

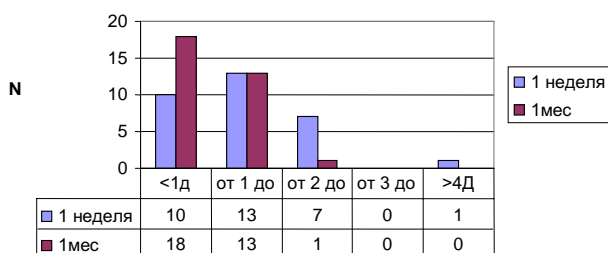
Таблица 2. Острота зрения и внутриглазное давление

	Первая неделя	Первый месяц
Острота зрения без коррекции	0,66±0,20	0,76±0,16
Острота зрения с коррекцией	0,90±0,15	0,92±0,13
Внутриглазное давление в мм рт.ст.	19±1,86	18,8±1,28

Колебания степени индуцированного астигматизма представлены на графике 1.

График 1. Степень индуцированного астигматизма

степень индуцированного астигматизма после МФФК+ППК



Потеря эндотелиальных клеток (в процентах)

Среднее количество эндотелиальных клеток до операции составило 3553,333±72,2869. Через месяц после операции среднее количество составило 3346,666±97,0354. Таким образом, процент потери клеток составил 5,8% (P<0,001).

Объективные данные

После операции также оценивалась прозрачность роговой оболочки, влаги передней камеры и ИОЛ. Только у 3 пациентов с бурными ядрами имелись складки десцеметовой оболочки и легкий отек эпителия, которые сохранялись в течение первой недели. На фоне назначенной терапии все эти явления исчезли. Опалесценция влаги отмечалась в течение первого дня после операции лишь у двух пациентов, с сопутствующим сахарным диабетом II типа.

Выводы

- Механическая факофрагментация катаракты в сочетании с поддерживателем передней камеры является высокоэффективной методикой хирургического лечения катаракты через малый разрез.
- Благодаря этой методике прозрачность роговой оболочки почти не изменяется после

операции, что обеспечивает высокую остроту зрения в ранних сроках после операции.

- Снижается риск воспалительных процессов и офтальмогипертензии.
- При данном вмешательстве ширина склерального тоннеля зависит не от размера и плотности выводимого ядра, а только от диаметра планируемой для имплантации интраокулярной линзы.
- Снижается количество дорогостоящего вискоэластика, используемого во время МФФК.

Библиография:

1. Тахчиди Х.П., Фенич О.Б. Малые тоннельные разрезы в хирургии катаракты // Евро-Азиатская конф. по офтальмохирургии, 1-ая: материалы.- Екатеринбург, 1998.- С.26-27.
2. Тахчиди Х.П., Шиловских О.В., Ульянов А.Н., Фечин О.Б. Технология механической факофрагментация твердой катаракты // Съезд офтальмологов России, 7-ой: Тез.докл.- М.,2000.-Ч.1.-С.75.
3. Тахчиди Х.П., Фечин О.Б. Способ экстракапсулярной экстракции зрелой катаракты через малый тоннельный разрез // Патент РФ №2157676 от 20.10.2000. Приоритет от 30.10.1998.
4. Тахчиди Х.П., Фечин О.Б. Способ экстракции зрелой катаракты через малый тоннельный разрез // Патент РФ №2157677 от 20.10.2000. Приоритет от 09.09.1999.
5. Blumenthal M. Manual ecce, the present state of the art // Klin. Monats bl. Augenheilkd.- 1994.- Bd. 205.- №.5- S.266-270.
6. Blumenthal M., Ashkenazi I., Assia E., Cahane M. Small incision manual extracapsular cataract extraction using selective hydrodissection // Ophthalmic surgery.-1992.-Vol.23.-P.699-701.
7. Blumenthal M. Mini-nuc technique for ecce reduces tunnel size/ / Ocular surgery News (International edition).-1996.- Vol.3.- P.2-4.

Малов И.В., Малов В.М., Ерошевская Е.Б.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОФТАЛЬМОГИПЕРТЕНЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОЙ КАТАРАКТОЙ

Рассмотрены преимущества проведения тоннельных методов экстракции катаракты для лечения факорморфической и факолитической глауком. При необходимости выбрана тактика 2-х этапного лечения (при сохранении высокого офтальмотонуса – НГСЭ вторым этапом).

Офтальмогипертензионные осложнения старческой катаракты (ОГОСК) – факорморфическая и факолитическая глаукомы – занимают в ургентной офтальмологической службе одно из ведущих мест (Г.А. Шилкин и соавт., 1977; А.П. Нестеров, 1995; Е.Н. Вериге, 1996; Б.Х. Тачмурадов, 1998; Prajna et al., 1996; Rao, Padmanabhan, 1998; Ali Abdollahi et al., 2002) и обладают значительным удельным весом в

структуре необратимой потери зрительных функций.

Хирургическое лечение офтальмогипертензионных осложнений старческой катаракты прошло долгий путь – от энуклеации, паллиативных антиглаукоматозных вмешательств до экстракции катаракты и комбинированных операций. Его основная цель заключалась в нормализации внутриглазного давления.

Патогенетичным лечением факогенной глаукомы является удаление хрусталика. Однако традиционная экстракапсулярная экстракция катаракты, достигшая своего совершенства, при высоком офтальмотонусе сопряжена со значительным риском операционных и послеоперационных осложнений. Поэтому при проведении экстракции катаракты необходимым условием считается предоперационная подготовка, направленная на снижение внутриглазного давления. Принимая во внимание патогенез заболевания с быстро развивающейся практически полной ретенцией оттока внутриглазной жидкости, очевидно, что медикаментозные препараты малоэффективны в нормализации внутриглазного давления. Кроме того, затягивающийся предоперационный период у больных с приступом вторичной глаукомы приводит к тяжелым, часто необратимым изменениям в сетчатке и зрительном нерве. Комбинированные же операции, кроме того, более травматичны и при данных состояниях не патогенетичны.

В офтальмологии на современном этапе происходит эволюция хирургических технологий. Широко внедряются тоннельная экстракция катаракты и непроникающие антиглаукоматозные операции, отличающиеся патогенетичностью, минимальной травматичностью, безопасностью и высокой эффективностью.

Нам представляется, что в настоящее время назрела настоятельная необходимость и появились условия для определения новых принципов и подходов к лечению больных с офтальмогипертензионными осложнениями старческой катаракты, целью которого должно явиться не собственно снижение офтальмотонуса, но и максимально возможное восстановление зрительных функций. В свете этого приоритетными мерами являются:

- неотложность хирургического вмешательства не зависимо от уровня ВГД;
- сбалансированность его объема;
- минимизация хирургической травмы;

- максимально возможное восстановление оптической системы глаза.

Экстракция катаракты, устраняя основную причину повышения внутриглазного давления, так же несет в себе антиглаукоматозный компонент, заключающийся в открытии трабекулярной зоны, ранее в фильтрации не участвовавшей. Удаление хрусталика является этиотропным и частично патогенетичным лечением во всех вариантах офтальмогипертензионного синдрома, и полностью патогенетичным у больных с функциональным претрабекулярным блоком. Однако у больных с длительно продолжающимся приступом и формированием органической претрабекулярной ретракции патогенетичным лечением офтальмогипертензионного синдрома является дополнение к экстракции катаракты реконструкции УПК при закрытоугольной форме (факрморфическая глаукома) и трабекулоаспирации – при факолитической глаукоме, либо проведение вторым этапом антиглаукоматозной операции.

В настоящее время идеальной в лечении офтальмогипертензионных осложнений старческой катаракты является тоннельная экстракция катаракты. Основное ее преимущество заключается в возможности проведения хирургического вмешательства, независимо от состояния исходного внутриглазного давления. Проведение операции закрытого типа резко снижает угрозу экспульсивной геморрагии и позволяет при возникновении профузного кровотечения из сосудистой оболочки глаза прервать развитие осложнения на стадии транسخориоидальной экссудации. Другим важным фактором операции закрытого типа в лечении больных вторичной глаукомой является сведение к минимуму хирургической травмы. Последовательное, этапное, контролируемое выполнение всех составляющих тоннельной хирургии катаракты способствует снижению количества интраоперационных осложнений. Контролируемость хирургического вмешательства, постоянство внутриглазного давления также уменьшает количество таких осложнений, как разрыв задней капсулы хрусталика, выпадение стекловидного тела, разрыв цинновых связок, дислокацию хрусталика в сумке. Снижается риск развития кровоизлияний из новообразованных сосудов угла передней камеры и радужной оболочки глаза, а при их возникновении есть прекрасная возможность купировать эти осложнения путем повышения офтальмотонуса.