

06 200

Формы
срок
14
Служба

ВЕСТНИК



*Кыргызско-Российского
Славянского университета*

*Векское нам открытием гур
Томовит правдивый дур,
и олимп, сик олимп труднее.
Илиши, параднов дур,
и лигид, даи прабретател*

Александр Пушкин

2016

Том 16, № 11

ISSN 1753-2-089.819.843-07

ВЛИЯНИЕ НА ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ НОВОЙ СКЛЕРОПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВЫСОКОЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТИ

К.Б. Бекбоева, М.А. Медведев

Представлены отдаленные результаты проведения склеропластики при высокой прогрессирующей миопии с использованием разработанной авторами оперативной техники. Анализ влияния операции на динамику внутриглазного давления позволяет сделать вывод о его роли в механизме остановки прогрессирующей близорукости.

Ключевые слова: ВГД; склеропластика; результаты ревазуляризации; биоклей.

THE IMPACT OF NEW SCLEROPLASTY SURGERY ON INTRAOCULAR PRESSURE AT PROGRESSIVE MYOPIA ALTA

K.B. Bekboyeva, M.A. Medvedev

The article presents long-term results of conducting a scleroplasty at progressive myopia alta with the use of operative technique developed by the authors. The analysis of the surgery's impact on the dynamics of intraocular pressure allows defining its role in the mechanism of stopping progression of myopia.

Keywords: IP; scleroplasty; revascularization results; biological adhesive.

Влияние о влиянии различных склеропластических операций на внутриглазное давление не нашёл своего освещения в литературе. Несмотря на то, что еще в самых первых работах по этой проблеме, было отмечено снижение ВГД после проведения склеропластических операций бандажного типа [1, 2], этому аспекту проблемы внимание не уделялось. Изменение направления растяжения в экваториальной склере миопических глаз обусловлено нарушением архитектоники структурных компонентов склеры: фрагментацией, разрыхлением коллагеновых фибрилл с их преобладающим меридиональным направлением и нарушением пространственной структуры гликоликановых компонентов межклеточного вещества и недостаточным образованием либо стабилизующих внутри- и межклеточных связей в соединительной ткани. Поэтому разработка патогенетически ориентированных склеропластических операций, которые бы в себе преимущества ранее известных сочетались с получением еще большего эффекта в улучшении состояния оболочек и функций всего глаза, нуждается в сопровождении

экспериментально-клинических исследований, четком обосновании критериев оценки их эффективности. Одновременно с этим роль ВГД в патогенезе развития прогрессирующей близорукости вряд ли может быть подвергнута сомнению. Влияние на ВГД комбинированных операций при прогрессирующей близорукости, включающих в себя помимо собственно склеропластики еще и элемент ревазуляризации хориоидеи, в литературе не нашёл освещения [3–5]. Исходя из этого мы определили цель исследования.

Цель исследования – изучить динамику ВГД в послеоперационном периоде после проведения комбинированной склеропластической операции по разработанной нами технологии.

Материал и методы. В данное исследование были включены 20 пациентов молодого возраста (от 14 до 22 лет, средняя – $17 \pm 2.1D$). Мужчин – 9, женщин – 11. Все пациенты с близорукостью средней степени (от 3.25 D до 6.0 D, средняя – $4.75 \pm 1.25 D$) с градиентом прогрессирования миопии не менее 1.0 D в год. Передне-задняя ось глаза, по данным ультразвуковой биометрии, не менее 24.0 мм. Ни у кого из пациентов не было выявлено признаков выраженной миопической хориоретиальной дегенерации. Операции всем пациентам проведе-

ны по разработанной нами технологии, описанной ранее у экспериментальных животных при склеропластике с использованием лазера. Все операции прошли без осложнений. Внутриглазное давление измеряли до операции и в следующие сроки после операции: 1, 3 и 6 месяцев, 1, 2 и 3 года.

Измерение ВГД производилось при помощи бесконтактного тонометра Торсон, тонометра Маклакова 10.0 гр. Топографические исследования выполнялись при помощи электронного тонометра импрессионного типа Глаукотест-60. Все измерения проводились троекратно и за результат принималось среднее значение из 3-х измерений.

Результаты и обследование. Исходный уровень ВГД у всех пациентов находился в пределах нормы и составил в среднем 16 ± 2.2 мм рт. ст. (истинное ВГД). К концу первого месяца после операции ВГД было равно 14.6 ± 2.5 мм рт. ст. К концу третьего месяца – 15.0 ± 2.5 мм рт. ст. К концу шестого месяца – 15.2 ± 2.5 мм рт. ст. К концу первого года после операции – 15.2 ± 2.5 мм рт. ст. К концу 2-го года после операции – 15.5 ± 2.5 мм рт. ст. К концу 3-го года после операции – 15.5 ± 2.5 мм рт. ст. При анализе полученных данных видно, что в послеоперационном периоде отмечается четкая тенденция к снижению ВГД. Максимальное снижение ВГД отмечается в течение первых 6–12 месяцев после операции. ВГД так и не достигает исходного уровня, хотя эта разница статистически недостоверна.

За время наблюдения ни у одного из пациентов не было отмечено прогрессирования близорукости как по данным рефрактометрии, так и по данным ультразвуковой биометрии. Не отмечено также появления каких-либо новых патологических изменений в сосудистой и сетчатой оболочках как в области заднего полюса, так и в экваториальной зоне, не только по данным офтальмоскопии, но и по данным ОКТ.

Полученные данные позволяют предположить, что в механизме “торможения” прогрессии миопии играет роль не только укрепление склеры с развитием соединительной ткани и не только улучшение кровоснабжения за счет реваскуляризирующего эффекта операции, но и относительное снижение ВГД [6–8].

Относительно незначительный материал, хотя и с достаточными сроками отдаленных наблюдений не позволяет делать окончательные выводы. Однако с достаточной уверенностью можно утверждать следующее:

1. Проведение склеропластической по предложенной нами методике приводит к снижению ВГД в послеоперационном

2. Даже через 3 года после операции остается ниже исходного.

3. Роль относительного снижения ВГД при склеропластических операциях как фактора профилактики близорукости нуждается в дальнейшем исследовании.

Литература

1. Тарутта Е.П. Склероукрепляющие и профилактика осложнений прогрессивной близорукости у детей и подростков: дис. ... канд. мед. наук / Е.П. Тарутта. М., 1993. С. 1–100.
2. Ковалевский Е.И. Результаты хирургической профилактики прогрессирования близорукости у детей / Е.И. Ковалевский, Л.А. Дубо Мишустин и др. // Близорукость. Патофизиология, профилактика прогрессирования и осложнения. Международный симпозиум. М., 1990. С. 10–15.
3. Жукова О.В. Эффективность склеросклеротизирующих операций в зависимости от метода и вида биоматериала / О.В. Жукова, Смирницкая Т.Ф., Акимова Т.Ф. // Тезисы VIII съезда офтальмологов России. С. 719.
4. Сидоренко Е.И. О причинах недостаточности коллагенопластики (экспериментальное исследование) / Е.И. Сидоренко, Обрубов А.А., Древалев В.И. и др. // Вестник офтальмологии. 1995. Т. 3. № 1. С. 4–6.
5. Савиных В.И. Отдаленные результаты склеропластики при прогрессирующей близорукости / В.И. Савиных, Г.Н. Татарникова, Столяренко // Офтальмологический журнал. 1988. № 8. С. 459–461.
6. Иомдина Е.Н. Биомеханика склеральной оболочки глаза при миопии: диагностика и их экспериментальная коррекция: дис. ... канд. биол. наук / Е.Н. Иомдина. М., 2000. С. 1–100.
7. Обрубов С.А. Биомеханические закономерности распределения напряжений в ткани склеральной оболочки при эмметропии и аметропиях у детей: дис. ... д-ра мед. наук / С.А. Обрубов. С. 21–41.
8. Учаева Н.С. Экспериментально-клиническое обоснование применения дистракционной склеропластики в лечении прогрессирующей близорукости у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.С. Учаева. М., 2010. 25 с.