

УДК 617.741 - 004.1

Гуломиддинов Б.Б, Маматхужаева Г.Н, Мирзаева Р.З.

Кафедра офтальмологии

Андижанский государственный медицинский институт

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ КАТАРАКТЫ ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА И СОВРЕМЕННОЕ СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ
КАТАРАКТЫ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Аннотация: Представлены возможности новых хирургических технологий в лечении старческой катаракты. Анализ мировой литературы и клиническая практика показывают, что внедрение в хирургию катаракты фемтосекундного лазера позволяет удалить старческую катаракту на качественно новом уровне. Даны практические рекомендации по своевременному направлению пациентов пожилого и старческого возраста на хирургическое лечение катаракты.

Ключевые слова: катаракта, фемтосекундный лазер, факоэмульсификация, капсула хрусталика, интраокулярная линза.

Gulomiddinov B. B., Mamatkhuzhaeva G. N., Mirzayeva R. Z.

Department of Ophthalmology

Andijan State Medical Institute

**THE USE OF MODERN SURGICAL TECHNOLOGIES IN THE
TREATMENT OF ELDERLY CATARACTS AND MODERN
CONCOMITANT TREATMENT OF ELDERLY CATARACTS**

Abstract: The possibilities of new surgical technologies in the treatment of senile cataracts are presented. The analysis of the world literature and clinical practice show that the introduction of a femtosecond laser into cataract surgery makes it possible to remove senile cataracts at a qualitatively new level. Practical recommendations are given for the timely referral of elderly and senile patients for the surgical treatment of cataracts.

Key words: cataract, femtosecond laser, phacoemulsification, lens capsule, intraocular lens.

Актуальность. Катаракта – заболевание, которое может обнаружиться в любом возрасте, но основной группой риска остаются пожилые люди. Среди людей, перешагнувших 60-летний рубеж, сохраняет ясность зрения лишь малая их часть. В 90-95% случаев возникновение патологии связано именно с возрастными изменениями. Виной тому – старческая катаракта, лишающая человека возможности нормально видеть, причем развивающиеся нарушения нельзя скорректировать ни очками, ни каплями, ни упражнениями[4,7,9].

Вероятность развития заболевания в пожилом возрасте высока, даже если на протяжении жизни особых жалоб на зрение не было. С чем связана такая «избирательность» патологии? Дело в том, что у молодых людей хрусталик прозрачен и упруг одновременно. Он пропускает через себя световой пучок полностью и может менять форму при переводе взгляда на дальние или ближние предметы. С годами обменные процессы замедляются, хрусталик тускнеет, теряет эластичность, на сетчатку попадает лишь часть светового пучка. Чем больше степень помутнения, тем больше ухудшается зрение. Запущенные формы катаракты лишают человека возможности различать предметы, ориентироваться в пространстве, узнавать людей, приводя к социальной дезадаптации и ухудшению качества жизни в целом.

Последние достижения фармакологического и технического оснащения факоэмульсификации во многом способствуют снижению риска развития операционных и послеоперационных осложнений при экстракции односторонней катаракты. Вместе с тем, у большинства пациентов пожилого возраста помутнения хрусталика носят двухсторонний характер [1,3,10].

Традиционно хирургическое лечение катаракты на втором глазу проводится через 1 мес. и более после первой операции, что считается безопасным в связи с завершением всех репаративных процессов [2,8], но увеличивает сроки медицинской и социальной реабилитации больного. Для их ускорения дискутируется вопрос одномоментной хирургии катаракты при показаниях на обоих глазах [3,5,7], однако большинство офтальмологов не рекомендуют ее к широкому применению в связи с возможной индивидуальной реакцией на хирургическое вмешательство [1,4,6].

Потенциально более безопасным может быть проведение оперативного лечения на парном глазу не одновременно, но в ранние сроки после первой операции, за «одну госпитализацию», что способствует получению качественного, в том числе бинокулярного зрения.

Цель исследования. Применение современных хирургических технологий в лечении катаракты пожилого возраста и современный подход к лечению катаракты пожилого возраста и изучение особенностей клинического течения, диагностики, лечения и профилактики осложнений катаракты пожилого возраста.

Материалы и методы исследования. В отделении офтальмологии Андижанского государственного медицинского института Андижанской области у детей будут обследованы 100 пациентов, которые проходят лечение с диагнозом "катаракта пожилого возраста" с использованием современных хирургических технологий и современного подхода к лечению катаракты пожилого возраста.

Результаты исследования. Течение раннего послеоперационного периода у всех 100 больных после факоэмульсификации на первом глазу проходило ареактивно. При этом в большинстве случаев (97 — 97,3%) отсутствовала перикорнеальная инъекция глазного яблока, роговица сохраняла свою прозрачность или отмечался ее легкий отек в области

операционного разреза, влага передней камеры оставалась прозрачной или с единичными клетками.

Благоприятное течение после первой операции позволило положительно решить вопрос об операции на втором глазу в основной группе через 1-4 дня. Течение послеоперационного периода на втором глазу в этой группе было аналогично не осложненное, как и на первом глазу, у 98(97,4%) пациентов. Необходимо отметить, что вторая операция не оказала отрицательного влияния на последующее течение послеоперационного периода на первом глазу. В контрольной группе, где вторая операция выполнялась через 1 мес. и более после первой, по сути, послеоперационный период не отличался от такового как при стандартной односторонней экстракции катаракты.

Безопасность минимального интервала между операциями на двух глазах также доказана отсутствием увеличения частоты или появлением дополнительных осложнений как на первом глазу после операции на втором, так и на втором в короткие сроки после операции на первом. Явления преходящего послеоперационного ирита, транзиторной гипертензии и локального отека роговицы зафиксированы не более чем в 2,6-2,7% как в основной, так и в контрольной группе и на первом, и на втором глазу.

В послеоперационном периоде на первом и парном глазу оценивали остроту зрения вдали у всех больных вблизи (при имплантации псевдоаккомодирующей ИОЛ), бинокулярные функции.

Зрительные функции после операции были улучшены у всех 100 пожилых. Максимальная корrigированная острота зрения 0,7-1,0 в первый послеоперационный день на первом глазу в основной группе достигнута в 90,4% случаев, в контрольной — в 89,3, на парном глазу — в 85,1% в основной и в 84,7% в контрольной группе (табл. 3). Исходя из полученных

данных, очевидно, что по данному показателю отрицательного влияния сокращения сроков между двумя операциями не выявлено.

В 96,8% случаев (47 пожилых) было получено бинокулярное зрение после хирургического лечения парного глаза, отсутствие его объяснялось невысокой остротой зрения (менее 0,3) при сопутствующей патологии сетчатки. Однако есть определенная разница в качестве зрения, в первую очередь бинокулярного, у пожилых в группах. Значительная часть пациентов с двухсторонней катарактой после операции на первом глазу уже на следующий день сообщала о «снижении зрения на другом, до операции лучшем глазу», а также «чувстве зрительного дискомфорта и улучшении зрения при закрывании неоперированного глаза». Данные ощущения манифестировались при сопутствующей аметропии, когда пациенты были сбиты с толку, как им пользоваться исходными очками при большой разнице между глазами на фоне комфортной рефракции на оперированном глазу и исходной аметропии на парном. У пациентов уже в первые 1-2 сутки формировалась мотивация на хирургию парного глаза, что, при условии адекватного течения на первом глазу, и осуществлялось.

Отказ от второй операции был сформулирован заранее и проанализирован по причинам (по мере убывания):

- неудовлетворенность пациента результатами первой операции по субъективным или объективным (низкая острота зрения в связи с сопутствующей патологией сетчатки и зрительного нерва) причинам,

- более выраженной реакцией глаза на первую операцию (густой феномен Тиндаля, неадекватный отек роговицы, значительная гипертензия), требующей интенсивного лечения больше 1-2 дней,

- сопутствующая катаракте патология с высоким риском осложнений (uveitis, cornea guttata, вторичная глаукома, инсулинозависимый диабет),

- эмоциональная неустойчивость и нежелание пациента подвергаться еще одному хирургическому вмешательству в течение короткого промежутка времени,
- немедицинские обстоятельства (финансовые, организационные, временные),
- комбинированные операции и операции, выполненные с осложнениями даже при условии адекватно устраниенных на первом глазу,
- высокий риск повторного анестезиологического вмешательства при сердечно-сосудистой патологии с учетом гемодинамической реакции на первую операцию.

При бинокулярной имплантации мультифокальной ИОЛ высокая некорректированная острая зрения вдали (0,7-1,0) и на близком расстоянии (0,6-1,0), а также фокусная адаптация вдали и вблизи получена в ранние сроки после операции у всех 32 больных обеих групп. Однако разница в возможности чтения без очков при различных сроках между операциями была значительна. Как правило, в случаях с интервалом в 1-4 дня такая возможность наступала практически на следующий день после второй операции, в то время как при длительном (более 1 мес.) интервале между операциями второй (интактный) глаз, лишенный, в связи с возрастом, возможности аккомодации, создавал определенные сложности чтению, несмотря на качественные монокулярные показатели оперированного глаза с мультифокальной ИОЛ. Это соответствует множеству рекомендаций о максимальной эффективности бинокулярной имплантации мультифокальных ИОЛ. И очевидно, нужно заметить, что безопасное сокращение интервала до нескольких дней между бинокулярной имплантацией у наблюдавших пациентов создало условия не только для качественной, но и быстрой реабилитации.

Вывод. Таким образом, предложенная технология гибридной факоэмульсификации обеспечивает возможность удаления хрусталика на

качественно новом уровне со значительным снижением степени травматичности основных этапов операции.

Новое качество выполнения хирургического вмешательства методом гибридной фако-эмульсификации является решающим фактором в повышении анатомического и функционального результата операции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алиев А.-Г.Д. Аберрации оптической системы глаза при имплантации искусственного хрусталика / А.-Г.Д. Алиев, М.И. Исмаилов. — М., 2010. 141 с.
2. Гундорова Р.А. К вопросу об интраокулярной коррекции при травматических катарактах и сопутствующей патологии глаза / Р.А. Гундорова, Е.В. Ченцова, А.А. Дживанян // Современные технологии хирургии катаракты. — М., 2010.-С. 21-26.
3. Ионова Т.И. Межнациональный центр исследования качества жизни: современные исследования, перспективы / Т.И. Ионова // Исследование качества жизни в медицине: Материалы Всерос. конф. с междунар. участием. — СПб, 2010. С. 58-59.
4. Малюгин Б.Э. Медико-технологическая система хирургической реабилитации пациентов с катарактой на основе ультразвуковой факоэмульсификации с имплантацией интраокулярной линзы: Автореф. дис. . докт. мед. наук / Б.Э. Малюгин. М., 2012. - 48 с.
5. Чупров А.Д. Применение капсулльного кольца в хирургическом лечении осложненных катаракт / А.Д. Чупров, А.А. Замыров // Современные технологии хирургии катаракты. М., 2011. - С. 222-225.
6. Яновская Н.П. Моновизуальная интраокулярная коррекция двусторонней афакии: Дис. . канд. мед. наук / Н.П. Яновская. — М., 2010. 161 с.
7. Aaronson N.K. Quality of life research in oncology / N.K. Aaronson, B.E. Meyerowitz, M. Bard // Cancer. 2011. - Vol. 67, № 3. - P. 839-843.

8. Robine J.M. Freedom and quality of life / J.M. Robine // Journal of Epidemiology and Community Health. 2010. - Vol. 54, № 8. - P. 564.

9. Speicher L. Intraocular lens power calculation after decentred photorefractive keratectomy / L. Speicher, W. Gottinger // J. Cat. Refr. Surg. 2009. - Vol. 25, N 1. — P. 140-143.

10. Wilson R. Corneal pachymeric mapping in normal eyes / R. Wilson // Approach. Ophthalmol. 2009. - Vol. 11. - P. 733-758.