ных отмечена вторичная катаракта, потребовавшая лазерной дисцизии. У остальных больных состояние оперированных глаз спокойное, внутриглазное давление находилось в пределах нормальных цифр.

Выводы. Факоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы является эффективным и патогенетически обоснованным методом хирургического лечения больных с декомпенсированной закрытоугольной глаукомой. Она оказывает положительное влияние на офтальмотонус и позволяет получить наиболее высокие визуальные результаты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абдулкадырова М.Ж.* Отдаленные результаты лазерной иридотомии при первичной закрытоугольной глаукоме с функциональной блокадой камерного угла // Глаукома. — 2004. — №2. — С. 29—33.

2. *Нестеров А.П.* Глаукома. — М., 1995. — 256 с.

3. *Краснов М.М.* Микрохирургия глауком. — М., 1980. — С. 220—225.

4. *Шилкин Г.А.* Закрытоугольная глаукома: патогенез, клиника, диагностика, лечение и хирургическая профилактика: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук — М., 1983. — 48 с.

5. *Sakuma T., Yamoto T., Kitazawa Y.* Observation of the chamber angle in primary angle-closure glaucoma with an ultrasound biomicroscope // Nippon GakkaGakkai Lassehi — 1995. — Vol.99, №7.— P.806—810.

Н.П. Паштаев, Д.Г. Арсютов,
В.В. Скворцов, Н.Ю. Горбунова

ВРЕМЕННОЕ ВИСКОДРЕНИРОВАНИЕ В ХОДЕ АНТИГЛАУКОМНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ. ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ

Чебоксарский филиал ФГУ МНТК
«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова

Актуальность. Цилиохориоидальные отслойки (ЦХО) после антиглаукоматозных операций возникают в 1,8 — 97% [7]. Частота этого послеоперационного осложнения указывает на то, что имеющиеся в арсенале офтальмохирургов методы профилактики недостаточно эффективны. Этиопатогенез ЦХО до

конца не изучен. По данным ряда авторов, основным фактором в развитии этого осложнения является наружная фильтрация внутриглазной жидкости (ВГЖ) из-за недостаточной герметизации послеоперационной раны, что приводит к гипотонии с последующим развитием ЦХО. В Чебоксарском филиале МНТК «МГ» с 2003 года при антиглаукоматозных операциях в целях профилактики ЦХО применяется вискоэластик. На начальном этапе исследования данная методика не нашла широкого применения у хирургов филиала, интерес к ней заметно возрос после опубликования первых результатов нашей работы и результатов применения вискоэластиков в ходе антиглаукомных операций в других офтальмологических клиниках.

Цель работы — оценить эффективность применения вискоэластиков для профилактики ранних послеоперационных осложнений в хирургии глаукомы за последние 5 лет.

Материал и методы. С 2003 по 2007 год нами прооперировано 228 глаз у 221 пациента в возрасте от 40 до 86 лет, которые составили опытную группу. Открытоугольная глаукома I стадии была зафиксирована у 39 больных (17,1%), II — у 84 (36), III стадии — у 91 (39,9%). Закрытоугольная глаукома наблюдалась в 14 случаях (6,1%). Внутриглазное давление (ВГД) до операции составляло в среднем 33,2 мм рт. ст. (от 22 до 51). Границы полей зрения, тонографические показатели и соотношение экскавации к диаметру ДЗН у пациентов соответствовали стадии глаукомы. В опытную группу не были включены пациенты с рефрактерной глаукомой.

Непроникающая глубокая склерэктомия (НГСЭ) была проведена на 134 глазах (58,8%), глубокая склерэктомия (ГСЭ) — на 94 (41,2%) по общепринятой в МНТК «МГ» методике. При ГСЭ после выполнения основного этапа операции поверхностный склеральный лоскут возвращали на прежнее место, фиксировали четырьмя узловыми швами и под него вводили вискоэластик до появления в передней камере его небольшого объема в виде «грибка», что позволяло избежать затекания в нее крови из склеральных сосудов и стабилизировало камеру в раннем послеоперационном периоде. При НГСЭ поверхностный склеральный лоскут фиксировали двумя узловыми швами и под него вводили небольшой объём вискоэластика до появления его у границ лоскута. После ушивания конъюнктивы как при ГСЭ, так и при НГСЭ в сформированную фильтрационную подушку также вводили небольшую порцию вискоэластика для предупреждения ее спадения и профилактики раннего слипчивого процесса. В нашем исследовании в качестве вискоэластика мы

использовали 2% производные метилцеллюлозы с вязкостью 4000 мПА/с.

По мнению ряда авторов, частота ЦХО коррелирует с частотой избыточного рубцевания в послеоперационном периоде, таким образом, само отсутствие ЦХО является одним из существенных моментов длительной стабилизации ВГД. Контролем в нашем исследовании служило количество ранних послеоперационных осложнений после аналогичных антиглаукоматозных операций без использования вискоэластика по данным Чебоксарского филиала за 2004—2006 годы.

Результаты. В опытной группе на 2—7-й день после операции зафиксированы 3 случая ЦХО (1,3%) после ГСЭ, потребовавшей проведения задней трепанации склеры. При НГСЭ ЦХО зафиксировано не было. Компенсация внутриглазного давления в раннем послеоперационном периоде достигла 100%, в среднем составив 18,2 мм рт. ст. В 186 случаях (81,6%) удалось проследить динамику ВГД в срок до 6—12 месяцев и в 81 (35,6%) — до 3 лет. У всех пациентов в срок до 1 года после операции ВГД имело нормальное значение, в 14 случаях после НГСЭ через 1—3 месяца после операции потребовалось проведение лазерной десцеметогониопунктуры в зоне НГСЭ. В группе исследования на сроке до 3 лет после АГО субкомпенсация ВГД после ГСЭ зафиксирована у 2 пациентов (2,5%), что потребовало назначения гипотензивных препаратов после НГСЭ — у 3 на сроке 1—3 года после операции выполнена повторная антиглаукомная операция, ГСЭ, с учетом некомпенсации ВГД.

В контрольной группе в раннем послеоперационном периоде ЦХО зафиксирована в 2005 году — в 5,9% случаев [1,6], в 2006-м — в 3,7, до июня 2007 года — в 1,9% случаев.

Выводы. Интраоперационное введение вискоэластика под склеральный лоскут и частично в переднюю камеру в ходе антиглаукомных операций предупреждает быструю эвакуацию внутриглазной жидкости из передней камеры глаза, что является профилактикой послеоперационной гипотонии и последующей ЦХО. Увеличение количества АГО с использованием вискоэластиков с 2006 года позволило существенно снизить в нашей клинике количество ранних послеоперационных осложнений, таких, как ЦХО и послеоперационная гипотония, с 5,9 до 1,9% и способствовало в большинстве случаев сохранению нормальных показателей ВГД в отдаленном периоде. Наш опыт применения данной методики подтверждает ее абсолютную безопасность и эффективность без больших дополнительных материальных затрат.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Арсютов Д.Г., Скворцов В.В., Паштаев Н.П., Горбунова Н.Ю.* Наш опыт применения вискоэластиков для профилактики послеоперационных осложнений хирургического лечения глаукомы // Актуальные проблемы офтальмологии: Всерос. науч. конф. молодых учёных: Сб. науч. работ. — М., 2006. — С. 182—184.

2. *Астахов С.Ю., Астахов Ю.С.* // Глаукома: Проблемы и решения: Материалы Всерос. научно-практ. конф. — М., 2004. — С. 256—261.

3. *Бакуткин В.В., Меркушов А.В., Мышкина В.В., Ляхович. Е.Ю.* // Глаукома: Проблемы и решения: Материалы Всерос. научно-практ. конф. — М., 2004. — С. 262—263.

4. *Ермолаев А.П., Шмырева В.Ф., Ширшиков Ю.К.* // Глаукома: Проблемы и решения: Материалы Всерос. научно-практ. конф. — М., 2004. — С. 289—292.

5. *Жаров В.В., Родионова Т.А., Самарцева Н.Н.* // Глаукома: Проблемы и решения: Материалы Всерос. научно-практ. конф. — М., 2004. — С. 294—295.

6. *Паштаев Н.П., Скворцов В.В., Арсютов Д.Г., Горбунова Н.Ю.* Временное вискодренирование в ходе антиглаукоматозных операций с целью профилактики ранних послеоперационных осложнений // Глаукома: теории, тенденции, технологии: Материалы IV Международной конф.: Сб. науч. ст. — М., 2006. — С. 267—270.

7. *Соколовская Т.В., Тюляев А.П., Дорохова М.Ю., Газаль Н.А* // Современные технологии лечения глаукомы: Федоровские чтения — 2003: Сб. науч. ст. — М., 2003. — С. 371—375.

М.М. Правосудова, О.А. Ефимов

ВЛИЯНИЕ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА И РЕГУЛЯЦИЮ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Санкт-Петербургский филиал ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова

Актуальность. В современной офтальмохирургии разработка надёжного, патогенетически обоснованного метода лечения закрытоугольной глаукомы бесспорно актуальна. Задачей хирургического лечения является устранение самой причины заболевания. Одной из ведущих причин развития первичной закрытоугольной глаукомы, по мнению большинства офтальмологов, является относительный зрачковый блок. За последние 10—15 лет основным

6. Заказ № К-7299