

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ У БОЛЬНЫХ ОПЕРИРОВАННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ

В статье анализируются результаты фактоэмульсификации у больных, ранее оперированных по поводу первичной глаукомы. Выявлены неблагоприятные особенности исходного состояния глаз больных, определяющие факторы риска операционных и послеоперационных осложнений и предложены способы их коррекции.

Ключевые слова: осложнения, фактоэмульсификация, глаукома.

Актуальность. Сочетание глаукомы и катаракты наблюдается у 17-38,6% больных [1, 2, 3]. Кроме этого, антиглаукоматозная операция значительно (15 – 81%) ускоряет помутнение хрусталика [4, 5]. Экстракция катаракты у больных, оперированных по поводу глаукомы, представляет довольно сложную задачу и выбор метода удаления мутного хрусталика является весьма актуальным. Фактоэмульсификация катаракты с одновременной имплантацией ИОЛ является наиболее эффективным методом восстановления зрительных функций у данной категории больных [6]. Это объясняется тем, что хирургическое вмешательство, проводимое через малый клапанный разрез, уменьшает вероятность геморрагических осложнений и значительно снижает степень послеоперационного астигматизма. Кроме того, автоматизированная ирригация-аспирация хрусталикового вещества способствует более тщательной их эвакуации из полости глаза. В то же время в оперированном глаукомном глазу имеется ряд неблагоприятных факторов для фактоэмульсификации [7]: узкий ригидный зрачок, наличие задних синехий, ядерный тип катаракты и другие.

Для расширения ригидного узкого зрачка используют инструментальную дилатацию, иридотомию, введение ирис-ретракторов, [8, 9, 10, 11, 12, 13, 14], сфинктероиридопластику [1], микросфинктеротомию [15]. При плотных катарактах используются оригинальные способы проведения фактоэмульсификации [16], лазерной экстракции [9, 17], механической факофрагментации [18, 19].

Цель – выявление неблагоприятных особенностей глаз больных катарактой, перенесших антиглаукоматозную операцию, и усовершенствование отдельных этапов фактоэмульсификации.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 163 пациента в возрасте от 54 до 82 лет, которым ранее была произведена гипотензивная операция: трабекулоэктомия (76), глубокая склерэктомия (72), непроникающая глубокая склерэктомия (15). Глаукомный процесс 1 стадии диагностирован у 12, II – у 84, III – у 67 больных. Псевдоэкзофолиативный синдром отмечен у 126 пациентов. Внутриглазное давление у подавляющего большинства пациентов было нормальным, у 5 – умеренно повышенным и у 2 – высоким. Ультразвуковая фактоэмульсификация катаракты проводилась с имплантацией жестких и мягких интраокулярных линз.

Результаты

Особенностями глаз больных после антиглаукоматозной операции, затрудняющими обычное проведение операции были: узкий ригидный зрачок практически у всех пациентов, обширные задние синехии у 48, разрыв волокон цинновой связки, не диагностированный до операции у 21, плотная передняя капсула хрусталика у 24, плотное ядро у 47, вязкость и адгезия волокон коркового вещества к экваториальной зоне капсульной сумки у 72, слабость цинновых связок у 46 больных. Сложности проведения аспирации-ирригации наблюдались только у 11 больных перенесших фистулизирующую антиглаукоматозную операцию на глазах.

Из всех перечисленных наиболее выраженными неблагоприятными свойствами оперированных глаз больных глаукомой, затрудняющими проведение ФЭК оказались: узкий ригидный зрачок, наличие задних синехий и плотное ядро хрусталика. В связи с этим нами были оптимизированы некоторые этапы фактоэмульсификации, заключающиеся в использовании оригинальных инструментов и технологий.

Были разработаны чопер-ретрактор для узких зрачков и методика дробления плотного ядра и его удаления.

Применение капсульного кольца у 9 больных с подвывихом хрусталика, который был выявлен на операционном столе, позволило воспользоваться запланированной мягкой интраокулярной линзой. Еще трем больным после передней витректомии жесткий искусственный хрусталик имплантирован в заднюю камеру глаза с опорой гаптической части в бороздке цилиарного тела и на капсуло-рексис. Переднекамерный искусственный хрусталик был имплантирован 4 пациентам с нарушением целостности задней капсулы хрусталика.

В послеоперационном периоде отек роговицы наблюдался у 12 больных, у 6 из них он был обусловлен транзиторной гипертензией. Серозный иридоциклит отмечен у 5 пациентов.

В результате операции острота зрения у всех больных повысилась и составила 0,4-1,0 у 53; 0,1-0,3 - у 91; 0,01-0,09 - у 19, что зависело от степени глаукоматозного процесса и состояния макулярной области сетчатки и задней капсулы хрусталика. Послеоперационный астигматизм был от 0,5 до 2,4 Д. Внутриглазное давление у всех больных нормализовано.

Выводы

Несмотря на тяжесть предоперационного состояния глаз больных, оперированных ранее по поводу глаукомы и опасность интраоперационных и послеоперационных осложнений, экстракция катаракты методом ультразвуковой факоэмульсификации позволяет получить максимально возможные визуальные результаты. Эта операция наиболее полно отвечает современным требованиям восстановления утраченных функций глаза больных с сочетанием катаракты и глаукомы.

Список использованной литературы:

1. Алексеев Б.К Сфинктериридопластика ригидного зрачка при экстракции катаракты // Вестн.офтальмологии. -1993.- Т.109.-С. 21-22.
2. Брошевская Б.Б. Интраокулярная коррекция афакии у больных первичной открытоугольной глаукомой: дисс. д-ра мед. наук. Самара, 1997. – 240 с.
3. Casson R.P., Salmon J. F. Combined surgery in the treatment of patient with cataract and primary open-angl glaucoma // J. Cataract Refractive Surg. – 2001. -Vol. 27.-P. 1854-1863.
4. Курмангалиева М.М. Хирургическое лечение глаукомы в сочетании с катарактой // Клиническая офтальмология. – 2004. №2. – С. 66-68.
5. Crichton A.C, Ford B.A. Cataract surgery in the glaucoma patient // Compr. Ophthalmol. Update. – 2005. -Vol. 6(6). – P.269-277.
6. Дронов М.М. Факоэмульсификация хрусталика в хирургическом лечении глаукомы // Глаукома и другие заболевания глаз. СПб, 2003. -С. 151-152.
7. Егорова Э.В., Толчинская А.И., Яновская Н.П., Соболев Е.П. и др. Результаты хирургического лечения больных с осложненной катарактой перенесших ранее антиглаукоматозные операции // Сб. науч. трудов «Современные технологии хирургии катаракты».М., 2003. – С. 110-115.
8. Анисимова С.Ю., Анисимов С.И., Загребельная Л.В. Результаты комбинированной факоэмульсификации, непроникающей глубокой склерэктомии и выбор интраокулярной линзы у больных глаукомой // Глаукома – проблемы и решения. М., 2004. – С.342-348.
9. Копачева В.Е., Андреев Ю.В. Лазерная экстракция катаракты при узком зрачке // Тез. докл. У11 съезда офтальмологов России. М., 2000. -С.50.
10. Малюгин Б.Э. Техника и результаты факоэмульсификации зрелых катаракт // «Брошевские чтения». Материалы Всеросс. конф. Самара, 2002.-С.200-201.
11. Малюгин Б.Э. Техника выполнения факоэмульсификации с имплантацией заднекамерной ИОЛ при слабости зонулярного аппарата хрусталика // Там же.-С. 201-202.
12. Семикова М.В. Экспериментально-клиническое обоснование оптимизированной технологии факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ на глазах с недостаточной диафрагмальной функцией радужки: Автореф. дисс.... канд.мед.наук.-М.-2003.-24с.
13. Федоров С.Н., Малюгин Б.Э., Джндоян Г.Л. Результаты одномоментной факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ и непроникающей тоннельной склерэктомии // Тез. докл. У11 съезда офтальмологов России. М., 2000. -С.203-204.
14. Oetting T.A., Omph L.C. Modified technique using flexibl iris refractors in clear corneal cataract surgery J. Cataract Refract. Surg. – 2002.– Vol. 28. – №4.-P. 596-598.
15. Mendicute J., Seminario M., Elder F. et al. Multiple sphincterotomy in the surgical treatment of cataracts in narrow pupils P. R. Health Sci. J. – 1993.-№12.– 105-108.
16. Агафонова В.В., Гахраманова К.А. Способ выполнения факоэмульсификации осложненных катаракт // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии – 2004. М., 2004. – С. 18-20.
17. Крылов В.А., Лексуткина Е.В. Сахнов С.Н. Лазерная экстракция катаракты на глазах с некомпенсированной оперированной глаукомой // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии -2004. М., 2004.-С.184-187.
18. Гринев А.Л., Кнзева Е.С., Коротких С.А. Интраокулярнаякоррекция у больных с ранее оперированной глаукомой с использованием самогерметизирующихся тоннельных разрезов // Тез докл. У съезда офтальмологов России. М., 2000. – С. 31.
19. Оренбуркина О.И. Малоинвазивный способ экстракции катаракты в глаукомном глазу // Сб гаучн. трудов международной научно-практической конференции «Современные технологии лечения заболеваний переднего и заднего сегментов глаза» Уфа, 2008. – С. 270-273.