

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Р.А. Часнойть

2007г.



регистрационный № 110-1006

**СИНУСОТРАБЕКУЛЭКТОМИЯ С РЕТРОКАНАЛЬНОЙ
АКТИВАЦИЕЙ УВЕОСКЛЕРАЛЬНОГО ПУТИ, ДРЕНАЖЕМ
СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА, ВИТРЭКТОМИЕЙ/
ЛЕНСВИТРЭКТОМИЕЙ ЧЕРЕЗ СТОМУ ШЛЕММОВА КАНАЛА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»,
государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

АВТОРЫ:

к.м.н., доцент Дравица Л.В., Бирюков Ф.И., Самохвалова Н.М., Бобр Т.В.,
Мохаммад К.

Гомель

2007

Вторичная постувеальная глаукома — тяжелое, ведущее к слепоте, осложнение воспалительного процесса сосудистой оболочки глазного яблока. Хирургическое лечение увеальной глаукомы сопряжено с рядом трудностей: одной из них является выраженная поствоспалительная деструкция путей оттока, а также изменение всех тканей глаза в результате рецидивирующего воспалительного процесса. В результате рецидивов воспаления происходят изменения в цилиарном теле (рубцевание, деструкция), а также изменения стекловидного тела (СТ). Существующие в настоящее время способы лечения глаукомы зачастую не дают ожидаемого результата.

Несмотря на огромный арсенал фармакологических препаратов, лазерных и хирургических способов лечения, глаукома остается одним из наиболее распространенных и инвалидизирующих заболеваний органа зрения. Трагедия этих пациентов усугубляется еще и тем, что слепота часто сопровождается сильными болями или обезображивающим видом глаза. В таких случаях приходится энуклеировать глазное яблоко, но больному трудно решиться на удаление глаза, пусть даже невидящего. Тем более энуклеация глаза может быть большим психологическим стрессом. Косметический недостаток вызывает у пациента чувство собственной неполноценности, ограничивает общение с другими людьми, профессиональную пригодность, а главное, востребованность, делая человека глубоко несчастным. В связи с этим, 100% этих пациентов нуждаются в медицинской, социальной и трудовой реабилитации

Показания к применению:

- вторичная некомпенсированная постувеальная глаукома, буфтальм.

Перечень необходимого микрохирургического медицинского оборудования

Операционный офтальмологический микроскоп, диатермокоагулятор, микрохирургический набор инструментов для антиглаукомной хирургии: векорасширитель (блефаростат), анатомические и микрохирургические пинцеты, иглодержатели, лезвиедержатели, лезвия, ириспинцет, ирисножницы, ножницы Ваннаса, микрошпатель, инъекционные иглы, микроканюля для введения стерильного физиологического раствора или воздуха, шовный материал.

Методы обследования

Перечень общеклинических обследований для хирургического лечения: выписка из амбулаторной карты сведений о прививках (дифтерия, столбняк), флюорография (не более полугодовой давности); анализ крови на RW (не более месяца); мазок со слизистой обоих глаз на микрофлору (не более месяца); общий развернутый анализ крови (не более 10 дней); анализ

крови на свертываемость и длительность кровотечения (не более 10 дней); протромбиновый индекс (не более 10 дней); коагулограмма (не более 10 дней); глюкоза крови (не более 10 дней); биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий билирубин, общий белок (не более 10 дней); анализ крови на группу и резус-принадлежность (не более 10 дней); общий анализ мочи (не более 10 дней); ЭКГ (не более 10 дней); рентгенограмма придаточных пазух носа. Консультации: терапевта, лор-врача (санация), стоматолога (санация).

Алгоритм офтальмологического обследования детей с вторичной посттравматической глаукомой:

1. Визометрия без коррекции и с коррекцией.
2. Рефрактометрия.
3. Офтальмометрия.
4. Биомикроскопия.
5. Прямая и обратная офтальмоскопия;
6. Биометрия.
7. Периметрия.
8. Тонометрия.
9. Тонография.
10. Ультразвуковое А/В сканирование.
11. Электроретинография.
12. Кератотопография.

Методика разработанной комбинированной операции — синусотрабекулэктомия с ретроканальной активацией увеосклерального пути, pars plana — ирригацией, задней витреотомией через стому шлемова канала в ретролентальном пространстве

Обработка операционного поля. Блефаростат. Уздечный шов на верхнюю прямую мышцу. Отсепаровка (реотсепаровка) высокого конъюнктивального лоскута с вакуум аспирацией жидкости из конъюнктивального мешка. Контактная или короткодистанционная коагуляция сосудов и тканей в одном из верхних квадрантов (секторов) глазного яблока с использованием лазерного эндозонда на режиме 0,2–0,3ms 500–1500 mw, 532 nm Eye Lite, Alkon, США. Pars plana склеротомия в 3,5мм (для факичного глаза без буфтальма) от лимба у бокового края конъюнктивальной раны с введением BSS (сбалансированный солевой раствор) ирригационной канюлей. Дополнительная анемизация наружных слоев склеры в верхнем секторе или на 12 часах в виде сторон равнобедренного треугольника основанием к лимбу равным 5–5–4 мм с последующей отсепаровкой склерального лоскута на 2/3 толщины (Бирюков Ф. И., 1975 г.).

Диагностическая глубокая склеротомия идентичным треугольником 1:3 с локализацией шлеммова канала в пределах конвергирующих от лим-

ба надрезов. Удаление глубокого лоскута склеры в пре- и ретроканальной зоне. Рассечение круговой связки за шлеммовым каналом по краям глубокой склерэктомии. Ревизия микрошпателем переднего супрацилиарного пространства параллельно шлеммову каналу в обе стороны от стомы глубокой склеротомии на 3–5 мм. При смешанной ретенции лигаментэктомия. Трабекулотомия (трабекулолизис) эндолазерной пробой. Эндолазерная анемизация корня радужки в пределах глубокой склеростомы с последующей окутотомией (задним витректором) базальной иридэктомией, подключением pars plana ирригации при давлении 25–30 мм Hg. Предварительная адаптация вершины поверхностного склерального лоскута. Воздух в переднюю камеру. Извлечение BSS канюли с адаптацией склеральной раны на нормотонусе. Герметизация конъюнктивального лоскута непрерывным швом. Под конъюнктиву раствор антибиотика с гармоном.

Перечень возможных осложнений или ошибок при выполнении и пути их устранения

Оперативное лечение осложняется следующими факторами:

- больные ранее оперированы традиционными методами и в зоне оперативного доступа имеются выраженные рубцовые сращения;
- разъединение данных сращений влечет за собой повышенную кровоточивость и необходимость дополнительного гемостаза;
- увеличение переднезаднего размера глазного яблока с растяжением склеры (стафиломы), изменения со стороны роговицы и радужки;
- отсутствие компенсации приводит к растяжению глазного яблока и работе в зоне перерастянутого лимба.

В связи с вышесказанным для получения и сохранения гипотензивного эффекта одним из обязательных условий является сохранение склеральной шпоры, фактора сдерживающего возможность блокады цилиарным телом зоны глубокой склерэктомии. Считаем обязательным условием хирургии активацию супрацилиарного пространства. Так как в этих случаях глаукомного процесса передний путь оттока страдает органически с последующим вовлечением в патологический процесс заднего пути оттока. Неоднократные повышения ВГД, а также наличие хронического воспалительного процесса в увеальном тракте приводят к изменениям в супрацилиарном и супрахориоидальном пространстве. В связи с этим активация супрацилиарного пространства играет очень важную дополнительную роль в компенсации ВГД. УЗ-исследование стекловидного тела в отдельных случаях выявило его деструктивные изменения, сочетающиеся с поражением хрусталика. В этих случаях необходимо добавлять витреальный компонент (закрытая витреэктомия).

Послеоперационный период протекает как правило без особенностей.

Однако возможно измельчение передней камеры, развитие отслойки сосудистой оболочки, назначаются парабульбарные инъекции кофеина, внут-

ривенно раствор зуфиллина 2,4% — 8–10мл, магнитотерапия или лазерстимуляция цилиарного тела, гифема — медикаментозная рассасывающая терапия — 3%-ный раствор иодистого калия в виде инстилляций 3 раза в день.

Послеоперационное ведение:

- с первого дня отмена принимаемых ранее гипотензивных препаратов;
- с противовоспалительной целью местно в виде инстилляций в оперированный глаз назначается макситрол по 2 капли 3 раза в день.
- внутрь нестероидные противовоспалительные препараты.

В послеоперационном периоде обязательный ежедневный контроль внутриглазного давления (ВГД), исследование передне-заднего размера глаз (ПЗО) и кератотопографические исследования.

Противопоказания к применению

Общее состояние больного, не позволяющее в данный момент подвергаться оперативному вмешательству.