

Отдельную социальную проблему составляют семьи, которые отказываются от проведения КИ. По статистике большую часть из них, представляют глухонемые семьи, которые не хотят, чтобы их дети слышали тем самым нарушая права ребенка, так как каждый ребёнок имеет право на слух.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаева Т.В. Комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка раннего возраста с нарушением слуха: Методическое пособие [Текст] / Т.В. Николаева. – М.:Издательство «Экзамен», 2006. – 112 с.
2. Парсонс Т. Система современных обществ [Текст] / Т. Парсонс/ Пер. с англ. Л.А. Седова и А.Д. Ковалева // Под ред. М.С. Ковалевой. – М.: Аспект Пресс, 1998. –270 с.
3. Плуталова Л.Л. Кохлеарная имплантация в реабилитации лиц с нарушениями слуха. Сурдопедагогика [Текст] / Л.Л. Плуталова / под ред. Е.Г. Речицкой. – М., 2004. – 400 с.
4. Пудов В.И., Ланцов А.А., Королева И.В., Реабилитация и оценка слухоречевого развития детей с кохлеарными имплантами [Текст] / А.А. Ланцов, И.В. Королева, В.И. Пудов
5. О.Г. Хоров и авт., Ранняя диагностика, лечение и реабилитация новорожденных и детей младшего возраста с нарушением слуха. Методические рекомендации. Гродно. ГрГМУ 2006.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ МЕТОДОМ ИАГ-ЛАЗЕРНОЙ ДИСЦИЗИИ

Романчук В.В.¹, Лагута Е.В.¹, Сухоносик О.Н.²

Гродненский государственный медицинский университет¹,

Гродненская университетская клиника²

Актуальность. Вторичная катаракта является одним из отдаленных осложнений экстракапсулярной экстракции катаракты, которое может существенно снижать функциональную эффективность хирургического вмешательства, касающуюся остроты зрения, четкости, а в ряде случаев, полей зрения, а также вызывать зрительные нарушения дезадаптировать пациента с профессиональной и социальной точки зрения. Помутнение задней капсулы хрусталика диагностируют в 4-90 % случаев, в зависимости от исходной причины катаракты, оно имеет тенденцию к росту по мере увеличения времени, прошедшего после операции, и практически у каждого четвертого-пятого пациента требует вмешательства для восстановления зрительных функций. Сроки выполнения лазерной дисцизии задней капсулы относительно времени проведения экстракции катаракты у большинства больных составляют от 1 до 4 лет.

Несмотря на множество возможных профилактических мероприятий, таких как подбор материала интраокулярной линзы (ИОЛ), а также выполнение профилактического заднего капсулорексиса, в случае уже сформировавшегося помутнения задней капсулы (ПЗК), единственным способом восстановления прозрачности оптических сред является ее рассечение. Так как ни одна профилактическая методика, в том числе, формирование заднего капсулорексиса, не может гарантировать отсутствие вторичной катаракты в послеоперационном периоде, методом выбора в большинстве случаев является фотодисцизия с помощью короткоимпульсного лазера на кристалле иттрий-алюминиевого граната с неодимом (ИАГ), однако, по мнению Пивина Е. А., при низкой оптической плотности роговицы, грубых фиброзных зрачковых мембранах, наличии нистагма, отсутствии соответствующего лазерного оборудования, следует отдавать предпочтение проникающей хирургической операции. Патогенез вторичной катаракты до конца не ясен. Помутнение задней капсулы хрусталика определяется целым комплексом факторов, в числе которых характеристики материала и дизайн интраокулярной линзы (ИОЛ). В случае заднекапсулярной катаракты, желаемый результат не достигается в ходе экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы, и только лазерная дисцизия задней капсулы позволяет добиться расчетных параметров рефракции и остроты зрения. В настоящее время наибольшее распространение в лечении вторичной катаракты получил короткоимпульсный ИАГ лазер.

Цель. Оценить эффективность ИАГ-лазерной дисцизии задней капсулы хрусталика у больных с вторичной катарактой.

Методы исследования. Работа выполнена на базе Учреждения здравоохранения «Гродненская университетская клиника». Проведен анализ выполненных за октябрь 2019г. лазерных дисцизий у 30 пациентов, у троих из них на обоих глазах. Лазерная дисцизия задней капсулы хрусталика проводилась с использованием офтальмологического лазера «VISULAS YAG III»

Комплекс предоперационных исследований включал: визометрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, при необходимости ультразвуковое исследование глазного яблока. Результаты обследования должны были убедительно свидетельствовать о том, что помутнение задней капсулы хрусталика является основной причиной снижения остроты зрения. Возраст пациентов колебался от 50 до 86 лет (средний возраст 70), из них мужчин – 11, женщин – 19. Среди сопутствующих заболеваний (10 случаев — 33,3 % от всех пациентов): первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) – в 6 глазах (18.2%) , возрастная макулярная дегенерация (ВМД) – в 1 (3 %), диабетическая ретинопатия (ДР) – в 1 (3 %), пигментная глаукома – в (3%), травматическая колобома радужной оболочки-1 (3%).

Показанием к проведению ИАГ-лазерной дисцизии вторичной катаракты считали помутнение задней капсулы хрусталика любой степени со снижением остроты зрения пациента на 2 строки и более (по сравнению с данными,

полученными после экстракции катаракты), а также без снижения остроты зрения. Кроме того, показаниями также считали наличие специфических жалоб пациента (на абберации, слепимость, искривление в центральном поле зрения при отсутствии патологии макулы). Остроту зрения проверяли непосредственно после дисцизии с диафрагмой 3 мм. Лазерные вмешательства выполняли под местной анестезией 1%-ным раствором тетракаина с использованием линзы Abraham capsulotomy lens. В качестве контактной среды между линзой и глазной поверхностью применяли препарат Видисик. Данный глазной гель обладает рядом преимуществ при выполнении лазерного вмешательства, а именно, достаточной вязкостью, благодаря чему гель не вытекает с контактной поверхности линзы во время ее установки, позволяет свободно вращать линзу на глазной поверхности, предотвращая микротравмы эпителия роговицы и конъюнктивы., ИАГ-лазерные дисцизии вторичной катаракты выполняли отдельными импульсами при фокусировке лазерного луча на задней капсуле или постериорном его смещении. Данная операция проводилась при значении энергии в 1-3 мДж, а количество импульсов варьировало от 1 до 40 и более, что зависело от плотности и степени натяжения плёнки или мембраны. Лазерное воздействие проводилось под углом 35-40° к оптической оси, чтобы избежать отрицательного гидродинамического воздействия на макулярную область сетчатки. Диаметр формируемого отверстия в задней капсуле составил 2,5-3мм. У всех пациентов лазерная дисцизия была проведена за один сеанс.

Послеоперационное ведение заключалось в использовании глазных капель Диклофенак 0,1% 3 раза в день на протяжении пяти дней (в оперированный глаз). Пациент получал рекомендации на протяжении трех часов после дисцизии не принимать горизонтальное положение, а также незамедлительно явиться на прием в случае возникновения одной из следующих жалоб: появление вспышки, ограничение поля зрения, пелена, увеличение количества плавающих помутнений в поле зрения.

Результаты и их обсуждение. Динамика остроты зрения непосредственно после ИАГ— лазерной дисцизии вторичной катаракты отражена в таблице 1

Таблица 1. Показатели остроты зрения после ИАГ — лазерной дисцизии вторичной катаракты

Острота центрального зрения	До операции		После операции	
	Количество глаз	%	Количество глаз	%
0,01-0,09	4	12	3	9
0,1-0,3	16	48,5	3	9
0,4-0,6	9	27,5	9	27,5
0,7-0,9	2	6	13	39,5
1,0	2	6	5	15
Всего	33	100	33	100

В двух (6 %) случаях острота зрения осталась прежней, но, при этом, отмечено повышение контрастной чувствительности, исчезновение аббераций. Причиной низкой послеоперационной остроты зрения (ниже 0,4) послужили сопутствующие заболевания глаз (ПОУГ, возрастная макулярная дегенерация, диабетическая ретинопатия). Тонometriю проводили до лечения, во время первого визита (через 5 дней после вмешательства) и во время последующих. Среднее значение тонометрического внутриглазного давления (тВГД) составляло $19,3 \pm 1,8$ мм рт. ст. После лечения достоверных отличий тВГД не зафиксировано, а среднее значение составило $19,9 \pm 1,7$ мм рт. ст. Только на двух глазах на пятый день был отмечен рост показателей тонометрии на 5 мм рт. ст. от исходного. В обоих случаях был ранее поставлен диагноз первичной открытоугольной глаукомы, и декомпенсация тВГД была купирована сменой схемы местного гипотензивного лечения.

По данным В-сканирования и биомикроскопии оценивали положение ИОЛ после дисцизии. При исходном правильном положении ИОЛ во всех 33 (100 %) случаях не было отмечено дислокации и в послеоперационном периоде. Из осложнений можно выделить наличие единичных микрократеров на поверхности ИОЛ в случаях ее полного контакта с задней капсулой. Данные повреждения не повлияли на зрительные функции пациентов.

После лечения вторичной катаракты зрительные функции улучшились у всех пациентов. Острота зрения от среднего предоперационного уровня 0,3 повысилась до 0,6. Степень повышения остроты зрения зависела от наличия сопутствующей патологии.

Выводы.

1. ИАГ-лазерная дисцизия вторичной катаракты является эффективным, малотравматичным и наиболее оптимальным методом лечения вторичной катаракты, в том числе, при сопутствующей интраокулярной патологии, что позволило повысить остроту зрения в среднем с 0,3 до 0,6.

2. Из осложнений можно выделить наличие единичных микрократеров на поверхности интраокулярной линзы в случаях ее полного контакта с задней капсулой. Данные повреждения не повлияли на зрительные функции пациентов.

3. После лечения вторичной катаракты зрительные функции улучшились у всех пациентов, при этом степень повышения остроты зрения зависела от наличия сопутствующей патологии. Наименьшая острота зрения, полученная в результате операции, была достигнута у пациентов с сопутствующей возрастной макулярной дегенерацией, первичной открытоугольной глаукомой и диабетической ретинопатией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Eliaçık, M., Bayramlar, H., Erdur, SK. Anterior segment optical coherence tomography measurement after neodymium-yttrium-aluminum-garnet laser capsulotomy //Am J Ophthalmol. - 2014.- Nov;158 (5):994-8. doi: 10.1016/j.ajo.2014.08.008.