УДК 617.741-089.853

Фабрикантов О.Л., Михина И.В.
Тамбовский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова», г. Тамбов, Россия
E-mail: fabr-mntk@yandex.ru

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ФИМОЗА КОЛЬЦА КАПСУЛОРЕКСИСА ПОСЛЕ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ ОСЛОЖНЕННОЙ КАТАРАКТЫ

В статье описан разработанный метод радиальных насечек перпендикулярно краю капсулорексиса после имплантации ИОЛ. Метод предотвращает фимоз капсулорексиса и осложнения в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: фимоз, капсулорексис, осложненная катаракта, артифакия.

Актуальность

Методика факоэмульсификации на сегодняшний день является общепризнанным стандартом в хирургии катаракты, однако наряду с несомненными преимуществами, она имеет и свои специфические недостатки, в частности, развитие фимоза капсулорексиса в сочетании с фиброзом капсульного мешка. По данным литературы фактором, способствующим развитию данного осложнения, является сопутствующая патология: псевдоэксфолиативный синдром, глаукома, увеиты, тапеторетинальная абиотрофия сетчатки, миопия и гиперметропия высоких степеней, посттравматические состояния, сахарный диабет. Фимоз капсулорексиса и сопутствующий фиброз капсульного мешка вызывают не только снижение остроты зрения, но и, в тяжелых случаях, децентрацию и дислокацию комплекса «ИОЛ-капсульный мешок», что приводит к необходимости повторного, иногда достаточно сложного хирургического вмешательства.

Цель работы – разработать и оценить интраоперационную методику предотвращения фимоза капсулорексиса в отдаленном послеоперационном периоде факоэмульсификации осложненной катаракты.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 26 пациентов (32 глаза) в возрасте от 42 до 76 лет после факоэмульсификации катаракты с имплантацией ИОЛ. Во всех случаях была выявлена сопутствующая офтальмопатология. Псевдоэксфолиативный синдром отмечался на всех 32 глазах, оперированная компенсированная глаукома – на 7 глазах, подвывих хрусталика первой степени – на 19 глазах. Сроки послеоперационного наблюдения составили от 10 мес. до 2 лет. Из-за наличия сопутствующей офтальмопатологии на всех глазах не удалось добиться адекватного медикаментозного расширения зрачка. Максимальный предоперационный мидриаз был 2,5-4,0 мм. В 14 случаях по ходу операции потребовалась установка ирисретракторов. Ввиду недостаточного мидриаза диаметр капсулорексиса составил 4,5-5,0 мм. Факоэмульсификация катаракты через склерокорнеальный тоннель шириной 2,2 мм выполнялась методом факочоп с последующей имлантацией заднекамерных ИОЛ из гидрофильного акрила в капсульный мешок. Удаление эпителия передней капсулы и ее полировка не производилась. В конце операции после имплантации ИОЛ цанговыми ножницами через парацентезы наносились 2-3 радиальные насечки длиной 0,5-1,0 мм перпендикулярно краю капсулорексиса на одинаковом расстоянии друг от друга. В послеоперационном периоде назначалась стандартная противовоспалительная и антибактериальная терапия.

Результаты

Ранний послеоперационный период протекал спокойно. На 5 глазах наблюдалось выпадение нитей фибрина в передней камере. В отдаленном послеоперационном периоде фиброз передней капсулы хрусталика отмечен в 100% случаев, оптически значимый фиброз задней капсулы, потребовавший ЙАГ-лазерной дисцизии, выявлен на 13 глазах (41%). Фимоз капсулорексиса выявлен в 2 случаях (6,3%) на глазах, где по краю капсулорексиса были нанесены 2 насечки на расстоянии 120°. На глазах с тремя насечками фимоз кольца капсулорексиса не наблюдался ни в одном случае. Z-образной деформации ИОЛ, выдавливания ИОЛ из капсульного мешка, дислокации комплекса

«капсульный мешок – ИОЛ» на протяжении всего срока наблюдения не зафиксировано.

Заключение

Предложенный метод, заключающийся в нанесении радиальных насечек перпендикулярно краю капсулорексиса после имплантации ИОЛ, технически несложен и позволяет эффективно предотвратить фимоз капсулорексиса и развитие осложнений в отдаленном послеоперационном периоде. Лучшие результаты обеспечивает нанесение трех насечек длиной 0,5-1мм по окружности на расстоянии в 120° друг от друга.

14.10.2011

Список литературы:

1. Малюгин Б.Э., Шацких А.В., Головин А.В. К вопросу о клинико-морфологических аспектах формирования контрактуры капсульного мешка при артифакии //Офтальмохирургия. 2010. №2: 45-49.
2. Matt Young. Причины возникновения синдрома контракции капсулы // Новое в офтальмологии. 2008. №4: 58-59.
3. Montanes. J., Tocino H. Сморщивание передней капсулы хрусталика после выполнения факоэмульсификации с имплантацией акриловой интраокулярной линзы и внутрикапсульного кольца // Новое в офтальмологии. 2003. №1: 19-19
4. Spang K.M. Полная окклюзия отверстия переднего капсулорексиса: клинико-патологическая корреляция // Новое в офтальмологии. 2000. №1: 36-37.

UDC 617.741-089.853

Fabrikantov O.L., Mikhina I.V.

PREVENTION OF CAPSULORHEXIS PHIMOSIS AFTER COMPLICATED CATARACT PHACOEMULSIFICATION

In the article there was described a developed method of radial cuts perpendicularly capsulorhexis edge after IOL implantation. This method prevents capsulorhexis phimosis and complications in postoperative period.

Key words: phimosis, capsulorhexis, complicated cataract, artiphakia.

Bibliography:

1. Malyugin B., Shatskikh A.V., Golovin A.V. Clinical and morphological aspects of pseudophakic capsular bag contraction // Ophthalmosurgery. 2010. №2: 45-49.
2. Matt Young. The reason for the origin of capsule contraction syndrome // New in Ophthalmology. 2008. №4: 58-59
3. Montanes. J., Tocino H. Complete anterior capsule contraction after phacoemulsification with acrylic intraocular lens and endocapsular ring implantation // New in Ophthalmology. 2003. №1: 19-19
4. Spang K.M. Total occlusion of anterior capsulorhexis foramen // New in Ophthalmology. 2000. №1: 36-37.