

Заключение

Увеосклеральный отток на сегодняшний день является малоизученным, в связи с чем требуется дальнейшего изучения данного вопроса.

Список использованной литературы:

1. Бакунина Н.А., Батманов Ю.Е. и др. Первоначальный клинический опыт применения модифицированного фильтрующего гониоциклодиализа с коллагенодренированием у пациентов с рефрактерной глаукомой // IV Всероссийская школа офтальмологов. – Сб. научн. трудов, М. 2005. – С.52 – 60.
2. Гончар П.А., Душин Н.В., Фролов М.А. и др. Влияние супрацилиарных надрезов на гидродинамику гипертонических глаз // IV Всероссийская школа офтальмологов. – Сб. научн. трудов, М. 2005. – С.75 – 82.
3. Еричев В.П. Хирургическое и ультразвуковое лечение рефрактерной глаукомы: Автореф. дис. док. мед. наук. – М., 1998.
4. Косых Н.В. Хирургическая активация внедренажного оттока внутриглазной жидкости при глаукоме: Автореф. дис. док. мед. наук., М., 1992.
5. А.В. Золотарев, Е.В. Карлова, Г.А. Николаева Роль трабекулярной сети в осуществлении увеосклерального оттока // Клиническая офтальмология, том 7. – 2006. – №2.
6. Pederson JE, Toris CB. Uveoscleral outflow: diffusion or flow? // Invest Ophthalmol Vis Sci 1987; 28:1022-1024.

**Золотарев А.В., Жукова О.В.,
Князева Е.А., Акимова Т.Ф.**

Самарская клиническая офтальмологическая
больница им. Т.И. Ерошевского

РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ МЯГКИХ ИОЛ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТЕ У ДЕТЕЙ

Проанализированы результаты семилетнего наблюдения за 65 детьми в возрасте от 6 месяцев до 14 лет с диагнозом «врожденная катаракта». Всем пациентам была выполнена аспирация хрусталика с имплантацией различных моделей мягких ИОЛ (Acrisof, Acrisof natural, Rayner c-flex, Rayner centerflex). Отмечено повышение остроты зрения в ближайшем и отдаленном периоде. Вторичная катаракта чаще развивалась в глазах с ИОЛ типа Acrisof, Acrisof natural и отсутствовала в глазах с линзами Rayner c-flex.

Актуальность

Врожденная катаракта является одной из наиболее частых причин слепоты и слабовидения у детей (2). В связи с высоким уровнем инвалидизации проблема лечения врожденной катаракты остается актуальной и социально значимой. Большое значение в реабилитации детей с указанной патологией имеет

хирургическое лечение катаракты и последующая коррекция афакии. В последние годы в офтальмологии все чаще применяется первичная или вторичная (отсроченная) имплантация интраокулярных линз (ИОЛ) у детей с врожденной катарактой, что по сравнению с очковой или контактной коррекцией является неоспоримым преимуществом, способствующим достижению высоких визуальных функций и восстановлению бинокулярного зрения (1, 3).

В Самарской области с 2000 г. действует программа финансирования дорогостоящих высокотехнологичных видов медицинской помощи. В рамках этой программы оперируются дети с катарактами различного генеза, в том числе врожденными, а также ранее прооперированные дети с афакией.

Целью настоящей работы является анализ функциональных результатов хирургического лечения врожденных катаракт у детей разного возраста и динамика развития вторичной катаракты в зависимости от модели имплантированной ИОЛ.

Материал и методы

В нашей клинике с 2000 по 2007 г. прооперированно 65 детей с врожденными катарактами, из них: 31 девочка и 34 мальчика. В возрасте до 1 года прооперированно 7 детей, от 1 до 3 лет – 19 детей, от 3 до 6 лет – 14 детей, от 6 до 10 лет – 20, от 10 до 14 лет – 5 детей.

Операции выполнены на 78 глазах. При этом зоналярная катаракта наблюдалась в 44 случаях, полярная в 20 случаях, полная в 14 случаях. Зрительные функции до операции были следующими: светоощущение с правильной проекцией отмечалось у 24 больных, с остротой зрения 0,1–0,3 было у 26 детей. У детей младшего возраста острота зрения определялась по косвенным признакам: фиксация взгляда, реакция слежения, ориентация в окружающей обстановке.

Всем больным была выполнена аспирация врожденной катаракты и имплантация ИОЛ. Особенности хирургической техники при врожденной катаракте заключались в следующем:

1. Круговой передний капсулорексис.
2. Бимануальная аспирация – ирригация хрусталиковых масс через парацентезы.

3. Полная аспирация хрусталиковых масс и хрусталикового эпителия, в том числе с передней капсулы хрусталика.

4. Имплантация мягких ИОЛ через дополнительный тоннельный разрез, расположенный по сильно преломляющему меридиану роговицы.

5. Задний капсулорексис при наличии помутнений в задней капсуле хрусталика.

Мягкие ИОЛ Acrsiof имплантированы в 28 глазах, Acrsiof natural – в 11, Rainier c–flex – в 15, Rayner centerflex – в 23, Storz hydroview в – 1.

Результатом хирургического вмешательства явилось заметное повышение остроты зрения у большинства пациентов. При интраокулярной коррекции линзами Acrsiof с остротой зрения 0,01–0,09 было выписано 7 пациентов, с остротой зрения 0,1–0,3 – 14 детей, и остротой зрения 0,4–0,6 – 5 детей.

Применение ИОЛ Acrsiof NATURAL позволило добиться повышения зрения в пределах 0,01-0,09 у 3 больных, 0,1-0,3 у 6 больных и 0,4-0,6 у 2 больных.

При использовании линз Rayner c–flex острота зрения в пределах 0,01-0,09 отмечалась лишь в 1 случае, у 9 больных острота зрения повышалась до 0,1-0,3 и у 4 больных – до 0,4-0,6.

Имплантация линз Rayner centerflex сопровождалась повышением остроты зрения до 0,01-0,09 у 9 детей; 0,1–0,3 – у 10 детей, и 0,4-0,6 – также у 1 ребенка.

Низкая острота зрения объясняется явлением обскурационной амблиопии, которая требует дальнейшего лечения. Данный объем хирургического вмешательства сопровождался в ряде случаев ранними послеоперационными осложнениями, такими как: кератопатия (в 17 глазах), иридоциклит (в 2 глазах). Транзиторная гипертензия наблюдалась в 30 глазах и легко купировалась на фоне противовоспалительного лечения и назначения гипотензивных препаратов. Следует отметить, что перечисленные осложнения не привели к более длительному пребыванию детей в стационаре. Нами отмечалось сокращение среднего койко-дня с 10,2 в 2000 г. (период использования жестких ИОЛ) до 5,8 дней в 2007г.

В отдаленные сроки после оперативного вмешательства (1 – 6 лет) нами прослежена динамика остроты зрения и состояния задней капсулы хрусталика в зависимости от модели имп-

лантированной ИОЛ. В наблюдение включено 52 ребенка (68 глаз), у которых отмечалось существенное повышение остроты зрения.

В глазах с имплантированной Acrsiof острота зрения 0,01-0,09 осталась в 3 глазах; повысилась до 0,1-0,3 в 10 глазах, до 0,4-0,6 – в 7 и достигла 0,7-1,0 – в 2 глазах.

Имплантация модели Acrsiof NATURAL способствовало повышению остроты зрения у 2 пациентов до 1,0, в 2 глазах острота зрения осталась 0,01-0,09, острота зрения 0,1-0,3 отмечена в 3 случаях, 0,4-0,6 – в 2.

Использование модели Rayner c–flex позволило повысить остроту зрения до 0,1-0,3 у 6 пациентов; до 0,4-0,6 у 2 пациентов, у одного ребенка острота зрения осталась в пределах сотых.

Применение ИОЛ Rayner centerflex позволило получить зрение 0,1-0,3 у 12 пациентов; 0,4-0,6 – у 6 пациентов.

При использовании модели Storz hydroview острота зрения осталась равной 0,1.

Вторичная катаракта нами выявлена в 11 глазах. Она имела вид фиброза задней капсулы в 7 глазах, в остальных случаях была представлена единичными шарами Эльшнига. Имплантированными линзами в данных случаях были: Acrisof – в 6 глазах, Acrisof natural – у 4 больных, Storz hydroview – у 1 больного.

В 7 случаях проведение ИАГ – лазерной дисцизии в сочетании с рассасывающей терапией позволило очистить оптическую зону и значительно повысить остроту зрения. В 4 глазах выполнена аспирация шаров Эльшнига с сохранением целостности задней капсулы хрусталика. В двух случаях была оставлена ранее имплантированная ИОЛ, в других случаях ИОЛ была заменена на новую, соответствующую по диоптрийности для данного глаза.

Ни в одном из глаз, в которые были имплантированы ИОЛ Rayner c-flex, в течение периода наблюдений вторичная катаракта нами не выявлена.

Выводы

1. Имплантация мягких ИОЛ с использованием высокотехнологичных хирургических методов является малотравматичным и высокоэффективным методом коррекции афакии у детей.

2. На наш взгляд, из широкого спектра предлагаемых мягких ИОЛ предпочтительнее для

имплантации детям является ИОЛ моделей Rayner c – flex, так как благодаря своим конструктивным особенностям она препятствует развитию вторичной катаракты.

Список использованной литературы:

1. Аветисов С.Э., Кальянов А.А., Ильякова Л.А. Коррекция афакии после ранней хирургии врожденных катаракт. – Вестн. офтальмол., 1991, №6, С. 61-63.
2. Хватова А.В. Заболевания хрусталика у детей. – Ленинград, 1982.
3. Хватова А.В., Круглова Т.Б., Фильчикова В.В. и др. Функциональные результаты лечения детей с двусторонними врожденными катарактами. – В сб. VI съезд офтальмологов России, М.: 1994, С. 78.

**Золотарев А.В., Шевченко М.В.,
Стебнева И.Г.**

**Самарский государственный медицинский
университет,
Самарская клиническая офтальмологическая
больница им. Т.И. Ерошевского**

**ЗАВИСИМОСТЬ ИЗМЕНЕНИЯ
УРОВНЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО
ДАВЛЕНИЯ ПОСЛЕ
ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ
КАТАРАКТЫ ОТ ВИДА
ПОЛУЧЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
РЕФРАКЦИИ**

Факоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы была произведена 136 пациентам (175 глаз). Проведенные исследования выявили, что степень снижения внутриглазного давления (ВГД) зависит от полученной в результате операции клинической рефракции. Максимальное снижение уровня ВГД от исходного имеет место при послеоперационной гиперметропической рефракции, минимальное – при миопической.

Актуальность

Исследования последних лет показывают, что факоэмульсификация катаракты с имплантацией заднекамерной интраокулярной линзы сопровождается снижением уровня внутриглазного давления (7-15). Однако в настоящее время не известны точные механизмы этого процесса.

Предположение о том, что на гидродинамику глаза влияет аккомодация, высказывали многие авторы. Однако до настоящего времени отсутствуют убедительные экспериментальные и клинические подтверждения наличия этого

взаимодействия. Поэтому в целом мнения офтальмологов по поводу взаимодействия аккомодации и гидродинамики глаза неоднозначны и противоречивы (2-6). Полученные данные о морфологии и взаимодействии трабекулярного и увеосклерального оттока (1) позволяют еще раз убедиться в тесной взаимосвязи этих двух процессов, учитывая общность их анатомического субстрата. Это подразумевает возможное влияние аккомодации на регуляцию офтальмотонуса. Heine et al. (1898) в своих исследованиях продемонстрировали, что сокращение цилиарной мышцы приводит к уменьшению офтальмотонуса. Так как степень аккомодационной нагрузки цилиарной мышцы зависит от вида клинической рефракции, выявление влияния клинической рефракции на уровень внутриглазного давления приобретает еще больший интерес.

Целью данного исследования явилось изучение влияния полученной послеоперационной клинической рефракции на динамику внутриглазного давления.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 136 пациентов (175 глаз), которым была произведена факоэмульсификация катаракты с имплантацией мягкой интраокулярной линзы. Срок наблюдения составлял от 3 месяцев до 6 лет. Пациенты обследовались, проходили стационарное и амбулаторное лечение на базе СКОБ им. Т.И. Ерошевского в период с 2002 по 2008 гг. Из числа прооперированных было 86 женщин и 52 мужчины. Возраст пациентов варьировал в пределах от 39 до 81 года (средний возраст 56,8 лет).

В исследование включались пациенты, прооперированные по поводу катаракты, в анамнезе которых отсутствовала глазная травма, хирургические или лазерные операции на глазах.

В зависимости от вида клинической рефракции после факоэмульсификации катаракты все пациенты были разделены на три группы: I группу (77 глаз) составили пациенты с послеоперационной гиперметропией (рефракция от +0,25 до +2,25 дптр), II и III группы (23 и 75 глаз) – пациенты с послеоперационной эметропией и миопией (рефракция от -0,25 до -3,0 дптр соответственно).