом (шовным материалом темного цвета, например, нейлоном) и узелок продергивается через поверхностный склеральный лоскут с таким расчетом, чтобы узелок оказался между склеральными поверхностями и в дальнейшем отчетливо был виден гониоскопически. Второй этап, лазерную гониопунктуру, выполняют точно в зоне хирургического вмешательства, которая легко определяется по просвечиваемому через трабекулу шовному материалу. Оптимальные сроки выполнения лазерной операции — 7–14-й день после хирургического вмешательства, что объясняется сроками заживления конъюнктивальных и склеральных тканей. В ходе исследования проанализировано 23 случая СУСС (группа I) и проведено сравнение с результатами МНГСЭ (группа II) у пациентов с ОУГ. Средний возраст больных в группе I и II составил, соответственно, $68 \pm 7,4$ и $69 \pm 8,9$ года. Глаукома нередко сочеталась с другими заболеваниями, такими как катаракта, близорукость, гиперметропия, диабетическая ретинопатия и др.

Рисунок 1. Схема этапов операции субсклерального удаления наружной стенки шлеммова канала в микрофистулизирующем вариан



Все больные проходили комплексное офтальмологическое обследование, включавшее в себя измерение остроты зрения по таблицам Сивцева — Головина, поля зрения на проекционном периметре, внутриглазного давления тонометром Маклакова, биомикроскопию переднего отрезка глаза и глазного дна, гониоскопию, а также переднюю оптическую когерентную томографию (ОКТ) зоны операции. Визометрия, биомикроскопия, гониоскопия и тонометрия выполнялись до операции и при каждой последующей явке. Поле зрения определяли перед операцией, при выписке и через 12 месяцев после хирургии. Через год после операции проводили ОКТ фильтрационной полости с замером ее объема. Корригированная острота зрения до операции равнялась $0,6 \pm 0,31$ в группе СУСС и $0,5 \pm 0,32$ в группе МНГСЭ. Суммарные значения поля зрения, измеренные на проекционном периметре в 8 меридианах, составили 406 ± 114 и 390 ± 117 градусов соответственно. В среднем значения ВГД равнялись в I — группе $30,5 \pm 6,3$ мм рт. ст., а во II — группе $31,5 \pm 5,9$ мм рт. ст. В зависимости от стадии ОУГ распределение глаз было следующим: I стадия — 26,1%, II стадия — 21,7%, III стадия — 52,2% в группе I и, соответственно, 13,3; 26,7 и 60% в группе II. В обеих группах в 30% случаев пациенты инстиллировали один гипотензивный препарат, в 70 — 2 и более. Лазерная трабекулопластика (ЛТП) была уже выполнена у 8,7% пациентов в группе I и у 13,3% пациентов в группе II. Кроме того, в группе II на 6,7% глаз была сделана лазерная иридэктомия (ЛИЭ).

Выводы 1. Предлагаемая технология микрофистулизирующей операции субсклерального удаления наружной стенки шлеммова канала является технически простой, безопасной и высокоэффективной. 2. Благодаря особенностям техники СУСС дает возможность плавно снижать ВГД, что положительно влияет на состояние зрительного нерва у больного глаукомой. 3. Возможность своевременного проведения лазерного вмешательства вторым этапом с хорошей визуализацией зоны хирургического вмешательства (благодаря темному просвечиваемому через трабекулу шовному материалу) позволяет осуществить лазерную гониопунктуру максимально точно, что повышает эффективность операции. 4. Микрофистулизирующая методика дает возможность минимизировать повреждение тканей в зоне фильтрации, благодаря чему уменьшается объем рубцевания и сохраняется более стойкий гипотензивный эффект после вмешательства.

