

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВЫСОКОЙ АНИЗОМЕТРОПИИ У БОЛЬНЫХ С КОСОГЛАЗИЕМ

А.А. ЮСУПОВ, А.В. ВАСИЛЕНКО, Н.А. ЮСУПОВА

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҒИЛАЙЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЮҚОРИ АНИЗОМЕТРОПИЯНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ТУЗАТИШ НАТИЖАЛАРИ

А.А. ЮСУПОВ, А.В. ВАСИЛЕНКО, Н.А. ЮСУПОВА

Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

RESULTS OF SURGICAL CORRECTION OF HIGH ANISOMETROPIA IN PATIENTS WITH STRABISMUS

A.A. YUSUPOV, A.V. VASILENKO, N.A. YUSUPOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Ғилайлиги бор 8 нафар беморларда анизометропияни жарроҳлик йўли билан тузатиш таҳлил қилинди. Улардан 4 нафар беморнинг гилай кузида миопия бор эди, 4 нафариди гиперметропия. Ҳамма беморларда операция йўли билан гавҳар олиб ташланди ва янги гавҳар урнатилди. Операциядан кейин беморларни рефракцияси эмметропиядан то 1 диоптр миопиягача тушди. Ғилайлик 6 нафар беморда йўқолди. Ҳамма беморларнинг операция бўлган кўзларида кўриш ўткирлиги яхшиланди.

Калим сўзлар: гилайлик, аметропия, жарроҳлик йўли билан тузатиш.

The analysis of the results of surgical correction of anisometropia in 8 patients with strabismus. 4 patients had myopia and hyperopia in 4 patients in the squinting eye. All patients were performed surgery to remove the lens and IOL installation. The refraction after surgery was from emmetropia to myopia in 1 diopter. Strabismus disappeared in 6 patients. Visual acuity in the operated eye improved in all patients.

Keywords: strabismus, anisometropia, surgical correction.

Актуальность. Косоглазие – заболевание, имеющее многофакторную теорию происхождения. Как известно, это заболевание по происхождению делится на 3 группы: аккомодационное, частично-аккомодационное и неаккомодационное. Наш многолетний опыт (более 40 лет) и многочисленные данные литературы позволяют заключить, что аккомодационное косоглазие, вызванное симметричной аметропией, обычно легко исправляется правильно назначенными очками. Частично-аккомодационное косоглазие лечится назначением очков и хирургией мышечного аппарата глаза. Неаккомодационное косоглазие без наличия аметропии лечится методом хирургического воздействия на глазодвигательные мышцы. Анализ мировой литературы и наш собственный опыт позволяет заключить, что чаще неудовлетворительные результаты получаются при лечении больных с различной остротой зрения двух глаз. Одной из основных причин такого состояния является высокая анизометропия. Именно в этих случаях традиционные способы лечения амблиопии и косоглазия малоэффективны. Это связано с тем, что очковая коррекция не переносится больными. Контактная коррекция также не всегда приемлема или не удовлетворяет больных. Это особенно заметно при сочетании гиперметропии с эметропической рефракцией на парном глазу. В настоящее время широко применяются различные виды хирургической коррекции анизометропий с использованием высоких технологий. Наиболее популярными из них являются лазерные методы,

включающиеся в изменение рефракции роговицы. Однако этот метод также имеет свои ограничения, особенно при высоких степенях аметропий и анизометропии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 8 больных с косоглазием сопровождающим высокой аметропией и анизометропией. Всем больным проводилось комплексное обследование включающее визиометрию, авторефрактометрию, биомикроскопию, фотографирование картины глазного дна фундус камерой, осмотр периферии глазного дна трехзеркальной линзой Гольдмана, измерение ВГД, определение ретиальной остроты зрения (прибор HEINE LAMBDA). Ретинометр позволяет определить потенциальную остроту зрения, которую можно получить в результате успешной операции. Возраст больных от 15 до 22 лет. У троих больных была гиперметропическая рефракция с анизометропией более 3 диоптрий. У одного больного была гиперметропия высокой степени на одном глазу, а второй глаз был эметропичным. У всех больных с гиперметропией отмечалась сходящееся косоглазие. На косящем глазу этих больных острота зрения с коррекцией была в пределах 0,06-0,1. Ретиальная острота зрения была в пределах 0,2-0,4. У 4 больных косоглазие сопровождалось миопической рефракцией. У всех этих больных отмечалось расходящееся косоглазие монолатерального характера. Острота зрения с коррекцией у этих больных была в пределах 0,2-0,4. Больным с миопической рефракцией был

проведён тщательный анализ крайней периферии глазного дна. У одного больного выявлена ПХРД по типу улитки. Этому больному проведена ограничительная лазеркоагуляция сетчатки вокруг разрыва. Всем больным проведена операция удаление прозрачного хрусталика с заменой её искусственным с целью исправления рефракции. Расчёт предлагаемой ИОЛ произведён на приборе IOL Master 500 фирмы Zeiss. Расчёт интраокулярной линзы подбирали с прогнозируемой послеоперационной рефракцией глаза на эметропию или миопию в 1,0 диоптрию. Операции проводились под местной анестезией. С этой целью перед началом операции трижды через каждые 10 минут инстиллировали раствор алкоина 0,5%. Затем на операционном столе вводили в парабулбарное пространство 2,0 мл. 2% раствора лидокаина через разрез конъюнктивы. Проводилась два парацентеза шириной 1 мм на 3 и 9 часах. В переднюю камеру вводили раствор трипана синего для окраски капсулы хрусталика. Затем краска смывалась физиологическим раствором из передней камеры. Далее передняя камера заполнялась раствором вискоэластика. Передняя капсула вскрывалась методом кругового (циркулярного) рексиса при помощи цистотома приготовленного из иглы инсулинового шприца (толщина иглы 25 G). Диаметр капсулорексиса был в пределах 4-5 мм. Следующий этап операции гидродиссекция с целью отделения капсулы хрусталика от кортикальной масс. У всех больных хрусталиковое вещество легко удалялась методом аспирации - ирригации. Для этой цели использовали фактоэмulsionификатор. Ультразвук не использовался, так как у всех больных хрусталик был мягким. Следующий этап введение вискоэластика с целью раскрытия капсульного мешка. Через третий парацентез шириной 2,2 мм в верхнем сегменте роговицы в капсульный мешок вводили мягкий искусственный хрусталик при помощи инжектора. Использовали монофокальную ИОЛ. Вискоэластик удаляли методом аспирации и ирригации. Перацентезы герметизировали методом гидратации стромы физиологическим раствором. В заключение под конъюнктиву вводили раствор гентамицина. Накладывали монокулярную асептическую повязку. Все операции проводились в амбулаторных условиях. Осложнений в момент операции не отмечали. Послеоперационное течение гладкое. Функциональный результат был налицо уже на 2-3 день.

Результаты исследования. Острота зрения у всех оперированных значительно превысило предоперационное значение. Оно было даже чуть больше предоперационной прогнозируемой остроты зрения. Рефракция на оперированном глазу у больных с миопией стала эметропической или слабо гиперметропической. У больных с

предоперационной гиперметропией после операции рефракция была эметропической или слабо миопической. У всех больных, кроме одного с эметропической рефракцией на парном глазу, оперированные глаза стали ведущим без коррекции. Косоглазие исчезло у 6 больных из 8.

Выводы: 1. Интраокулярная коррекция высокой аметропии косящегося глаза позволяет значительно повысить остроту зрения косящегося глаза. 2. Перевод рефракции косящегося глаза в более лучшее состояние чем ведущего глаза, методом интраокулярной коррекции позволило исправить косоглазие у 6 больных из 8 без воздействия на глазодвигательные мышцы. 3. Использование современного прибора IOL MASTER 500 фирмы ZEISS позволяет достаточно точно подобрать ИОЛ и прогнозировать ожидаемую послеоперационную рефракцию у молодых людей с прозрачными хрусталиками.

Литература:

1. Ивашина А.И., Коршунова Н.К., Гуляев Н.В., Неясов В.С. Рефракционная лenseктомия при первичной и индуцированной гиперметропии. В материалах IX Научно-практической конференции с международным участием.- Москва -2008 .Сборник научных статей (Москва, 23-25 октября 2008 г.) под редакцией Х.П. Тахчиди. С.57-60
2. Fernandez – Vega, Alfonso, Rodrigues, Montes-Mico. Clear lens extraction with multifocal apodized diffractive intraocular lens implantation, XXV Congress-of-the-ESCRS,-2007,-p.44.
3. Gabric, Dekaris, Lazic, Gavric, Baric, Bosnar. Refractive lens exchange in patients with presbyopia and myopia with different types of IOL. XXV Congress-of-ESCRS,2007,p.47.
4. Kapur, Sud. Clear lens extraction in extreme refractive errors – our experience. XXV Congress of ESCRS, 2007, p. 70.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВЫСОКОЙ АНИЗОМЕТРОПИИ У БОЛЬНЫХ С КОСОГЛАЗИЕМ

А.А.ЮСУПОВ, А.В.ВАСИЛЕНКО,
Н.А. ЮСУПОВА

Проведен анализ результатов хирургической коррекции анизометропии у 8 больных с косоглазием. У 4 больных была миопия и у 4 больных гиперметропия на косящем глазу. Всем больным была произведена операция по удалению хрусталика и имплантации ИОЛ. Рефракция после операции была от эметропии до миопии в 1 диоптр. Косоглазие исчезло у 6 больных. Острота зрения на оперированном глазу улучшилось у всех больных.

Ключевые слова: косоглазие, аметропии, хирургическая коррекция.