

---

## Transcutaneous dosated levator resection as “classics of the genre” in blepharoptosis surgery

Bobrova N. F., Tronina S. A.

SI “Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the NAMS of Ukraine” (Odessa, Ukraine)

Despite the long history of the method, the transcutaneous dosated levator resection remains one of the most widely used for the correction of different blepharoptosis types. 30 year experience of the method application for congenital blepharoptosis surgical correction, including non-complicated and complicated forms, has been analysed. The variants of surgical technique for different blepharoptosis types are presented. The conclusion about high efficacy of the method on condition of thoroughness in anatomical landmarks identifying was made. The pathogenetic orientation, as the correction is performed directly on the pathological structure – the levator muscle, the possibility of resection degree dosing, depending on the severity of blepharoptosis, maximum cosmetic incision, the possibility of functional outcome in the form of the levator muscle function strengthening could be summarized as principal advantages of the method.

---

## Вискосинусотрабекулотомия при глаукоме у детей с синдромом Стердж-Вебера-Краббе

Боброва Н. Ф., Трофимова Н. Б.

Государственное учреждение «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)

**Актуальность.** Синдром Стердж-Вебера-Краббе (СВК) (энцефалоокулофасциальный гемангиоматоз, энцефалотригеминальный ангиоматоз) – врождённое, спорадически возникающее заболевание, характеризующееся ангиоматозом сосудов мозговых оболочек, капилляров лица и глаз. Заболевание редкое – 1 случай на 100 000. Характерный признак – обширное багровое пятно на лице – пламенный невус, который в 70% случаев – односторонний, реже – до 30% – двусторонний. Врождённая глаукома (ВГ) является серьёзным осложнением синдрома и встречается, по данным различных авторов, у 1/3 больных на стороне невуса. Причины развития глаукомы при синдроме СВК: аномальное формирование угла передней камеры (УПК); блокада угла ангиоматозными разрастаниями; повышение давления в эписклеральных сосудах, обусловленное наличием артериовенозных шунтов в эписклере, и др. Вероятность геморрагических осложнений хирургического лечения глаукомы при синдроме СВК очень высока и обусловлена гемангиоматозом сосудов конъюнктивы, большим количеством ангиоматозных узлов и распространением сосудов в эписклеру и склеру.

**Цель.** Проанализировать особенности, течение и результаты козырьковой вискосинусотрабекулотомии (КВСТТ) осложненной глаукомы у детей и подростков с синдромом СВК.

**Материал и методы.** Обследованы 18 детей с синдромом СВК от 2 месяцев до 17 лет, в среднем (62,4±54,7) мес., возраст 8 детей варьировал от 2 до 12 мес., в среднем (5,7±3,5) мес. Клинически у детей до 1 года наблюдались: отёк роговицы, светобоязнь, слёзотечение, беспокойное поведение – характерные для врождённого буфтальма. Выявлено увеличение диагонального размера роговицы до 14 мм. У детей старшего возраста роговичный синдром отсутствовал и причиной обращения было снижение зрения, частые боли в области виска, надбровья и головы.

Односторонний пламенный невус обнаружен у 12, двусторонний у 6 детей. Глаукома диагностирована у 14 детей (17 глаз): у 3 – двусторонняя, у 11 – односторонняя. При односторонней локализации пламенного невуса у 10 детей ВГ выявлена на стороне поражения. При двусторонней локализации – у 3 из 6 детей – двусторонняя глаукома, у 1 – односторонняя (на стороне большей выраженности пламенного невуса).

На всех глазах определялось гемангиоматозное расширение сосудов конъюнктивы и эписклеры, у 6 детей – гемангиома хориоидеи. Дооперационный уровень ВГД был повышен от 24 до 45 мм рт. ст., в среднем (30,6±5,5) мм рт. ст. При гониоскопии: гониодисгенез II-III ст., наличие васкуляризации со скоплением сосудов, которые значительно прикрывали все зоны УПК.

По разработанному способу КВСТТ (Боброва Н.Ф., Кузьмина Н.Б., Сорочинская Т.А., 2009) с введением дисперсионного вискоэластика с высоким содержанием гиалуроновой кислоты в переднюю камеру, между слоями склеры, склерой и конъюнктивой прооперировано 9 глаз. В предоперационной подготовке использовали сосудодилатирующие и гемостатические препараты.

**Результаты.** На 4 глазах интраоперационно наблюдалось кровотечение в области УПК, которое удалось купировать введением дополнительной порции вискоэластика в переднюю камеру. В послеоперационном периоде на 3 глазах возникла гифема, которая рассосалась после консервативного лечения. КВСТТ позволила во всех случаях снизить внутриглазное давление (ВГД) в среднем до 19,2±1,7 мм рт. ст. и сформировать дополнительные пути оттока внутриглазной жидкости (ВГЖ).

**Заключение.** КВСТТ – эффективный способ хирургического лечения ВГ при синдроме СВК, позволяющий создать и сохранить новообразованные пути оттока ВГЖ с формированием фильтрационной подушки и параллельно устранить геморрагические осложнения.

---

## **Viscosinotrabeulotomy technique of congenital glaucoma associated with sturge-Weber-Krabbe syndrome**

*Bobrova N.F., Trofimova N.B.*

*SI "Filatov Eye Diseases and Tissue Therapy of the NAMS of Ukraine" (Odessa, Ukraine)*

Results of surgical treatment for glaucoma associated with Sturge-Weber-Krabbe syndrom using elaborated technique of filtrative surgery – viscosinotrabeulotomy are analyzed. Operation was performed in 9 children (9 eyes). Viscoelastic had a positive influence on the operation process, reduced the frequency and severity of bleeding. 4 eyes had hemorrhage from anterior chamber angle during operation; additional portion of viscoelastic stopped the bleeding. Postop hyphema was detected in 3 cases and eliminated after medical treatment. IOP reduced to normal in all cases: mean 19.2±1.7 (range 16.0 – 21.0) mm Hg. Conclusion. Viscosinotrabeulotomy is effective filtrative surgery for complicated congenital glaucoma cases, such as Sturge-Weber-Krabbe syndrom.

---

## **Динамика капсулярного кольца псевдофакических у глаз детей с ИОЛ «BIL» - «мешок-в-линзе» в отдаленные сроки наблюдения**

*Боброва Н.Ф.<sup>1</sup>, Тассигнон М. Ж.<sup>2</sup>, Романова Т.В.<sup>1</sup>*

*Государственное учреждение «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)<sup>1</sup>*

*Офтальмологическое отделение Университетской клиники (Антверпен, Бельгия)<sup>2</sup>*

**Актуальность.** Высокие регенераторные способности растущего глаза обуславливают частое (11-95%) формирование вторичных катаракт (ВК) на псевдофакических глазах у детей, что требует изучение причин развития помутнения задней капсулы и поиска радикальных методов профилактики данного осложнения. Применение интраокулярной линзы (ИОЛ) из качественных биоинертных материалов, хорошо адаптированных к детскому глазу, создает условие наиболее близкие к естественным, а постоянная адекватная коррекция афакии способствует достижению высокой остроты зрения у детей (Боброва Н.Ф., 2004-2012, Круглова Т.Б. 2005, Зубарева Л.Н. 2008, Сидоренко 2009, Сакмак S. 2006, Vasavada A. 2012). При этом функционирование ИОЛ в оптической системе, помимо ее собственных оптических свойств, определяется положением относительно других элементов системы. Именно данная составляющая в оптической системе псевдофакического глаза при близкой к совершенству оптике ИОЛ может оказаться ведущим фактором дальнейшего прогресса интраокулярной коррекции. Однако из-за продолжающихся процессов фиброплазии капсулярного мешка и регенерации эпителиальных клеток герменативной экваториальной зоны хрусталика образуется ВК, что представляет серьезную проблему вследствие ее высокой частоты и необходимости повторного хирургического лечения (Боброва Н.Ф., 2005-2008, Васильев В.В. 2009, Егиян Н.С. 2009, Mullner-Eidenbock A. 2003., Tassignon MJ. 2002, Trivedi RN. 2005).

**Цель.** Изучить отдаленные результаты развития вторичной катаракты на псевдофакических глазах у детей при имплантации ИОЛ «BIL».

**Материал и методы.** Имплантация ИОЛ «BIL» (bag-in-the-lens) была произведена у всех детей в отделении детской офтальмопатологии Института им. В.П. Филатова по идентичной методике через лимбальный тоннельный разрез с опорой на передний и задний капсулорексисы, сформированные в ходе удаления врожденной катаракты.

Анализ состояния капсулярного кольца и положения ИОЛ проведен через 12 месяцев на 11 глазах, через 24 месяца на 14 и в трех случаях через 6 лет наблюдения - путем биомикроскопии на щелевой лампе и методом ультразвукового исследования на приборе «Aviso». УЗ измерение толщины капсулярного кольца по периферии производилось в четырех меридианах – на 3, 6, 9 и 12 часах.

**Результаты.** Формирование ВК в центральной 5,0 мм зоне на псевдофакических глазах с ИОЛ BIL не было отмечено ни в одном случае. Прозрачность оптической оси была сохранена на всех во все сроки наблюдений, что способствовало повышению остроты зрения, которая была различной в зависимости от степени амблиопии, наличия глазной и общей патологии.

Биомикроскопически в течение первых 12 месяцев наблюдения после операции не зафиксировано разрастания экваториальных клеток эпителия хрусталика в капсулярном кольце. На всех глазах с ИОЛ BIL сохранялась стабильная фиксация ИОЛ и правильное положение ИОЛ BIL, которая была строго центрирована относительно зрачка; близнецовые капсулорексисы были фиксированы в бороздке по краю оптической части ИОЛ. При УЗ исследовании определяемая толщина капсулярного кольца колебалась от 0,1 до 0,2 мм.

Спустя 24 месяца при биомикроскопии было выявлено фибрирование краев близнецовых капсулорексисов в виде беловатого ободка шириной до 0,1-0,15 мм, плотно охватывающего ИОЛ. В капсулярном кольце биомикроскопически визуализировались клеточные разрастания. Сонографически в бороздке вокруг оптической части ИОЛ выявлялась тонкая средней эхогенности мембрана, толщиной до 0,1 мм – предположительно, сращение передней и задней капсул хрусталика. Толщина сохраненного капсулярного кольца увеличилась в среднем в различных меридианах до 0,4 - 0,8 мм (в одном случае она достигала 0,9 - 1,1 мм).