

Общество офтальмологов России

ФГУ “МНТК ”Микрохирургия глаза”  
им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии”



### III

Всероссийская научная конференция  
молодых ученых

# О АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФТАЛЬМОЛОГИИ

Москва  
2008

## **Применение аутоканей и вискоэластиков для активации оттока внутриглазной жидкости в ходе антиглаукомных операций**

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

В качестве дренажа мы используем внутреннюю стенку склерального синуса, т.е. юкстаканаликулярную ткань (ЮКТ), проводящую через свою структуру внутриглазную жидкость, но которую обычно удаляют в ходе стандартной АГО как проникающего, так и непроникающего типа. Согласно последним представлениям, проницаемость юкстаканаликулярной ткани в норме регулируется с помощью вырабатываемых эпителием трабекул простогландинов, т.е. отсепарованная ЮКТ на ножке в структуре внутренней стенки шлеммова канала должна продолжать функционировать как «фитиль-дренаж».

**Цель:** анализ результатов антиглаукомных операций с использованием собственных тканей глаза, а именно, внутренней стенки шлеммова канала в сочетании с временным вискодренированием.

**Материал и методы:** в период с 2005 по 2007 г. нами прооперировано 96 глаз у 74 пациентов в возрасте от 47 до 86 лет. Открытоугольная глаукома I стадии была зафиксирована в 14 случаях (14,5%), II стадии — в 28 (29,2%), III стадии — в 51 случае (53,2%). Закрытоугольная глаукома наблюдалась в 3 случаях (3,1%). Величина внутриглазного давления до операции составляла в среднем от 20 до 45 мм рт.ст. Границы полей зрения, тонографические показатели и соотношение экс-

кавации к диаметру ДЗН у пациентов соответствовали стадии глаукомного процесса. В исследуемую группу не были включены пациенты с рефрактерной глаукомой. Непроникающая глубокая склерэктомия (НГСЭ) была выполнена на 85 глазах (88,5%), глубокая склерэктомия (ГСЭ) — на 11 (11,5%) по общепринятой в МНТК «МГ» методике с дополнительным аутодренированием в нашей модификации. Отличие состояло в том, что после формирования глубокого склерального лоскута и хорошей визуализации зоны склерального синуса внутреннюю стенку шлеммова канала, включающую внутреннюю эндотелиальную выстилку и юкстаканаликулярную ткань, не удаляли пинцетом, а надрезали в центре и отсепаровывали в обе стороны от зоны надреза, выводя концы внутренней стенки наружу по бокам от границы ложа наружного склерального лоскута при помощи шпателя, формируя с обеих сторон «фитиль-дренаж». Далее тщательно очищали оставшуюся трабекулярную пластину, через которую хорошо фильтровалась внутриглазная жидкость. Следующим этапом укладывали поверхностный склеральный лоскут, и убеждались, что с обеих сторон от его границы в ране ущемлены пигментированная эндотелиальная выстилка и юкстаканаликулярная ткань, которые в последующем и будут служить дренажем. В заключение под поверхностный склеральный лоскут и под конъюнктиву в зоне фильтрационной подушечки (ФП) вводили небольшое количество вискоэластика для профилактики гипефильтрации и раннего слипчивого процесса.

**Результаты:** компенсация внутриглазного давления в раннем послеоперационном периоде до 3 мес. была достигнута в 100% случаев, и в среднем составляла 18,2 мм рт.ст. Выраженного гипотонического синдрома и развития цилиохориоидальной отслойки в раннем послеоперационном периоде не было отмечено ни у одного пациента. На 15 глазах у этих пациентов была выполнена экстракция катаракты. При этом в 1 случае произошла декомпенсация ВГД, что было связано с операционным осложнением, а именно выпадением стекловидного тела, которое потребовало впоследствии проведения витрэктомии. В послеоперационном периоде ВГД стабилизировалось. В 72 случаях (75%) удалось проследить динамику ВГД в сроки от 3 мес. до 1 года. Оно соответствовало 18-22 мм рт.ст. В 21 случае (21,9%) срок наблюдения составил больше 2 лет, показатели ВГД и зрительные функции оставались стабильными. 20 пациентам в период до 1,5 лет проводились ультразвуковая биомикроскопия (Paradigm P 40 Medical Industries, Inc США) и оптическая когерентная томография (Visant OCT, Carl Zeiss), подтвердившие наличие функционирующей интрасклеральной полости и ФП.

**Выводы:** разработанная нами методика хирургического лечения глаукомы с использованием в качестве дренажа аутоканей является простой в исполнении, эффективной, безопасной. Дополнительное временное вискодренирование позволяет избежать ранних и отдаленных послеоперационных осложнений. Данный метод позволяет активировать дополнительный отток ВГЖ в субконъюнктивальную полость и трансконъюнктивально. К основным его достоинствам относится то, что используются собственные ткани, а не искусственные дренажи, которые могут вызывать аллергические реакции или реакции отторжения. Операция в нашей модификации не требует дополнительных материальных затрат.

### **Abstract**

The technique of surgical treatment of glaucoma using autotissues as drainage was developed. This technique allows to activate additional flow-out of intraocular liquid excluding a risk of possible complications, which is inherent to the surgeries with polymer drainages. Three years experience of this technique use confirms its high efficacy and safety.