

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ КОРНЕОСКЛЕРАЛЬНЫЙ ТОННЕЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ

Сравнительный анализ результатов факоэмульсификации катаракты показал, что предложенный корнеосклеральный разрез снижает вероятность развития индуцированного астигматизма по сравнению с традиционным доступом при проведении операции у пациентов с псевдоэксфолиативным синдромом.

Ключевые слова: факоэмульсификация катаракты, тоннельный разрез, индуцированный астигматизм.

До настоящего времени хирургическое лечение катаракты является основными и высокоэффективным. Золотым стандартом остается факоэмульсификация через самогерметизирующийся тоннельный корнеальный, корнеосклеральный или склеральный разрез с имплантацией мягкой интраокулярной линзы. Новейшие усовершенствования технологии факоэмульсификации, точнейшие методики расчетов интраокулярных линз позволяют обеспечить пациентам высокие и стабильные зрительные функции, значительно улучшив качество их жизни. Большим достижением современной хирургии катаракты является появление в арсенале хирургов мультифокальных, торических, аккомодирующих, асферических, фотохромных искусственных хрусталиков, позволяющих персонализировать их подбор для каждого конкретного больного.

Но, несмотря на высокое совершенство хирургического лечения больных с помутнением хрусталика, офтальмологи нередко испытывают трудности во время проведения операции в «нестандартных ситуациях». Из них следует отметить экстракцию катаракты и имплантацию искусственного хрусталика у больных с увеопатиями, при ригидной радужке и узком зрачке, плотных ядрах хрусталика. Наличие частичной несостоятельности связочного аппарата у больных с псевдоэксфолиативным синдромом, дистрофических изменений капсулы хрусталика, радужки – особенно ее зрачкового края – требуют дополнительных технических решений для проведения традиционной факоэмульсификации и имплантации искусственного хрусталика [1]–[5], [11]–[13]. Подвывих хрусталика различной степени, который нередко констатируется уже во время опе-

рации, или возникшее операционное осложнение в виде нарушения целостности капсульной сумки и невозможности использования ее в качестве ложа для имплантации мягкого интракапсулярного искусственного хрусталика диктует необходимость использования жесткой заднекамерной с сулькусной фиксацией или переднекамерной интраокулярных линз. Но для этого необходимо увеличение тоннельного разреза. Расширение чисто роговичного тоннельного разреза требует герметизации операционной раны наложением узловых или непрерывного шва. При этом увеличивается вероятность послеоперационного астигматизма [4]. Склеральный тоннель в меньшей степени способствует появлению послеоперационного астигматизма при его увеличении, но этот разрез с выкраиванием конъюнктивального лоскута повышает травматичность и время проведения операции, вызывает кровотечение из конъюнктивальных сосудов, иногда и необходимость их коагуляции. Перед офтальмологами назрела необходимость разработки эффективных и малотравматичных тоннельных разрезов, при необходимости расширения которых не возникало бы вышеперечисленных затруднений [2], [9]–[11]. В связи с этим нам представляется перспективной разработка универсального тангенциального корнеосклерального разреза (Приоритетная справка на изобретение), который предполагает исключить некоторые недостатки роговичного и корнеосклерального тоннелей.

Цель

Сравнительный анализ результатов факоэмульсификации катаракты традиционным и предлагаемым тоннельным доступом у пациентов с псевдоэксфолиативным синдромом.

Материал и методы

Изучены непосредственные результаты факоэмульсификации катаракты с имплантацией интраокулярной линзы у 48 пациентов (66 глаз) с псевдоэкзофолиативным синдромом в возрасте от 41 до 72 лет, которым не проводилось расширение тоннельного разреза. Больные разделены на две группы, в зависимости от операционного доступа. В первую группу включены пациенты, прооперированные с использованием предложенного корнеосклерального разреза (43 глаза), во вторую – пациенты с традиционным доступом (23 глаза). Средний возраст больных первой группы составил $61,3 \pm 2,37$, второй группы – $64,67 \pm 5,33$ года. До операции у пациентов первой группы среднее значение величины астигматизма составило $0,8 \pm 0,14$ Д, второй группы – $0,78 \pm 0,27$ Д. У большинства пациентов обеих групп катаракта была в начинающейся или незрелой стадии. Начинаясь корковая катаракта диагностирована на 19 глазах больных первой и 8 – второй, незрелая – на 13 глазах первой и 9 – второй, незрелая ядерная катаракта – на 11 глазах первой и 6 – второй группы. Катаракта сочеталась с развитой открытоугольной глаукомой на 26 глазах пациентов первой и 11 – второй группы. Внутриглазное давление было нормализовано у большинства больных медикаментозно, 7 пациентам первой и 4 – второй группы ранее была выполнена антиглаукоматозная операция. Подвывих хрусталика 1 степени был диагностирован у 5 больных первой и 3 – второй группы. В стационаре одного дня оперированы 15 пациентов первой и 11 – второй группы. Остальные больные лечились в круглосуточном стационаре, койко-день составил от 3 до 5 дней.

Коаксиальная ультразвуковая факоэмульсификация катаракты проводилась с помощью факоэмульсификаторов «Pulsar 2» и «Assistans» (Opticon) с использованием микроскопа «Moller Wedel 900». Тоннельный разрез производился кератомом, шириной 2,75 мм. Из вискоэластиков для больных с ПЭС мы предпочитали вискоут и провиск. При недостаточном мидриаза в переднюю камеру вводили раствор мезатона с лидокаином, предпо-

лагая дополнительную травму радужки в связи с дополнительными манипуляциями, связанными с механическим расширением зрачка и вероятностью проведения операции с узким зрачком. Учитывая слабость волокон цинновой связки и угрозу подвывиха ядра мы не форсировали и не добивались «феномена Галилея», а чаще исключали момент ротации ядра хрусталика. Использовали щадящие параметры ультразвука. Для раскола ядра использовали чопер собственной конструкции. При корковых катарактах незрелой стадии формировали взаимоперпендикулярные борозды через центр ядра с последующим его разделением и дроблением. У больных с псевдоэкзофолиативным синдромом считаем особенно важным расправить капсульный мешок перед имплантацией интраокулярной линзы во избежание усугубить или создать несостоятельность волокон цинновой связки или разрыва дистофически измененной капсулы. Для интраокулярной коррекции афкии имплантировали мягкие интраокулярные линзы «AquaSens» (Rumex) «Acryfold», Rayner «super-flex», Rayner «c-flex» с помощью инъектора.

Результаты

Операция и послеоперационный период у всех больных протекали гладко. После операции острота зрения больных обеих групп оказалась практически идентичной и была равна $0,5 \pm 0,17$. У пациентов первой группы астигматизм составил $0,45 \pm 0,2$ Д, второй группы – $1,5 \pm 0,41$ Д. У 92% всех пациентов диагностирован прямой миопический и только у 8% – обратный миопический или обратный гиперметропический астигматизм.

Таким образом, предложенный корнеосклеральный разрез при факоэмульсификации катаракты снижает вероятность развития индуцированного астигматизма по сравнению с традиционным доступом при проведении операции у пациентов с псевдоэкзофолиативным синдромом. Этот корнеосклеральный разрез позволяет при необходимости расширить его для имплантации жестких интраокулярных линз.

1.10.2014

Список литературы:

1. Азнабаев, М.Т. Способ факоэмульсификации катаракты / М.Т. Азнабаев, Р.Р. Хисматуллин, Г.Ф. Якупова // Тез. докл. IX съезда офтальмологов России. – М., 2010. – С. 196,197.
2. Азнабаев, Б.М. Ультразвуковая хирургия катаракты – факоэмульсификация / Б.М. Азнабаев. – М, 2005.

3. Егорова, Э.В. Информативность ультразвуковой биомикроскопии в диагностике псевдоэкссфолиативного синдрома / Э.В.Егорова, Д.Г. Узунян, А.И. Толчинская, А. Саруханиян // Съезд офтальмологов России, 8-й Тез. докл. – М., 2005. – С. 578–579.
4. Ерошевская, Е.Б. Состояние роговичного астигматизма после факоэмульсификации у больных фактоморфической глаукомой / Е.Б. Ерошевская, И.В. Малов // Труды Всероссийской конференции «Геронтологические аспекты офтальмологии» и VI Международного семинара по вопросам пожилых «Самарские лекции», посвященные 100-летию со дня рождения Т.И.Ерошевского, Самара, 2002. – С. 176–177.
5. Иошин, И.Э. Внутрикапсульное кольцо – профилактика осложнений экстракции катаракты при подвывихе хрусталика / И.Э. Иошин, Э.В. Егорова [и др.] // Офтальмохирургия. – 2002.– №1. – С. 25–28.
6. Иошин, И.Э. Результаты факоэмульсификации сверхтвердых катаракт / И.Э. Иошин, А.И. Толчинская // Тезисы докладов IX съезда офтальмологов России. – М., 2010. – С. 206–207.
7. Лазерная хирургия при псевдоэкссфолиативном синдроме / В.Г. Копаева [и др.] // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии. – М., 2011. – С.144–148.
8. Малюгин, Б.Э. Хирургия катаракты и интраокулярная коррекция: итоги и перспективы / Б.Э. Малюгин // Тез. докл. IX съезда офтальмологов России. – М., 2010. – С. 192–195.
9. Малов, В.М. Роговичный астигматизм после факоэмульсификации катаракты в зависимости от вида тоннельного разреза / В.М. Малов, В.В. Савельев // Офтальмология в начале XXI века. Материалы юбилейной конференции, посвященной 100-летию клиники глазных болезней Саратовского государственного медуниверситета. – Саратов, 2002. – Ч.1 – С. 105–106.
10. Малов, В.М. Повышение качества выполнения тоннельного разреза при факоэмульсификации катаракты / В.М. Малов, В.Н. Савельев, В.В. Савельев // Современные методы лечения в офтальмологии. Сборник статей конференции. – Нальчик, 2002. – С. 82.
11. Малов, В.М. Результаты факоэмульсификации в зависимости от вида тоннельного разреза / В.М. Малов, В.В. Савельев, Е.Б. Ерошевская // Труды Всероссийской конференции «Ерошевские чтения». – Самара, 2002. – С. 197–199.
12. Особенности и результаты хирургического лечения больных с сублокацией хрусталика / В.М. Малов [и др.] // Труды Всероссийской конференции «Ерошевские чтения», посвященные 110-летию со дня рождения Т.И.Ерошевского. – Самара, 2012. – С. 90–95.
13. Тахчиди, Х.П. Выбор тактики хирургии катаракты с учетом оценки симптоматики псевдоэкссфолиативного синдрома по данным ультразвуковой биомикроскопии / Х.П. Тахчиди, Э.В. Егорова, А.И. Толчинская и др. // Офтальмохирургия.– 2006.– №4.– С. 4–9.

Сведения об авторах:

Малов Владимир Михайлович, заведующий кафедрой офтальмологии Самарского государственного медицинского университета Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук, e-mail: vm_malov@mail.ru

Ерошевская Елена Брониславовна, профессор кафедры офтальмологии Самарского государственного медицинского университета Минздрава России, доктор медицинских наук

Малов Игорь Владимирович, заведующий кафедрой глазных болезней Самарского государственного медицинского университета Минздрава России, институт последиplomного образования, профессор, доктор медицинских наук

Горбунов Александр Евгеньевич, аспирант кафедры офтальмологии Самарского государственного медицинского университета Минздрава России