

Хирургическое лечение вторичной болящей неоваскулярной глаукомы с применением биоматериала Аллоплант у больных сахарным диабетом 2 типа

М.И. Молочкова, Н.В. Климова

Городская клиническая больница №67
Москва

Реферат

Проблема лечения неоваскулярной глаукомы является одной из актуальных в офтальмологии. Несмотря на то, что в настоящее время имеется достаточно широкий спектр препаратов местного гипотензивного действия, их эффективность при лечении неоваскулярной глаукомы невысока, в связи с чем медикаментозная терапия носит вспомогательный характер. Основная роль отводится хирургическим методам лечения, создающим условия для более эффективного и стойкого снижения внутриглазного давления. С целью улучшения результатов антиглаукомных операций при вторичной глаукоме во Всероссийском Центре глазной и пластической хирургии была разработана операция переднего губчатого дренирования на основе использования губчатого биоматериала Аллоплант, отличающегося гидрофильностью, пластичностью и пористой структурой. Такой губчатый дренажный биоматериал позволяет сформировать физиологическую дренажную систему.

Ключевые слова: Аллоплант, сахарный диабет 2 типа, неоваскулярная глаукома.

Введение

Осложнения сахарного диабета типа являются одними из самых распространенных причин, приводящих к потере зрения, слепоте и, как следствие, инвалидизации лиц трудоспособного возраста. Поражение глаз при сахарном диабете (СД) чаще всего приводит к ретинопатии, катаракте и глаукоме. Возникновение и клиническое течение глаукомного процесса при СД во многом определяются давностью и тяжестью основного заболевания. Нарушение регуляции офтальмотонуса наступает обычно спустя 6-8 и более лет после возникновения диабета. По данным N. Vestinielsen (1983) частота развития неоваскулярной глаукомы (НВГ) у больных СД существенно возрастает (с 2,1% до 21,3% случаев) при возникновении пролиферативной диабетической ретинопатии.

Проблема лечения неоваскулярной глаукомы является одной из актуальных в офтальмологии. Несмотря на то, что в настоящее время имеется достаточно широкий спектр препаратов местного гипотензивного действия, их эффективность при лечении НВГ невысока, в связи с чем медикаментозная терапия носит вспомогательный характер. Основная роль отводится хирургическим методам лечения, создающим условия для более эффективного и стойкого снижения внутриглазного давления.

С целью улучшения результатов антиглаукоматозных операций при вторичной глаукоме во Всероссийском Центре глазной и пластической хирургии была разработана операция переднего губчатого дренирования на основе использования губчатого биоматериала Аллоплант, отличающегося гидрофильностью, пластичностью и пористой структурой. Такой губчатый дренажный биоматериал позволяет сформировать физиологическую дренажную систему.

Материалы и методы

В клинике методом переднего губчатого дренирования с использованием губчатого дренажа из биоматериала Аллоплант нами было прооперировано 9 больных (9 глаз) в возрасте от 55 до 70 лет (в среднем 59 лет), страдающих сахарным диабетом от 1 года до 20 лет. Данная группа пациентов была сложной по тяжести течения заболевания: терминальная стадия вторичной неоваскулярной болящей глаукомы диагностирована у 100% больных. В двух случаях отмечался рецидив повышения офтальмотонуса и в анамнезе ранее безуспешно проведенные операции (от 1 до 2) в различных клиниках.

Все пациенты с диагнозом вторичная терминальная болящая глаукома на максимальном миотическом режиме поступили в клинику для удаления глаза. Острота зрения определялась как неправильная светопроекция на 2 глазах (22%). Острота зрения 0,0 отмечалась у 4 больных (44%), острота зрения 0,04-0,07 отмечалась у 3 больных (33%). Для клинической картины являлось характерным наличие рубцеоза радужки в различных ее стадиях у 100% пациентов.

После проведения предоперационной подготовки, включавшей общую гипотензивную и гемостатическую терапию, всем пациентам была проведена операция переднего губчатого дренирования с применением биоматериала Аллоплант с целью восстановления нормального офтальмотонуса и сохранения глаза как органа.

Техника операции. Операции выполняли в верхнем отделе глазного яблока. Верхнюю прямую мышцу брали на шов-держалку. Глазное яблоко фиксировали. В 7 мм от лимба производили разрез конъюнктивы длиной 8 мм, отсепаровывали конъюнктиву с субконъюнктивальной тканью до лимба. Из поверхностных слоев склеры формировали прямоугольный лоскут на половину ее толщины размером 5мм x 5мм, основанием к лимбу. Производили сквозной разрез глубоких слоев склеры, отступя от лимба на 4 мм, до супрацилиарного пространства на всю ширину образовавшегося склерального ложа. В углу передней камеры выполняли переднюю трабекулэктомию. Губчатый материал из биоматериала Аллоплант, в виде прямоугольного кусочка размерами 10мм x 5мм x 1мм, укладывали на дно склерального ложа, затем передний конец через зону трабекулэктомии вводили в переднюю камеру на 1,5-2,0мм. Задний конец заправляли в супраувеальное пространство, через разрез глубоких слоев склеры, затем в 4-х точках фиксировали к краям склерального ложа у лимба и у места его введения в супраувеальное пространство, т.е. в задний отдел глазного яблока. Поверхностный склеральный лоскут укладывали на место и укрепляли по углам 2-мя швами. Конъюнктивальную рану восстанавливали непрерывным швом.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов в раннем послеоперационном периоде показал, что компенсация ВГД была достигнута в 100% случаев и, соответственно, глаз как орган был сохранен 100% пациентам.

Среди ранних осложнений необходимо отметить гифему в 88% случаев и гипотонию в 33% случаев. Сроки наблюдения за пациентами составили от

1 месяца до 1,5 лет. Отдаленные результаты после операции оценены в сроки 1 год и 1,5 года. К концу срока исследования нормализация офтальмотонуса зафиксирована в 100% случаев.

В различные сроки после операции характерным было ареактивное состояние тканей радужки и цилиарного тела. При проведении биомикроскопии передней камеры в операционной зоне определялся губчатый Аллоплант, отдавливающий корень радужки. Касания дренажа с роговицей ни в одном случае нами не отмечалось. При гониоскопическом исследовании в углу передней камеры отчетливо визуализировался губчатый дренаж, который оттеснял корень радужки и передний отдел цилиарного тела. Характерным являлось запустевание новообразованных сосудов радужки по ее зрачковому краю и по периферии. Вышеперечисленные данные позволяют заключить, что в ближайшие сроки после переднего губчатого дренирования наблюдалось стабильное его течение, что можно объяснить физиологической структурой дренажной зоны, сформированной в результате использования губчатого биоматериала Аллоплант при операции переднего губчатого дренирования.

Выводы

1. Применение биоматериала Аллоплант создает возможность формирования новой дренажной системы, в той или иной степени приближенной к физиологической за счет пористой структуры имплантированного губчатого дренажа из биоматериала.

2. Это обеспечивает стабильный гипотензивный эффект в глазах с терминальной неоваскулярной глаукомой, что дает возможность сохранения глаза как органа на длительный срок.

3. Сохранение глаза как органа улучшает качество жизни пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Литература

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Миленькая Т.М. Сахарный диабет: ретинопатия, нефропатия. Москва 2001 г.
2. Мулдашев Э.Р., Корнилаева Г.Г., Галимова В.У. Осложненная глаукома. Санкт-Петербург, Уфа 2005 г.
3. Мулдашев Э.Р., Корнилаева Г.Г., Корнилаева М.П., Поменова Е.Ю. «Реконструктивная хирургия вторичной глаукомы с использованием губчатого биоматериала Аллоплант. Москва 2005 г.