

Агафонова В.В., Гахраманова К.А.

СПОСОБ ВЫПОЛНЕНИЯ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ ОСЛОЖНЕННЫХ КАТАРАКТ

Разработана технология факоемульсификации в хирургии осложненных катаракт, которая позволила уменьшить травматичность операции, снизить риск осложнений и исключить необходимость механического расширения зрачка.

В настоящее время существует большое разнообразие способов выполнения факоемульсификации. Вместе с тем одним из самых сложных является факоемульсификация осложненных катаракт, традиционно в большинстве случаев проводимая в условиях недостаточной циклоплегии, слабости или нарушения целостности порций цинновой связки и требующая проведения дополнительных специфических вмешательств, таких как введение механических расширителей зрачка.

Целью настоящего исследования стало усовершенствование технологии факоемульсификации в хирургии осложненных катаракт с целью уменьшения травматизации операционного вмешательства, снижения риска операционных осложнений и, соответственно, сокращения сроков послеоперационной реабилитации пациентов.

Материал и методы

Нами предложен способ выполнения факоемульсификации, отличающийся тем, что после выполнения капсулорексиса и первичной мобилизации ядра хрусталика путем проведения гидродиссекции, бимануально через ранее выполненные парацентезы в режиме ирригации-аспирации производится удаление переднего кортикального слоя, периферических кортикальных масс, а затем и заднего кортикального слоя нативного хрусталика глаза, чем достигается максимальное выделение ядра хрусталика и его полная мобилизация, а также увеличивается визуальный контроль проводимых с ним манипуляций, что особенно важно в условиях недостаточного мидриаза или проблем со связочным аппаратом хрусталика. При возможности выполнения капсулорексиса 5,0 мм и более в сочетании с плотностью ядра 2-3 степени под мобилизованное и полностью освобожденное от кортикальных масс ядро подводится ас-

пирационный наконечник, а второй, ирригационный, находится сверху, и путем движения навстречу друг к другу производится разламывание ядра хрусталика, потом и его частей. При капсулорексисе менее 5,0 мм и более плотных ядрах этот этап не выполняется. Затем через отдельный разрез глаза (или увеличение одного из парацентезов до 3,0 мм) вводится ультразвуковой наконечник, и производится факоемульсификация ядра хрусталика или его частей на минимальных режимах подачи ультразвука. В случае плотных ядер или маленького капсулорексиса, когда предварительно до введения ультразвукового наконечника не представляется возможным выполнить разлом ядра хрусталика, последний может быть выполнен другими разнообразными известными методами (к примеру, с использованием чоппера, широкого шпателя и т.п.).

Предложенным способом прооперировано 53 пациента в возрасте от 55 до 87 лет с различными видами осложненных катаракт, в том числе после ранее проведенных антиглаукоматозных вмешательств, набухающих, увеальных, с эксфолиативным синдромом и т.п. Максимальный срок наблюдения после операции составил 6 месяцев.

Результаты и обсуждение

У 4-х пациентов (2 – с набухающей катарактой, 2 – с эксфолиативным синдромом) во время выполнения капсулорексиса отмечено нарушение последнего по типу «убегания в сторону экватора», при этом в 2 случаях вскрытие передней капсулы продолжено по типу «консервной банки», а в 2 других начальный ход капсулорексиса был восстановлен при помощи микроножниц. У 6 пациентов во время максимальной мобилизации ядра хрусталика был визуализирован предполагаемый до операции дефект цинновых связок. 37 пациентам (69,8% от числа прооперированных) интракапсулярно были имплантированы мягкие модели ИОЛ из акрила и гидрогеля, в остальных 26 случаях (30,2%) пациентам имплантированы жесткие модели ИОЛ из полиметилметакрилата. 49 пациентам (92,5% прооперированных глаз) были имплантированы модели заднекапсулярных ИОЛ с разомкнутой гаптикой. В 4 случаях нарушения целостности цинновых связок объемом более 90°, мы имплантировали жесткие модели ИОЛ Т-26 и Т-28, позволившие максимально расправить капсульный мешок без вве-

дения дополнительного поддерживающего капсульного кольца. Двум пациентам со слабостью цинновых связок II степени в конце операции в переднюю камеру для ее стабилизации и отдаления кзади подвижного стекловидного тела был введен воздух.

Следует особо подчеркнуть, что ни в одном случае не было операционных осложнений в виде разрыва задней капсулы хрусталика, выпадения стекловидного тела, что мы связываем с максимальной герметизацией глаза и исключением перепадов внутриглазного тонуса до момента полной мобилизации и выделения ядра хрусталика, а в 2/3 случаев (40 глаз) и его разлома на отдельные части.

Послеоперационное течение проходило гладко, без особенностей. Восстановление максимальных зрительных функций в зависимости от состояния сетчатки и зрительного нерва отмечено к 10-14 дням после операции. Зрение 0,5 и выше отмечено у 90% прооперированных пациентов (48 глаз).

Таким образом, предложенный способ выполнения факоэмульсификации осложненных катаракт позволяет уменьшить травматичность операции, исключает использование дополнительных методов механического расширения зрачка, снижает риск операционных осложнений.

Библиография:

1. Buratto L. Хирургия катаракты. Переход от экстракапсулярной экстракции катара́кты к факоэмульсификации // Fabiano Editore. – 1999. – 474 с.

Астахов Ю.С., Лаванд С.А.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ФАКОФРАГМЕНТАЦИЯ В СОЧЕТАНИИ С ИРРИГАЦИОННОЙ СИСТЕМОЙ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ГЛУБИНЫ ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ В ХОДЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Отражен опыт проведения механической фрагментации (35 глаз) в сочетании с постоянной дозируемой ирригацией, что позволило поддерживать стабильным уровень передней камеры во время операции и снизить риск операционных и послеоперационных осложнений.

Механическая факофрагментация через малый разрез зарекомендовала себя как безопасная и высокоэффективная методика оперативного лечения катаракты. Малый разрез, отсутствие швов, возможность местной анестезии,

быстрая реабилитация и небольшая стоимость являются ее преимуществами. Для выведения цельного ядра через 6,0-8,0 мм склеральный тоннель была предложена операция mini-nuc (Blumenthal, 1992), которая проводится при положительном уровне внутриглазного давления с помощью ирригационной системы (anterior chamber maintainer – «поддерживатель передней камеры» или сокращенно ППК). Данная система состоит из канюли, введенной в переднюю камеру и присоединенной к флакону со сбалансированным солевым раствором (BSS Aqsia). Постоянство притока и оттока жидкости в переднем сегменте во время операции обеспечивает постоянную глубину передней камеры, стабилизирует внутриглазное давление и обеспечивает одновременное промывание передней камеры. Осаждение пигментных клеток на задней капсуле, в углу передней камеры или на линзе исключается, сводя к минимуму их отрицательное влияние в послеоперационном периоде. В случаях осложнений во время операции, в частности разрыва задней капсулы, ППК также оказывает хирургу дополнительную помощь, так как отдавливает стекловидное тело кзади.

Вискоэластик, дорогостоящий материал, используемый в достаточном количестве при стандартной механической факофрагментации (МФФК), крайне необходим для некоторых этапов операции, но не может заменить ППК, так как при манипуляциях выходит из передней камеры и не поддерживает постоянный уровень ВГД. Вискоэластик, в отличие от BSS, является инородным для глаза веществом и, попав в трабекулярную сеть, может вызвать офтальмогипертензию, так как его сложно полностью аспирировать в конце операции.

Цель. Целью работы явилась разработка методики механической факофрагментации катаракты в сочетании с ирригационной системой для поддержания глубины передней камеры в ходе операции. За основу взяты методика МФФК (разработанной Екатеринбургским филиалом МНТК-Тахчиди Х.П. и соавт., 2000) и способ поддержания глубины передней камеры и ВГД, используемый Blumenthal при операции mini-nuc.

Техника операции

После стандартной анестезии и обработки операционного поля накладывается шов-дер-