

## **ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДИКИ УДАЛЕНИЯ КАТАРАКТЫ ЧЕРЕЗ СКЛЕРОРОГОВИЧНЫЙ ТУННЕЛЬ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ ИОЛ**

**А.А.Ахроров, Ф.М.Урманова, Н.Р.Янгиева,  
У.Р.Каримов, Е.Хуриева**

*Первый Ташкентский государственный медицинский институт г. Ташкент*

В настоящее время в хирургии катаракт отмечается тенденция к уменьшению разреза и проведение операции бесшовным методом с целью доведения до минимума травмы, инфекции, послеоперационного астигматизма, времени операции, стоимости затраченных средств на лечение и 100% возможности имплантации ИОЛ.

Известно множество методик удаления ядра через малые разрезы. Наиболее распространенная методика - удаления ядра хрусталика через малый разрез в верхненазальном квадранте, предложенная докторами К. Kowano, А. Momose (Япония). В 1999 году С.Н. Федоровым и Б.Э. Малюгиным предложена методика удаление ядра через склеророговичный туннель в верхнем квадранте и внедрена в офтальмологическую клинику I-ТашГосМИ А.А. Ахроровым с 2000 года.

*Целью* нашего исследования явилось сравнительное изучение эффективности туннельного и традиционного (роговичного) методов экстракции ядра хрусталика.

*Материалы и методы.* Под нашим наблюдением находились 2 группы больных.

В I группе- 50 больных (50 глаз), которым произведена туннельная экстракция катаракты( ТЭК) с имплантацией ИОЛ модели М-2.

Во II группе - 50 больных (50 глаз), которым произведена экстракапсулярная экстракция катаракты (ЭЭК) с имплантацией ИОЛ модели Т-26, производением роговичного разреза длиной 10 мм и наложением швов по “Пирсу” (Pearse).

*Результаты.* Острота зрения в I группе достигала от 0,6-1,0 у всех больных в первые сутки после операции и улучшалось за

период наблюдения на  $0.1 \pm 0.02$ . Величина астигматизма за весь период наблюдения после операции была менее 1,0 Дптр. В отличие от контрольной II группы, в которой величина астигматизма достигала  $2,0 \pm 0,8$  Дптр.

Острота зрения во II группе после операции достигала 0,4-0,6 и сохранялась до 1 месяца, однако в процессе рубцевания роговичного разреза острота зрения снижалось до 0,1 у 40% больных. Величина астигматизма в ранний послеоперационный период достигала  $2.0 \pm 0.8$  Дптр., а после одного месяца наблюдения увеличилась до  $4,0 \pm 0,6$  Дптр. Больные жаловались на двоение, искажение предметов. Всем больным в обязательном порядке через 3,5 месяца были удалены швы.

При использовании методики ТЭК не наблюдалось явлений фибриновой реакции. В отличие от II группы, где в раннем послеоперационном периоде наблюдалось 6 случаев послеоперационных иридоциклитов. Кроме того, обязательным условием проведения ЭЭК с роговичным разрезом является лечение в условиях стационара с проведением ежедневных парабульбарных инъекций гормональных препаратов в среднем от 3-5 дней.

**Вывод:**

1. Достоинством метода ТЭК является малый клапанного вида туннельный разрез и отсутствие швов.
2. Отсутствие интраоперационного осложнения.
3. Отсутствие послеоперационного астигматизма.
4. Высокая острота зрения в первые сутки после операции и в отдаленном послеоперационном периоде.
5. Сокращение сроков и средств в послеоперационном периоде.