

БЕСШОВНАЯ ХИРУРГИЯ ЗРЕЛЫХ КАТАРАКТ

С.А.Коротких, А.Г.Гринев

Уральская государственная медицинская академия,
Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн
г.Екатеринбург

Современная хирургия катаракты - преимущественно это хирургия малых самогерметизирующихся операционных разрезов [4]. Наряду с ультразвуковой факоэмульсификацией (УФЭ) все большей популярностью пользуется метод механической факофрагментации (МФФ) и тоннельной экстракции катаракты [2,3]. Преимущества данной методики обусловлены, в первую очередь, экономическими критериями: не требуется дорогостоящей аппаратуры для факоэмульсификации и расходных материалов (когезивных вископротекторов, эластичных интраокулярных линз (ИОЛ), шовного материала). Во-вторых, данная методика отвечает современным требованиям хирургии катаракты: низкий индуцированный послеоперационный астигматизм, высокая острота зрения в раннем послеоперационном периоде, ранняя социальная реабилитация больного. В-третьих, работа на герметичном глазном яблоке позволяет избегать резких перепадов глазного давления, что немаловажно для профилактики такого грозного осложнения, как экспульсивная геморрагия (ЭГ). Кроме того, самостоятельная герметизация разреза уже на начальном этапе возникновения ЭГ, дает шанс быстро закончить операцию и справиться с этим осложнением с наименьшими потерями.

В последние годы в нашей клинике используется метод механической факофрагментации (МФФ) катаракты, преимущественно через корнеосклеральный самогерметизирующий тоннельный разрез (СТР) 5,5-6,5 мм, с имплантацией полиметилметакрилатных (ПММА) ИОЛ «Уфаленс». На наш взгляд, данная технология удаления катаракты более успешна в тех случаях, когда имеется возможность выполнения непрерывного кругового капсулорексиса (НКК). На эту возможность влияют: величина интраоперационного мидриаза, состояние кортикальных масс хрусталика при различной степени зрелости катаракты, участки уплотнения передней капсулы, наличие надрывов цинновых связок. Оптимальными условиями для выполнения таких операций могут быть случаи с незрелыми катарактами, когда в меньшей степени выражены дегенеративные изменения: кортикальные массы достаточно плотные, хорошо виден рефлекс с глазного дна, адекватный мидриаз. Наибольший интерес представляет возможность выполнения МФФ

у пациентов со зрелыми катарактами. Присутствие элемента набухания кортикальных масс может привести к нежелательному разрыву передней капсулы. Кроме того, выход вещества хрусталика в переднюю камеру затрудняет визуализацию. Наличие надрыва цинновых связок может привести к отрыву капсульного мешка и выпадению стекловидного тела.

Целью нашего исследования является оптимизация выполнения проведения МФФ через СТР при зрелых катарактах, когда невозможно или затруднено выполнение НКК. Определить преимущества и недостатки дробления ядра с различными размерами и степенью плотности в капсульном мешке и в передней камере.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 39 пациентов со зрелыми катарактами. Все пациенты были старше 74 лет. У 19 пациентов имелся подвывих хрусталика I степени, у 26 пациентов не удавалось достичь адекватного мидриаза медикаментозно. При узких зрачках расширение проводили механически до микрондрывов сфинктера. Накануне операции все пациенты получали мидриатики эпibuльбарно, мочегонные препараты внутрь (диакарб, гипотиазид). В отдельных случаях для ингибирования интраоперационного мюоза мы применяли за 1 час до операции «Diclo-F» (0,1% диклофенак натрия) четырехкратно. Все операции на различных этапах проведены с использованием двух вискоэластиков вязкостью 2-4 и 8-10 тыс. сСт. Операции были проведены через СТР шириной 5,5-6,0 мм, длиной 4 мм с одинаковой роговичной и склеральной частью. Мы определили для себя два варианта дробления ядра. Первый - в капсульном мешке через хордальный разрез передней капсулы, второй - в передней камере, когда ядро выводится либо через рваный круговой капсулорексис, либо через хордальный разрез. Все вышеперечисленные способы требуют особой деликатности манипуляций от офтальмохирурга.

При первой технике дробления высока вероятность выпадения стекловидного тела (ВСТ) как при неконтролируемых разрывах задней капсулы, так и при имеющихся разрывах цинновых связок. Такой способ нежелателен при больших твердых ядрах, особенно если к тому же имеется надрыв связок хрусталика. Время хирургических манипуляций увеличивается, требуется большее количество вискоэластиков. Единственным достоинством этой методики является то, что дробление проходит с меньшей травмой для эндотелия роговицы, так как проводится интракапсулярно. Данным способом прооперировано 9 пациентов, из которых у 2 пациентов фрагментация ядра была завершена в передней камере во избежание ВСТ.

Второй вариант дробления ядра успешно выполним при достаточной глубине передней камеры, что достигается использованием

вискоэластиков вязкостью 8-10 тыс. сСт, гипотензивной предоперационной подготовкой, управляемой гипотонией во время операции. В 11 случаях при малых и средних размерах ядра мы использовали вскрытие передней капсулы методом рваного кругового капсулорексиса, как правило, по краю зрачка. Данный способ капсулорексиса применялся Kelman при УФЭ ядра в передней камере [1]. В 19 случаях при средних и больших размерах ядра применялось выведение ядра через хордальный разрез передней капсулы. Предварительно по экватору ядра делали насечку, с помощью которой ядро лучше цепляется за зрачковый край радужки и ротируется из мешка в камеру. Затем на шпатель шириной 2 мм с помощью факочопера или цистотома выполнялась более глубокая насечка на ядре, которое впоследствии разламывалось с помощью двух круглых шпателей. Части ядра выводятся через тоннель либо пинцетом, либо с помощью вискоэластика. Во время данных манипуляций вероятность выпадения стекловидного тела практически отсутствует, но требуется более пристальное внимание защите эндотелия роговицы. Фрагментация в передней камере имеет преимущества над дроблением ядра в капсульном мешке, особенно при узких зрачках.

Результаты и обсуждение. Все операции были проведены без серьезных осложнений. До операции острота зрения у всех пациентов была - правильная светопроекция. После операции средняя острота зрения составила 0,61, исключая трех пациентов с дегенеративными изменениями макулярной зоны. У 7 пациентов наблюдался незначительный десцеметит и отек эпителия у края тоннельного разреза после дробления больших твердых ядер. У 8 пациентов в первые сутки наблюдался пигментный феномен Тиндаля после манипуляций через узкий зрачок. У одного из этих больных на 2-е сутки появились нити фибрина в области зрачка и на поверхности ИОЛ. Больной страдал хроническим заболеванием бронхолегочной системы. У всех пациентов камера очистилась после медикаментозной терапии. Индуцированный послеоперационный астигматизм не превышал 1,17 диоптрий. Тоннельные разрезы не требовали дополнительной шовной герметизации. Конъюнктиву герметизировали либо диатермокоагуляцией, либо наложением одного узлового шва викрила 10:0.

Выводы. 1. Методика выполнения МФФ через СТР зрелых катаракт безопасна и возможна при тщательном отборе пациентов для данной процедуры.

2. На выбор способа дробления ядра влияют размеры и плотность последнего, величина мидриаза, наличие слабости связочного аппарата, показатели офтальмотонуса непосредственно перед операцией, управляемая гипотония во время операции.

3. Фрагментация ядра в передней камере наиболее предпочтительный метод при зрелых катарактах.

4. Данные операции, на наш взгляд, не показаны при бурых катарактах в сочетании либо с надрывом связок, либо с узким зрачком.

5. При выполнении вышеперечисленных условий эти операции позволяют достичь высоких функциональных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Burrato L. // Phacoemulsification: Principles and Technics-1998.-FLACK Inc.- P.93
2. Muller-Jensen K., Barlinn B. // Ophthalmologie.-1994.-Vol.91.-P.446-9
3. Pham D.T., Wollensak J., Seiler T. // Ophthalmologie.-1994.-Vol.91.-P.429-33
4. Pham D.T., Wollensak J. // Klin. Monatsbl. Augenheilkd.-1992.-Vol.200.-P.639-43

NO-STICH SURGERY OF MATURA CATARACT

S.A. Korotkikh, A.G. Grinev

SUMMARY

Authors have analyzed 39 consecutive cases of no-stitch surgery of matura cataract with a 4 mm sclerocorneal tunnel and poly(methylmethacrylate) intraocular lens. Mechanic phacofragmentation was performed in the anterior chamber (30 eye) and in situ (9 eyes). All patients received a posterior chamber lens («Ufalens-1») with a 5,5 mm and 6,0 mm optic. We conclude that the procedure is safe, effective and induces no more 1,17D of corneal astigmatism.

ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ КАТАРАКТЫ У БОЛЬНЫХ ФАКОМОРФИЧЕСКОЙ ГЛАУКОМОЙ

В.М.Малов, Е.Б.Ерошевская, И.В.Малов

Самарский государственный медицинский университет
г.Самара

Современные успехи хирургического лечения больных с патологией хрусталика несомненны. Микрохирургический метод и интраокулярная коррекция афакии явились знаменательными вехами в решении этой вечной социальной и медицинской проблемы [1-5, 9, 10, 12, 14-22, 25-34, 32, 39].

Вот уже полвека метод интраокулярной коррекции с успехом