

Хуснитдинов И.И., Бикбов М.М.
Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ
E-mail: husnitdinov.ilnu@mail.ru

ОДНОМОМЕНТНАЯ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ КАТАРАКТЫ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ КЛАПАНА AHMED У ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Катаракта, осложненная глаукомой, встречается на практике довольно часто и, по данным литературы, составляет от 15 до 76 % случаев [14]. В статье представлены результаты одномоментной факоемульсификации осложненной катаракты и имплантации клапана Ahmed у 19 пациентов с рефрактерной глаукомой. У всех пациентов в анамнезе проведена фистулизирующая антиглаукомная операция. У 10 больных (10 глаз) была осложненная катаракта после оперированной первичной открытоугольной глаукомы, у 6 – после вторичной неоваскулярной, развившаяся на фоне прогрессирующей диабетической ретинопатии, в 3 случаях – после посттравматической глаукомы. Возраст пациентов варьировал от 56 до 73 лет. Ранний послеоперационный период отличался управляемым уровнем ВГД ($14,2 \pm 2,6$ мм рт. ст.) и отсутствием воспалительных, геморрагических осложнений, характерных для комбинированных фистулизирующих операций. Острота зрения повысилась до 0,1 на 6 глазах, от 0,2 до 0,5 – в 10 глазах и от 0,6 до 0,7 – в 3 случаях. В отдаленные сроки наблюдения (от 6 месяцев до 2 лет) острота зрения снизилась в 2 глазах вследствие прогрессирования диабетической ретинопатии. В одном случае через 1,5 года произошла дислокация комплекса: капсульный мешок, внутрикапсульное кольцо и ИОЛ. Спустя 12 месяцев наблюдения отмечалось повышение ВГД преимущественно у пациентов с неоваскулярной глаукомой, потребовавшее назначения гипотензивных препаратов.

Одномоментная факоемульсификация осложненной катаракты и имплантация клапана Ahmed у пациентов с рефрактерной глаукомой позволяет добиться улучшения зрительных функций при одномоментной компенсации внутриглазного давления в течение длительного периода наблюдения.

Ключевые слова: факоемульсификация, клапан Ahmed, рефрактерная глаукома.

Актуальность

Важной проблемой на сегодняшний день является лечение больных с рефрактерной глаукомой, отличительной особенностью которой является выраженная фибропластическая реакция тканей глаза, приводящая к быстрому рубцеванию и облитерации созданных путей оттока водянистой влаги. Большинство неблагоприятных исходов, связанных с рубцеванием, наступает в течение первых 6 месяцев после операции, однако процесс продолжается и в отдаленные сроки, что приводит к постепенному снижению гипотензивного эффекта [1].

В последние годы дренирующая хирургия глаукомы приходит на смену фильтрующим операциям благодаря меньшему количеству осложнений [2]. После неоднократных операций по поводу упорной глаукомы имплантация дренажей оставляет последнюю надежду на сохранение зрения [2]–[4]. Использование клапана Ahmed предотвращает избыточную фильтрацию водянистой влаги в раннем послеоперационном периоде и существенное снижение частоты таких осложнений, как измельчение передней камеры и развитие цилиохориоидальной отслойки [5]–[13].

Катаракта, осложненная глаукомой, встречается на практике довольно часто и, по данным ли-

тературы, составляет от 15 до 76 % случаев [14]. Прогрессирование катаракты является одной из основных причин снижения остроты зрения после удачно проведенной антиглаукомной операции, в т. ч. и с использованием дренажа. В связи с этим одномоментная хирургия данной патологии имеет широкое распространение [15].

Цель исследования

Изучение эффективности и частоты возможных осложнений одномоментной факоемульсификации катаракты и имплантации клапана Ahmed.

Материал и методы

Одномоментная факоемульсификация осложненной катаракты и имплантация клапана Ahmed была выполнена 19 пациентам в сроки от 6 до 18 месяцев после ранее проведенной фистулизирующей операции по поводу рефрактерной глаукомы. Нами использовалась модель FP7 с основными техническими характеристиками: толщина клапана – 0,9 мм; ширина – 13,0 мм; длина – 16,0 мм; площадь – 184,0 мм²; внутренний диаметр дренажной трубочки – 0,305 мм; наружный диаметр – 0,635 мм. Имплантацию клапана Ahmed выполняли в верхне-наружном

секторе в два этапа. Первым этапом подшивали корпус клапана к освобожденной от конъюнктивы склере. Далее проводили стандартную технику факоэмульсификации осложненной катаракты с имплантацией ИОЛ. Вторым этапом имплантировали трубку клапана Ахмеда в переднюю камеру, проводили шовную фиксацию склерального и конъюнктивального лоскута. Операцию завершали вымыванием вискоэластика из полости передней камеры и капсульной сумки, с последующей герметизацией тоннельных роговичных разрезов.

У 10 больных (10 глаз) была осложненная катаракта после оперированной первичной открытоугольной глаукомы, у 6 – после вторичной неоваскулярной, развившаяся на фоне прогрессирующей диабетической ретинопатии, в 3 случаях – после посттравматической глаукомы. Возраст пациентов варьировал от 56 до 73 лет.

К моменту факоэмульсификации у всех больных офтальмотонус был от 29 до 38 мм рт. ст. Острота зрения с коррекцией – от 0,01 до 0,2. Все пациенты находились на максимальном режиме гипотензивных препаратов.

При биомикроскопии в верхних секторах определялись плоские, рубцово-измененные фильтрационные подушки. При открытоугольной глаукоме у 2 пациентов отмечен псевдоэкссфолиативный синдром и слабость цинновых связок, что проявлялось в выраженном факодонезе, у 3 – узкий ригидный зрачок. При неоваскулярной глаукоме у 3 больных отмечены единичные спайки между радужкой и хрусталиком, у 2 – прогрессирование пролиферативной ангиоретинопатии и рубцеоза радужки. При посттравматической глаукоме в 2 случаях – постконтузионный факодонез, в 1 – рубец роговицы.

Результаты и обсуждение

Особых сложностей в технике проведения операции не было. При наличии слабости связочного аппарата хрусталика факоэмульсификацию выполняли при помощи вспомогательных средств: ирис-ретракторов и внутрикапсульных колец. Успешная имплантация гибких акриловых ИОЛ – Acrysof Natural (Alcon, США) и Centriflex (Rayner, Великобритания) и их центрация были осуществлены во всех 19 глазах. Пациентам была назначена общая и местная противовоспалительная терапия.

В ходе проведения факоэмульсификации возникли следующие осложнения. При разделении задних синехий наблюдалась травматизация сфинктера зрачка – на 3 глазах, геморрагии из травмированных сосудов радужки, которые были тампонированы высокомолекулярными вискоэластиками – в 3 случаях.

В послеоперационном периоде повышенное внутриглазное давление у всех пациентов было купировано и составляло в среднем $14,2 \pm 2,6$ мм рт. ст. В раннем послеоперационном периоде не отмечена резкая гипотония, которая наиболее опасна для зрительных функций. Чрезмерный отток жидкости был ограничен клапанным механизмом дренажного устройства.

Отличительной особенностью комбинации факоэмульсификации и имплантации клапана Ahmed по сравнению сочетания с фистулизирующими операциями было отсутствие воспалительных и геморрагических осложнений.

После операции острота зрения повысилась до 0,1 на 6 глазах, от 0,2 до 0,5 – в 10 глазах и от 0,6 до 0,7 – в 3 случаях. В отдаленные сроки наблюдения (от 6 месяцев до 2 лет) острота зрения снизилась в 2 глазах вследствие прогрессирования диабетической ретинопатии. В одном случае через 1,5 года произошла дислокация комплекса капсульный мешок, внутрикапсульное кольцо и ИОЛ. Проведена репозиция комплекса со склеральной фиксацией и восстановлением исходных зрительных функций.

Фильтрационная подушка над клапаном Ahmed в течение 6 месяцев наблюдения оставалась увеличенной в объеме, затем происходило постепенное ограничение и контурирование тела клапана. В одном случае спустя 3 месяца после операции мы отметили транзиторную гипертензию, связанную с фиброзированием фильтрационной подушки. Спустя 12 месяцев наблюдения у 3 пациентов с неоваскулярной глаукомой повысилось ВГД, компенсировать которое удалось назначением местной гипотензивной терапии. Ни в одном случае не отметили формирования кисты фильтрационной подушки.

Вывод

Одномоментная факоэмульсификация осложненной катаракты и имплантация клапана Ahmed у пациентов с рефрактерной глауко-

мой позволяет добиться улучшения зрительных функций при одновременной компенсации внутриглазного давления в течение длительного периода наблюдения.

10.09.2015

Список литературы:

1. Евстигнеева, Ю.В. Коллагендренирование в хирургии рефрактерной глаукомы / Ю. В. Евстигнеева // Вестн. офтальмол. – 2001. – № 1. – С. 36-38.
2. Budenz, D.L. Treatment outcomes in the Ahmed Baerveldt Comparison Study after 1 year of follow-up / D.L. Budenz, K.Barton, W.J. Feuer [et al.] Ophthalmology. – 2011. – Vol. 118. – P. 443–452.
3. Бикбов, М.М. Роль дренажа Ahmed в хирургии рефрактерной глаукомы / М.М. Бикбов, В.К. Суркова, И.И. Хуснитдинов [и др.]. – Восток-Запад. Точка зрения. – 2014. – №1. – С. 103-106.
4. Аванесова, Т.А. Опыт применения дренажей Ahmed в хирургическом лечении рефрактерной глаукомы / Т.А. Аванесова, Н.В. Гурьева, С.А. Жворонков [и др.] // Клини. офтальмология. – 2010. – Т. 11, № 2. – С. 55-57.
5. Coleman, A. Initial clinical experience with the Ahmed glaucoma valve implant / A, Coleman R, Hill M. Wilson [et al.] // Am J Ophthalmol. – 1995. – Vol. 120 – P.23–31.
6. Al-Aswad, L. Clinical experience with the double-plate Ahmed glaucoma valve / L. Al-Aswad, P. Netland, A. Bellows [et al.] // Am J Ophthalmol. – 2006. – Vol. 141. – P. 390–401.
7. Coleman A, Hill R, Wilson M. et al. Initial clinical experience with the Ahmed glaucoma valve implant. Am J Ophthalmol. 1995;120:23–31.
8. Budenz D, Barton K, Feuer W, Schiffman J, Costa V, Godfrey D, Buys YM. Treatment outcomes in the Ahmed Baerveldt Comparison Study after 1 year of follow-up. Ophthalmology. 2011; 118:443–452.
9. Souza C, Tran DH, Loman J, et al. Long-term outcomes of Ahmed glaucoma valve implantation in refractory glaucomas. Am J Ophthalmol. 2007; 144:893–900.
10. Papadaki T, Zacharopoulos I, Pasquale L, Christen W, Netland P, Foster CS. Long-term results of Ahmed glaucoma valve implantation for uveitic glaucoma. Am J Ophthalmol. 2007; 144:62–69.
11. Lima F, Magacho L, Carvalho D, Susanna R, Avila M. A prospective, comparative study between endoscopic cyclophotocoagulation and the Ahmed drainage implant in refractory glaucoma. J Glaucoma. 2004; 13:233–237.
12. Hu C, Lee Y, Hong Y. Ahmed glaucoma valve implant in refractory glaucoma. J Korean Ophthalmol Soc.1997; 38:259–266.
13. Das J, Chaudhuri Z, Sharma P, Bhomaj S. The Ahmed glaucoma valve in refractory glaucoma: experiences in Indian eyes. Eye (Lond) 2005; 19(2):183–190.
14. Малюгин, Б.Э. Результаты факэмульсификации с имплантацией ИОЛ в сочетании с непроникающей тоннельной склерэктомией / Б.Э. Малюгин, Н.Т. Тимошкина, Г.Т. Джндоян [и др.] // Офтальмохирургия. – 1997. – №3. – С.49-57.
15. Кочаргин, С.А. Комбинированная факэмульсификация у пациентов с оперированной глаукомой / С.А. Кочаргин, О.В. Андреева // Офтальмологические ведомости. – 2011. – Т. 4, № 1. – С. 12-17.

Сведения об авторах:

Хуснитдинов Ильнур Ильдарович, заведующий II микрохирургическим отделением Уфимского НИИ глазных болезней АН РБ, кандидат медицинских наук, e-mail: husnitdinov.ilnu@mail.ru

Бикбов Мухаррам Мухтарамович, директор Уфимского НИИ глазных болезней АН РБ, доктор медицинских наук, профессор