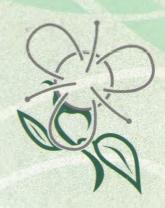
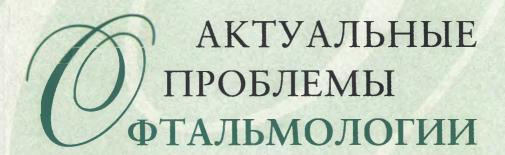
Общество офтальмологов России

ФГУ "МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии"



III

Всероссийская научная конференция молодых ученых



Применение аутотканей и вискоэластиков для активации оттока внутриглазной жидкости в ходе антиглаукомных операций

Чебоксарский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнолгии»

В качестве дренажа мы используем внутреннюю стенку склерального синуса, т.е. юкстаканаликулярную ткань (ЮКТ), проводящую через свою структуру внутриглазную жидкость, но которую обычно удаляют в ходе стандартной АГО как проникающего, так и непропикающего типа. Согласно последним представлениям, проницаемость юкстаканаликулярной ткани в норме регулируется с помощью вырабатываемых эпителием трабекул простогландинов, т.е. отсепарованная ЮКТ на ножке в структуре внутренней стенки шлеммова канала должна продолжать функционировать как «фитиль-дренаж».

Цель: анализ результатов антиглаукомных операций с использованием собственных тканей глаза, а именно, внутренней стенки племмова канала в сочетании с временным вискодренированием.

Материал и методы: в период с 2005 по 2007 г. нами проопериро вано 96 глаз у 74 пациентов в возрасте от 47 до 86 лет. Открытоугольная глаукома I стадии была зафиксирована в 14 случаях (14,5%), II стадии — в 28 (29,2%), III стадии — в 51 случае (53,2%). Закрытоугольная глаукома наблюдалась в 3 случаях (3,1%). Величина внутриглазного давления до операции составляла в среднем от 20 до 45 мм рт.ст. Границы полей зрения, тонографические показатели и соотношение экс

кавации к диаметру ДЗН у нациентов соответствовали стадии глаукомпого процесса. В исследуемую группу не были включены пациенты с рефрактерной глаукомой. Непроникающая глубокая склерэктомия (НГСЭ) была выполнена на 85 глазах (88,5%), глубокая склерэктомия (ГСЭ) — на 11 (11,5%) по общепринятой в МНТК «МГ» методике с дополнительным аутодренированием в нашей модификации. Отличие состояло в том, что после формирования глубокого склерального лоскута и хорошей визуализации зоны склерального синуса внутреннюю стенку шлеммова канала, включающую внутреннюю эндотелиальную выстилку и юкстаканаликулярную ткань, не удаляли пинцетом, а надрезали в центре и отсепаровывали в обе стороны от зоны надреза, выводя концы внутренней стенки наружу по бокам от границы ложа наружного склерального лоскута при помощи шпателя, формируя с обеих сторон «фитиль-дренаж». Далее тщательно очищали оставшуюся трабекулярную пластину, через которую хорошо фильтровала внутриглазная жидкость. Следующим этапом укладывали поверхностный склеральный лоскут, и убеждались, что с обеих сторон от его границы в ране ущемлены пигментированная эндотелиальная выстилка и юкстаканаликулярная ткань, которые в последующем и будут служить дренажем. В заключение под поверхностный склеральный лоскут и под конъюнктиву в зоне фильтрационной подушечки (ФП) вводили небольшое количество вискоэластика для профилактики гиперфильтрации и раннего слипчивого процесса.

Результаты: компенсация внутриглазного давления в раннем послеоперационном периоде до 3 мес. была достигнута в 100% случаев, и в среднем составляла 18,2 мм рт.ст. Выраженного гипотонического синдрома и развития цилиохориоидальной отслойки в раннем послеоперационном периоде не было отмечено ни у одного пациента. На 15 глазах у этих пациентов была выполнена экстракция катаракты. При этом в 1 случае произошла декомпенсация ВГД, что было связано с операционным осложнением, а именно выпадением стекловидного тела, которое потребовало впоследствии проведения витрэктомии. В послеоперационном периоде ВГП стабилизировалось. В 72 случаях (75%) удалось проследить динамику ВГД в сроки от 3 мес. до 1 года. Оно соответствовало 18-22 мм рт.ст. В 21 случае (21,9%) срок наблюдения составил больше 2 лет, показатели ВГД и зрительные функции оставались стабильными. 20 пациентам в период до 1,5 лет проводились ультразвуковая биомикроскопия (Paradigm P 40 Medical Industries, Inc CIIIA) и оптическая когерентная томография (Visant OCT, Carl Zeiss), подтвердившие наличие функционирующей интрасклеральной полости и ФП.

Выводы: разработанная нами методика хирургического лечения глаукомы с использованием в качестве дренажа аутотканей является простой в исполнении, эффективной, безопасной. Дополнительное временное вискодренирование позволяет избежать ранних и отдаленных послеоперационных осложнений. Данный метод позволяет активировать дополнительный отток ВГЖ в субконьюнктивальную полость и трансконьюнктивально. К основным его достоинствам относится то, что используются собственные ткани, а не искусственные дренажи, которые могут вызывать аллергические реакции или реакции отторжения. Операция в нашей модификации не требует дополнительных материальных затрат.

Abstract

The technique of surgical treatment of glaucoma using autotissues as drainage was developed. This technique allows to activate additional flowout of intraocular liquid excluding a risk of possible complications, which is inherent to the surgeries with polymer drainages. Three years experience of this technique use confirms its high efficacy and safety.