

Наш опыт использования хирургического и лазерного растяжения трабекулы в хирургии глаукомы свидетельствует о том, что трабекулоспазис является полезным дополнением к синусотомии, позволяющим расширить показания к этой операции и повысить ее эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснов М. М. Вестн. офтальмол., 1964, 2.— 2. Нестеров А. П., Батманов Ю. Е. Воен.-мед. журн., 1977, 4.— 3. Нестеров А. П., Егоров Е. А., Черкасова И. Н. Вестн. офтальмол., 1978, 4.— 4. Cairns J. E. Klin. Mbl. Augenheilk., 1974, 165, 4.

Поступила 10 октября 1978 г.

УДК 617.7—007.681—089

МОДИФИКАЦИЯ СИНУСОТРАБЕКУЛОЭКТОМИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГЛАУКОМЫ

Н. Х. Хасанова, Ф. Г. Валиуллина, Ф. С. Амирова

Кафедра глазных болезней (зав.— проф. Н. Х. Хасанова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Описана модификация синусотрабекулоэктомии по А. П. Нестерову. При открытоугольной глаукоме модификация заключалась в том, что полоска глубоких слоев фильтрующей зоны не резецировалась, а ущемлялась под поверхностным склеральным лоскутом. При закрытоугольной — эта полоска заправлялась в угол передней камеры после отдавливания корня радужной оболочки. Указанной модификацией оперирован 51 больной. Осложнений во время операций не было. Офтальмотонус нормализовался к моменту выписки у всех оперированных без миотиков.

Ключевые слова: глаукома, синусотрабекулоэктомия.

2 рисунка. Библиография: 4 названия.

Синусотрабекулоэктомия и ее модификации стали самой распространенной операцией при глаукоме. Она дает хорошие результаты в 80—98% случаев. Однако хороший гипотензивный эффект нередко постепенно сходит на нет и внутриглазное давление вновь повышается. Как правило, постепенно уплотняясь, исчезает и фильтрационная подушечка. По нашему мнению, это связано со слипанием склерального лоскута при слишком плотном затягивании фиксирующих его швов.

Для повышения эффективности синусотрабекулоэктомии, которая в нашей клинике производится в модификации А. П. Нестерова и соавт. (1971), мы несколько изменили технику операции: участок глубоких слоев фильтрующей зоны мы не резецируем, а оставляем прикрепленным к краю образованного окна справа или слева в зависимости от того, какой глаз оперируется. Конец этой полоски не доходит на 1—1,5 мм до соответствующей стороны поверхностного склерального лоскута. При этом необходимо отвернуть полоску к внутренней половине глаза. При операции на правом глазу он откидывается влево, при операции на левом глазу — вправо и ущемляется под поверхностным склеральным лоскутом, выполняя роль «дренажа», вдоль которого происходит фильтрация. Выступающий конец ущемленной ленты укорачивается до 2 мм выстояния. По нашему мнению, указанная модификация предотвратит приклеивание поверхностного склерального лоскута к собственной склере.

При закрытоугольной глаукоме полоска глубоких слоев склеры заправляется шпатель в угол передней камеры после отдавливания корня радужной оболочки. Для большей мобилизации ленты производится несколько насечек у ее основания. В этом случае она выполняет две функции: 1) дренирует и 2) распирает угол передней камеры, так как она отодвигает радужную оболочку от места синусотрабекулоэктомии и раскрывает угол. В отдельных случаях закрытоугольной глаукомы мы заправляли 2 ножки, разделив зону синусотрабекулоэктомии на 2 равные части в середине. Каждая полоска вводилась в угол передней камеры у своего конца. Однако они оказывались очень короткими и недостаточно отдавливали корень радужной оболочки. В случаях же заправления всей отвернутой полоски длина ее была достаточной, поэтому корень радужной оболочки лучше отходил, а угол камеры больше раскрывался.

Наш вариант операции очень напоминает склероклейзис О. В. Груши и Г. А. Соколовского (1978), названный М. М. Красновым трабекулостомией, а самими авторами синусэктомией с иридоретракцией. При открытоугольной глаукоме также иногда ущемлялись две половинки глубоких слоев склеры под поверхностный лоскут.

Техника операции. После местной анестезии и отсепаровки конъюнктивы выкраивается прямоугольный лоскут склеры на $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ ее толщины, размером 5×4 мм, основание лоскута обращено к лимбу. На верхний край лоскута предварительно накладывается 2—3 шва. Полоска глубоких слоев склеры шириной в 1—1,5 мм, содержащая фильтрующую зону, иссекается за исключением одного, чаще внутреннего, конца, на котором он фиксирован. При открытоугольной форме заболевания (рис. 1) эта полоска откидывается и укладывается под поверхностный лоскут склеры. Предварительно наложенные швы на верхний край его затягиваются и завязываются. На края конъюнктивального лоскута накладывается непрерывный шов. При закрытоугольной глаукоме операция отличается тем, что полоска глубоких слоев склеры (рис. 2) погружается в угол передней камеры после отдавливания корня ра-

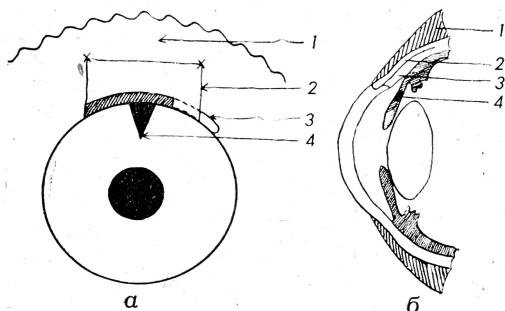


Рис. 1 (а, б). Схема операции синусотрабекулоэктомии при открытоугольной глаукоме.

Обозначения: 1 — границы конъюнктивального лоскута; 2 — склеральный лоскут и его границы; 3 — склеральная полоска, содержащая синус и трабекулу; 4 — базальная иридэктомия.

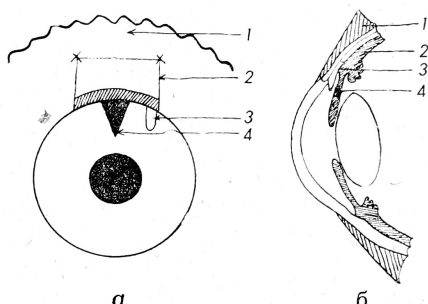


Рис. 2 (а, б). Схема операции синусотрабекулоэктомии с иридотракцией при закрытоугольной глаукоме.

дужки. Производится базальная иридэктомия. Завязываются швы на поверхностном склеральном лоскуте, накладывается непрерывный шов на края конъюнктивального лоскута. В переднюю камеру через предварительно произведенный прокол вводят стерильный воздух. Под конъюнктиву глазного яблока вводится антибиотик с корти-костероидом.

По указанному методу с марта 1977 г. оперирован 51 человек (52 глаза); 23 больных (23 глаза) с открытоугольной глаукомой, 21 (22 глаза) — с закрытоугольной формой заболевания. 2 пациента с вторичной глаукомой, 2 — с юношеской и 3 — с детской глаукомой. Из них мужчин — 20, женщин — 31. Оперированные были в возрасте от 1,5 до 69 лет. Начальная стадия глаукомы имела место у 10 больных, развитая — у 16, далеко зашедшая — у 25. Средняя величина офтальмотонуса до операции была $37,2 \pm 3,1$ мм рт. ст. Коэффициент легкости оттока (КЛО) был у всех снижен, средняя величина его равнялась $0,06 \pm 0,04$ мм³ · мин⁻¹ · мм рт. ст.⁻¹.

Осложнений во время операции не было. В послеоперационном периоде гифема имела место у 5 пациентов, отслойка сосудистой оболочки — у 6. Гифема рассосалась у всех, отслойка сосудистой у 4 больных исчезла на 8—9-й день после медикаментозного лечения, у 2 пациентов — после задней склерозэктомии. Нормализация внутриглазного давления достигнута к моменту выписки у всех оперированных. Средняя величина его была $18,4 \pm 2,0$ мм рт. ст. Среднее значение КЛО $= 0,23 \pm 0,05$ мм³ · мин⁻¹ · мм рт. ст.⁻¹. Острота зрения и поле зрения улучшились у 12 пациентов (12 глаз), остались без перемен у 32 (33 глаза), ухудшилось зрение у 4 больных (4 глаза) в связи с прогрессированием катаракты. У 3 детей острота зрения не могла быть исследована. Отдаленные результаты изучены у 30 пациентов: 17 человек с открытоугольной глаукомой и 13 — с закрытоугольной. Срок наблюдения 8 мес — 1,5 года. Компенсация офтальмотонуса выявлена у 28 больных без миотиков, у 2 — при 3-кратной инстиляции пилокарпина. Средняя величина внутриглазного давления составила $21,2 \pm 2,1$ мм рт. ст., КЛО равнялся $0,19 \pm 0,06$ мм³ · мин⁻¹ · мм рт. ст.⁻¹. Филътрационная подушечка хорошо выраженная отмечена у 12 пациентов, умеренно выраженная — у 11, плоская — у 5, отсутствовала у 2 больных. Нами выявлена прямая зависимость уровня внутриглазного давления от выраженности филътрационной подушечки.

На основании приведенных данных можно полагать, что некоторое изменение тех-

ники синусотрабекулоэктомии дает высокий гипотензивный эффект. Операция технически несложная, малотравматичная, почти не дает осложнений. Она показана при глаукоме с различной локализацией участков ретенции (трабекула, синус, интрасклеральные пути) и их комбинациями. Универсальность данной операции несомненно важна для практических врачей, которым в большинстве случаев затруднительна дифференциация патогенетических форм глаукомы.

Различные участки ретенции являются причиной повышения внутриглазного давления лишь в начальных стадиях заболевания, и только в этих случаях патогенетически направленные операции дают хороший гипотензивный эффект. По мере же прогрессирования заболевания не только при открытоугольной, но и при закрытоугольной форме постепенно в процесс вовлекаются трабекула, синус, интрасклеральные пути [2, 4]. В этих стадиях стойкую нормализацию офтальмотонуса могут дать операции, направленные на одновременное устранение нескольких пораженных участков. Такой операцией является синусотрабекулоэктомия. Предложенный нами вариант значительно уменьшает тенденцию к блокированию фильтрующего окна со стороны угла передней камеры, предотвращает склеивание лоскута склеры из поверхностных слоев с собственной склерой, а при закрытоугольной глаукоме способствует также расширению угла передней камеры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Груша А. В., Соколовский Г. А. Вестн. офтальмол., 1978, 4. —
2. Краснов М. М. Там же. — 3. Нестеров А. П., Федорова Н. В., Батманов Ю. Е. Офтальм. журн., 1971, 6. — 4. Нестеров А. П. Первичная глаукома. М., «Медицина», 1973.

Поступила 26 декабря 1978 г.

УДК 617.7—007.681—08:615.217.5

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ФОРМОЙ АРМИНА

Л. Е. Краснов

Кафедра офтальмологии (зав. — проф. Н. Х. Хасанова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Результаты клинических исследований показали, что пролонгированная форма армина, используемая в качестве медикаментозного средства при открытоугольной глаукоме, оказывает более выраженный гипотензивный эффект, чем водный раствор армина. Пролонгированный раствор армина при длительном применении не вызывает каких-либо побочных реакций и хорошо переносится больными.

Ключевые слова: открытоугольная глаукома, армин, оксипропилметилцеллюлоза.

Для лечения глаукомы был предложен пролонгированный раствор армина (0,005% армина на 0,5% растворе оксипропилметилцеллюлозы — ОПМЦ). Настоящее исследование имело целью сопоставить гипотензивное действие пролонгированного и водного растворов армина.

В первой серии наблюдений, проведенной на 10 больных (16 глаз) с открытоугольной глаукомой (возраст — от 43 до 73 лет), мы изучали результат однократной инстилляцией пролонгированной формы препарата. Констатируется снижение офтальмотонуса на 3—9 мм рт. ст. (в среднем на 5 мм) в течение 12—36 ч.

Вторая серия исследований проведена на 59 глазах с открытоугольной глаукомой (возраст больных — от 55 до 79 лет, в среднем 67 лет). В этой серии мы сравнивали действие обычного и пролонгированного 0,005% раствора армина двойным слепым методом. Тонотографию проводили по инстилляциям миотических средств и в конце лечения, тонометрию — до и в течение всего курса лечения. Больным на 3 дня отменяли всякое лечение. Затем назначали инстилляцию 0,005% водного раствора армина 2 раза в день, а через 6—7 дней, если лечение водным раствором армина было недостаточно эффективным, после повторной тонографии назначали пролонгированный препарат на 6—7 дней. По данным суточной тонометрии рассчитывали среднюю величину офтальмотонуса за период, когда больной не получал лечения, и за период лечения указанными выше препаратами. Инстилляцией водного раствора армина снижали внутриглазное давление по сравнению с исходным уровнем на 5,62 мм рт. ст., а пролонгированный препарат — дополнительно еще на 2,31 мм рт. ст. ($P < 0,001$).