

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Безлоскутная тенотрепанация у больных с рецидивирующей глаукомой при реконструкции фильтрационной зоны с имплантированным клапаном Ахмеда

В настоящее время разработано большое количество хирургических вмешательств как при первичной, так и при вторичной глаукоме, однако проблема оперативного лечения глаукомы до сих пор остается актуальной. Несмотря на новейшие разработки в области микрохирургии глаукомы, процент повторных операций остается достаточно высоким. Особо стоит отметить больных с тяжело контролируемой глаукомой, у которых проводились антиглаукоматозные операции более одного раза. По данным литературы, в повторной гипотензивной операции нуждаются до 30% больных (Еременко А.И. с соавт., 1998). Одной из методик, которую мы применяем у

больных с неудачей первичной операции СТЭК, является имплантация клапана Ахмеда. Нами применяется модель полипропиленового клапана S2 (рис. 1) площадью корпуса 184 мм², с длиной силиконовой трубки 25 мм и внутренним диаметром 0,305 мм производства компании New World Medical inc.

Одной из отличительных черт этого клапана является его максимально задняя фиксация, что уменьшает дискомфорт в послеоперационный период. В большинстве случаев проведенные операции дают стойкое понижение внутриглазного давления (ВГД). Однако стоит отметить, что у молодых больных часто наблюдалось повторное повышение ВГД на 13-14-й день после имплантации клапана Ахмеда. Основной причиной неудач гипотензивных операций является процесс рубцевания новообразованных путей оттока внутриглазной жидкости (Нестеров А.П. с соавт., 1982; Maumenee, 1980). Предложенный нами метод основан на комплексе оперативных мероприятий в области предыдущего вмешательства, где процесс рубцевания тканей привел к блокированию путей оттока внутриглазной

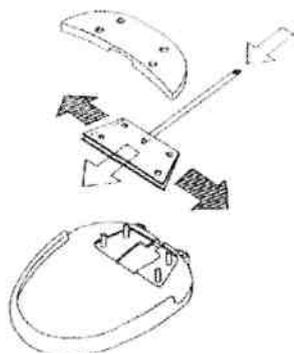


Рис. 1. Клапан Ахмеда

жидкости.

Цель работы — показать эффективность разработанного комплекса хирургических мероприятий по реконструкции фильтрационной зоны как методику реоперации при неудачных исходах после имплантации клапана Ахмеда.

Материал и методы

Клинические исследования были проведены у 32 больных в возрасте от 18 до 42 лет с имплантированным клапаном Ахмеда. Из них 9 (28,2%) женщин и 23 (71,8%) мужчины. У 18 (56,3%) больных клапан был имплантирован в супратемпоральном квадранте, а у 14 (43,7%) больных - в супраназальном квадранте. Среднее значение ВГД через месяц после операции составляло 34,82 мм рт.ст. Имплантация клапана у больных проводилась по стандартной хирургической технике в субтеноновое пространство со склеральным креплением. Больные были разделены на две группы: в первую группу входили лица, у которых была проведена безлоскутная тенотомиа по предложенной нами хирургической технике (рис. 3). Во вторую группу входили больные, у которых проводилось многократное обкалывание осумкованной фильтрационной зоны с аспирацией отфильтрованной жидкости и применением митомицина С в концентрации 0,3 мг/мл. У всех больных проводилась биомикроскопия переднего отрезка глаз, тонометрия, компьютерная периметрия и осмотр глазного дна трехзеркальной линзой Гольдмана. У больных первой группы проводилась безлоскутная тенотомиа в среднем через месяц после имплантации клапана. Техника разработанной операции заключается в следующем: после разреза конъюнктивы в области лимба производилось обнажение области осумкованной фильтрационной зоны, после чего проводились три надреза теноновой оболочки размером 4 мм, пересекающиеся в центре, расположенные под углом 120° (рис. 3), далее на расстоянии 2 мм от центра основания каждого из треугольников проводился шов через толщу теноновой оболочки (рис. 2а), иглу проводили через вершину каждого из треугольников (рис. 2б) и возвращали в первоначальную точку (рис. 2д). Затем оттягивали оба конца шва и ставили узловый шов (рис. 2б), каждый треугольный лоскут, заворачиваясь в субтеноновое пространство (рис. 2е), образовывал в центре треугольник (рис. 2д) размерами 5-6 мм. Пространство обмывалось раствором митомицина С в концентрации 0,3 мг/мл, и далее конъюнктура ушивалась по лимбу непрерывным швом. Местно производилась инъекция антибиотика

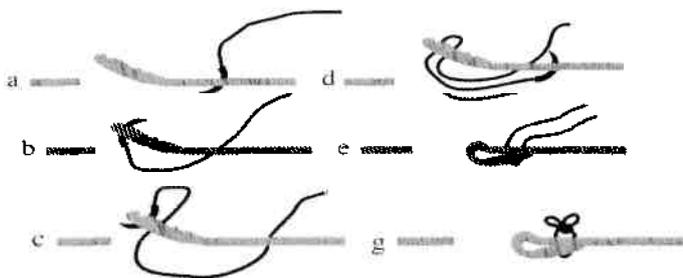


Рис. 2. Техника ушивания

осень 2007

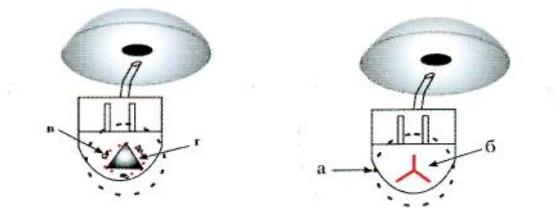


Рис. 3. Вид операционного поля

Результаты

Операция и послеоперационный период прошли без осложнений. Компенсации ВГД без применения гипотензивных препаратов удалось добиться в 87,3% случаев, в 6,4% случаев потребовалось параллельное применение гипотензивных препаратов, а у 6,3% больных потребовалось повторное оперативное вмешательство. У 10,2% больных в раннем послеоперационном периоде наблюдалась гипотония, которая самопроизвольно купировалась на 5-е сутки после операции. Динамика ВГД в послеоперационном периоде в обеих группах приведена на рис. 4.



Рис. 4. Показатели уровня ВГД в послеоперационном периоде

Заключение

Анализируя полученные данные, можно сделать заключение, что предложенная хирургическая техника безлоскутной тенотрепанации у больных с рецидивом повышения ВГД после имплантации клапана Ахмеда является малотравматичным и эффективным методом создания дополнительных путей оттока из осумкованной зоны фильтрации и может быть применена в клинической практике.

Э.К. Рашидализаде, Н.К. Керимова,
К.Т. Керимов, 2007 ©

Ahmed™
Glaucoma Valve
www.ahmedglaucoma.ru