

ЗАСТОСУВАННЯ МІДРІАТИКІВ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ КАТАРАКТИ

Н. В. Климчук

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
ННІ медсестринства*

У статті висвітлено особливості хірургічного лікування катаракти та його розвиток протягом останніх десятиліть.

THE USAGE OF MIDRIATICS IN THE CATARACT SURGERY

N. V. Klymchuk

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky
Institute of Nursing*

This article adduces the cataract surgery and its development during the last decades.

Вступ. За останні десятиліття хірургія катаракти значно розвинулася. Впровадження новітніх технологій та постійне вдосконалення хірургічної техніки зменшило потреби у госпіталізації та післяопераційному нагляді. В той же час недостатній мідріаз під час факоемульсифікації катаракти залишається причиною операційних та післяопераційних ускладнень, що визначають ступінь реабілітації хворих.

Основна частина. При підготовці пацієнтів до операції відсутнє одностайне ставлення офтальмохірургів до передопераційних заходів щодо розширення зіниці та підтримки мідріазу під час операції. Причинами невдоволення офтальмологів залишаються: недостатня величина мідріазу за певних методик, довга тривалість процедури розширення зіниці та пов'язані з цим затримка пацієнтів на доопераційному етапі, навантаження на медичний персонал, системна дія ліків. В деяких випадках частково вирішує проблему відмова від передопераційного розширення зіниці та застосування внутрішньоопераційних методик мідріазу.

В той же час зниження функції зіниці зустрічається у 40–85 % пацієнтів старше 60 років.

При катаракті, поєднаній з глаукомою, відмічаються зміни тканин райдужної оболонки різної інтенсивності в 17–76 % пацієнтів, при псевдоексfolіативному синдромі (ПЕС) – в 40–65 %, при цукровому діабеті – в 67–89 % випадків. У вказаних випадках запропоновано застосування механічного мідріазу. Завдяки введенню в клінічну практику механічного розширення зіниці значно розширились межі методу факоемульсифікації (ФЕК), протипоказанням до якої був донедавна недостатній мідріаз. Але способи механічного розширення зіниці значно відрізняються за конструкцією засобів (в разі інструментальних методик), величиною досягнутого мідріазу, складністю та впливом на післяопераційне функціонування ока. Висока травматичність деяких з них призводить до ризику виникнення операційних та післяопераційних ускладнень.

Для досягнення максимального мідріазу на доопераційному етапі в стандартних та ускладнених ситуаціях використовується схема: 3-разове закапування через 15–20 хвилин комбінації препаратів: 1–2 краплі р-ну димексиду 20 %, 1–2 краплі р-ну атропіну сульфату 1 %, 1–2 краплі р-ну мезатону 10 %, закапаних з інтервалом в 1 хвилину. Операцію проводити не пізніше 2 годин після останньої інстиляції.

Внутрішньокамерне введення 0,1–0,3 мл суміші, що складається з 1,0 мл 1 % розчину мезатону, 0,5 мл 2 % розчину лідокаїну та 0,5 мл збалансованого розчину BSS, є ефективним додатковим засобом для підтримання мідріазу під час ФЕК в стандартних умовах.

Новий спосіб механічного розширення зіниці та захисту зіничного краю райдужки під час ФЕК – пупілопротектор, порівняно з іншими методами механічного мідріазу, чинить в 2–3 рази менший негативний вплив на післяопераційне функціонування зіниці. Така схема поетапного використання медикаментів та інструментальних засобів для досягнення та підтримання мідріазу при стандартних та ускладнених ситуаціях при екстракції катаракти дозволяє практичному лікарю досягнути та підтримати мідріаз з мінімальним негативним впливом.

Критерієм досягнення максимального медикаментозного мідріазу на доопераційному етапі вважається нерухомість зіниці на внутрішньокамерне введення в ході факоемульсифікації після розтину передньої камери 0,1–0,3 мл 0,5 %

р-ну мезатону (суміші: 0,5 мл 1 % р-ну мезатону та 0,5 мл збалансованого р-ну (BSS)).

Висновок. Забезпечення мідріазу (досягнення та підтримання) в процесі хірургічного втручання є важливим чинником, що впливає на якість реабілітації хворих на катаракту. Спосіб одержання мідріазу повинен бути ефективним, безпечним, надійним в стандартних та ускладнених ситуаціях, що можуть виникнути. Використання комбінації холінолітика, адреноміметика та провідника призводить до максимального медикаментозного мідріазу. Встановлено, що у пацієнтів з катарактою, нормальним анатоомо-функціональним станом райдужки, за умов краплинної анестезії внутрішньокамерне введення 0,5 % розчину лідокаїну призводить до розширення зіниці, при якому можна розпочинати оперативне втручання. Внутрішньокамерне введення 0,1–0,3 мл суміші, що складається з 1,0 мл 1 % розчину мезатону, 0,5 мл 2 % розчину лідокаїну та 0,5 мл збалансованого розчину BSS (в якій лідокаїн представлений 0,5 % розчином), є ефективним засобом для підтримання мідріазу під час факоемульсифікації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кондратенко Ю. М. Досвід крапельного розширення зіниці для отримання максимального мідріазу на доопераційному етапі / Ю. М. Кондратенко, Л. П. Тутченко // Офтальмол. журн. – 2001. – № 4. – С. 76–78.
2. Кондратенко Ю. М. Лідокаїн – для підтримання мідріазу під час факоемульсифікації катаракти під крапельною анестезією / Ю. М. Кондратенко, Л. П. Тутченко // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. – К., 2004. – Вип. 13, кн. 4. – С. 109–114.
3. Кондратенко Ю. М. Порівняльний аналіз різних способів механічного мідріазу у пацієнтів з вузькою зіницею під час проведення факоемульсифікації ката-

- ракти / Ю. М. Кондратенко, Л. П. Тутченко // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. – К., 2004. – Вип. 13, кн. 4. – С. 101 – 109.
4. Тутченко Л. П. Способи досягнення та підтримання мідріазу / Л. П. Тутченко // Укр. мед. часопис. – I–II, 1/39. – 2004. – С. 108 – 116.
5. Марченко Л. П. Досягнення максимального мідріазу на доопераційному етапі / Л. П. Марченко // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. – К., 1999. – Вип. 8, кн. 1. – С. 546 – 553.
6. Марченко Л. П. Метод передопераційного мідріазу / Л. П. Марченко // Тези доповідей IV міжнародної конференції з офтальмології (1–2 жовтня, 1998, Київ). – Київ, С. 191.