

А.В. СОЛОВЬЕВА, А.Э. КУГУШЕВА

УДК 617.7-001.17:617.7-007.681-089.48

НИИ глазных болезней им. Гельмгольца МЗ РФ, г. Москва

Особенности использования дренажа Ахмеда при глаукоме в результате тяжелой ожоговой болезни глаз

Соловьева Анна Владимировна

аспирант отдела травматологии, реконструктивной хирургии и глазного протезирования

105062, г. Москва, ул. Садовая-Черногрозская, д. 14/19, тел. 7-909-626-47-00, e-mail: solovy-anna@ya.ru

В работе представлено 5 случаев имплантации клапанного дренажного устройства Ahmed у пациентов с вторичной некомпенсированной глаукомой после тяжелой ожоговой травмы. Стойкая нормализация внутриглазного давления наступила в 2 случаях. В 2 случаях гипотензивный эффект был частичным, в связи с чем произведена дополнительная трансклеральная диодлазерная циклокоагуляция. В 1 случае после имплантации дренажа Ahmed развился эндофтальмит, и устройство было удалено.

Ключевые слова: ожоги глаз, постожеговая глаукома, дренаж Ахмед.

A.V. SOLOVIEVA, A.E. KUGUSHEVA

Helmholtz's Research Institute of Eye Diseases of MH, Moscow

Features of drainage Ahmed at glaucoma as a result of severe burn disease eye

The paper presents five cases implantation of drain valve Ahmed in patients with secondary uncompensated glaucoma after severe burn injury. Persistent normalization of intraocular pressure occurred in 2 cases. In two cases, the hypotensive effect was partial, therefore made an additional transscleral diod laser cyclocoagulation. In one case, after the implantation of Ahmed drainage developed endophthalmitis and the device was removed.

Keywords: eye burns, glaucoma after severe eye burns, Ahmed glaucoma valve.

Ожоги органа зрения — тяжелый раздел офтальмотравматологии, они составляют до 38,4% всех повреждений глаз. Более 40% пострадавших в результате ожогов глаз становятся инвалидами I-II групп [1-3]. Это вызвано не только сложностью лечения, а иногда и диагностики, но и несвоевременным оказанием первой помощи пострадавшим.

Одним из тяжелых осложнений ожоговой болезни является глаукома, лечение которой при измененной конъюнктиве, симблефароне представляет большие трудности. После особо тяжелых повреждений, когда отсутствует собственная конъюнктура глаза, возникают сложности с формированием фильтрационной подушки. Одним из путей преодоления этой проблемы является имплантация трубчатых дренажных устройств. Из клапанных дренажных устройств дренаж Ahmed показывает наиболее надежную работу клапана, наименьшее число осложнений [4, 5].

Целью работы явилось изучение возможности использования клапана Ахмеда при глаукоме, развивающейся в результате тяжелой ожоговой болезни глаз.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 5 пациентов (5 глаз) с вторичной постожеговой некомпенсированной глаукомой. Все пациенты (мужчины в возрасте от 17 до 53 лет) ранее перенесли тяжелый химический ожог глаза с рубцовыми изменениями конъюнктивы и роговицы. Показанием к имплантации дренажа Ahmed явились неэффективность ранее выполненных антиглаукоматозных вмешательств и отсутствие снижения внутриглазного давления при применении гипотензивных препаратов (β-блокатор и ингибитор карбоангидразы). Попытка определения ВГД с помощью приборов была безуспешной, в связи с чем определялась пальпаторно. У всех больных



давление было +++. Имплантацию дренажа Ahmed выполняли на разных этапах хирургической реабилитации пациентов с ожоговой травмой глаз [3]. У 3 пациентов операцию выполнили до пластики конъюнктивальных сводов (на этапе лечения осложнений ожоговой болезни), при этом во всех случаях имел место хирургический анкилоблефарон и симблефарон, а также афакия.

В 1 случае имплантацию осуществили одновременно с пластикой сводов (на этапе реконструктивного лечения) через 2 года 9 месяцев после травмы у пациента с тотальным симблефароном. Единственным хирургическим вмешательством, предшествовавшим имплантации дренажа, была трансклеральная диодлазерная циклокоагуляция, которая не привела к снижению внутриглазного давления.

У одного пациента дренаж Ahmed имплантировали спустя 8 месяцев после пластики конъюнктивальных сводов (своды сформированы) через 19 месяцев после травмы. Следует отметить, что у всех больных зрение было в пределах светоощущения с правильной проекцией света.

У всех пациентов сохраняли инстилляции гипотензивных препаратов (β -блокатор и ингибитор карбоангидразы 2 раза в сутки) в послеоперационном периоде. Максимальный срок наблюдения составил 2 года.

Техника операции

Поверхность глаза в квадранте предстоящей имплантации дренажного устройства освобождали от фиброваскулярной ткани. Верхненаружный квадрант глазного яблока был наиболее предпочтителен для имплантации дренажа. Предварительно дренаж активировался введением физиологического раствора в дистальный конец трубочки. Тело импланта заводилось между прямыми мышцами на расстоянии 6-8 мм от лимба и фиксировалось к склере через специальные отверстия в теле дренажа. Производился прокол склеры иглой 23G в проекции плоской части цилиарного тела. Предварительно срезанная под углом 30° трубочка дренажа вводилась в заднюю камеру глаза. Из соответствующего свода орбиты выделяют и вытягивали тенонову оболочку глазного яблока, так чтобы она покрывала имплантированное дренажное устройство. Дистальный край лоскута теноновой оболочки фиксировался к эписклере в области лимба узловыми швами. В случае, когда пластика конъюнктивального свода не планировалась, бульбарную конъюнктиву, ранее отслоенную, фиксировали узловыми швами к лоскуту теноновой оболочки. Операцию заканчивают кровавой блефарорафией.

В случае, когда имплантацию дренажа Ahmed комбинировали с пластикой сводов, заранее производили визуальную оценку объема предстоящей пересадки аутослизистой и производили забор расщепленного лоскута слизистой губы пациента. Конъюнктиву глазного яблока в месте хирургического вмешательства возмещали этим лоскутом слизистой оболочки с губы, фиксируя лоскут отдельными узловыми швами к уже фиксированной теноновой оболочке глаза. Операцию заканчивали кровавой блефарорафией.

Результаты

В группе из трех пациентов, у которых имплантацию дренажного устройства выполнили до пластических операций на конъюнктивальных сводах, в одном случае наблюдался стойкий гипотензивный эффект (в течение всего срока наблюдения — 10 месяцев). У двух других больных гипотензивный эффект операции был частичный, ВГД понизилось до +1, в связи с чем произведена дополнительная трансклеральная диодлазерная циклокоагуляция. Осложнений хирургического вмешательства в этой группе пациентов не отмечалось. Длительность наблю-

дений — 5-6 месяцев. В дальнейшем больному проведена операция — пластика сводов.

У одного больного при имплантации дренажа Ahmed в комбинации с пластикой конъюнктивальных сводов в раннем послеоперационном периоде развился эндофтальмит и дренажное устройство было удалено. Проведено интенсивное противовоспалительное лечение. Пациент был выписан со зрением — светопроекция.

У 1 пациента, которому имплантацию дренажа выполнили после пластической операции на конъюнктивальных сводах, внутриглазное давление нормализовалось в первые сутки после операции при продолженных инстилляциях гипотензивных препаратов. В течение всего срока наблюдения (2 года) внутриглазное давление оставалось в пределах нормального. Зрение сохранилось в пределах светоощущения с правильной проекцией света, и пациенту в дальнейшем планируется операция кератопротезирования.

Заключение

Таким образом, разработанная нами оригинальная методика имплантации дренажа Ahmed с укреплением тела дренажа аутотеноновой капсулой и восстановлением анкилоблефарона или в комбинации с пластикой сводов является операцией выбора при отсутствии гипотензивного эффекта при других методах лечения.

Преимуществом предлагаемого способа является возможность стойкой нормализации внутриглазного давления у пациентов с грубыми рубцовыми деформациями сводов или их отсутствием; важным является создание пространства для фильтрации внутриглазной жидкости с помощью теноновой оболочки глаза, что снижает вероятность образования фиброзной капсулы вокруг тела дренажного устройства.

Несмотря на небольшой опыт, мы считаем возможным применение методики лечения постожоговой глаукомы с использованием дренажа Ahmed. Однако при этом следует учитывать следующие моменты: место введения дренажа должно быть с минимальным поражением конъюнктивы и проводить операцию следует перед последующими пластическими операциями на конъюнктиве или после исхода операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гундорова Р.А., Бордюгова Г.Г., Травкин А.Г. и др. Ожоговая травма глаз. — М., 1989.
2. Пучковская Н.А., Якименко С.А., Непомящая В.М. Ожоги глаз. — М.: Медицина, 2001.
3. Чернетский И.С. Оптимизация отдаленных результатов лечения особо тяжелых ожогов глаз на основе рациональной схемы хирургической реабилитации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009.
4. Eisenberg D.L., Koo E.y., Hafner G. Et al. In vivo flow properties of glaucoma implant devices. // Ophthalmic Surg. Kasers. — 1999. — Vol. 30. — N 8. — P. 662-667.
5. Kuckelkorn R., Keller G.K.I., Redbrake C. Glaukom nach schwersten Veratzungen und Verbrennungen. Operative Moglichkeiten // Ophthalmologe. — 2001. — № 12. — P.1149-1156.