

КАТАМНЕСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ГЛАУКОМЫ

А.В.БЕРЕЗИН, Е.А.СТЕПАНОВА, Т.С.ЗАВОРНИЦЫНА

Государственное учреждение здравоохранения Свердловской области детская клиническая больница восстановительного лечения «Научно-практический центр «Бонум», г. Екатеринбург

В данной статье проводится анализ оперативного лечения врожденной глаукомы в катамнезе. Определяются возможные причины несостоятельности антиглаукоматозных операций и рецидива офтальмогипертензии в динамике.

Ключевые слова: врожденная глаукома, оперативное лечение, эффективность.

CATAMNESTIC ANALYSIS OF CONGENITAL GLAUCOMA SURGICAL TREATMENT EFFECTIVENESS.

A.V.Berezin, E.A.Stepanova, T.S.Zavornitsyna

The following article reveals analysis of congenital glaucoma surgical treatment (in catamnesis). Possible reasons of antiglaucomatous surgical treatment failure and recurrence of high intraocular pressure are determined.

Keywords: congenital glaucoma, surgical treatment, effectiveness.

Проблема глаукомы считается одним из приоритетных направлений в офтальмологии, прежде всего, в силу своей медико-социальной значимости. До сих пор это заболевание является причиной слабовидения и необратимой слепоты, занимая первое место в перечне инвалидизирующих заболеваний органа зрения. Следует отметить, что частота слепоты от глаукомы в мире за последние 30 лет практически не изменилась и составляет 15-20% от общего числа слепых [1,2]. Особенно остро эта проблема стоит в детской офтальмологии, т.к. врожденная глаукома относится к числу рефрактерных, т.е. не поддающихся медикаментозной коррекции. Несмотря на стремление офтальмологов к своевременной диагностике, назначению эффективного медикаментозного лечения, к ранним хирургическим вмешательствам при глаукоме, часть больных, к сожалению, оперируется в терминальной стадии заболевания. Для снижения высокого внутриглазного давления в настоящее время существует большое количество антиглаукоматозных операций. Выбор мето-

да лечения производится индивидуально с учетом анамнеза, состояния больного глаза, наличия предшествующих антиглаукоматозных операций, общего соматического состояния, возраста пациента и др.

Целью нашего исследования был ретроспективный анализ эффективности антиглаукоматозных операций при врожденной глаукоме в областном детском офтальмологическом центре ГУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум».

Под нашим наблюдением находилось 47 детей, прооперированных по поводу врожденной глаукомы в областном детском офтальмологическом центре ГУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум» в период с 2002 по 2008 гг. Диагноз был установлен на основании общепринятых критериев, все дети находятся на диспансерном учете. Антиглаукоматозные операции были проведены у 20 мальчиков (42,6%) и 27 девочек (57,4%) в возрасте от 1 месяца до 13 лет. Среди них жители г.Екатеринбурга 21 человек (44,7%) и жители Свердловской области 26 человек (55,3%). Всем был поставлен диагноз

врожденная глаукома в первые годы жизни. Так диагноз был установлен в возрасте 1-3 мес. в 6 случаях (12,8%), 3-6 мес. – 16 случаев (34%), 6-9 мес. – 12 случаев (25,5%), 9-12 мес. – 7 случаев (14,9%), старше 1 года – 6 случаев (12,8%). Как видно, из рис. 1 основной массе детей диагноз был установлен в

возрасте 3-9 месяцев. Зачастую поздняя диагностика связана с удаленностью квалифицированной помощи и невозможностью проведения обследования, которое требует анестезиологического пособия и условия специализированного стационара.

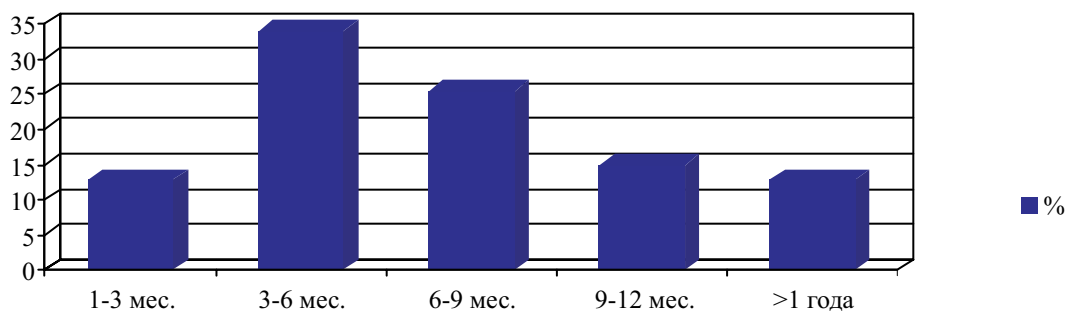


Рис. 1. Периоды верификации диагноза

Первое оперативное вмешательство со времени постановки диагноза было произведено в различные сроки. Выбор метода и сроков операции зависил от тяжести патологии органа зрения и длительности существования глаукоматозного процесса. В период 1-3 мес. после постановки диагноза хирургическое лечение проведено 27 пациентам (57%), при этом 2 детям (7,4%) было произведено вмешательство сразу на обоих глазах; в период 3-6 мес. – 9 пациентам (19,1%), одному из них (11%) одномоментно прооперировано оба

глаза; в период 6-9 мес. – 3 пациентам (6,4%); в период 9-12 мес. – 2 пациентам (4,3%); в период больше 1 года – 6 пациентам (12,8%). Основная масса оперативных вмешательств производится как можно раньше после постановки диагноза и это отражено на рис. 2. Отсроченность антиглаукоматозной операции связана либо с недостаточной медикаментозной компенсацией заболевания, либо со временем, требующимся для коррекции соматического состояния ребенка.

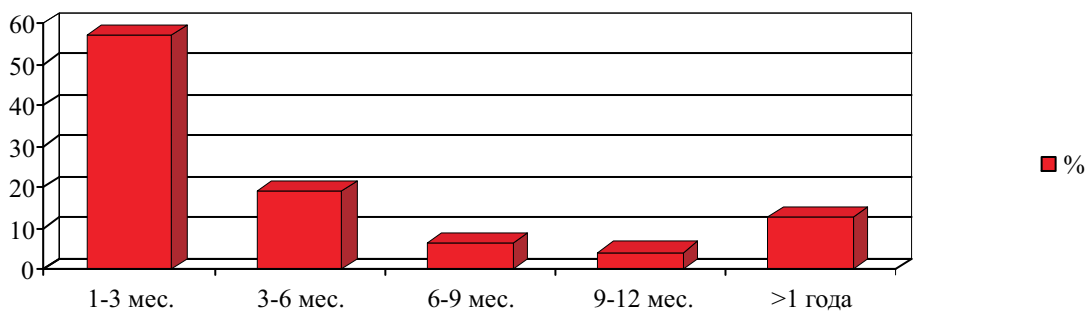


Рис. 2. Хронология первого оперативного вмешательства на первом глазу

Среди вида оперативного вмешательства преобладала синустрабекулэктомия (СТЭ) – 32 операции (68,1%), в 7 случаях (14,9%) СТЭ была дополнена задней трепанацией склеры (ЗТС). В 8 случаях (17%) проведена транссклеральная диодлазеркоагуляция цилиарного тела (ТСДЛК ЦТ).

В 57,4 % случаев (27 пациентов) в различные сроки после проведения хирургического вмешательства возник рецидив офтальмогипертензии. Решение вопроса о реоперации носило многофакторный характер и зависило как от функциональной состоятельности органа зрения и степени риска интра- и послеоперационных осложнений, так

и от решения родителей. 11 пациентам (40,7%) повторное вмешательство на глаз, прооперированный первым, было проведено в период 1-3 мес.; в период 3-6 мес. – 5 пациентам (18,5%); в период 6-9 мес – 0 (0%); в период 9-12 мес – 2 пациентам (7,4%) и в период больше 1 года – 9 пациентам (33,3%). В 7 случаях (25,9%) произведена СТЭ, ТСДЛК ЦТ – 12 случаев (44,4%), ЗТС – 4 случая (14,8%), СТЭ+ЗТС – 4 случая (14,8%). Несостоятельность антиглаукоматозной операции чаще возникает в ближайший послеоперационный период (рис. 3), что может быть связано с аутоиммунной агрессией на хирургическую травму.

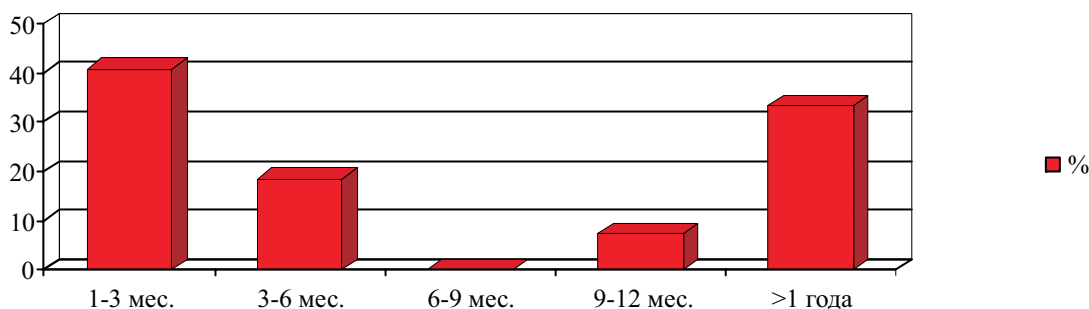


Рис. 3. Хронология реопераций на первом глазу

18 пациентам (38,3%) потребовалось проведение оперативного вмешательства на втором глазу. Проанализирован период с первого вмешательства до операции на втором глазу. Так, антиглаукоматозная операция на втором глазу в период 1-3 мес. была произведена 9 пациентам (50%), в период 3-6 мес. – 4 пациентам (22,2%), в период 6-9 мес. – 1 пациенту (5,6%), в

период 9-12 мес. – 0 (0%), в период больше 1 года – 4 пациентам (22,2%). В этих случаях СТЭ проведена 9 пациентам (50%), ТСДЛК ЦТ – 7 пациентам (38,9%), ЗТС – 1 пациенту (5,6%), СТЭ+ЗТС – 1 пациенту (5,6%). В различные временные периоды было произведено хирургическое вмешательство на втором глазу (рис. 4).

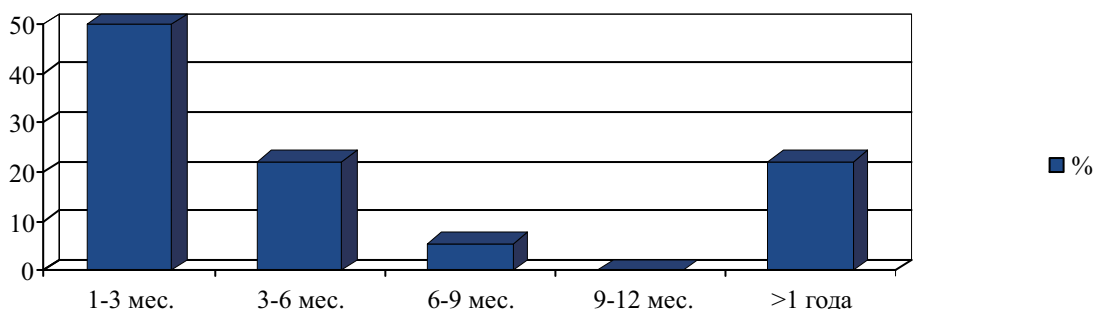


Рис. 4. Хронология первого оперативного вмешательства на втором глазу

Также в различные сроки в 72,2% случаев (13 пациентам) потребовались повторные вмешательства на глазу, прооперированном вторым. Несомненным интересом обладают данные о хронологической последовательности возникновения негативных изменений дренажной системы в развитии несостоятельности антиглаукоматозной операции. В период 1-3 мес. реоперация была проведена 4 детям (30,8%), в

период 3-6 мес. – 3 детям (23,1%), в период 6-9 мес. – 1 ребенку (7,7%), в период 9-12 мес. – 1 ребенку (7,7%), в период больше 1 года – 4 детям (30,8%). Интересен факт, что рецидив офтальмогипертензии в большом числе случаев возникает на втором прооперированном глазу в ближайшем послеоперационном периоде (рис. 5), что указывает на иммунологический характер процесса дестабилизации.

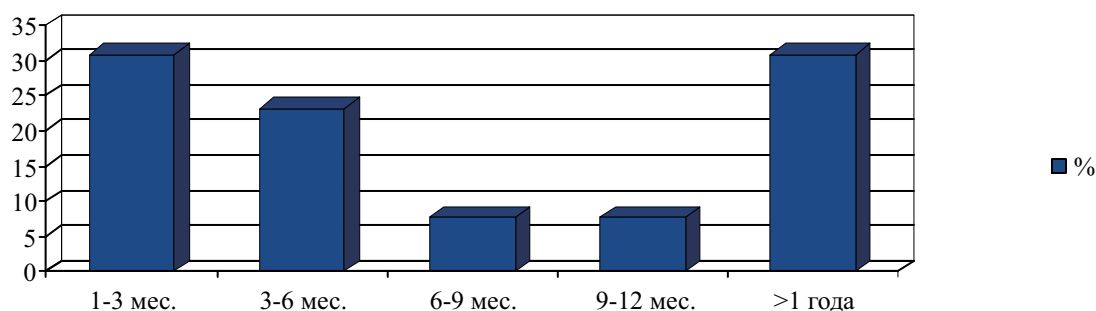


Рис. 5. Хронология реопераций на втором глазу

Проанализирован вид антиглаукоматозных операций, применяемых для повторного вмешательства: 3 пациентам (23,1%) была проведена СТЭ, ТСДЛК ЦТ – 5 пациентам (38,5%), ЗТС – 2 пациентам (15,4%), СТЭ+ЗТС – 3 пациентам (23,1%).

Выводы

1. Первичная антиглаукоматозная операция производится в первые три месяца после постановки диагноза.
2. Несостоятельность антиглаукоматозной операции проявляется в период до 6 месяцев и больше 1 года после проведенного первичного вмешательства.
3. Рецидив офтальмогипертензии в большем проценте случаев возникает на втором прооперированном глазу.
4. Для проведения первичного хирургического вмешательства чаще всего прибегают к фистулизирующим операциям, типа СТЭ и ЗТС.
5. Оперативное вмешательство, направленное на подавление продукции

водянистой влаги (ТСДЛК ЦТ) в большинстве случаев производится при повторных вмешательствах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нестеров А.П. Глаукома.– М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008.– 360 с.
2. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология / Е.Е. Сомов – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 392 с.