

Отсутствие шва на послеоперационном разрезе исключает манипуляцию по его снятию, кроме того, рубец конъюнктивы при отсутствии швов формируется значительно более тонким. Расположение послеоперационного рубца в конъюнктивальном своде делает его практически невидимым, что обеспечивает отличный косметический эффект операции. Через 7 дней после операции ни у одного больного не отмечалось зияния послеоперационной раны. Отсутствие швов на конъюнктиве позволило выписывать детей значительно раньше, так как никакого другого лечения, кроме закапывания капель, не требовалось. Средний койко-день при операциях по поводу косоглазия у детей, прооперированных форникальным доступом, составил 3,4. При операциях, произведенных с использованием прямого доступа к мышцам, он составлял 7,6.

Вывод

Использование форникального хирургического доступа при операциях на глазодвигательных мышцах безопасно, технически не сложно, значительно облегчает течение послеоперационного периода, ускоряет реабилитацию и позволяет получить отличный косметический эффект.

См. рис., на цветной вкладке.

Список использованной литературы:

1. Э.С. Аветисов. Содружественное косоглазие. М., «Медицина», 1977, С. 279 – 280
2. О.В. Жукова, Т.А. Маркова. Устройство для отсепаровки конъюнктивы. Патент на полезную модель №64901, 27.07.2007г.
3. Kennet W. Wright, Color atlas of strabismus surgery, 2000, P. 93-105.

**Золотарев А.В., Павлов Д.В.,
Николаева Г.А.**

**Самарская клиническая офтальмологическая
больница имени Т.И. Ерошевского**

МОРФОЛОГИЯ ПУТЕЙ ОТТОКА ВОДЯНИСТОЙ ВЛАГИ В ЗАДНЕМ ОТДЕЛЕ ГЛАЗА

Мы осуществили перфузию на кадаверных глазах человека суспензией туши через супрахориоидальное пространство и между нервных волокон зрительного нерва с целью определения механизма оттока внутриглазной жидкости по увеосклеральному пути. Гистологические исследования выявили структуры заднего отрезка глаза, что имеет немаловажное значение в оттоке внутриглазной жидкости.

Актуальность

Несмотря на значительные достижения в офтальмологии, и в частности в лечении глаукомы, на сегодняшний день все же остается много вопросов в механизме оттока внутриглазной жидкости по увеосклеральному пути, и в частности в заднем отделе глаза.

Известно, что весь отток водянистой влаги из передней камеры осуществляется двумя путями:

1) трабекулярный (основной) путь оттока осуществляется через трабекулы и шлеммов канал;

2) увеосклеральный (дополнительный) путь оттока осуществляется из передней камеры «сквозь» ресничную мышцу в супрацилиарное и далее в супрахориоидальное пространство по межволоконным (интраминарным) пространствам.

Трабекулярный путь оттока водянистой влаги из передней камеры достаточно хорошо изучен.

Открытый А. Bill в 1966 г. увеосклеральный путь в норме обеспечивает отток жидкости лишь в 20-25%. Однако при глаукоме и облитерации шлеммова канала указанный путь становится основным. Не случайно поэтому такое большое количество операций, предложенных различными авторами, направлено на активизацию увеосклерального оттока (1, 2, 3, 4).

Полученные в последние годы данные свидетельствуют о том, что увеосклеральный отток представляет не диффузию, а направлен-

ный ток жидкости с достаточной объемной скоростью (5).

На основе морфологических данных, полученных экспериментальным путем, было доказано, что весь отток водянистой влаги из передней камеры осуществляется через трабекулы, однако в зависимости от направления он может быть разделен на транстрабекулярный (синусный), осуществляемый сквозь трабекулы по интратрабекулярным пространствам и паратрабекулярный (увеальный). Последний состоит из интертрабекулярных щелей увеальных трабекул, непрерывно переходящих в межмышечные пространства цилиарной мышцы, сообщающиеся с супрацилиарным пространством (6).

Целью нашего исследования явилось выявление структур заднего отрезка глаза, непосредственно участвующих в осуществлении оттока внутриглазной жидкости по увеосклеральному пути.

Материал и методы

Исследование проведено на 8 аутопсированных кадаверных глазах. Забор материала выполнялся не позднее 1 суток с момента смерти. Исследование проводили не позднее 1 суток с момента «энуклеации», возраст составил 24, 40, 49 и 50 лет.

Экспериментальное исследование включало два варианта:

1-й вариант: перфузия 5% суспензией туши в сбалансированном солевом растворе со стороны культи зрительного нерва. Введение туши непосредственно в толщу нервных волокон зрительного нерва и между оболочками зрительного нерва. Тушь вводилась при помощи инсулиновой иглы, подключенной к системе для внутривенных вливаний. Особое внимание уделялось поддержанию герметичности перфузионной системы. Дополнительная герметичность системы обеспечивалась за счет наложения дополнительного шва на культю зрительного нерва. Время эксперимента составляло 1,5 часа.

Глазное яблоко фиксировалось в 10% забуференном формалине. Готовились серийные гистологические срезы толщиной 15 мкр, окрашивались гематоксилином-эозином и по Ван-Гизону.

2-й вариант: перфузия 5% суспензией туши в сбалансированном солевом растворе супра-

хориоидального пространства после предварительной микропрепаровки склеры в области плоской части цилиарной мышцы. А именно, проводился разрез склеры до супрахориоидального пространства, в которое вводилась инсулиновая игла, подключенная к системе для внутривенных вливаний.

Глазное яблоко также фиксировалось в 10% забуференном формалине. Готовились серийные гистологические срезы толщиной 15 мкр, окрашивались гематоксилином-эозином и по Ван-Гизону.

Результаты гистологических исследований
Первый вариант:

При введении туши в толщу волокон зрительного нерва было отмечено пропитывание пространства вдоль волокон зрительного нерва и ее дальнейшее продвижение до «соска» зрительного нерва и его пропитывание с выходом туши в стекловидное пространство, что вполне логично, так как гиалоидная мембрана в области диска зрительного нерва отсутствует (фото 1, цветная вкладка).

При введении туши в пространство между оболочками зрительного нерва на гистологических препаратах было отмечено скопление туши в виде «лужицы» перед решетчатой пластинкой с наружной стороны склеры, а также дальнейшее ее продвижение между волокнами склеры. Интерес вызывает тот факт, что имеет место пропитывание туши между внутренними волокнами склеры (фото 2, цветная вкладка).

При введении туши в супрахориоидальное пространство выявлено заполнение суспензией туши всего супрахориоидального пространства, больше на стороне введения туши. Взвесь туши была обнаружена в склере, в эмиссариях задних коротких цилиарных артерий вокруг сосудов (фото 3, цветная вкладка).

Продвижение туши вдоль сосудов отмечается на всех срезах зрительного нерва, что подтверждает тесную взаимосвязь между паравазальным и супрахориоидальным пространствами. Особо хочется отметить видимое скопление туши вдоль ЗКЦА, входящих в глазное яблоко вокруг диска зрительного нерва, что хорошо просматривается на макропрепаратах даже невооруженным взглядом (фото 4, цветная вкладка).

На основании этого можно предположить, что в данном месте существует направленный ток жидкости, а не просто пассивная диффузия туши.

Заключение

Увеосклеральный отток на сегодняшний день является малоизученным, в связи с чем требуется дальнейшего изучения данного вопроса.

Список использованной литературы:

1. Бакунина Н.А., Батманов Ю.Е. и др. Первоначальный клинический опыт применения модифицированного фильтрующего гониосинкловидиализа с коллагенодренированием у пациентов с рефрактерной глаукомой // IV Всероссийская школа офтальмологов. – Сб. научн. трудов, М. 2005. – С.52 – 60.
2. Гончар П.А., Душин Н.В., Фролов М.А. и др. Влияние супрацилиарных надрезов на гидродинамику гипертензивных глаз // IV Всероссийская школа офтальмологов. – Сб. научн. трудов, М. 2005. – С.75 – 82.
3. Еричев В.П. Хирургическое и ультразвуковое лечение рефрактерной глаукомы: Автореф. дис. док. мед. наук. – М., 1998.
4. Косых Н.В. Хирургическая активация внедренного оттока внутриглазной жидкости при глаукоме: Автореф. дис. док. мед. наук., М., 1992.
5. А.В. Золотарев, Е.В. Карлова, Г.А. Николаева Роль трабекулярной сети в осуществлении увеосклерального оттока // Клиническая офтальмология, том 7. – 2006. – №2.
6. Pederson JE, Toris CB. Uveoscleral outflow: diffusion or flow? // Invest Ophthalmol Vis Sci 1987; 28:1022-1024.

**Золотарев А.В., Жукова О.В.,
Князева Е.А., Акимова Т.Ф.**

**Самарская клиническая офтальмологическая
больница им. Т.И. Ерошевского**

РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ МЯГКИХ ИОЛ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТЕ У ДЕТЕЙ

Проанализированы результаты семилетнего наблюдения за 65 детьми в возрасте от 6 месяцев до 14 лет с диагнозом «врожденная катаракта». Всем пациентам была выполнена аспирация хрусталика с имплантацией различных моделей мягких ИОЛ (Acrisof, Acrisof natural, Rayner c-flex, Rayner centerflex). Отмечено повышение остроты зрения в ближайшем и отдаленном периоде. Вторичная катаракта чаще развивалась в глазах с ИОЛ типа Acrisof, Acrisof natural и отсутствовала в глазах с линзами Rayner c-flex.

Актуальность

Врожденная катаракта является одной из наиболее частых причин слепоты и слабовидения у детей (2). В связи с высоким уровнем инвалидизации проблема лечения врожденной катаракты остается актуальной и социально значимой. Большое значение в реабилитации детей с указанной патологией имеет

хирургическое лечение катаракты и последующая коррекция афакии. В последние годы в офтальмологии все чаще применяется первичная или вторичная (отсроченная) имплантация интраокулярных линз (ИОЛ) у детей с врожденной катарактой, что по сравнению с очковой или контактной коррекцией является неоспоримым преимуществом, способствующим достижению высоких визуальных функций и восстановлению бинокулярного зрения (1, 3).

В Самарской области с 2000 г. действует программа финансирования дорогостоящих высокотехнологичных видов медицинской помощи. В рамках этой программы оперируются дети с катарактами различного генеза, в том числе врожденными, а также ранее прооперированные дети с афакией.

Целью настоящей работы является анализ функциональных результатов хирургического лечения врожденных катаракт у детей разного возраста и динамика развития вторичной катаракты в зависимости от модели имплантированной ИОЛ.

Материал и методы

В нашей клинике с 2000 по 2007 г. прооперированно 65 детей с врожденными катарактами, из них: 31 девочка и 34 мальчика. В возрасте до 1 года прооперированно 7 детей, от 1 до 3 лет – 19 детей, от 3 до 6 лет – 14 детей, от 6 до 10 лет – 20, от 10 до 14 лет – 5 детей.

Операции выполнены на 78 глазах. При этом зональная катаракта наблюдалась в 44 случаях, полярная в 20 случаях, полная в 14 случаях. Зрительные функции до операции были следующими: светоощущение с правильной проекцией отмечалось у 24 больных, с остротой зрения 0,1–0,3 было у 26 детей. У детей младшего возраста острота зрения определялась по косвенным признакам: фиксация взгляда, реакция слежения, ориентация в окружающей обстановке.

Всем больным была выполнена аспирация врожденной катаракты и имплантация ИОЛ. Особенности хирургической техники при врожденной катаракте заключались в следующем:

1. Круговой передний капсулорексис.
2. Бимануальная аспирация – ирригация хрусталиковых масс через парацентезы.