

Агафонова В.В., Гахраманова К.А.

СПОСОБ ВЫПОЛНЕНИЯ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ ОСЛОЖНЕННЫХ КАТАРАКТ

Разработана технология факоемульсификации в хирургии осложненных катаракт, которая позволила уменьшить травматичность операции, снизить риск осложнений и исключить необходимость механического расширения зрачка.

В настоящее время существует большое разнообразие способов выполнения факоемульсификации. Вместе с тем одним из самых сложных является факоемульсификация осложненных катаракт, традиционно в большинстве случаев проводимая в условиях недостаточной циклоплегии, слабости или нарушения целостности порций цинновой связки и требующая проведения дополнительных специфических вмешательств, таких как введение механических расширителей зрачка.

Целью настоящего исследования стало усовершенствование технологии факоемульсификации в хирургии осложненных катаракт с целью уменьшения травматизации операционного вмешательства, снижения риска операционных осложнений и, соответственно, сокращения сроков послеоперационной реабилитации пациентов.

Материал и методы

Нами предложен способ выполнения факоемульсификации, отличающийся тем, что после выполнения капсулорексиса и первичной мобилизации ядра хрусталика путем проведения гидродиссекции, бимануально через ранее выполненные парацентезы в режиме ирригации-аспирации производится удаление переднего кортикального слоя, периферических кортикальных масс, а затем и заднего кортикального слоя нативного хрусталика глаза, чем достигается максимальное выделение ядра хрусталика и его полная мобилизация, а также увеличивается визуальный контроль проводимых с ним манипуляций, что особенно важно в условиях недостаточного мидриаза или проблем со связочным аппаратом хрусталика. При возможности выполнения капсулорексиса 5,0 мм и более в сочетании с плотностью ядра 2-3 степени под мобилизованное и полностью освобожденное от кортикальных масс ядро подводится ас-

пирационный наконечник, а второй, ирригационный, находится сверху, и путем движения навстречу друг к другу производится разламывание ядра хрусталика, потом и его частей. При капсулорексисе менее 5,0 мм и более плотных ядрах этот этап не выполняется. Затем через отдельный разрез глаза (или увеличение одного из парацентезов до 3,0 мм) вводится ультразвуковой наконечник, и производится факоемульсификация ядра хрусталика или его частей на минимальных режимах подачи ультразвука. В случае плотных ядер или маленького капсулорексиса, когда предварительно до введения ультразвукового наконечника не представляется возможным выполнить разлом ядра хрусталика, последний может быть выполнен другими разнообразными известными методами (к примеру, с использованием чоппера, широкого шпателя и т.п.).

Предложенным способом прооперировано 53 пациента в возрасте от 55 до 87 лет с различными видами осложненных катаракт, в том числе после ранее проведенных антиглаукоматозных вмешательств, набухающих, увеальных, с эксфолиативным синдромом и т.п. Максимальный срок наблюдения после операции составил 6 месяцев.

Результаты и обсуждение

У 4-х пациентов (2 – с набухающей катарактой, 2 – с эксфолиативным синдромом) во время выполнения капсулорексиса отмечено нарушение последнего по типу «убегания в сторону экватора», при этом в 2 случаях вскрытие передней капсулы продолжено по типу «консервной банки», а в 2 других начальный ход капсулорексиса был восстановлен при помощи микроножниц. У 6 пациентов во время максимальной мобилизации ядра хрусталика был визуализирован предполагаемый до операции дефект цинновых связок. 37 пациентам (69,8% от числа прооперированных) интракапсулярно были имплантированы мягкие модели ИОЛ из акрила и гидрогеля, в остальных 26 случаях (30,2%) пациентам имплантированы жесткие модели ИОЛ из полиметилметакрилата. 49 пациентам (92,5% прооперированных глаз) были имплантированы модели заднекапсулярных ИОЛ с разомкнутой гаптикой. В 4 случаях нарушения целостности цинновых связок объемом более 90°, мы имплантировали жесткие модели ИОЛ Т-26 и Т-28, позволившие максимально расправить капсульный мешок без вве-