

Изобретение относится к медицине, а именно офтальмологии, и может быть использовано для лечения абсолютных глауком.

Глаукома является одной из ведущих причин инвалидности и слепоты офтальмологических больных. Наиболее тяжелой для пациента и трудноразрешимой для врача является терминальная болевая глаукома. Существует множество методов лечения данной патологии. Общеизвестно, что консервативные методы являются неэффективными [Шкрюміда М.І., Вершиніна М.Д. та інш. Доцільність оперативного лікування термінальної болючої глаукоми/Тези допов. X Міжнародн. офтальмол. симпозиума Одеса-Генуя. - Одеса. - 1997. - С.234-235], в связи с чем основное внимание обращено на разработку хирургических способов лечения.

Длительное время энуклеация занимала ведущее место в лечении терминальных болевых глауком (до 47%) [Сальникова К.Д., Сарсембаева Р.М., Шустеров Ю.А. К вопросу об энуклеации при болящей терминальной глаукоме // Микрохирургия катаракты и глаукомы, Фрунзе, 1985. - С.53-55]. Однако сохранение глазного яблока как косметического органа служит мотивом к постоянному поиску эффективных органосохранных методов лечения. Среди них широкое распространение получили термические методы воздействия на глазное яблоко (криопексия, диатермокоагуляция). Разнообразны способы оперативных вмешательств, предложенных для лечения данной патологии. Это фистулизирующие пособия (преимущественно синустрабекулэктомия в различных модификациях, в том числе в сочетании с эксплантодренированием), вмешательства на цилиарном и стекловидном теле (циклолитреозомии в различных модификациях), операции, улучшающие увеосклеральный путь оттока внутриглазной жидкости (циклодиализ, иридоциклоретракция, задние склерэктомии) [Нестеров А.П. Глаукома, М.: Медицина., 1995. - С. 209-232].

Особенностью выбора способа хирургического лечения терминальной болевой глаукомы является щадящий принцип, так как грубые необратимые дистрофические изменения во всех структурах глазного яблока обуславливают высокий риск геморрагических осложнений (гифема, гемофтальм, экспульсивная геморрагия). Проблема эффективности оперативного пособия связана также с выраженным рубцеванием в зоне вмешательства в отдаленные сроки.

Несмотря на большое разнообразие методов и способов лечения терминальных глауком вопрос эффективного органосохранного лечения остается актуальным, так как положительный результат достигается у 50-60% больных и зачастую в отдаленные сроки требуются реоперации или энуклеация [Михеева Е.Г., Перепелкина Р.А. Эффективность органосохранной операции при абсолютной болящей глаукоме и некоторых видах вторичных глауком / В сб.: Вопросы лечения и реабилитации больных с заболеваниями и повреждениями глаз., Свердловск, 1987, С.47-50].

Оперативные вмешательства, имеющие в основе трепанацию склеры, являются щадящими и технически несложными. Операция задней склерэктомии была предложена Л.К.Соловьевым как пособие против абсолютной глаукомы с болями [Соловьев Л.К. Задняя склерэктомия при абсолютной глаукоме//Советский вестник офтальмологии. - 1934, Т.V. - №1. - С.21-27]. При этом после отсепаровки конъюнктивального лоскута между прямыми мышцами у экватора трепаном 2 мм выполнялась перфорация склеры (чаще одна) с последующим иссечением склерального диска. Благодаря работам В.П. Филатова, Н.А. Пучковской, Л.Ф. Линника и др. задняя склерэктомия заняла прочное место среди офтальмологических операций в 40-60-е годы.

Принцип трепанации склеры положен в основу способа лечения неоваскулярной глаукомы с болевым синдромом О.А. Джалишвили и Л.В. Ждановой [Авт.св. СССР №1468531, опублик. 30.03.89]. В этом случае в проекции цилиарного тела, захватывая 1/4 его окружности, в глубоких слоях склеры выкраивают от 3 до 5 трепанационных отверстий. Следующим этапом производят прямую криопексию цилиарного тела в зоне вмешательства.

Выполнение множественных трепанаций склеры в проекции цилиарного тела предложено Н.В. Косых для лечения абсолютных глауком [Косых Н.В. Применение множественной задней склерэктомии при лечении "бесперспективной глаукомы"//Офтальмохирургия. - 1989.- №1-2, С.40-41]. При данном способе после отсепаровки конъюнктивального лоскута на расстоянии 2-7 мм от лимба (в зоне проекции цилиарного тела) в шахматном порядке намечаются отверстия в склере. Намеченные диски склеры постепенно отсекают лезвием. Количество перфораций склеры от 11 до 22, т.е. зона вмешательства захватывает от 1/2 до полной окружности цилиарного тела.

Вышеуказанный способ множественной задней склерэктомии является наиболее близким по технической сущности и достигаемым результатам к заявляемому и выбран в качестве прототипа.

Основным недостатком данного способа является значительная зона оперативного вмешательства - больше половины окружности цилиарного тела, что в отдаленные сроки приводит к развитию субатрофии и атрофии глазного яблока.

Задачей изобретения является профилактика послеоперационных осложнений путем уменьшения зоны оперативного вмешательства.

Поставленная задача решается тем, что в известном способе, включающем вскрытие конъюнктивы и теноновой капсулы, гемостаза, выполнение трепанационных склеральных отверстий и ушивание конъюнктивального разреза, согласно изобретению, трепанации склеры производятся в шахматном порядке в три ряда, захватывая зону проекции цилиарного тела и супрахориоидального пространства, общей площадью 1/4 окружности последних.

Существенным отличием заявляемого способа от прототипа и аналогов является локализация и площадь оперативного вмешательства.

Положительный эффект заявляемого способа лечения абсолютных глауком состоит в нанесении перфораций склеры дополнительно в зоне проекции супрахориоидального пространства, что обеспечивает ступенеобразное постепенное снижение внутриглазного давления, и уменьшение площади травмирования цилиарного тела до 25% его окружности.

Способ выполняется следующим образом.

Вскрывают конъюнктиву и тенонову капсулу в верхневнутреннем или верхненаружном квадранте глазного яблока в 6 мм от лимба concentрично последнему. Отсепаровывают конъюнктивальный лоскут до лимба. Производят гемостаз. В области лимба накладывают шов-держалку и ротируют глазное яблоко книзу-наружу или книзу-внутри. Трепаном диаметром 2 мм намечают перфорации склеры в шахматном порядке в 3 ряда в количестве от 8 до 10. Диатермокоагуляция сосудов вокруг перфорационных отверстий. Выкраивание склеральных дисков производят лезвием, начиная от отверстий третьего ряда (в зоне проекции супрахориоидального пространства), затем в проекции цилиарного тела. Трепанационные отверстия занимают сектор, равный по площади  $1/4$  окружности цилиарного тела. Конъюнктивальный лоскут укладывают на место и ушивают непрерывным швом. Под конъюнктиву вводится 0,5 мл р-ра дексаметазона.

Пример. Больной М. поступил с диагнозом: терминальная неоваскулярная болевая глаукома левого глаза. При поступлении: острота зрения левого глаза = 0, ВГД = 52 мм рт.ст. Биомикроскопически: застойная инъекция глазного яблока. Отек эпителия, буллезные образования во внутренней половине роговой оболочки. Передняя камера мелкая. Рубеоз радужки. Зрачок расширен. Начальные помутнения хрусталика. Глазное дно не офтальмоскопируется.

Выполнена операция задней склерэктомии по заявляемой методике. Ход операции: Операционное поле обработано р-ром бр.зелени 1%. Акинезия век, ретробульбарно введено 2,0 мл 2% р-ра новокаина. Веко-расширитель. Уздечковый шов на верхнюю прямую мышцу. Разрез конъюнктивы в верхне-наружном квадранте в 6 мм от лимба, concentрично последнему. Разрез теноновой капсулы в том же месте. Конъюнктив и тенонова капсула отсепарованы до лимба и по направлению к экватору глазного яблока. Шов-держалка в области лимба. Глазное яблоко ротировано книзу-внутри. Гемостаз. Трепаном 2 мм намечено 8 перфорационных отверстий в склере в шахматном порядке в три ряда отступая от лимба 2 мм и по направлению к экватору. Диатермокоагуляция сосудов эписклеры в окружности намеченных отверстий. Выкраивание склеральных дисков производилось в следующем порядке: сначала выполнялись трепанации в зоне проекции супрахориоидального пространства. После снижения внутриглазного давления выкраивались склеральные диски в зоне проекции цилиарного тела. Непрерывный шов на тенонову капсулу и конъюнктиву. Под конъюнктиву введено 0,5 мл р-ра дексаметазона. За веки сухой альбунид.

В послеоперационном периоде отмечались явления умеренно выраженного циклита, которые были купированы инъекциями дексаметазона. Нормализация офтальмотонуса и купирование болевого синдрома достигнуты на 7 сутки. При выписке: ВГД левого глаза = 25 мм рт.ст.

Осмотр через 1 год и месяц: Жалоб нет. Острота зрения левого глаза = 0, ВГД = 23 мм.рт.ст. Биомикроскопически: Глаз спокоен. Роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины. Атрофия стромы радужки. Новообразованные сосуды радужки запустели. Зрачок круглый. Начальные помутнения хрусталика в кортикальных слоях. Глазное дно: ДЗН - серый, глубокая краевая экскавация с подрытым краем, атрофия хориоидеи и сетчатки в перипапиллярной зоне, ангиосклероз сетчатки.

Способ иллюстрирует рисунок, где:

1 - вскрыта и отсепарована конъюнктив и тенонова капсула, трепаном намечены перфорационные склеральные отверстия;

2, 3, 4 - порядок выкраивания трепанационных склеральных отверстий.

Таким образом, заявляемый способ может быть рекомендован для хирургического лечения абсолютных глауком.

