

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАБУХАЮЩЕЙ КАТАРАКТОЙ В СОЧЕТАНИИ С ВТОРИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Рожко О. А., Максименко О. Н.

Медицинский центр «Зіниця», Днепропетровск

Под наблюдением находилось 18 пациентов с набухающей катарактой в сочетании с вторичной глаукомой. Уровень ВГД до операции соответствовал 26–32 мм рт. ст, соотношение толщины хрусталика к передне-задней оси глаза составило 0,25. Всем пациентам произведена комбинированная витрэктомия через плоскую часть цилиарного тела и факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ. Интраоперационные осложнения отсутствовали во всех случаях. В послеоперационном периоде у 94% пациентов достигнута максимально скорректированная острота зрения, только в одном случае не получено высоких зрительных функций вследствие вторичной глаукомы. В послеоперационном периоде компенсация ВГД без гипотензивных препаратов достигнута в 14 случаях (77,8%), у 4 больных потребовалось временное применение гипотензивных препаратов сроком 1–3 месяца, и только у 2 больных потребовалась хирургическая коррекция ВГД.

Ключевые слова: набухающая катаракта, вторичная глаукома, хирургическое лечение.

Клинические признаки набухающей катаракты обусловлены усилением процессов оводнения полупрозрачного или мутного хрусталика и характеризуются не только быстрым снижением зрительных функций, но и наличием мелкой передней камеры, ригидным зрачком, нередко короткой передне-задней осью глаза, и, как следствие, всего этого повышением внутриглазного давления. Развитие вторичной глаукомы, как правило, в этих случаях, связано с механической блокадой угла передней камеры и нарушением циркуляции внутриглазной жидкости из задней в переднюю камеру. Таким образом, возникает градиент давления, а именно, его повышение в заднем отрезке глаза за счет объемных показателей, и снижение в передней камере, что приводит к сдвигу иридо-хрусталиковой диафрагмы кпереди. Все эти моменты усложняют техническое выполнение факоэмульсификации катаракты и повышают риск развития интраоперационных осложнений [2, 3]. Прежде всего, важным моментом при выполнении операции является поддержание постоянного положительного давления в передней камере, исключаяющего его резкого перепада и развития геморрагических осложнений с одной стороны. С другой стороны, немаловажным этапом, обеспечивающим позитивный исход операции, является выполнение переднего кругового непрерывного капсулорексиса, что затруднено наличием мелкой неравномерной передней камеры, недостаточным мидриазом и перерастянутым атоничным мешком. И, наконец, как правило, набухший хрусталик оказывается вклиненным в область зрачка, что

вызывает определенные трудности в оценке степени слабости или отрыва цинновых связок в дооперационном периоде и целесообразности применения своевременных профилактических интраоперационных мероприятий по стабилизации капсульного мешка, что так же может увеличить риск развития разрыва задней капсулы с выпадением стекловидного тела. С целью углубления передней камеры и создания условий для выполнения факоэмульсификации ряд авторов предлагает выполнять дозированную переднюю витрэктомию, что мы и использовали в своей работе [1, 4].

Цель – оценка эффективности тактики хирургического лечения пациентов с набухающей катарактой в сочетании с вторичной глаукомой путем проведения факоэмульсификации катаракты с предварительной дозированной передней витрэктомией.

Материалы и методы

Нами выполнено 18 операций факоэмульсификации катаракты с предварительной дозированной витрэктомией при набухающей катаракте в сочетании с вторичной глаукомой. Возраст пациентов от 62 до 74 лет, из них мужчин 10, женщин 8. Дооперационное обследование выявило у 14 пациентов (14 глаз) укорочение передне-задней оси глаза менее 22 мм, у остальных 4 больных (4 глаза) передне-задний размер глаза находился в пределах 22–24 мм. При ультразвуковом исследовании переднего отрезка глаза у всех пациентов отмечалось увеличение толщины

хрусталика, в середньому $4,9 \pm 1,1$ мм. При аналізі кожного клінічного випадку співвідношення передньо-заднього розміра хрусталика до осі ока в середньому становило 0,23.

Исходное состояние гидродинамики глаза на момент выполнения факоэмульсификации было некомпенсированным и находилось в пределах 26–32 мм рт. ст. В предоперационной подготовке всем пациентам назначалась как общая, так и местная гипотензивная терапия (фракционная инстилляція арутимолу 0,5%, диакарб, глицерин per os).

Всем пациентам факоэмульсификация катаракты выполнялась на аппарате Millenium (Baush and Lomb), при использовании стандартных настроек. Во всех случаях перед выполнением факоэмульсификации производили дозированную переднюю витректомию доступом через плоскую часть цилиарного тела, что приводило к углублению передней камеры и нормо- или легкой гипотонии, что создавало благоприятные условия для выполнения переднего непрерывного капсулорексиса. Для снятия напряжения капсульного мешка первоначально мы применяли капсулотомию и частичное удаление хрусталиковых масс, с последующим восполнением атоничного мешка тяжелым вискоэластиком. На 11 глазах после выполнения непрерывного кругового капсулорексиса с целью стабилизации капсульного мешка использовали внутрикапсульное кольцо (пинцетная имплантация). Интраоперационных осложнений не было ни в одном случае.

Результаты

Послеоперационный период протекал адекватно на 16 глазах, что составило 88,9%. Экссудативная реакция в виде феномена Тиндаля I степени, единичные нити фибрина наблюдались на 2 глазах (11,1%), гифема в одном случае (11,1%). На фоне проводимого консервативного лечения послеоперационные осложнения были купированы в течение 3–5 дней. Внутриглазное давление в послеоперационном периоде в 14 случаях (77,8%) было в пределах нормы, у 4 пациентов (22,2%) назначали временное гипотензивное лечение в сроки от 1 до 3 месяцев. В 2 случаях в дальнейшем потребовалась антиглаукоматозная операция.

Максимальная острота зрения достигнута у 17 больных, 94%. Низкая острота зрения у 1 пациента объяснялась длительной некомпенсацией внутриглазного давления в до- и послеоперационном периоде и развитием глаукомной атрофии зрительного нерва.

Заключение

Тактика хирургического лечения набухающей катаракты с вторичной глаукомой путем предварительной дозированной передней витректомии через плоскую часть цилиарного тела с последующей факоэмульсификацией катаракты эффективна, так как снижает риск развития интраоперационных осложнений, что в свою очередь приводит к быстрой реабилитации пациентов.

Литература

1. Гончаренко О. В. Особенности факоэмульсификации при набухающей катаракте / Гончаренко О. В., Гамзатов О. Г., Рудь Л. И. // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии – 2005. – Сб. науч. статей/ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза». – М., 2005. – С.80–84
3. Androudi S. Combined pars plana vitrectomy and phacoemulsification to restore visual acuity in patients with chronic uveitis / Androudi S., Ahmed M., Fiore T. et al. // J. Cataract Refract Surg. –2005. – V.31. – N.3, – P.472 –478
4. Imaizumi M. Phacoemulsification and intraocular lens implantation for acute and closure not treated or previously treated by laser iridotomy / Imaizumi M, Takaki Y, Yamashita H. // J Cataract Refract Surg. –T. 32. – N. 1. – P. 85 – 90.
5. Lee S.J. Long-term therapeutic efficacy of phacoemulsification with intraocular lens implantation in patients with phacomorphic glaucoma / Lee S.J., Lee C.K., Kim W.S. // J. Cataract Refract Surg. –2010. – V.36. – N.5, – P. 783 – 789

SURGICAL TREATMENT TACTICS AT PATIENTS WITH SWOLLEN CATARACT AND SECONDARY GLAUCOMA

The study included 18 patients with swollen cataract and secondary glaucoma. The mean preoperatively IOP ranged 26–32 mm Hg. and ratio of lens thickness to axial length was 0.25. All patients were performed combined pars plana anterior vitrectomy and phacoemulsification with IOL implantation. Intraoperative complications were absent at all cases. Postoperatively 94% of patients receive maximum of best corrected visual acuity (BCVA) and only 1 patient don't achieve high visual outcomes as the result of secondary glaucoma. Postoperatively, the antiglaucoma medication was not needed at 14 cases (77,8%), was needed temporarily for 1–3 month at 4 patients (22,2%), and at 2 patients was needed surgical treatment of glaucoma.