

С увеличением продолжительности жизни человека проблема возрастной катаракты становится все более актуальной. Без хирургического лечения это заболевание могло бы явиться основной причиной слепоты у пациентов в возрасте старше 60 лет.

Современный уровень оказания высокотехнологической медицинской помощи, а именно широкое внедрение малоинвазивной бесшовной операции – ультразвуковой факоемульсификации катаракты, позволяет получить высокие функциональные результаты, особенно при хирургии незрелых катаракт. Однако традиционно сложившаяся направленность отечественных офтальмологов поликлинического звена на ожидательную тактику «созревания катаракты», к сожалению, до сих пор не преодолена. С этим связано позднее обращение части больных к офтальмохирургам и относительно высокий удельный вес больных со зрелыми формами катаракты, создающими определенные сложности выполнения современных энергетических вмешательств.

Нами проанализированы результаты 101 операции факоемульсификации катаракты с имплантацией мягких искусственных хрусталиков. Возраст больных колебался от 46 до 73 лет. При этом незрелая стадия катаракты отмечалась у 72 человек, зрелая – у 29 пациентов. По характеру катаракты делились на корковые (в 65 случаях) и ядерные (соответственно в 36 случаях). Характерно, что больные с ядерными катарактами в целом раньше обращались за хирургической помощью, чем с корковой, что связано с тем, зрительные функции у них начинали страдать на более ранних стадиях заболевания, поэтому наиболее неблагоприятное сочетание для факоемульсификации катаракты «зрелая ядерная катаракта» отмечены только у 6 пациентов.

По мере «созревания» катаракты нами были отмечены следующие неблагоприятные для хирургического вмешательства особенности: фиброзные изменения капсулы хрусталика, прогрессирующая слабость цинновых связок и ригидность зрачка при псевдоэкзофолиативном синдроме, повышение внутрикапсульного давления при гидратации хрусталиковых масс, повышение плотности хрусталикового ядра.

В ходе операции во всех случаях использовалась техника быстрого разлома ядра факочопером с последующим делением на небольшие фрагменты и ультразвуковой аспирацией. Время работы ультразвука зависело от плотности ядра и колебалось от 0 до 3 мин. при мощности не более 35%. Защита эндотелия осуществлялась дисперсным адгезивным вискоэластиком Viscoat. В капсулярный мешок вводились мягкие искусственные хрусталики с помощью инжектора (через тоннельный разрез 2,75 мм), либо пинцета (тоннель 3,5 мм). В 17 случаях в ходе операции был выявлен частичный фиброз задней капсулы хрусталика у больных с осложненной и зрелой катарактой.

Из ранних послеоперационных осложнений нами были отмечена кератопатия у 12 человек, сохранившаяся более двух недель у 3 пациентов. Это были больные, оперированные на стадии зрелой катаракты с ядром высокой плотности, и длительной работой ультразвука.

У большинства больных (89%) достигнута высокая острота зрения: 0,5 и выше. Низкие зрительные функции объяснялись наличием сопутствующей патологии – дистрофии сетчатки, глаукомы. Индуцированный послеоперационный астигматизм в срок до 1 мес. составил не более 0,5 дптр у больных с тоннельным разрезом 3,5мм, что не оказало влияния на некорригированную остроту зрения. В срок наблюдения до 1 года нами не было отмечено ни одного нового случая развития вторичной катаракты.

Выводы:

Факоемульсификация катаракты является современным малоинвазивным высокотехнологичным методом реабилитации больных катарактой, позволяющим получить высокую остроту зрения у 89% больных.

Лучшие результаты хирургического лечения получены у больных на стадии незрелой катаракты.

По мере «созревания катаракты» в глазу возникают изменения, затрудняющие проведение операции и индуцирующие возникновение операционных и послеоперационных осложнений.