

ФАКОЕМУЛСИФИКАЦИЯ ПРИ ПСЕВДО ЕКСФОЛИАТИВЕН СИНДРОМ

Доц. д-р Цветомир Димитров

д-р Даря Петкова

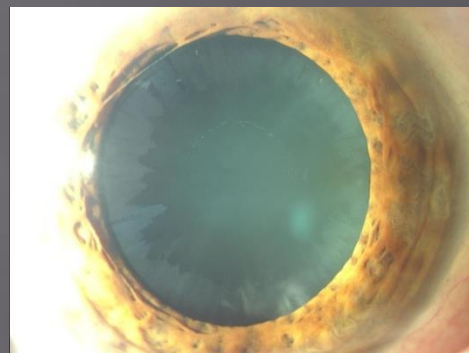
д-р Красимир Андреев

Очно отделение

Първа МБАЛ – София ЕАД

Въведение:

Псевдоексфолиативният синдром(ПЕС) е възрастово обусловено заболяване, което се изразява с отлагане на фибро-грануларен материал по структурите на предния очен сегмент. Най-често се наблюдават белезникави люспи и нишки върху зеницата и предната лещена повърхност (1).



Интересът на катаракталните хирурзи към псевдоексфолиативния синдром се дължи на повишения риск от оперативни усложнения, особено при класическата екстракапсулна екстракция.

Причини за усложненията са недобрата мидриаза и уврежданията на зонулите (2,3,4).

Недостатъчната дилатация на зеницата се определя като основен фактор за руптура на задната лещена капсула и изтичане на стъкловидно тяло (5).

Характерният за заболяването нестабилен зонуларен апарат крие от своя страна риск за зонуларна диализа, дислокация на лещата и изтичане на стъкловидно тяло (2, 6, 7).

Цел:

Да се преценят интраоперативните усложнения при факоемулсификация и имплантация на мека вътреочна леща при очи с псевдоексфолиативен синдром.

Пациенти и Методика:

В проспективно проучване, проведено в Очно отделение на Първа МБАЛ-София ЕАД, бяха включени по 25 последователно оперирани за катаракта по метода на факоемулсификация с имплантация на мека вътреочна леща пациенти, с и без наличие на ПЕС. В проучването не участваха болни със съпътстващи очни заболявания като глаукома, високостепенна миопия или очни травми.

Предоперативно зениците бяха разширявани чрез двукратно накапване на 1% циклопент и 10% фенилефрин. Капсулорексисът беше извършен с пинсет след оцветяване с метиленово синьо. Извършена беше хидродисекция, фако-чоп, иригация и аспирация на кортикалните маси. Имплантирана беше мека леща моноблок в капсулния сак или в сулкуса.

Получените данни бяха обработени статистически по метода хи-квадрат, като за сигнификантни бяха приети стойностите на $P < 0,05$.

Резултати и обсъждане:

В нашето проучване групата с ПЕС беше със средна възраст 78,5 сигнификантно по висока от тази на контролната група 71,3 г. ($P < 0,05$). Не беше наблюдавана разлика в разпределението по пол между двете групи. Максималната мидриаза при очите с псевдоексфолиации беше сигнификантно по-малка при очите с псевдоексфолиации ($P < 0,05$). Максимална мидриаза над 5 мм беше постигната при 23 от контролната група (92%) и едва при 3 от очите с ПЕС (12%). Под 3 мм беше мидриазата при 2 от очите с ПЕС (8%) и при нито една от контролите.

По време на операция диализа на зонулите бяха наблюдавана при две от очите с ПЕС и при едно от контролната група. В двете групи пациенти беше наблюдавана и по една руптура на задната лещена капсула.

Доколкото ПЕС е често срещана патология при кандидатите за операция на катаракта, за хирурзите е важно да са наясно с възможните усложнения, които могат да се случат по време на работата им.

Добрата мидриаза е много важен фактор за успешна факоемулсификация. Това важи в още по-голяма степен за очите с ПЕС, където се очаква увреждане и на зонуларния апарат. Нашите резултати показаха, че очаквано мидриазата е по-слаба в очите с наличие на ПЕС. Доколкото по-висока честота на усложнения по време на катарактна екстракция се описват предимно при класическата екстракапсулна екстракция, повечето автори не отчитат съществени различия при извършване на факоемулсификация (8,9).

Резултати и обсъждане:

В нашата серия честотата на интраоперативните усложнения беше съпоставима между контролната и групата с ПЕС. При по-скорошните научни съобщения също не се отчитат съществени различия при очите с и без ПЕС. Това може да се обясни както с навлизането на по-съвършени апарати за факоемулсификация, така и с подобряването на оперативната техника. За добрите резултати при тези очи са много важни уменията и опитът на хирурга. Практиката ни показва, че използването на багрило по време на капсулорексиса, внимателната хидродисекция и ротация на леченото ядро, както и факоемулсификацията над капсулния сак намаляват стреса на зонулите, респективно риска от интраоперативни усложнения (10,11,12).

Заклучение:

Факоемулсификацията с имплантация на мека вътреочна леща в ръцете на опитния хирург е сигурна оперативна интервенция при очите с псевдоексфолиативен синдром.

Книгопис:

1. Naumann, GOH, Schlötzer-Schrehard U, Kuchle M: Pseudoexfoliation syndrome for the comprehensive ophthalmologist: intraocular and systemic manifestations. Ophthalmology 1999; 105: 951-968
2. Schlotzer-Schrehardt, U, Naumann, GOH (1994): A Histopathologic Study of Zonular Instability in Pseudoexfoliation Syndrome; Am J Ophthalmol; 118: 730-743
3. Carpel, EF (1988): Pupillary dilation in eyes with pseudoexfoliation syndrome; Am J Ophthalmol; 105: 692-694
4. Güzek, J, Holm, M, Cotter, J, et al. (1987): Risk factors for intraoperative complications in 1000 extracapsular cataract cases; Ophthalmology; 94: 461-466
5. Avramides, S, Traianidis, P, Sakkias, G (1997): Cataract surgery and lens implantation in eyes with exfoliation syndrome; J Cat Refr Surg; 23: 583-588
6. Skutta, G, Parrish, Hodapp, E (1987): Zonular dialysis during extracapsular cataract extraction in pseudoexfoliation syndrome; Arch Ophthalmol; 105: 632-634
7. Moreno-Montañes, J, Duch, S, Lajara, J (1993): Pseudoexfoliation syndrome: Clinical factors related to capsular rupture in cataract surgery. Acta Ophthalmol, 71: 181-184
8. Shastri, L, Vasavada, A (2001): Phacoemulsification in Indian eyes with pseudoexfoliation syndrome. J Cat Refr Surg, 2001: 1629-1637
9. Nagashima, R (2004): Decreased incidence of capsule complication and vitreous loss during phacoemulsification in eyes with pseudoexfoliation syndrome. J Cat Ref Surg 30: 127-131
10. Akinci, A, Batman, C, Zilelioglu, O (2008): Phacoemulsification in pseudoexfoliation syndrome. Ophthalmologica, 222: 112-116
11. Fine, IH, Hoffman, RS (1997): Phacoemulsification in the presence of pseudoexfoliation: challenges and options. J Cat Refr Surg 23: 1660-1665
12. Drolsum, L, Haaskjold, E, Sandvig, K (1998): Phacoemulsification in eyes with pseudoexfoliation. J Cat Ref Surg 24; 787-792