

3. Малая травматичность торакоскопических операций позволяет шире использовать их для лечения больных СП. Для клиник, владеющих видеоторакоскопией, такой метод хирургического вмешательства должен считаться операцией выбора.

4. Оперативное лечение СП должно состоять из собственно хирургического вмешательства и использования противорецидивных методик, направленных на создание сращений между париетальной и висцеральной плеврой (плевродез).

ЛИТЕРАТУРА

1. Афендулов С. А., Мощин С. А., Ковалев М. В. // Хирургия. — 2010. — № 6. — С. 31—35.
2. Вачев А. Н., Адыширин-Заде Э. Э., Фролова Е. В. и др. // Хирургия. — 2013. — № 6. — С. 26—28.
3. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению спонтанного пневмоторакса (проект). — Протокол заседания торакальной секции РОХ, Ассоциация торакальных хирургов России. — СПб, 2013.
4. Олефиоров А. С., Алеширин-Заде Э. Э., Андреев И. С. и др. К вопросу о выборе тактики лечения больных с

первым эпизодом первичного спонтанного пневмоторакса / Материалы XI съезда хирургов России. — Волгоград, 2011. — С. 254—255.

5. Письменный А. К., Федорин А. К., Мурышкин Е. В. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2001. — № 5. — С. 47—50.

6. Полянцев А. А., Боско О. Ю., С. В. Карпенко и др. // Вестник ВМА. — 2000. — № 6. — С. 159—162.

7. Резолюция X съезда РОЭХ по спонтанному пневмотораксу. — Эндоскопическая хирургия. — 2007. — № 4. — С. 31—37.

8. Сабанов В. И., Иваненко В. В., Щербинина Е. В. // Вестник ВолгГМУ. — 2011. — № 2. — С. 34—37.

9. British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010 // Thorax. — 2010. — Vol. 65, suppl. 2. — P. 18—31.

Контактная информация

Полянцев Александр Александрович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии с урологией, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: a.polyantsev@yandex.ru

УДК 617.741-007.21:617.7-089

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИМПЛАНТАЦИЙ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ ИОЛ ПРИ КОРРЕКЦИИ АФАКИИ В ОСЛОЖНЕННЫХ СЛУЧАЯХ

Н. В. Кадатская, В. П. Фокин, А. М. Марухненко

Волгоградский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России

Функциональные результаты имплантации переднекамерной ИОЛ и склеральной ИОЛ с шовной фиксацией показали эффективность обеих групп линз для коррекции афакии при отсутствии капсульной поддержки.

Ключевые слова: афакия, переднекамерная ИОЛ, склеральная ИОЛ.

IMPLANTATION OF VARIOUS IOL MODELS FOR APHAKIA CORRECTION IN COMPLICATED CASES: COMPARATIVE ANALYSIS OF FINDINGS

N. V. Kadatskaya, V. P. Fokin, A. M. Marukhnenko

Comparison of anterior chamber IOL versus scleral IOL with suture fixation revealed similar effectiveness of functional findings for the correction of aphakia in cases of capsular support deficiency.

Key words: aphakia, anterior chamber IOL, scleral IOL.

Современный уровень технического оснащения хирургии катаракты создал реальную базу для успешного проведения операций при удалении осложненных катаракт. Эта проблема в настоящее время является одной из наиболее актуальных в современной катарактальной хирургии, так как количество осложненных катаракт увеличивается с каждым годом, растет требовательность пациентов к функциональным результатам операции.

Проведенная в 1949 г. первая имплантация интраокулярной линзы (ИОЛ) дала толчок бурному развитию имплантационной хирургии. Было разработано большое

количество различных моделей ИОЛ, в том числе и для случаев с полным отсутствием капсулы хрусталика. Однако несовершенство конструкций и материалов, существующих методов хирургии катаракты тех лет обуславливали высокий процент серьезных осложнений, что существенно ограничивало показания к интраокулярной коррекции после удаления осложненных катаракт или вторичной имплантации при афакии [5, 6], а во многих случаях даже приводило к отказу от имплантации.

Последующее интенсивное развитие и совершенствование микрохирургических технологий, разработка новых моделей ИОЛ и способов их фиксации созда-

ли условия для того, что в настоящее время отсутствие капсулы хрусталика давно уже перестало быть противопоказанием для имплантации.

В случаях осложненной катаракты с несостоятельностью капсулы хрусталика или отсутствием капсулы при вторичной имплантации перед хирургом встает проблема выбора как наиболее рационального вида операции, так и выбора оптимальной модели ИОЛ и способа ее фиксации.

В настоящее время для имплантации при отсутствии капсульной поддержки используют различные модели ИОЛ и способы их фиксации: переднекамерные, зрачковые, заднекамерные. Несмотря на определенные преимущества перед другими группами, каждая имеет свои характерные недостатки [1, 2, 4].

Наиболее частые осложнения переднекамерных ИОЛ — ЭЭД роговицы, хронический вялотекущий увеит, рецидивирующая гифема, кистозный макулярный отек — связаны с постоянным давлением опорных элементов на задней эпителии роговицы, трабекулярную зону, цилиарное тело.

Для зрачковых ИОЛ характерна дислокация в переднюю камеру и стекловидное тело, ограничение диафрагмальной функции радужки [7].

Склеральные ИОЛ требуют сложной техники имплантации и шовной фиксации, нередко сопровождаются такими осложнениями, как гифема, гемофтальм, прорывание фиксирующего узлового шва [3].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Ретроспективный анализ результатов имплантаций 2 типов ИОЛ для коррекции афакии при отсутствии капсульной поддержки — переднекамерной и заднекамерной с фиксацией в цилиарной борозде.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе представлены результаты хирургического лечения 114 пациентов. Из них мужчин — 64, женщин — 50. Возраст пациентов варьировал от 12 до 88 лет.

Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу (59 чел.) вошли пациенты, которым была имплантирована переднекамерная ИОЛ OPAB-130 производства фирмы «Hanita lenses» (Израиль). Во 2-ю группу (55 чел.) вошли пациенты, которым была имплантирована заднекамерная ИОЛ CZ70BD фирмы «Alcon» (США) с фиксацией в цилиарной борозде.

Всем пациентам перед операцией проводились стандартные исследования: визометрия, рефрактометрия, тонометрия, тонография, эхобиометрия, периметрия, офтальмометрия, биомикроскопия переднего отрезка глаза, офтальмоскопия, ультразвуковое исследование, электрофизиологическое исследование сетчатки и зрительного нерва.

В 1-й группе показаниями к имплантации явились: подвывих хрусталика (40 глаз), дислокация ранее имплантируемой ИОЛ вместе с капсульным мешком в стек-

ловидное тело (8 глаз), афакия после ранее выполненных интракапсулярных экстракций катаракты (2 глаза), обширный разрыв или отрыв задней капсулы хрусталика при проведении факэмульсификации катаракты (9 глаз). Из сопутствующих заболеваний отмечены глаукома (11 глаз), МВС (4 глаза), ПЭС (16 глаз), эфиретинальный фиброз (3 глаза).

Показаниями к имплантации склеральной ИОЛ во 2-й группе, помимо выбора хирурга, стали: травматическая люккация ИОЛ в стекловидное тело (19 глаз), выраженная сублюккация хрусталика III ст. (12 глаз), замена дислоцированной в стекловидное тело ИОЛ (8 глаз), афакия после ранее выполненных интракапсулярных экстракций катаракты (6 глаз), разрыв задней капсулы или отрыв капсулы хрусталика во время факэмульсификации (2 глаза). Из сопутствующих заболеваний отмечены: глаукома (20 глаз), МВС (3 глаза), хронический увеит (2 глаза), синдром Марфана (10 глаз).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ранний послеоперационный период протекал адекватно: в 1-й группе — на 55 глазах (93 %), во 2-й группе — на 32 глазах (59 %).

Осложнения раннего послеоперационного периода представлены в табл. 1.

Таблица 1

Осложнения в раннем послеоперационном периоде

Виды осложнений	1-я группа (OPAB-130)	2-я группа (CZ70BD)
Отек роговицы	1	9
Иридоциклит	—	3
Гипертензия	1	4
Гемофтальм	—	5
ОСО	1	5
Макулярный отек	1	1
Дислокация ИОЛ	—	1

На представленной табл. видно, что у пациентов 2-й группы, которым была имплантирована заднекамерная ИОЛ с фиксацией в цилиарной борозде, ранний послеоперационный период характеризовался значительно большим количеством осложнений. Это связано как с более тяжелым исходным состоянием большинства глаз этих пациентов, обусловленных наличием различной степени выраженности посттравматических изменений, так и с большим объемом и длительностью хирургического вмешательства.

Выраженный отек роговицы I—II ст. отмечался у 1 пациента из 1-й группы и у 9 — из 2-й группы. После активной медикаментозной терапии он полностью исчезал на 4—7 сутки после операции. Воспалительная реакция различной степени выраженности отмечалась только у 3 пациентов 2-й группы и потребовала усиле-

ния противовоспалительной терапии. Повышение ВГД мы наблюдали у 1 пациента из 1-й группы и у 4 — из 2-й группы. Во всех случаях оно нормализовалось после назначения гипотензивной терапии. У 1 пациента из 1-й группы и у 5 — из 2-й группы, наоборот, отмечалась выраженная гипотония на фоне отслойки сосудистой оболочки. Вследствие отсутствия эффекта от медикаментозного лечения в 2 случаях была выполнена ЗТС. Частичный гемофтальм был диагностирован у 5 человек из 2-й группы. Частота развития макулярно-го отека оказалась одинаковой — по 1 случаю в каждой группе. И у 1 пациента из 2-й группы произошла децентрация ИОЛ за счет ослабления фиксирующего шва, что потребовало проведения репозиции ИОЛ.

В позднем послеоперационном периоде (средний срок наблюдения от 1 до 10 мес.) частичный гемофтальм отмечался у 2 пациентов из 1-й группы и у 3 пациентов из 2-й группы, вялотекущий увеит — у 7 пациентов из 1-й группы и у 6 пациентов из 2-й группы. Данные осложнения купировались назначением консервативного лечения. Отслойка сетчатки отмечалась у 1 пациента из 1-й группы и у 3 пациентов из 2-й группы и потребовала проведения хирургического лечения. Кроме того, в 1-й группе наиболее часто развивалась офтальмогипертензия — 14 случаев, причем у 1 пациента наблюдался зрачковый блок. У большинства пациентов повышение ВГД купировалось медикаментозно, пациенту со зрачковым блоком была произведена базальная иридэктомия, и 1 пациенту была выполнена антиглаукомная операция.

У пациентов 2-й группы повышение ВГД отмечено в 7 случаях и было нормализовано назначением гипотензивных капель. Макулярный отек отмечался у 8 пациентов 1-й группы и у 12 — 2-й группы. Всем пациентам с макулярным отеком был проведен курс консервативного лечения. Лазерная коагуляция сетчатки была выполнена в дальнейшем 9 пациентам.

Частота и характер осложнений в позднем послеоперационном периоде представлены в табл. 2.

Таблица 2

Осложнения в позднем послеоперационном периоде

Вид осложнений	1-я группа (ОРАВ-130)	2-я группа (СЗ70ВД)
Гемофтальм	2	3
Вялотекущий увеит	7	6
Макулярный отек	8	12
Повышение ВГД	13	7
Отслойка сетчатки	1	3
Иридоленсвитреальный блок	1	—

Корректирующая острота зрения до операции варьировала от светоощущения до 0,5 в 1-й группе и от светоощущения до 0,8 — во 2-й группе.

Полученные результаты остроты зрения пациентов после операции представлены в табл. 3.

Таблица 3

Корректирующая острота зрения в послеоперационном периоде, (%)

Острота зрения	1-я группа (ОРАВ — 130), кол-во глаз	2-я группа (СЗ70ВД), кол-во глаз
<0,1	5 (8,5)	4 (7,2)
0,1—0,3	24 (40,7)	15 (27,2)
0,4—0,6	20 (33,9)	23 (41,9)
0,7—1,0	10 (16,9)	13 (23,7)
Всего	59 (100)	55 (100)

Высокая корректирующая острота зрения (0,4 и выше) достигнута у пациентов 1-й группы в 51 % случаев, у пациентов 2-й группы — в 65 % случаев. Средняя корректирующая острота зрения составила в 1-й группе $0,4 \pm 0,13$, во 2-й группе — $0,48 \pm 0,09$. Наиболее частыми причинами низкого зрения в послеоперационном периоде являлись дистрофические изменения сетчатки и зрительного нерва, посттравматические изменения различных отделов глаза, высокий индуцированный астигматизм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Функциональные результаты имплантации переднекамерной ИОЛ и склеральной ИОЛ с шовной фиксацией показали эффективность обеих групп линз для коррекции афакии при отсутствии капсульной поддержки.

2. Имплантация современных моделей переднекамерных и склеральных ИОЛ вызывает гораздо меньше осложнений, чем в первые годы развития имплантологии, и позволяет достичь хороших клинико-функциональных результатов в осложненных случаях.

3. Сопоставимые функциональные результаты имплантации переднекамерной ИОЛ и склеральной ИОЛ с шовной фиксацией не выявили достоверных преимуществ какого-либо из этих методов коррекции афакии в осложненных случаях и еще раз доказали, что в настоящее время не существует идеальной ИОЛ для коррекции афакии при отсутствии капсулы хрусталика. В связи с этим является перспективным дальнейший поиск новых моделей ИОЛ и способов их фиксации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азнабаев М. Т., Азнабаев Р. А., Абсалимов М. Ш. Результаты вторичной имплантации заднекамерных ИОЛ со склеральной шовной фиксацией у детей // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии. — М., 2005. — С. 27—33.
2. Вургафт Я. М., Зубрилова М. М., Анисимова Г. Р., Сабирова И. Х. // Современные технологии хирургии катаракты. — М., 2001. — С. 56—58.

3. Малюгин Б. Э., Файез Рахим, Демьянченко-Шульга С. К. // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии. — М., 2005. — С. 196—203.

4. Паштаев Н. П., Батьков Е. Н. // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии. — М., 2007. — С. 215—217.

5. Паштаев Н. П. Хирургия подвывихнутого и вывихнутого в стекловидное тело хрусталика. — Чебоксары, 2006. — 92 с.

6. Тахчиди Х. П., Егорова Э. В., Толчинская А. И. Интраокулярная коррекция в хирургии осложненных катаракт. — М., 2004. — 170 с.

7. Федоров С. Н., Егорова Э. В. Ошибки и осложнения при имплантации искусственного хрусталика. — М., 1992. — 247 с.

Контактная информация

Фокин Виктор Петрович — д. м. н., профессор, директор Волгоградского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова», e-mail: mntk@isee.ru

УДК 159.9:617.741-004.1-052

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КАТАРАКТОЙ В ДИНАМИКЕ

В. Н. Канюков, Э. А. Петросян

*Оренбургский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России*

Изучена динамика оценки качества жизни до и после операции с помощью опросника ВОЗКЖ-100, разработанного Всемирной организацией здравоохранения, и влияние ее на психологическое состояние пациента.

Ключевые слова: пациент, качество жизни, психологический статус, катаракта.

SUBJECTIVE EVALUATION OF THE PROGRESSION OF QUALITY OF LIFE INDICATORS IN CATARACT PATIENTS

V. N. Kanyukov, E. A. Petrosyan

The progression of life quality estimation before and after surgery using the World Health Organization for study life quality — 100 questionnaire developed by the World Health Organization as well as its influence on the psychological status of patients was studied.

Key words: patient, quality of life, psychological status, cataract.

В настоящее время во многих научных и популярных средствах информации по различным поводам все чаще звучат термины «качество жизни» и «связанное со здоровьем качество жизни». Однако до сих пор их содержание остается довольно расплывчатым, разные авторы порой понимают значение этих терминов по-разному. Важно произвести разделение и конкретизацию смыслового содержания понятия «качество жизни».

Социология медицины работает, главным образом, с теми аспектами качества жизни, которые связаны со здоровьем и которые получили общее наименование «связанное со здоровьем качество жизни». Содержание этого понятия можно представить, как зону пересечения областей двух определений, данных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для качества жизни: «восприятие индивидуумами своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей той среды, в которой они живут, в неразрывной связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами» и для здоровья: «полное физическое, психологическое и социальное благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания».

Такое определение связанного со здоровьем качества жизни в случае наличия определенного типа патологии приводит к тому, что появляется необходимость исследовать некоторое множество факторов, определяющих это качество жизни в условиях воздействия множества факторов, связанных с конкретной патологией [2]. В последние годы наблюдается значительный рост интереса к понятию «качество жизни» (КЖ) со стороны представителей различных областей медицины, в том числе офтальмологов, и увеличение числа публикаций по данной проблеме [3]. Первые попытки всестороннего изучения последствий снижения зрительных функций, в частности, при катаракте, для повседневной жизни больного были предприняты датским исследователем Bernth Peterson еще в начале 1980 годов [3, 5, 6], однако долгое время его работы не получали дальнейшего продолжения.

Интерес к качеству жизни больных с различными видами офтальмопатологии возник после опубликования в 1997 г. Lee, et al. [7] результатов масштабного исследования КЖ лиц со зрительными расстройствами с использованием опросника SF36 и последующим