

М.Ю. Тяжев, М.А. Шантурова

ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ КАТАРАКТЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИМПЛАНТАЦИЮ ФАКИЧНЫХ ИОЛ*Иркутский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» (Иркутск)*

Разработана микроинвазивная технология удаления катаракты у пациентов с факичными ИОЛ, не требующая расширения роговичного тоннельного разреза и позволяющая в полном объеме использовать все преимущества катарактальной хирургии малого разреза (MICS) технологии при факофрагментации хрусталика. Отсутствие индуцированного астигматизма способствует быстрой рефракционной стабилизации и, соответственно, быстрой медико-социальной реабилитации пациентов.

Ключевые слова: факоэмульсификация катаракты, имплантация факичных ИОЛ, микроинвазивная технология

PHACOEMULSIFICATION OF CATARACT IN PATIENTS UNDERGOING THE PHAKIC IOL IMPLANTATION

M.Yu. Tyazhev, M.A. Shanturova

Irkutsk Branch of S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, Irkutsk

The micro invasive method of cataract removal in patients with phakic IOL was developed. It doesn't require enlargement of corneal tunnel incision and allows using all advantages of Microincision Cataract Surgery (MICS) technology in lens phacofragmentation in corpora. Absence of induced astigmatism promotes quick refractive stabilization and accordingly quick medical and social rehabilitation of patients.

Key words: cataract phacoemulsification, phakic IOL implantation, micro invasive technology

АКТУАЛЬНОСТЬ

Развитие рефракционной офтальмохирургии показало ее преимущество перед другими способами коррекции миопии высокой степени (очковая и контактная коррекция) [1, 3]. В последние десятилетия особенно успешно стала развиваться имплантация факичных ИОЛ [3, 5, 8, 9]. Это связано с сохранением аккомодационной способности глаза [10], а также со значительным повышением качества и совершенствованием модельного ряда факичных линз [1, 2, 8].

В то же время у некоторых пациентов, которым в 90-е годы были имплантированы первые модели факичных ИОЛ (RSC, Россия), стала развиваться катаракта. Формирование помутнений в передне-кортикальных слоях хрусталика было обусловлено тем, что эта линза довольно часто прилипла к передней капсуле хрусталика [2, 6]. В более современных моделях факичных ИОЛ (RSK-3, Россия) этот серьезный недостаток был устранен нанесением микроперфорационного отверстия в центре оптической части линзы, которое никак не влияло на остроту зрения [4]. Одновременно, наличие центрального отверстия целесообразно для нормализации физиологических процессов и влагообмена между задней и передней камерами в глазах с факичной ИОЛ [4].

Так как помутнения в хрусталике локализовались преимущественно в проекции оптической оси, это значительно снижало остроту зрения у пациентов, зачастую приводило к ограничению профессиональной деятельности и существенно влияло на качество жизни.

Для реабилитации этим больным была проведена операция — удаление факичной ИОЛ и факоэмульсификация катаракты с имплантацией заднекамерной ИОЛ [6, 7, 11, 12].

Цель работы — разработать микроинвазивную технологию хирургии катаракты у пациентов с факичными ИОЛ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было прооперировано 15 пациентов (22 глаза) с катарактой после имплантации факичных ИОЛ. Среди них было 9 женщин и 6 мужчин, что составило соответственно 60 % и 40 %. Возраст пациентов варьировал от 37 до 57 лет (в среднем 46 лет). Всем им ранее было проведено хирургическое лечение по поводу близорукости высокой степени (в среднем (-) 14,5D) — имплантация факичных ИОЛ. В ходе операции через роговичный тоннельный разрез (~3,5 мм) в заднюю камеру глаза была имплантирована сополимер-коллагеновая факичная линза (RSC, Россия).

Срок развития катаракты от момента имплантации составил от 3 до 12 лет (в среднем 9 лет). Помутнения в хрусталике локализовались у 11 пациентов в передне-кортикальных, у 4 пациентов — в ядерно-кортикальных слоях.

Всем пациентам была выполнена факоэмульсификация катаракты с имплантацией заднекамерной эластичной модели ИОЛ с одновременным удалением факичной ИОЛ. Хирургическое вмешательство проводилось под субтеноновой анестезией и включало следующие этапы: выполняли 2 корнеоцентеза, в переднюю камеру вводили комбинированный вискоэластик «Disco-

visc», обладающий адгезивными и когезивными свойствами. Использование именно этого вискоэластика позволяло надежно защитить эндотелий и поддерживать стабильную глубину передней камеры глаза в ходе всех интраокулярных манипуляций. Затем вискоэластик вводили под факичную линзу, одновременно канюлей вывихивая ИОЛ в переднюю камеру. Далее формировали в сильном меридиане тоннельный роговичный самогерметизирующийся разрез 1,8 мм. Поэтапно фиксируя цанговым пинцетом (20 г) факичную ИОЛ, производили продольный разрез линзы цанговыми ножницами (20 г). Затем полученные части ИОЛ свободно удаляли из передней камеры глаза через роговичный тоннель, не расширяя его, этим же пинцетом. Цанговым пинцетом для капсулорексиса выполняли передний дозированный круговой капсулорексис. Далее, используя MICS – технологию, проводили факоэмульсификацию катаракты с интракапсульной имплантацией ИОЛ (MI-60 фирмы «Бауш + Ломб»).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе операций каких-либо специфических осложнений отмечено не было. Ранний послеоперационный период протекал адекватно. Острота зрения у всех пациентов после операции значительно повысилась с $0,23 \pm 0,05$ до $0,61 \pm 0,06$ ($p < 0,01$). Практически у всех пациентов отсутствовал индуцированный астигматизм (табл. 1).

Таблица 1
Изменения параметров роговицы до и после операции

Кератометрические данные	До операции	После операции
Преломляющая сила роговицы (сильный меридиан) D	$44,68 \pm 0,25$	$44,36 \pm 0,23$ $p > 0,05$
Преломляющая сила роговицы (слабый меридиан) D	$43,87 \pm 0,23$	$43,94 \pm 0,23$ $p > 0,05$
Кривизна роговицы (сильный меридиан) mm	$7,56 \pm 0,04$	$7,62 \pm 0,04$ $p > 0,05$
Кривизна роговицы (слабый меридиан) mm	$7,72 \pm 0,04$	$7,66 \pm 0,04$ $p > 0,05$

В позднем послеоперационном периоде у одного пациента развилась вторичная катаракта, которая потребовала повторного хирургического вмешательства.

ВЫВОДЫ

1. Предложенный метод удаления факичной ИОЛ не требует расширения роговичного тоннельного разреза, позволяет в полном объеме использовать все преимущества MICS технологии при удалении катаракты.

2. Отсутствие индуцированного астигматизма способствует быстрой рефракционной стабилиза-

ции и, соответственно, быстрой медико-социальной реабилитации пациентов.

3. У всех пациентов после операции отмечается повышение остроты зрения, что позволяет им вернуться к полноценной жизни и прежней профессиональной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонова В.В. Интраокулярная факичная коррекция аметропий // VIII Съезд офтальмологов России: тез. докл. – М., 2005. – С. 239.
2. Баринов Э.Ф. Причинно-следственный подход к изучению осложнений после интраокулярной факичной коррекции аметропии // VIII Съезд офтальмологов России: Тезисы докладов. – М., 2005. – С. 243.
3. Балашевич Л.И. Рефракционная хирургия. – СПб.: Издательский дом СПб. МАПО, 2002. – 288 с.
4. Бессарабов А.Н., Туманян Э.Р., Зуев В.К., Бодров Ю.Д. Влияние отверстий в оптической части отрицательной ИОЛ на качество зрения при факичной коррекции миопии // Офтальмохирургия. – 1998. – № 4. – С. 49–53.
5. Зуев В.К. Современные аспекты хирургической коррекции миопии высокой степени: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1995. – 170 с.
6. Коновалов М.Е., Молокотин Е.М. Способ лечения осложненной катаракты у пациентов после факичной коррекции // XI научно-практич. конф. «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии»: матер. конф. – М., 2010. – С. 100.
7. Першин К.Б. Занимательная факоэмульсификация. – СПб.: Борей Арт, 2007. – 136 с.
8. Туманян Э.Р. Клинико-функциональное состояние глаз с миопией высокой степени после имплантации отрицательной ИОЛ: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1998. – 161 с.
9. Тяжев М.Ю. Патогенетическое обоснование бинариметрии в реабилитации больных миопией высокой степени после имплантации интраокулярных факичных линз: дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2007. – 135 с.
10. Шелудченко В.М., Нисан Б.А., Колотов М.Г. К вопросу о проблемах аккомодации при имплантации факичных интраокулярных линз для коррекции миопии высокой степени // Вестник офтальмологии. – 2004. – № 2. – С. 22–25.
11. Khiun O., Tjia F. Microcoaxial phacoemulsification: a new standard in cataract surgery? // Cataract & Refractive Surgery. – 2006. – Vol. 3. – P. 18–30.
12. Kyung-Min Lee. Microcoaxial cataract surgery outcomes: Comparison of 1,8 mm system and 2,2 mm system // J. Cataract Refract. Surg. – 2004. – N 30 (5). – P. 1014–1019.

Сведения об авторах

Тяжев Михаил Юрьевич – к.м.н., руководитель курсами «WETLAB», врач-офтальмолог второго хирургического отделения Иркутского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» (664043, г. Иркутск, ул. Лермонтова, 337; сот. тел.: 564625)

Шантурова Марина Анатольевна – к.м.н., заведующая вторым хирургическим отделением Иркутского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии»