

ние ВГД с более значительными изменениями в глазу. Так исследование Пестеревой А.П. (1976) выявило глаукому у 24 пациентов из 104 больных гипотиреозом. В нашем эксперименте глаукома была поставлена 3 больным, уровень давления у них был очень высоким до закапывания капель и колебался от 27 до 34 мм рт.ст., тогда как после инстилляций давление снизилось до 21-26 мм рт.ст.

Учитывая качество жизни пациента, считаем что там, где это возможно, т.е. имеется хорошая переносимость повышенной дозы гормона и нет максимального уровня в приеме лево-тироксина, нужно использовать именно этот метод коррекции ВГД. И к тому же это удобно для пациента, так как зачастую он принимает еще и другие препараты, например, для коррекции АД и гликемии. В тех же случаях, где это невозможно, нужно использовать назначение гипотонических препаратов, в том числе и окупрес 0,25% и 0,5% от уровня ВГД, для его снижения. Необходимо любыми способами создать в глазу такие условия, чтобы ВГД было в пределах нормы и гидродинамика глаза улучшалась.

Иными словами, игнорировать подъем ВГД при эндокринной гипертензии не следует. Необходимо обязательное лечение таких больных у эндокринолога и тщательное наблюдение офтальмолога. Как правило, внутриглазное давление снижается под влиянием заместительной терапии. Когда же оно, несмотря на гормональное лечение, остается повышенным показано увеличение либо дозы гормона, либо применение гипотензивных глазных препаратов. Иначе говоря, необходимо любыми средствами добиваться снижения внутриглазного давления и помнить, что гипертензия при соответствующих условиях может перейти в глаукому.

- Библиография:** 1. Эндокринология и метаболизм: В 2-х т. /Под ред. Ф.Фелига и др.; пер. с англ. В.И. Кандрора, Н.Т. Старковой // М.: Медицина, 1985. – С. 15.
2. Дедов И.И. и др. Эндокринология: Учебник/ И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев // М.: Медицина, 2000. – С. 191, 194.
3. Пестерева А.П. Глаукома у больных гипотиреозом /Материалы науч.-практ. Конференции // Москва, 1976. – С. 40-41.
4. Пантиелева В.М., Супрун А.В. Дифференциальная диагностика и патогенетическая терапия симптоматической глазной гипертензии / Материалы науч.-практ. Конференции // Москва, 1976. – С. 38-39.
5. Mandel S.J., Brent G.A., Lairsen P.R.: Levothyroxini therapy in patients with thyroid disease // Arm Intern Med. – 1993. – №119. – P. 492-502.
6. Майкл Т. МакДермотт Секреты эндокринологии / 2 изд. Под ред. Ю.А. Князева // М.: изд-во БИНОМ. – СПб.: Невский диалект, 2001. – С. 276, 278.

**Мулдашев Э.Р., Корнилаева Г.Г.,
Галимова Э.В., Карушин О.И.,
Корнилаева М.П., Полякова Е.Ю.**

ПРОФИЛАКТИКА РУБЦЕВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЗОНЫ ГУБЧАТЫМ БИОМАТЕРИАЛОМ «АЛЛОПЛАНТ» ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ

Предложено использование губчатого биоматериала «Аллоплант» при хирургическом лечении первичной глаукомы с целью усиления эффективности операции двухкамерного дренирования и предупреждения склеральных и склеро-конъюнктивальных сращений в зоне оперативного вмешательства.

Одной из основных причин повышения внутриглазного давления (ВГД) в послеоперационном периоде у больных глаукомой является формирование склеро-склеральных или конъюнктивально-склеральных сращений, составляющее, по данным разных авторов, от 10 до 45% [3, 4].

Для нивелирования рубцевания зоны оперативного вмешательства используются различные ауто-, алло- и эксплантодренажи [1, 2, 3, 7].

В нашем Центре разработана и стала базовой операция двухкамерного дренирования при лечении первичной глаукомы. Данная операция позволила создать направленный отток внутриглазной жидкости (ВГЖ) из передней камеры в супраувеальное пространство [6]. В данном случае функцию распорок выполняли две аутосклеральные ножки, введенные в это пространство.

С изобретением губчатого биоматериала «Аллоплант», способствующего активному транспорту влаги за счет своей пористой структуры и гидрофильности, нами получены новые возможности при лечении больных с повышенным ВГД. Это позволило использовать его при хирургическом лечении первичной глаукомы для усиления эффективности операции двухкамерного дренирования и профилактики послеоперационных осложнений.

Сущность модификации операции двухкамерного дренирования заключается в использовании губчатого биоматериала в виде прокладки между поверхностным и глубоким слоями склеры. Это способствует направленному току водянистой влаги по дренажу с дозированной фильтрацией ее под склеру, и далее в открытое супраувеальное пространство, т.е. из переднего отдела глаза – в задний.

По данной методике выполнено 17 операций. Из них 13 случаев в развитой стадии, 10 – далекозашедшей, в 4 случаях – в терминальной стадии первичной глаукомы. Офтальмотонус до операции зарегистрирован от 31 до 43 мм рт.ст.

Для раннего послеоперационного периода характерно «мягкое» течение, гипотония наблюдалась только у одного пациента в терминальной стадии заболевания.

Срок отдаленного наблюдения 5 месяцев. Нами получены предварительные обнадеживающие результаты: ВГД нормализовалось в среднем до 21 мм рт. ст., в одном случае на фоне медикаментозного лечения.

Отличительными особенностями модификации операции двухкамерного дренирования с применением губчатого биоматериала «Аллоплант» являются формирование умеренно – разлитой фильтрационной подушки без явления васкуляризации, благоприятное послеоперационное течение и стойкая нормализация ВГД. Положительным моментом в данном случае является профилактика склеро-склеральных и склеро-конъюнктивных сращений в зоне оперативного вмешательства.

Данная публикация является предварительной и предполагает дальнейшую работу в этом направлении.

Мухаммад А.Х.

НЕПРОНИКАЮЩАЯ ГЛУБОКАЯ СКЛЕРЭКТОМИЯ С ИНТРАСКЛЕРАЛЬНЫМ КОЛЛАГЕНОДРЕНИРОВАНИЕМ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ

Разработана модификация антиглаукоматозной операции непроникающей глубокой склерэктомии с интрасклеральным коллагенодренированием, применение которого дает стойкий, длительный гипотензивный эффект, предупреждает чрезмерную фильтрацию внутрикамерной влаги, снижает риск послеоперационных осложнений в виде гипотонии и отслойки сосудистой оболочки.

С целью повышения продолжительности гипотензивного эффекта операций непроникающего типа нами была разработана модификация операции непроникающей глубокой склерэктомии с интрасклеральным коллагенодренированием (патент РФ №2183948 с приоритетом от 26.03.1997, авторы – Балашевич Л.И., Наumenko В.В., Котиашвили Т.Н., Пухова З.И.). Этот вариант операции явился результатом многолетнего изучения в клинике способов повышения эффективности различных вмешательств, как проникающего, так и непроникающего типа путем формирования в толще склеры интрасклерального депо, препятствующего рубцеванию созданных путей оттока водянистой влаги, и резорбции ее интра- и эписклеральной сосудистой системой глаза [1, 2, 3, 8].

Основой для разработки этой операции выбрана непроникающая глубокая склерэктомия по Федорову– Козлову [4, 5, 6], с использованием трансплантата из коллагена в молекулу которого введен – (3 – /5 – нитрофурил – 2/ – акролеин – (НФА), обладающий широким спектром антимикробного действия. Включение в молекулу коллагена НФА, как показали ранее проведенные нами исследования, обеспечивает дублирование коллагена, что позволяет регулировать степень его резорбции, зависящей от избранных сроков его дублирования.

Изучены функциональные результаты применения коллагенового дренажа, содержащего В-5– нитрофурил-2/-акролеин – (НФА), при непроникающей глубокой склерэктомии, выполненной у больных с различными стадиями первичной открытоугольной глаукомы. Характерной особенностью этого материала является относительно высокая устойчивость к резорбции, эластичность, низкая токсичность, гид-

- Библиография:** 1. Анисимова С.Ю., Рогачева И.В. Применение дренажей для повышения эффективности хирургического лечения глаукомы // Офтальмохирургия и терапия. – 2004. – №2. – С. 16 – 19.
2. Анисимова С.Ю., Анисимов С.И., Рогачева И.В. и др. Новый нерассасываемый коллагеновый дренаж для повышения эффективности непроникающей глубокой склерэктомии // Глаукома. – 2003. – №1. – С.19-24.
3. Бессмертный А.М., Червяков А.Ю., Лобыкина Л.Б. Способы повышения эффективности синустрабекулэктомии // Глаукома. – 2002. – №2. – С. 56-58.
4. Еричев В.П., Слепова О.С., Ловпаче Дж.Н. Цитокиновый скрининг при первичной открытоугольной глаукоме // Глаукома. – 2001. – №1. – С. 44-47.
5. Корнилаева Г.Г., Муслимов С.А., Надольская С.Н. Механизм формирования путей оттока внутриглазной жидкости при использовании биоматериала в качестве дренажа при экспериментальной глаукоме // Офтальмохирургия. – 2003. – №2. – С. 3-6.
6. Корнилаева Г.Г., Мулдашев Э.Р., Галимова В.У., Кульбаев Н.Д. Двухкамерное дренирование – новая операция при первичной глаукоме // Офтальмохирургия. – 1996. – №2. – С. 23-30.
7. Чеглаков Ю.А., Кадымова Ф.З., Копеева С.В. Эффективность глубокой склерэктомии с применением дренажа из гидрогеля в отдаленном периоде наблюдения // Офтальмохирургия. – 1990. – №2. – С. 28-31.