

3. Необходимо акцентировать внимание на лечебно-профилактических мероприятиях, проведении курсов иммунореабилитационной терапии у пациентов группы ЧДБ, что позволит снизить частую их заболеваемость, развитие хронической патологии, формирование вторичных иммунодефицитных состояний.

4. Профилактика простудных заболеваний представляет собой целый комплекс специальных мероприятий, в том числе предусматривает прием иммунокорректирующих препаратов.

5. Комплексная терапия заболеваний, протекающих на фоне вторичного иммунодефицита, этиотропными препаратами и иммуномодулирующими средствами обеспечивает достаточно высокую клиническую эффективность, предупреждает развитие осложнений, переход острых процессов в хроническое течение, значительно сокращает частоту рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков, А. Г. Клинические проявления вторичного иммунодефицита при заболеваниях ЛОР-органов / А. Г. Волков, С. Л. Трофименко. — М.: Медицина, 2007. — С. 7–8, 156.
2. Лаптева, И. М. Хроническая обструктивная болезнь легких: современные аспекты диагностики и лечения / И. М. Лаптева, Е. А. Лаптева // Медицинская панорама. — 2003. — № 7. — С. 3–7.
3. Леонова, М. В., Ефременкова О. В. // Качественная клиническая практика. — 2002. — № 1. — С. 14–22.

УДК 617.741-004.1-089:617.735-007.281

ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ КАТАРАКТЫ НА ГЛАЗАХ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ВИТРЕКТОМИИ ПО ПОВОДУ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ С ДОЛГОСРОЧНОЙ СИЛИКОНОВОЙ ТАМПОНАДОЙ.

Сидоренко О. Э.

Научные руководители: ассистент Н. М. Самохвалова, к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Тампонада силиконовым маслом (СМ) была впервые предложена Р. Cibis и др. в 1962 г. и до настоящего времени является одним из наиболее эффективных методов лечения осложненных форм отслойки сетчатки (ОС) [1]. Несмотря на свои уникальные физико-химические свойства и хорошую переносимость тканями глаза, длительное нахождение силикона в витреальной полости провоцирует ряд тяжелых осложнений: контактную кератопатию, вторичную гипертензию, помутнение хрусталика [1, 4]. В литературе описаны следующие виды «силиконовой» катаракты: белая, ядерная (с различной плотностью ядра), заднекапсулярная [2]. Введение СМ активирует макрофагальную воспалительную реакцию, способствуя эмульгации силикона. В зонах скопления такого силикона появляются нежные точечные сероватые помутнения [4]. Вероятна также роль метаболического фактора (СМ блокирует доступ питательных веществ, что приводит к снижению анаэробного гликолиза и оксигенации белков хрусталика), токсического эффекта (даже при самых современных технологиях очистки СМ содержит примеси) [1, 2]. Имеет значение и сама операционная травма (в 34–63 % случаев катаракта развивается после витректомии без применения СМ) [2].

Традиционный подход витреоретинального хирурга — сохранять хрусталик с помутнениями, существенно не ограничивающими визуализацию глазного дна, и решать вопрос о его удалении в отсроченном периоде [3]. По данным Х. П. Тахчиди и др., основным показанием к удалению хрусталика на этапе первичной витректомии с силиконовой тампонадой по поводу отслойки сетчатки является исходное начальное помутне-

ние хрусталика, а также возраст пациентов старше 41 года, наличие ПВР С или ПВР anterior и планируемый срок силиконовой тампонады более 1 месяца.

Цель

Анализ динамики катарактального процесса и сроков проведения факоэмульсификации у пациентов, оперированных по поводу отслойки сетчатки с тампонадой витреальной полости силиконовым маслом.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ истории болезни 74 пациентов (75 глаз), оперированных по поводу ОС на факичных глазах методом закрытой витрэктомии 20G по стандартной методике с тампонадой витреальной полости СМ, находившихся на лечении в отделении микрохирургии глаза ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (клинической базе курса офтальмологии УО «Гомельский государственный медицинский университет») в 2009 г. Из них мужчин было 32 (43 %), женщин — (57 %) в возрасте от 19 до 80 лет (средний возраст $49,3 \pm 13,5$ лет). На 51 глазу проводилась комбинированная хирургия (наружное эписклеральное пломбирование и эндовитреальное вмешательство), на 23 — только витреальная хирургия. Срок наблюдения составил от 3 до 46 месяцев (в среднем $19,8 \pm 7,5$ месяцев). Длительность силиконовой тампонады колебалась от 2-х месяцев до 3-х лет (в среднем $13,8 \pm 6,6$ месяцев).

Дизайн офтальмологического исследования включал визометрию, ультразвуковое исследование на трехмерном офтальмологическом ультразвуковом сканере «ОТI 3D Scan – 1000», биомикроскопию на щелевой лампе фирмы Karl Zeiss, фундускопию на фундус-камере Visucam lite фирмы Karl Zeiss, прямую и обратную монокулярную офтальмоскопию, бинокулярную офтальмоскопию.

Результаты и их обсуждение

По данным биомикроскопии при первичном обследовании у 64 (86,5 %) пациентов были отмечены помутнения хрусталика. То есть 86,5 % пациентов, поступающих с отслойкой сетчатки, уже имеют начальную, или в большей степени, выраженную катаракту. Лишь у 10 (14,5 %) пациентов хрусталики были прозрачны. Из 74 пациентов с наличием интравитреального силикона удаление катаракты, как следующий этап хирургии, проведен на 57 глазах, что составило 77,0 %. Удаление катаракты проводили методом факоэмульсификации (ФЭК). У 38 (66,6 %) пациентов хирургия проведена с одномоментной имплантацией мягкой заднекамерной интраокулярной линзы (ИОЛ); у 24 (42,1 %) — ФЭК проводилась на этапе силиконовой тампонады с сохранением интравитреального СМ, у 2 (3,5 %) — одномоментно с экстррузией СМ, у 31 (54,3 %) — после удаления СМ. В среднем, срок от начала силиконовой тампонады до момента проведения ФЭК составил $11,9 \pm 4,9$ месяцев. Хирургию катаракты проводили при прогрессировании катарактального процесса с целью улучшения зрительных функций, а также при наличии набухания хрусталиковых масс и развитии офтальмогипертензии. Наибольшая активность в хирургии катаракты отмечена в сроки от 5 до 14 месяцев. Общее число проведенных ФЭК представлено на рисунке 1.

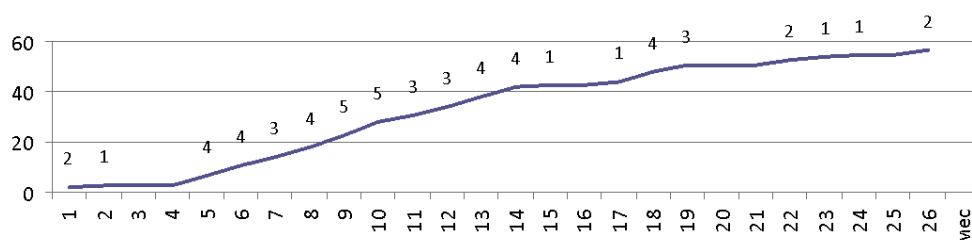


Рисунок 1 — Зависимость числа проведенных ФЭК от срока тампонады СМ

Рецидив отслойки сетчатки после проведенной ФЭК отмечен у 4 (7,1 %) больных. Причем у 2-х пациентов в первый месяц после экстрезии СМ.

В связи со стабилизацией процесса и отсутствием прогрессирования изменений в хрусталиках, несмотря на наличие СМ в витреальной полости ФЭК не проводилась на 18 глазах, что составило 24,3 %. Средний возраст этих пациентов — $43,5 \pm 11,2$ года. У 16 пациентов помутнения хрусталика были отмечены еще при первом обращении. Длительность срока тампонады СМ в данной группе колебалась от 2 до 24 мес. (в среднем — $9,5 \pm 4,8$ мес.), срока наблюдения — от 3 до 39 мес. (в среднем — $17,97 \pm 7,4$).

Выводы

1. 86,5 % пациентов, поступивших с отслойкой сетчатки, уже на дооперационном этапе имели изменения в хрусталике.

2. Из 74 пациентов с наличием интравитреального силикона удаление катаракты, как следующий этап хирургии, проведено на 57 глазах, что составило 77,0 %.

3. 18 (24,3 %) пациентов, несмотря на длительность силиконовой тампонады, сохраняли прозрачность хрусталика.

4. Проведя анализ полученных данных, считаем, что ФЭК катаракты у всех пациентов во время витреальной хирургии проводить нецелесообразно, так как у 24,3 % возможно сохранение естественного хрусталика, что значительно уменьшает возможность рецидива отслойки сетчатки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Казайкин, В. Н. Проблема завершения силиконовой тампонады на современном этапе хирургии ОС / В. Н. Казайкин // Офтальмохирургия. — 2004. — № 1. — С. 51–53.
2. Тахчиди, Х. П. Хирургия катаракты на фоне тампонады витреальной полости силиконовым маслом / Х. П. Тахчиди, Е. Н. Пантелеев, И. Ш. Исаева // Рефракционная хирургия и офтальмология: науч. журнал. — 2006. — № 1. — С. 14–21.
3. Тахчиди, Х. П. Оценка динамики помутнения хрусталика после первичной витрэктомии с силиконовой тампонадой по поводу отслойки сетчатки / Х. П. Тахчиди, И. М. Горшков, П. В. Якушев // Офтальмохирургия. — 2008. — № 5. — С. 18–23.
4. Обоснование раннего удаления силиконового масла при лечении тяжелых отслоек сетчатки различного генеза / Х. П. Тахчиди [и др.] // Вестн. ОГУ. — 2004. — № 12. — С. 60–65.

УДК 617.7-073.48-089

ОЦЕНКА БИОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛАЗ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ СИЛИКОНОВОЙ ТАМПОНАДЕ В ДИНАМИКЕ

Сидоренко О. Э.

Научные руководители: ассистент Н. М. Самохвалова, к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из проблем современной витреоретинальной хирургии отслойки сетчатки (ОС) с использованием тампонирующих витреальную полость средств является помутнение хрусталика — катаракта, которая по данным литературы встречается в 20–100 % случаев (Х. П. Тахчиди, Е. Н. Пантелеев, И. Ш. Исаева, 2006). Развитие катаракты ухудшает не только полученный функциональный результат, но и затрудняет визуальный контроль за состоянием сетчатки.

Цель

Анализ динамики гидратации хрусталика, а также размера передне-задней оси глаза (ПЗО), глубины передней камеры (ПК) на оперированных по поводу ОС глазах с длительной тампонадой силиконовым маслом (СМ) по данным биометрии.

Материал и методы

Проанализировано 42 истории болезни пациентов, оперированных по поводу ОС методом закрытой витрэктомии 20G по стандартной методике с использованием СМ