
защелкиванию замка зажима на одну защелку) и экспозиции длительностью 1 минута. Гистологическое исследование подтвердило, что именно такие условия обеспечивают адекватное, умеренное повреждение интимы и меди, достаточное для активации репаративных процессов без значимых патологических эффектов (некроза или выраженного воспаления).

Выводы. Выбор компрессионного метода обусловлен его преимуществами по сравнению с другими подходами: меньшей степенью повреждения, отсутствием выраженных осложнений и возможностью точного дозирования травмы.

Разработанная модель дозированного компрессионного повреждения интимы обладает высоким потенциалом для исследований механизмов регенерации сосудистой стенки в условиях лазерной стимуляции. Полученные результаты открывают перспективы для глубокого понимания процессов репарации и разработки инновационных терапевтических стратегий в сосудистой хирургии и ангиологии.

Ермолкевич Р.Р.^{1,2}, Имшенецкая Т.А.¹, Вашкевич Г.В.¹, Ситник Г.В.¹, Бороденя Т.П.², Рубис В.В.²

10-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

ВТОРИЧНАЯ ЗАКРЫТОУГОЛЬНАЯ ГЛАУКОМА В АРТИФАКИЧНОМ ГЛАЗУ

Введение. Злокачественная глаукома – мультифакторное заболевание, связанное с повышением давления в задней камере глаза за счет фильтрации внутриглазной жидкости в полость стекловидного тела или ретровитреальное пространство, которое ведет к окклюзии угла передней камеры с формированием органического блока, образованию передних синехий и дальнейшему росту внутриглазного давления (ВГД), достигающему очень высоких цифр (38–40 мм рт. ст. и выше). Частота встречаемости после оперативного хирургического лечения в глазах с закрытоугольной глаукомой колеблется от 0,4 до 8%, время возникновения данного заболевания колеблется от 2 недель до 5 лет, среднее время возникновения около 1,8 лет.

Основными факторами риска являются: осевая гиперметропия, микрофтальм, наофтальм, женский пол, закрытоугольная глаукома с высоким ВГД, длительное применение миотиков, послеоперационный асептический увеит.

Клинические проявления: щелевидная передняя камера, отсутствие углубления передней камеры на фоне проводимого лазерного лечения (иридотомий), повторное измельчение передней камеры на фоне ее восполнения, гониосинехии, экссудативная зрачковая мембрана, возникающая в результате асептического воспаления после факоэмульсификации катаракты, сдвиг рефракции в сторону миопизации (при изначальном расчете ИОЛ в эметропию).

Клинический случай. Пациент 58 лет с диагнозом (7 лет) «Закрытоугольная оперированная (СТЭ), лазер-оперированная (иридотомия) 3в глаукома, артифакция левого глаза(OS). Закрытоугольная лазер-оперированная (иридотомия) 4в глаукома, незрелая осложненная катаракта правого глаза (OD).» на максимальном гипотензивном режиме, после длительного применения миотиков. В анамнезе осложненная хирургия катаракты.

Острота зрения единственного зрячего глаза OS=0,2 с коррекцией sph-1,5=0,5. ВГД по Маклакову 51 мм.рт.ст.

Пациент дообследован: гониоскопия, осмотр с фундус-линзой, подсчет эпителиально-эндотелиальных клеток, оптическая когерентная томография переднего отрезка, макулярной зоны, диска зрительного нерва, ультразвуковая биомикроскопия, центральная толщина роговицы, эхоскопия.

Выполнена ndYAG-лазерная иридотомия левого глаза. Проведено оперативное хирургическое лечение левого глаза: имплантация клапанного дренажного устройства (ДУ) Ahmed.

В 1-е сутки после операции наблюдалось измельчение передней камеры, контакт радужки с эндотелием, тампонада трубочки дренажного устройства радужкой, круговая плоскостная синехия. Проведено оперативное хирургическое лечение: задняя склерэктомия, восполнение передней камеры, ревизия трубочки ДУ с укорочением.

На 2-е сутки после операции учитывая повторное измельчение передней камеры проведено: ndYAG – лазерная иридотомия, синехиотомия, дисцизия мембраны в просвете зрачка.

При наблюдении в динамике пациенту выполнена серия ndYAG – лазерных иридотомий на 5-е, 7-е, 8-е и 16-е сутки после операции.

На 19-е сутки после операции острота зрения левого глаза составила 0.2 с коррекцией sph-1,5=0,4. ВГД 16 мм рт.ст.

Выводы:

1. Имплантация клапанного дренажного устройства является эффективным методом лечения рефрактерной глаукомы только при комплексном дообследовании, патогенетически обоснованном подходе к периоперационному ведению пациента.
 2. Ультразвуковая биомикроскопия, гониоскопия, ОКТ переднего отрезка имеют решающее значение в проведении периоперационной ndYAG иридотомии.
 3. Неконтролируемый, рефрактерный подъем ВГД и измельчение передней камеры являются основными признаками злокачественной глаукомы в глазах после фактоэмульсификации катаракты, важным маркером для ранней диагностики может быть аномалия рефракции от расчетной (миопический сдвиг).
-

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025