НОВОСТИ

Применение дренажной системы Ahmed™ при комбинированных хирургических вмешательствах у больных с осложненной глаукомой

Резюме. Актуальной проблемой на современном этапе является сочетание различных форм глаукомы с другими патологическими состояниями, такими, как кератопатия, эпителиально-эндотелиальная дистрофия, осложненная катаракта, увеит. Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения дренажной системы Ahmed™ в сочетании с другими видами хирургических вмешательств у больных с осложненной глаукомой. Пациентам имплантированы гибкие силиконовые глаукомные клапаны Ahmed™ модели FP7 и FP8 в сочетании со сквозной кератопластикой, факоэмульсификацией катаракты, реконструкцией угла передней камеры.

Актуальность. Проблема эффективной хирургии рефрактерных глауком в течение нескольких десятилетий активно дискутируется в офтальмологической литературе [Алексеев В.Н., 1986; Алексеев И.Б., Кощеева Е.А., 2006; Астахов СЮ. и соавт., 2006]. Однако, несмотря на достигаемый гипотензивный эффект, операции фистулизирующего типа сопровождаются наличием интраоперационных, а также ранних и поздних послеоперационных осложнений [Ботабеко-ва Т.К. и соавт., 2006]. Сегодня одно из первых мест в хирургии данного вида глауком занимают операции, в ходе которых для снижения внутриглазного давления имплантируются различные дренажи [Астахов Ю.С. и соавт, 2006; Coleman A.L et al., 1995; 1997; Englert J.A. et al., 1999; Huang M.C. et al., 1999]. Достаточно актуальной проблемой на современном этапе является сочетание различных форм глаукомы (в том числе рефрактерной) с другими патологическими состояниями, такими, как кератопатия, эпителиально-эндотелиальная дистрофия, осложненная катаракта [Алексеев Б.Н., 1975], увеит [Косимов А.А. и соавт., 2006] и др. Хирургическое лечение при данных комбинациях является достаточно серьезной проблемой современной офтальмологии. Такие пациенты ранее уже были оперированы, а некоторые перенесли не одно оперативное вмешательство. Сочетанная патология, как правило, способствует рубцеванию тканей в зоне антиглаукоматозного вмешательства, происходит повышение офтальмотонуса, приводящее к снижению зрительных функций и сужению полей зрения, и возникает проблема повторного оперативного вмешательства.

В связи с чем целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения дренажной системы Ahmed ™ в сочетании с другими видами хирургических вмешательств у больных с осложненной глаукомой при сочетанной патологии.

Материалы и методы. С использованием дренажной системы Ahmed™ прооперированы 9 пациентов, из них 7 мужчин, 2 женщины, средний возраст -63 года. Оперативные вмешательства производились при ПОУГ III-IV стадии, ЗУГ, увеальной глаукоме в сочетании с осложненной катарактой, кератопатией, эпителиально-эндотелиальной дистрофией, артифа-кией, афакией. Зарегистрированный уровень ВГД до операции составлял от 38 до 58 мм рт.ст. Всем пациентам имплантированы гибкие силиконовые глаукомные клапаны Ahmed™ модели FP7 и FP8. Основные технические характеристики модели клапана FP7: толщина клапана - 0,9 мм; ширина - 13 мм; длина - 16 мм; площадь - 184,0 мм^2; масса - 0,11 г; внутренний диаметр дренажной трубки - 0,305 мм; наружный диаметр - 0,635 мм.

Основные технические характеристики модели клапана FP8: толщина клапана - 0,9 мм; ширина -9,6 мм; длина - 10,0 мм; площадь - 96,0 мм^2; масса -0,09 г; внутренний диаметр дренажной трубки -0,305 мм; наружный диаметр - 0,635 мм.

Механизм работы клапанного дренажа Ahmed™ включает: отведение внутриглазной жидкости из передней камеры через микротрубочку, формирование резервуара для скопления жидкости, резорбцию и эвакуацию жидкости из субтенонова пространства через сформированные пути оттока. У больных произведены комбинированные операции имплантации гибкого силиконового глаукомного клапана Ahmed™ модели FP7 и FP8 в сочетании со сквозной кератопластикой; реконструкцией угла передней камеры; факоэмульсификацией и имплантацией интраоку-лярной линзы.

Техника операции. Операция проведена под местной перибульбарной анестезией. Разрез конъюнктивы в верхневнутреннем отделе глазного яблока (учитывая места предшествующих оперативных вмешательств) - по лимбу, длиной 12-14 мм. Сформирован и тупо отсепарован лоскут конъюнктивы, выкроен склеральный лоскут основанием к лимбу на 2/3 толщины склеры квадратной формы с шириной стороны 5 мм. В четырех косых меридианах подшито кольцо Флиринга. Трепанация роговицы, рассечение и удаление иридокорнеальных сращений, ретрокор-неальной пленки, реконструкция угла передней камеры. Выкраивание донорского роговичного диска, фиксация непрерывным швом 10/0. Проверяем и активируем клапан, пропуская через трубочку физиологический раствор. Вводим клапан в сформированный субконъюнктивальный карман между верхней и внутренней прямыми мышцами, фиксируем его к эписклере двумя нейлоновыми швами 10/0 примерно в 10 мм от лимба. Под поверхностным склеральным лоскутом, в прозрачной части лимба, параллельно плоскости радужки вскрываем переднюю камеру с помощью иглы 23G. Через прокол в лимбе вводим дренажную трубку клапана в переднюю камеру так, чтобы она располагалась параллельно плоскости радужки и выстояла в переднюю камеру на 2-3 мм. Поверхностный склеральный лоскут укладываем на место и фиксируем двумя узловыми швами 8/0. На середине расстояния от края склерального лоскута до края клапана фиксируем дренажную трубку дополнительно двумя нейлоновыми швами 10/0 к эписклере (во избежание избыточной подвижности трубки при выраженной гипотонии после сквозной кератопластики). Накладываем два шва на края конъ-

юнктивального лоскута. Под конъюнктиву и внутривенно вводим раствор дексаметазона и антибиотика широкого спектра действия. Монокулярная повязка *(рис. 1)*.

Рис. 1. Комбинированная операция имплантации клапана Ahmed™ в сочетании со сквозной кератопластикой

Накладываем два шва на края конъ-юнктивального лоскута. Под конъюнктиву и внутривенно вводим раствор дексаметазона и антибиотика широкого спектра действия. Монокулярная повязка *(рис. 1)*.

Техника операции. Операция проведена под местной перибульбарной анестезией. Разрез конъюнктивы в верхневнутреннем отделе глазного яблока по лимбу длиной 12-14 мм. Сформирован и тупо отсепа-рован лоскут конъюнктивы, выкроен склеральный лоскут основанием к лимбу на 2/3 толщины склеры квадратной формы с шириной стороны 5 мм. Рогович-ный доступ для факоэмульсификации в верхненаружном отделе, капсулорексис, удаление ядра методом faco-chop, имплантация интраокулярной линзы.

Проверяем и активируем клапан, пропуская через трубочку физиологический раствор. Вводим клапан в сформированный субконъюнктивальный карман между верхней и наружной прямыми мышцами, фиксируем его к эписклере двумя нейлоновыми швами 10/0 примерно в 10 мм от лимба. Под поверхностным склеральным лоскутом, в прозрачной части лимба, параллельно плоскости радужки вскрываем переднюю камеру с помощью иглы 23G. Через прокол в лимбе вводим дренажную трубку клапана в переднюю камеру так, чтобы она располагалась параллельно плоскости радужки и выстояла в переднюю камеру на 2-3 мм. Поверхностный склеральный лоскут укладываем на место и фиксируем двумя узловыми швами 8/0. На середине расстояния от края склерального лоскута до края клапана фиксируем дренажную трубку дополнительно нейлоновым швом 8/0 к эписклере. Накладываем два шва на края конъюнктивального лоскута. Под конъюнктиву и внутривенно вводим раствор дексаметазона и антибиотика широкого спектра действия. Монокулярная повязка *(рис. 2)*.

Результаты и об уждение. В послеоперационном периоде проводился ежедневный осмотр врача офтальмохирурга включающий: биомикроскопию, офтальмоскопию, визометрию, бесконтактную тонометрию, А/В-сканиро-вание по показаниям.

Рис. 2. Комбинированная операция имплантации клапана Ahmed™ в сочетании с факоэмульсификацией катаракты

Учитывая комбинированный характер хирургических операций, всем пациентам была назначена общая и местная противовоспалительная терапия, включающая: дексаме тазон внутривенно, диклофенак внутримышечно, дексаметазон + гентамицин парабульбарно, дексаметазон, индоколлир, тобрадекс, макситрол, максидекс - эпибульбарно, найз peros - по показаниям. Пациентам с кератопатией и эпителиально-эндотелиальной дистрофией назначались кератопластические препараты. Выраженной воспалительной реакции, не смотря на сложность оперативных вмешательств, не было зарегистрировано ни в одном случае (рис. 3-4).

Рис. 3. Имплантация клапана Ahmed™ на глазу с оперированной ленсиндуцированной глаукомой

Рис. 4. Имплантация клапана Ahmed™ на глазу с оперированной рефрактерной глаукомой

У всех пациентов был достигнут гипотензивный эффект. Осложнений в ходе операции и в раннем послеоперационном периоде не отмечалось. Внутриглазное давление в послеоперационном периоде у всех пациентов регистрировалось не выше 14 мм рт.ст. Сроки госпитализации составили 7-9 дней. У всех больных отмечалось увеличение остроты зрения от 0,01 до 0,2 (в зависимости от тяжести патологии), а также регистрировалось небольшое увеличение границ поля зрения до 10°. Срок наблюдения -до 6 месяцев.

Выводы. Операция с использованием дренажной системы (Ahmed™ Glaucoma Valve, www.ahmedglauco-ma.ru, Визион Технолоджи, тел. (495) 623-33-91) является технически не сложной, в изолированном виде она является экстраокулярной, малоинвазивной, обеспечивает прогнозируемый результат, соответствует современным требованиям офтальмомикрохи-ругии. При наличии отработанной техники ее выполнения она может быть использована не только в далеко зашедших стадиях глаукомы, но и при проведении комбинированных и реконструктивных операций, гарантирует снижение послеоперационных осложнений при сочетаннои патологии, сокращает количество оперативных вмешательств и сроки реабилитации,

Список литературы доступен на сайте www.EyeNews.ru

О.В. Чудинова, Н.К. Николайчук,

январь 2007 ©, с сокр.