

**ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ КАТАРАКТ
С ИМПЛАНТАЦИЕЙ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ (ИОЛ).**

Национальный Центр Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой, г.Баку

Проблема глазного травматизма в настоящее время не теряет своей актуальности [2]. По статистике до 95% случаев травма глаза сопровождается повреждением хрусталика (катаракта либо афакия) [1]. При этом проникающие ранения глаза осложняются травматической катарактой в 36-53 % случаев. Современные тенденции в офтальмохирургии требуют не только сохранения глаза как косметического органа после перенесенной травмы, но и качественной медицинской и профессиональной реабилитации пациентов [2]. Необходимость экстракции травматической катаракты при проведении реконструктивных операций требует одновременной интраокулярной коррекции [5].

Морфологические характеристики травматических катаракт, возникших при тупой травме и при проникающих ранениях, имеют свои особенности. Катаракты, встречающиеся при тупой травме, часто имеют форму розетки. При проникающих ранениях, размер вскрытия в капсуле хрусталика определяет морфологию катаракты. При обширных дефектах в капсуле хрусталика наблюдается тотальная катаракта; при малых размерах вскрытия капсулы отмечается локальное помутнение хрусталика [6].

Фактоэмульсификация травматических катаракт выгодно отличается от экстракапсулярной экстракции возможностью избежать проблем, связанных с развитием послеоперационного астигматизма, а также возможностью эмульсификации плотных хрусталиковых ядер [4]. При анализе послеоперационных осложнений в раннем периоде установлено, что при фактоэмульсификации процент различного рода осложнений в среднем всегда ниже, чем при других методиках экстракции катаракты [3].

Цель работы. Изучить эффективность и провести сравнительный анализ результатов фактоэмульсификации и экстракапсулярной экстракции травматической катаракты с имплантацией ИОЛ.

Материалы и методы. Всего прооперировано 30 глаз (30 пациентов). Возраст больных варьировал от 27 до 68 лет, в среднем – 42 года. Все операции проведены в отделении “Травмы глаза, пластической и реконструктивной хирургии” Национальный Центр Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой, г.Баку с 4 декабря 2007 года по 14 апреля 2009 года. Все пациенты были разделены на основную и контрольную группы.

Основную группу составили – 12 пациентов (12 глаз), которым была проведена фактоэмульсификация травматической катаракты с имплантацией ИОЛ. Всем пациентам имплантированы мягкие акриловые линзы Асусоf фирмы Alcon.

Контрольную группу составили 18 пациентов (18 глаз). Удаление катаракты было выполнено методом экстракапсулярной экстракции с имплантацией ИОЛ с применением роговичного и склерального разрезов. Во всех случаях были имплантированы жесткие заднекамерные линзы из полиметилметакрилата (ПММА).

Срок оперативного вмешательства зависел от состояния глаз и в среднем составил от 5 дней до 3 месяцев после перенесенной травмы. Острота зрения с коррекцией до операции варьировала от pr. lucis certa до 0,1 в зависимости от степени помутнения хрусталика. У всех пациентов внутриглазное давление было в пределах нормы. Одна пациентка основной группы поступила с травматической набухающей катарактой с резким подъемом офтальмотонуса и выходом в переднюю камеру хрусталиковых масс.

Фактоэмульсификация была выполнена с помощью аппарата Universal II фирмы Alcon (США). Проводился роговичный тоннельный разрез длиной 3,0-3,2 мм. Швы на разрез не накладывались ни в одном случае. Мощность воздействия ультразвука составила от 10 до 30% и зависела от плотности ядра. В зависимости от исходного состояния травматической катаракты в 3 глазах выполнили рассечение передних и задних синехий, в одном случае произвели пластику радужной оболочки, а в одном - имплантацию внутрикапсульного кольца и переднюю витректомию.

Результаты и обсуждение. Осмотр всех пациентов проводился через один день, неделю и месяц после операции. В раннем послеоперационном периоде всем пациентам проводили стандартную противовоспалительную терапию. Острота зрения больных основной группы при выписке варьировала от 0,09 до 0,6 и в среднем составила 0,4; контрольной группы варьировала от 0,03 до 0,2, в среднем – 0,12. Величина остроты зрения зависела от локализации посттравматического рубца (центрального и периферического). Срок госпитализации после оперативного вмешательства в основной группе составил от 1 до 3 дней, в среднем 2,2 дня; контрольной группе от 2 до 10 дней, в среднем - 5,7 дней.

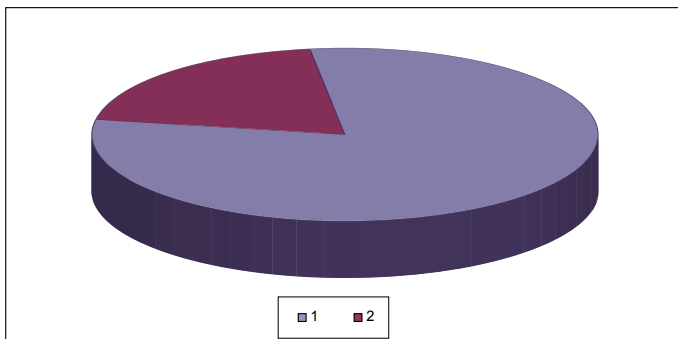


Диаграмма А. Острота зрения больных при выписке:
1. Основная группа; 2. Контрольная группа.

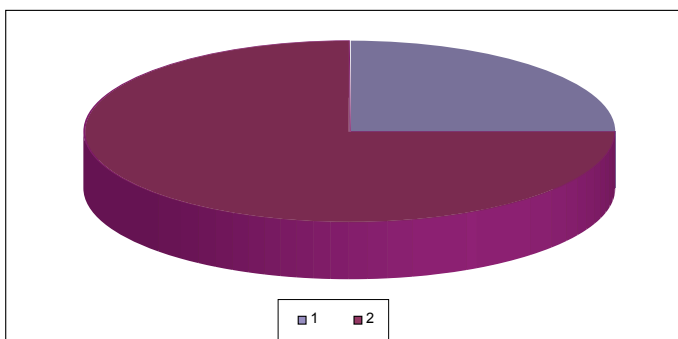


Диаграмма Б. Срок госпитализации после оперативного вмешательства:
1. Основная группа; 2. Контрольная группа.

У 4 пациентов контрольной группы наблюдался отек роговицы, который проходил на 2-3 день. У 3 больных контрольной группы в первые дни после операции наблюдалась воспалительная реакция глаза II степени по Федорову С.Н.. При этом во время биомикроскопии определялась единичная точечная взвесь во влаге передней камеры и на поверхности ИОЛ, а в области зрачка обнаруживался рыхлый экссудат. После проведения курса противовоспалительной и антибактериальной терапии воспаление купировалось, экссудат перед ИОЛ рассосался, влага передней камеры сохраняла прозрачность. Повышение ВГД отмечалось у одного пациента контрольной группы. Применение местных гипотензивных препаратов привело к нормализации ВГД. В основной группе воспалительная реакция наблюдалась в одном случае. У 1 пациента основной группы интраоперационно было выявлено незначительное помутнение задней капсулы в оптической зоне. Спустя месяц после операции была проведена YAG - лазерная дисцизия задней капсулы.

Пациенты обеих групп находились под динамическим наблюдением. Спустя 3 месяца после операции у всех больных ИОЛ занимали правильное положение, ВГД оставалось в пределах нормы. После снятия роговичных швов у пациентов контрольной группы острота зрения повысилась в среднем на 0,1, а в основной группе зрение повысилось в среднем на 0,2-0,3.



Рис. 1 Глаз пациента Б. после первичной хирургической обработки.

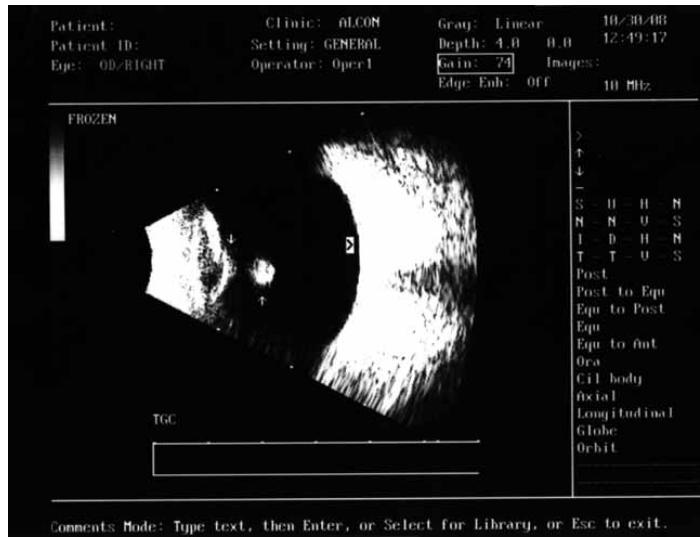


Рис. 2 В – скан пациента Б. Определяется дефект в задней капсуле и часть ядра хрусталика в стекловидном теле.



Рис. 3 Глаз пациента Б. после факкомульсификации травматической катаракты с имплантацией ИОЛ.

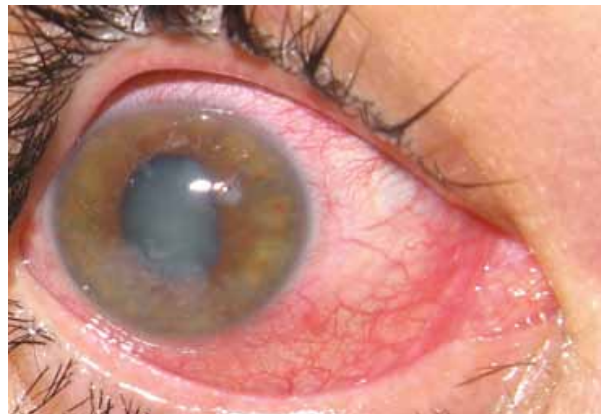


Рис. 4 Глаз пациентки А. с набухающей травматической катарактой с острой гипертензией и выходом хрусталиковых масс в переднюю камеру.

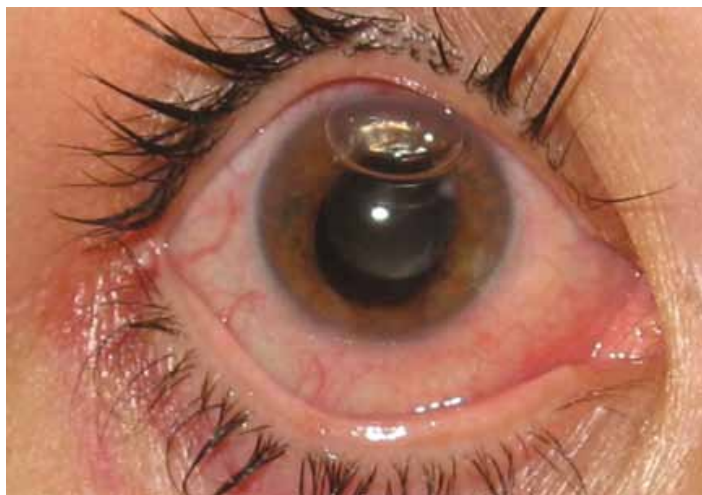


Рис. 5 Глаз пациентки А. после факоэмульсификации травматической катаракты с имплантацией ИОЛ. Офтальмотонус в пределах нормы. Линза занимает правильное положение.

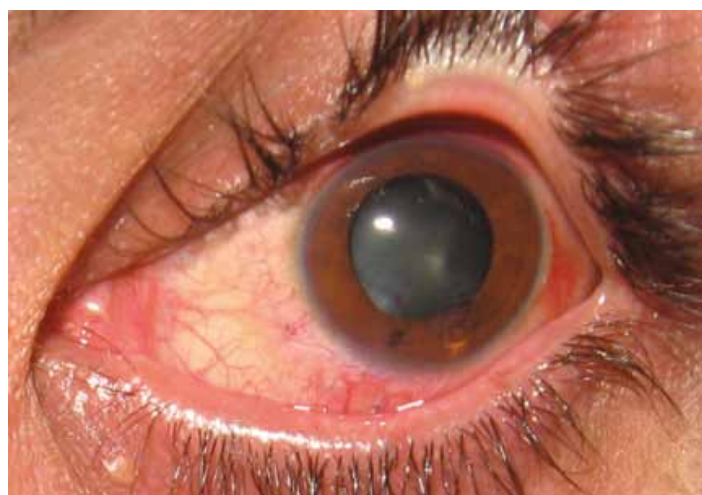


Рис. 6 Глаз пациента Г. На фоне травматической катаракты выявляется небольшой дефект передней капсулы на 7 часах в неоптической зоне.

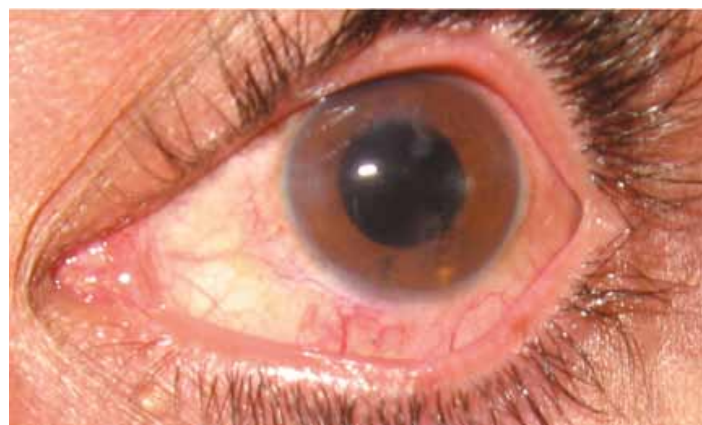


Рис. 7 Глаз больного Г. на первый день после операции.

Заклучение.

Таким образом, проведенный анализ двух методов хирургического лечения травматических катаракт - факоемульсификации и экстракапсулярной экстракции с имплантацией ИОЛ показал, что в первом случае воспалительная реакция после операции менее выражена. Имплантация мягких акриловых линз легче переносится тканями глаза. Положительным является малая величина роговичного разреза, что уменьшает степень роговичного астигматизма и риск развития эндофтальмита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боброва Н.Ф. Травматическая аниридия. // Офтальмол. Журн.- 1984.- № 2.- С.108-112.
2. Гундорова Р.А., Антонюк С.В., Егорова В.С., Рамазанова К.А. Факоемульсификация травматических катаракт при сопутствующей раневой патологии роговицы. // Офтальмохирургия.- 2004.- № 1.- С.22.
3. Гундорова Р.А. Травмы глаза. // Москва, "Гэотар-медиа".- 2009.-С.261.
4. Малюгин Б.Э., Тимошкина Н.Т., Лазарева Л.Ю. Динамика астигматизма после факоемульсификации с использованием склеро-корнеальных тоннельных разрезов различной величины. // Евро-Азиатская конф. По офтальмохирургии, 1-я: Материалы.- Екатеринбург, 1998.- С.21.
5. Choyce P. Semi-rigid corneal inlays used in the management of albinism, aniridia and ametropia. // Acta 24-th International Congress of Ophthalmology.- San Francisco, 1982.- P. 1230-1234.
6. Marak GE Jr: Phacoanaphylactic endophthalmitis [published erratum appears in Surv Ophthalmol 1992 May-Jun; 36(6):454. [Review] [141 refs]. Survey of Ophthalmology 36(5):325-339, 1992.

TRAVMATİK KATARAKTALARIN FAKOEMULSİFİKASİYASI VƏ İOLun İMPLANTASİYASI.

Akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh.

XÜLASƏ

İşin məqsədi – travmatik kataraktanın fakoemulsifikasiyası və intraokulyar linzanın implantasiyasının effektivliyinin öyrənilməsi və nəticələrin analizi.

Materiallar və metodlar.

Tədqiqat travmatik kataraktalı 30 gözdə aparılmışdır. Bütün pasientlər əsas və kontrol qruplara bölünmüşdülər. Əsas qrupda (12 göz) travmatik kataraktanın fakoemulsifikasiyası və IOL implantasiyası aparılmışdır. Kontrol qrupda (18 göz) kataraktanın buynuz qişa və skleranın kəsiyi və İOL-un implantasiyası ilə ekstrakapsulyar ekstraksiyası aparılmışdır.

Beləliklə, travmatik kataraktanın cərrahi müalicəsinin iki üsulunun – İOL-un implantasiyası ilə fakoemulsifikasiya və İOL-un implantasiyası ilə ekstrakapsulyar ekstraksiya – təhlili göstərmişdir ki, birinci halda əməliyyatdan sonrakı iltihablı reaksiya ikincisinə nisbətən daha zəifdir.

Hüseynov E.S.

PHACOEMULSIFICATION OF TRAUMATIC CATARACT WITH IOL IMPLANTATION.

National Ophthalmology Centre named after acad. Zarifa Aliyeva, Baku.

SUMMARY

Purpose - analysis of the results and studying of the effectiveness of traumatic cataracts phacoemulsification and IOL implantation.

Materials and methods. Totally 30 patients (30 eyes) were operated. All patients were divided into control and basic groups. The basic group included 12 patients (12 eyes). The control group included 18 patients (18 eyes).

So, phacoemulsification of traumatic cataract proved to be of high efficiency.