

М. С. Колола, Е. В. Рудкова

ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ГЛАУКОМЫ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В. Ф. Иванова

Кафедра глазных болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

M. S. Kolola, E. V. Rudkova

INDICATORS OF EFFECTIVENESS OF EARLY TREATMENT OF CONGENITAL GLAUCOMA IN CHILDREN

Tutor: professor V. F. Ivanova

Department of eye diseases,

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В работе проводилась оценка эффективности хирургического лечения больных врожденной глаукомой. Были исследованы 48 истории болезней детей, прооперированных в УЗ 4 ГДКБ г. Минска в период с 2010 по 2017 гг. Изучались показатели тонометрии, гониоскопии, кератометрии, биомикроскопии, офтальмоскопии, эхобиометрии, В-сканирования до и после оперативного лечения. Проводилась оценка глаукомы среди обследуемых детей по стадиям глаукоматозного процесса.

Ключевые слова: врожденная глаукома, внутриглазное давление, оперативное лечение, синусотрабекулэктомия, компенсация.

Resume. The paper evaluated the efficacy of surgical treatment of congenital glaucoma. We investigated the medical histories of 48 children who had surgery in 4 city children clinical hospital Minsk in the period from 2010 to 2017. Factors of tonometry, gonioscopy, keratometry, biomicroscopy, ophthalmoscopy, B-scan before and after surgery. Evaluated glaucoma among tested children by stage of glaucomatous process.

Keywords: congenital glaucoma, intraocular pressure, surgical treatment, sinusotrabeulektomiya, compensation, stabilization

Актуальность. Врожденная глаукома - группа заболеваний, развивающихся на почве офтальмогипертензии, вызванной нарушением эмбрионального развития структур радужно-роговичного угла, проявляющихся растяжением оболочек глазного яблока и глаукомной нейрооптикопатией. Статистика заболеваемости глаукомой значительно отличается, существенно варьируя в разных расовых и этнических группах. По данным различных авторов, врожденная глаукома встречается с частотой 1 на 10000-20000 новорожденных. Несмотря на достаточно редкую патологию, врожденная глаукома чаще, чем другие глазные болезни, приводит к ранней слепоте и инвалидизации детей первых лет жизни. В связи с этим основой профилактики слепоты от врожденной глаукомы является ее ранняя диагностика и своевременное хирургическое лечение

Цель: проанализировать эффективность и безопасность хирургического лечения детей с врожденной глаукомой по материалам глазного отделения 4-ой детской клинической больницы г. Минска

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 48 детей (83глаз) с врожденной глаукомой (ВГ) в возрасте от 4 дней – 11 месяцев, а также отдаленные результаты лечения 30 детей на 1 – 8 году после оперативного лечения.

Все они находились на стационарном лечении в глазном отделении 4-ой ДКБ г. Минска с 2010-2017гг.

Клиническое обследование включало: тонометрию по Маклакову, гониоскопию, кератометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, эхобиометрию, В-сканирование, осмотр глазного дна с помощью ретинальной педиатрической системы Ret-Sam. Почти все дети наблюдались нами в динамике в течение до 10 лет, дополнительно им производилась периметрия, анализ состояния диска зрительного нерва и слоя нервных волокон.

Результаты и их обсуждение. У 17 пациентов (35,4%) установлена ранняя первичная и инфантильная глаукома (в том числе у трех детей первичная ранняя ВГ сочеталась с РН), с аномалиями глазного яблока (аниридия, эктопия хрусталика, микрофтальм) - 30 (62,5%); один – с синдромом Стердж – Вебера – Краббе. Клинически первичная ранняя ВГ проявлялась увеличением размеров роговицы или глазного яблока (у 42 пациентов 87,5%), помутнением роговицы, трещинами десцеметовой мембраны (61 %), углублением ПК (75%), расширением зрачка (80%). Начиная со 2-го месяца жизни, предъявлялись жалобы на светобоязнь (33,3%-16 пациентов) и слезотечение (31,25% - 15 пациентов).

По данным о величине ВГД была определена степень компенсации глаукоматозного процесса:

- Компенсированная врожденная глаукома – ВГД до 25 мм рт. ст. - у 27 пациентов (52 глаз);

- Некомпенсированная врожденная глаукома – ВГД выше 25 мм рт. ст. - у 15 пациентов (19 глаз);

- Декомпенсированная врожденная глаукома – острый приступ глаукомы (отек роговицы и др. тканей глаза) - у 6 пациентов (12 глаз);

При биомикроскопии наблюдали помутнение роговицы у 41 пациента (85,42%), дистрофию радужки – у 27 пациентов (56,25%). Гониоскопически чаще была мезодермальная ткань в области корня радужки и трабекул, в части глаз – высокое прикрепление корня радужки. У большинства больных УПК был широкий, зоны плохо дифференцировались, трабекулярная ткань уплотнена, строма корня радужки истончена.

Золотой стандарт лечения врожденной глаукомы - это раннее хирургическое лечение. У подавляющего числа изученных нами детей из различных видов оперативных вмешательств выполнена СТЭ (39 детей); Операции проводились в среднем на 2 сутки (min- 1 сут, max- 5 сут) после госпитализации. Синусотрабекулэктомию производили в месте, в котором изменения радужно-роговичного угла выражены меньше, для локализации зон угла передней камеры использовали диафаноскопию.

- одномоментная СТЭ на двух глазах у 69,3% (27 детей);

- двухмоментная СТЭ у 30,7% (12 детей);

- 9 детям установлен дренаж Achmed;

У 9 детей при тяжелых формах ВГ, сочетающихся с неоваскуляризацией радужки, мелкой ПК, закрытым УПК, аниридией, устанавливали педиатрический клапанный дренаж Axmed. Рис. 1,2



Рис.1- клапан Ahmed модели FP8



Рис. 2 -клапан Ahmed модели FP

В результате операции компенсация ВГД была достигнута у всех детей. Для изучения отдаленных результатов лечения младенцев с врожденной глаукомой было обследовано состояние 30 детей через 1 – 10 лет после оперативного лечения.

У пациентов, прооперированных на первом месяце жизни и у которых офтальмогипертензии за весь период наблюдения (до 10 лет) не было, перехода в более развитую стадию глаукомы не наблюдали и эти дети были практически здоровыми.

У 10 детей, состояние глаз которых соответствовало начальной стадии заболевания, в подростковом возрасте перехода в более развитую стадию глаукомного процесса не было, и эти дети были практически здоровыми;

При хирургическом лечении в развитой стадии параметры глаза у 12 пациентов также стали соответствовать возрастной норме;

При далекозашедшей стадии заболевания отмечалось несоответствие размеров ПЗО, диаметра роговицы и глубины экскавации. У 3 детей сохранилась принадлежность к далекозашедшей стадии, у 5 детей заболевание стало соответствовать развитой и начальной стадии.

Заключение. Врожденная глаукома требует раннего выявления и хирургического лечения. При подозрении на врожденную глаукому у младенца необходимо немедленное обследование под наркозом. Предпочтительной операцией является СТЭ, позволившая получить компенсацию ВГД и стабилизацию глаукомного процесса. В особо тяжелых случаях и при рефрактерной глаукоме имплантировали клапанный дренаж Ahmed. При раннем хирургическом лечении, отсутствии рецидивов офтальмогипертензии перехода в более развитую стадию глаукомы не было, и эти дети были практически здоровыми.

Информация о внедрении результатов исследования. По результатам настоящего исследования опубликовано 1 статей в сборниках материалов, 2 тезисов докладов, получено 1 акт внедрения в образовательный процесс (кафедры «Глазных болезней» БГМУ), 1 акта внедрения в производство (УЗ 4 ГДКБ г. Минск «Офтальмологическое отделение»).

Литература

1. Аветисов, А.С. Руководство по детской офтальмологии/ А.С. Аветисов, Е.И. Ковалевский. М. Медицина, 1987. С.158.
2. Бирич, Т. А. Офтальмология / Т. А. Бирич, Л. Н. Марченко, А. Ю. Чекина. Минск :Вышэйшая школа, 2007. С. 360–361.

3. Иванова В.Ф., Орагвелидзе С.Д., Клецкий С.К. Результаты и осложнения в отдаленном периоде после имплантации клапанного дренажа Ахмед при рефрактерной глаукоме у детей Офтальмология. Восточная Европа, 2019. №2 с.225-234.