Отведение было стабильно увеличено в среднем до 52,23±7,06° (p=0,00, t-тест), что составило физиологическую возрастную норму.

У 8 детей, как результат проведенного лечения в возрасте до 1,5 лет, была достигнута ортотропия с полноценным бинокулярным зрением. Остальным детям назначена плеопто-ортоптическая окклюзия и функциональное лечение нарушений монокулярного и бинокулярного зрения.

Снижение девиации и восстановление отведения позволило устранить физический и психоэмоциональный дискомфорт, создаваемый спастическим косоглазием.

Почему был достигнут такой хороший функциональный и косметический результат после проведения билатеральной хеморецессии?

Постхемоденервационное восстановление функций экстраокулярных мышц достигается путем образования новых нейромышечных синапсов. Поскольку у детей на момент оценки результатов лечения сохранялся общий спастический компонент, а симптоматика косоглазия носила минимальный характер, можно сделать вывод о том, что количество регенерированных синапсов стало значительно меньше. И соответственно сократительный ответ мышцы на нервный гиперимпульс стал меньше.

К сожалению, характер исследования не позволил провести гистологический анализ морфологической мышечной перестройки, а возраст и психоэмоциональный статус пациента исключал проведение электромиографического исследования.

Заключение

Таким образом, хеморецессия является безопасной и эффективной методикой лечения пациентов с косоглазием спастического характера, возникшим на фоне детского церебрального паралича.

Функциональные и косметические результаты лечения стабильные.

Сметанкин И.Г.
ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава»

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОАКСИАЛЬНОЙ И БИМАНУАЛЬНОЙ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ ПРИ РЕФРАКЦИОННОЙ ЗАМЕНЕ ХРУСТАЛИКА

Проведено сравнительное исследование 42 пациентов, которым была выполнена рефракционная замена хрусталика. Лучшие визуальные и функциональные результаты были получены у пациентов, которым была выполнена бимануальная факоэмульсификация. По нашему мнению, это связано с меньшей по сравнению с рутинной коаксиальной факоэмульсификацией операционной травмой.

Совершенствование технологий и техники операций, качества изготовления интраокулярных линз позволили значительно расширить показания к рефракционной замене хрусталика (РЗХ). По данным разных авторов, количество таких операций неуклонно возрастает: в 1999 году 14%, в 2003 году более 39% [1, 4].

Общепринятыми показаниями к РЗХ является миопия более 8 Д и гиперметропия (в сочетании с пресбиопией) 3 Д и более. Техника удаления хрусталика может быть различной, но в основном – это коаксиальная экстракапсулярная факоэмульсификация (ЭФ), при применении которой содержимое капсульного мешка хрусталика и имплантация искусственного хрусталика глаза (ИХГ) производится через разрезы 2,5 – 3,2 мм. В последнее время все чаще в хирургии хрусталика стали применяться методики с использованием микроразрезов: лазерная и ультразвуковая экстракапсулярная бимануальная факоэмульсификация (ЭБФ). Эти методы позволяют выполнять операцию через разрезы менее 2 мм. При этом, по сравнению с рутинной коаксиальной ЭФ, они менее травматичны и укорачивают реабилитационный период [3]. При выборе метода интраокулярной коррекции большинство исследователей отдает предпочтение ИХГ с асферической и мультифокальной оптикой [4].

Цель исследования – оценка эффективности бимануального и коаксиального методов

удаления хрусталика с имплантацией асферического ИХГ при РЗХ.

Материал и методы

Нами за период 2006–2007 гг. были проведены подобные операции у пациентов в возрасте от 28 до 72 лет с начальными степенями помутнения хрусталиков или без таковых. Максимальный срок наблюдения составил 3 года. Из них на 12 глазах была диагностирована миопия от 6 до 22 Д, на 10 глазах – миопия 6 Д или менее в сочетании с миопическим астигматизмом до 3 Д, на 18 глазах — гиперметропия от 3 до 9 Д, на 2 глазах – сложный астигматизм высокой степени.

Остроту зрения, рефракцию и кривизну роговицы измеряли на приборе «Humphrey – 585», эхобиометрию проводили на офтальмоскане «Tomey». Расчет преломляющей силы ИХГ проводили по формулам Holladay, Haigis и SRK-T. На всех глазах были имплантированы ИХГ с асферической оптикой: на 36 – Acrysof IQ (Alcon, США), на 6 глазах – 6D SE (Corneal, Франция) [2].

Пациенты были разделены на две равные группы: на 21 глазу была выполнена коаксиальная ЭФ (разрез 2,75 мм), на 21 глазу была выполнена ЭБФ (разрез 1,5 мм).

ЭФ проводилась по стандартным методикам «Chop» и «На два — на четыре», при выполнении ЭБФ была использована техника «Chop» и «Divide & conqear» (рис. 1 а, б, в, цветная вкладка). В работе использованы приборы Legacy-Everest, Millennium (B&L). Имплантацию осуществляли, используя картриджи Monarch «С» и инжекторы типа Royal (Alcon) через разрезы 3,0—2,0 мм (рис. 1 г, цв. вкладка).

Результаты и обсуждение

В ходе операций осложнений отмечено не было. В отдаленном послеоперационном периоде отмечены: вторичная катаракта на 2 глазах, ретинальные разрывы на 2 глазах с высокой миопией, увеит на 1 глазу. Послеоперационная острота зрения в отдаленном периоде составила 0,4—1,25 с коррекцией или без (табл. 1).

Сравнительно более низкую остроту зрения в 1-й группе можно объяснить относительно большим количеством пациентов с изменениями глазного дна, однако, при использовании техники микроразрезов у больных 2-й и группы гораздо быстрее достигается максимальная острота зрения (диагр. 1, табл. 2).

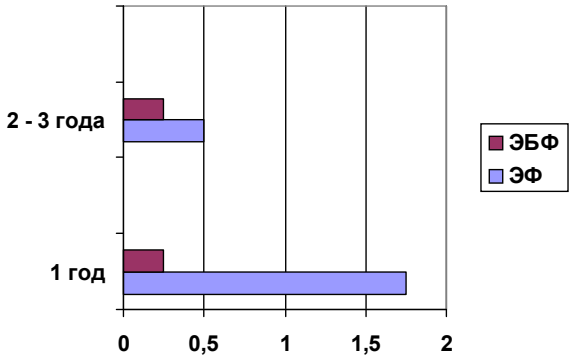

Диаграмма 1. Средняя суммарная величина индуцированного астигматизма на пролеченных глазах – по горизонтали, по вертикали – время п/о

Таблица 1. Результаты проведенных операций

группа	ОЗ ч/з 5 суток п/о	ОЗ ч/з 1 год и более п/о	Величина индуцированного астигматизма	Случаи ретинальных осложнений
1	0.2- 1.0	0.4-1.25	0.75- 2.75Д	2
2	0.5- 1.25	0.6- 1.25	не более 0.5Д	0

Анализируя полученные данные обследования, необходимо отметить более быструю реабилитацию, лучшие рефракционные и визуальные результаты у пациентов, которым была выполнена экстракция хрусталика через микроразрез (2-я группа). Например, величина индуцированного астигматизма в этой группе была в пределах минимума (диагр. 1). Кроме того, применение бимануальной техники, по нашему мнению, обеспечивает лучшую стабильность офтальмотонуса в ходе операции, стабильность глубины передней и задней камеры, что в целом уменьшает вероятность ретинальных осложнений. Применение бимануальной техники микроразрезов значительно облегчает работу хирурга на «коротких» и глубоко посаженных глазах, при микрофтальме. Это согласуется с данными литературы [3].

Несмотря на то, что при имплантации обоих типов ИХГ получены хорошие функциональные результаты, нельзя не упомянуть, что для имплантации интраокулярных линз 6D SE после ЭБФ приходилось расширять разрез до 2,5мм, или формировать дополнительный разрез, что увеличило реабилитационный период и, в некоторых случаях, ухудшило ранние визу-

альные результаты. Тем не менее, дополнительный разрез, не «натруженный» ультразвуковой иглой с надетым на нее рукавом, не оказал значительного влияния на степень послеоперационного астигматизма.

Заключение

Выбор метода операции РЗХ зависит от конкретного клинического случая и предпочтений хирурга, при этом эффективнее использовать микроразрезы (менее 2 мм). Проведенные исследования позволяют сделать вывод, что даже при необходимости формирования дополнительного разреза более 2 мм для имплантации, рефракционные результаты лучше при использовании микроразрезов для удаления хрусталика. Для интраокулярной коррекции предпочтительнее использовать ИХГ с асферической оптикой, адаптированные к микроразрезу (Acrysof IQ Natural).

Список использованной литературы:

1. Малюгин Б.Э. Хирургия катаракты и интраокулярная коррекция афакии: достижения проблемы и перспективы развития// Вестн. Офтальм.– 2006.– Т.122.– №1.– С. 37– 41.
2. Сметанки И.Г. // Новое в офтальмологии.—2006.—№.1 — С. 40—42.
3. Fine I.H. [et.. al.] // JRCS.—2004.—№30.—P.1014—1019.
4. Warren E. Hill // Cat. & Refract Surg. Today.—2006.— Nov./ Dec—P. 11—14.

Стебнев В.С.*, Складчикова Н.Ю., Стебнев С.Д.
***ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», СКОБ им. Т.И. Ерошевского, г. Самара**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ЭНДООКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОФТАЛЬМИТА В АРТИФАКИЧНОМ ГЛАЗУ

Изучена клиника хронического эндофтальмита в артифакичном глазу, выделены симптомы, особо характерные для этой тяжелой патологии, определены показания к хирургическому лечению. В лечении использованы передовые эндоокулярные хирургические технологии, подробно изложенные авторами. Получены высокие анатомические и функциональные результаты.

Актуальность

Хронический эндофтальмит (ХЭ) на артифакичном глазу – редкое, но крайне тяжелое осложнение хирургии катаракты, которое может привести не только к функциональной, но и к анатомической гибели глаза [2, 18]. В основе заболевания – попадание низковирулентной бактериальной микрофлоры в капсульный мешок хрусталика с последующим развитием вялотекущего рецидивирующего хронического воспаления, постепенно распространяющегося на все структуры глаза [2, 5, 6, 7, 9, 12, 13]. Лечение ХЭ – трудная задача. Консервативная терапия имеет малую и кратковременную эффективность. Радикальным является комплексное хирургическое лечение, которое включает в себя технологию витрэктомии, капсулэктомии, удаление ИОЛ [1, 3, 12, 13, 18].

Цель работы

Изучить клинические особенности ХЭ в артифакичных глазах; проанализировать особенности, характер и результаты комплексного хирургического лечения.

Материал и методы

Под нашим наблюдением было 22 пациента (14 женщин, 8 мужчин) в возрасте 28-86 лет, поступивших на хирургическое лечение в 2005-2008 гг. в СКОБ им. Т.И. Ерошевского с диаг-