

11. Эппингер Г. Серозное воспаление// Киев, 1938.- 384 с.
 12. Hikmet Ozcetin. Katarakt ve Tedavisi. Bursa.-2005. - 565 с.

SUMMARY

The article is devoted to the new conception of the cataract pathogenesis. The clinical and experimental investigations of 1010 cataractous patients (1860 eyes) revealed that the initial site of cataract is the denaturation of the protein molecules of lens tissues. And also the clinical manifestations of the protein molecules denaturation in the lens tissues was biomicroscopically proved.

It's noted that the proteinous molecules denaturation leads to the increase of permeability. This fact was confirmed by the biomicroscopic investigations data. Denaturation of the proteinous molecules-enzymes which take part in the lens metabolism leads to the parabiosis of the cellular vital activity.

УДК 617.741-004.1-089

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ФАКО-ЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ ПО ДАННЫМ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

А.Л. Маркова

Акмолинская областная больница, г. Кокшетау

Ключевые слова: катаракта, факоэмульсификация, осложнения

Актуальность

Патология хрусталика является одной из основных причин снижения зрения [1].

Катаракта – помутнение прозрачного хрусталика, приводящее к слепоте [2]. Причиной возникновения катаракты может быть наследственный фактор, сахарный диабет, травмы и воспалительные процессы.

Единственный способ лечения катаракты – хирургический, то есть удаление помутневшего хрусталика и имплантация интраокулярной линзы (искусственный хрусталик) [3].

Операция по поводу удаления хрусталика через традиционные (большие разрезы) имеет ряд недостатков. Ведущее место, по данным Шилкина А.Г., среди них занимают: значительное количество воспалительных реакций в послеоперационном периоде, связанных с большой зоной механической деформации тканей глаза при разрезе; длительность

заживления операционной раны; наличие выраженного послеоперационного астигматизма; наличие послеоперационных осложнений, возникающих вследствие недостаточной герметизации швов [4, 5].

Наибольшее распространение в офтальмологической практике получило экстракапсулярное удаление помутневшего хрусталика через роговичный разрез большой длины (11-12 мм).

Современные технологии удаления катаракты – факоэмульсификация (ФЭК) - обеспечивает максимальную атравматичность и более полное восстановление зрительных функций [6, 7, 8].

Целью нашей работы явилось проведение анализа осложнений после факоэмульсификации катаракты

с имплантацией мягких интраокулярных линз по данным Акмолинской областной больницы.

Материал и методы. Проведен анализ осложнений после операции факоемульсификации катаракты с имплантацией мягких интраокулярных линз (257 больных), выполненных на базе офтальмологического отделения областной Акмолинской больницы. Операции проводились с использованием операционного микроскопа «Takajagi».

В ходе операции применяли самогерметизирующийся тоннельный роговичный разрез шириной 3 мм, который после завершения операции не требовал наложения швов.

Для первого этапа факоемульсификации – факораскола – применяли линейное воздействие вакуума и линейный ультразвук Line для удаления фрагментов: вспышечный режим Occlusion Berst с повышенными значениями ультразвука и вакуума.

Для имплантации ИОЛ использовали инъекторный и пинцетный методы.

В послеоперационном периоде применяли инстилляцию противовоспалительных и антимикробных препаратов в конъюнктивальный мешок, кратность - 6-8 раз в сутки.

Результаты исследования

Все пациенты отмечали появление зрения уже в первый день после операции. Отек роговицы в послеоперационном периоде был менее выражен, чем при традиционных методах операции. Однако у 23 больных (8,94%) имели место послеоперационные осложнения.

Осложнения после факоемульсификации катаракты были разделены на интраоперационные и послеоперационные.

Интраоперационные осложнения наблюдались на всех этапах факоемульсификации:

разрез - слишком короткий тоннель приводил к выпадению радужки в операционную рану;

капсулорексис - разрыв задней

капсулы;

гидродиссекция - разрыв задней капсулы, разрыв цинновых связок и люксия хрусталика в заднюю камеру;

факоемульсификация - высокий уровень вакуума, разрыв задней капсулы, бомбирование эндотелия мелкими частицами ядра, травмирование радужной оболочки, задевание эндотелия чоппером;

аспирация хрусталиковых масс - надрыв задней капсулы хрусталика; шлифование капсулы - осложнений нет,

имплантация ИОЛ - неправильная локализация хрусталика, повреждение эндотелия роговицы.

При возникновении этих осложнений мы продолжали операцию, но в одних случаях - общепринятым способом с установкой жесткой интраокулярной линзы, в других же проводили интракапсулярную экстракцию катаракты в сочетании с передней витректомией, но без коррекции зрения.

Среди причин развития этих осложнений хотелось бы выделить недостаточность опыта, подбор недостаточно оптимальных параметров вакуума и ультразвука, набухающую катаракту.

В послеоперационном периоде у 3 больных развился увеальный процесс; у 8 имело место выпадение нитей фибрина; у 2 - гифема вследствие травмирования радужной оболочки; повышение ВГД отмечено у 5 больных; потеря эндотелиальных клеток - во всех случаях, однако это отразилось на прозрачности роговицы у 2 больных; выраженный отек роговицы - у 3, вероятной причиной его развития можно назвать высокий уровень ультразвука и длительную факоемульсификацию.

Обычно послеоперационные осложнения купировались медикаментозно (10 больных), в том числе развитие увеита с гипопионом в одном случае потребовало проведения системной и местной антибактериальной терапии. В одном случае при развитии вторичной глаукомы вследствие зрачкового блока проведена частичная иридэктомия.

Таким образом, эффективность операции приближается к 80%, но, как и при любых других хирургических операциях, существует риск послеоперационных осложнений.

Выводы. Проведенный нами анализ результатов факоемульсификации с имплантацией ИОЛ показал, что послеоперационный период сопровождался меньшими воспалительными реакциями со стороны органа зрения по сравнению с традиционной методикой удаления катаракты. Отек роговицы в послеоперационном периоде был менее выражен. Пациенты отмечали появление зрения уже в первый день после операции.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Иманбаева З.А., Тарасенко Т.В., Бегимбаева Г.Е. Анализ хирургического лечения катаракты в КазНИИ глазных болезней // II Евро Азиатская конференция по офтальмохирургии: матер. конф. – Екатеринбург, 2001.-С.23-24.
- 2 Марк У. Лейтман. Практическое руководство по обследованию органа зрения и диагностике глазных заболеваний// СПб: РА «Веко».-2005.- 156 с.
- 3 Федоров С.Н., Егорова Э.В. Ошибки и осложнения при имплантации искусственного хрусталика// М.: Издательство МНТК «Микрохирургия глаза».- 1992.- 67 с.
- 4 Шилкин А.Г., Олейник В.В. и др. Малые разрезы в хирургии катаракты у собак и кошек. Показания и противопоказания // Матер. VIII междунар. конгресса по болезням мелких домашних животных.- М., 2005.-С.23-24.
- 5 Шилкин А.Г., Олейник В.В. и др. Малые разрезы в хирургии катаракты у собак и кошек. Техника операции //Материалы 8 международного конгресса по болезням мелких домашних животных.- М., 2005.- С.24-25.
- 6 Керимов К.Т., Бархударова Э.И. и др. Основные принципы фактоэмульсификации// Сб. научн. статей по материалам VI международной научно-практической конференции.- Москва, 2005.- С.68.
- 7 Олсон Р., Паккард Р., Баррет Г., Крутила К., Хорхе Л., Алио И., Говард Файн. Современные тенденции катарактальной хирургии// EuroTimes.- 2006.-С.34-36.
- 8 Малюгин Б.Э. Хирургия катаракты и интраокулярная коррекция афакии: достижения, проблемы и перспективы развития // Вестник офтальмологии.-2006.-№ 1.-С.37-41.