см. цвет. вкладку) при фармакологическом мидриазе обнаруживается незначительная дислокация ИОЛ книзу и к виску. Капсульный мешок задействован в качестве поддержки гаптических и оптического элемента линзы. Более того, сохраненные волокна цинновой связки, пересекающие оптическую ось, также обеспечивают определенную поддержку ИОЛ сзади.

Через 2 месяца после транссклеральной шовной фиксации область шва чистая. Полипропиленовая нить снаружи полностью покрыта конъюнктивой, без признаков прорезывания, локального воспаления и фильтрации (рис. 7, см. цвет. вкладку).

На оптической когерентной томографии (ОКТ) эластичная ИОЛ визуализируется недостаточно хорошо (рис. 8, см. цвет. вкладку), тем не менее на томограмме хорошо просматривается дупликатура капсульного мешка, которая служит опорой для линзы.

Выводы. Первый опыт использования новой модели эластичной ИОЛ для имплантации в цилиарную борозду на глазах с врожденной эктопией хрусталика показал, что ИОЛ может быть имплантирована через малый разрез и надежно фиксирована к склере в области цилиарной борозды. Отсутствие интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений на фоне удовлетворительных клинико-функциональных результатов дает основание для более широкого изучения данной модели ИОЛ в клинике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Wagoner M.D., Cox T.A., Ariyasu R.G.* et al. Intraocular lens implantation in the absence of capsular support: a report by the American Academy of Ophthalmology // Ophthalmology. — Vol.110. — P. 840—859.

2. *Lyle W.A., Jin J.C.* Secondary intraocular lens implantation: anterior chamber vs posterior chamber lenses // Ophthalmic Surg. — 1993. — Vol. 24. — P. 375—381.

Н.П. Паштаев, Н.В. Корсакова, В.Е. Сергеева*

ВЛИЯНИЕ НЕРВНОГО ФАКТОРА НА ФОРМИРОВАНИЕ ВИДА ВОЗРАСТНОЙ КАТАРАКТЫ У ЧЕЛОВЕКА

Чебоксарский филиал ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова
** Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова, Чебоксары*

Актуальность. Вопрос о трофической функции нервной системы — важнейший вопрос о факторах поддержания стабильности тканевой дифференцировки и тканевого метаболизма живых

организмов. Значение расстройств нервных регуляторных механизмов в развитии патологических процессов переоценить трудно. Универсальный механизм патологии А.Д. Сперанский видел в нервно-дистрофических процессах, с которыми очень часто связаны самые начальные пусковые стадии болезненных процессов. Его представление о том, что нарушение регуляции обмена в тканях и органах может явиться первичным моментом в происхождении многих патологических процессов, получило многочисленные подтверждения (Ажипа Я.И., 1970; Волкова О.В., 1970; Швалев В.Н. и др., 1971, 2003). Поэтому изучать значение нейрогенных дистрофий для целостного организма и его реакцию на очаг нейродистрофии — особенно важно в практическом отношении.

Известно, что влияние нервной системы прямо или косвенно распространяется на все процессы в организме, что в возникновении болезней и их лечении большое значение имеют нервные и психические факторы. Еще Н.И. Пирогов отмечал, что у солдат отступающей армии раны заживают медленнее, чем у солдат-победителей. Современная литература, посвященная изучению возрастных изменений вегетативной нервной системы, достаточно обширна и раскрывает важные механизмы формирования многих возрастных заболеваний. Возможно, системный подход к изучению общего состояния пожилых пациентов, страдающих помутнением хрусталика, позволит раскрыть существенные патогенетические механизмы и возрастной катаракты.

Цель — изучить влияние преобладающего в организме звена вегетативной нервной системы и провести сравнительный анализ терапевтической патологии, сопутствующей формированию отдельных видов возрастной катаракты у человека.

Материал и методы. С декабря 2004 по декабрь 2006 года в ходе первичной офтальмологической диагностики и анализа данных амбулаторных карт 118 пациентов старше 60 лет проведено сплошное статистическое исследование. Исследуемые пациенты разделены на две группы: 1-я — пациенты, страдающие возрастной корковой катарактой (48 человек); 2-я — пациенты, страдающие возрастной ядерной катарактой (70 человек).

Указанные категории пациентов изучены следующими методами: 1 — методом биомикроскопии переднего отдела глаза при помощи щелевой лампы в целях идентификации вида возрастной катаракты; 2 — с помощью пробы с реактивной гиперемией на коже предплечья в целях определения степени влияния симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы; 3 — измерением уровня артериального давления и определением частоты сердечных сокращений с расчетом вегетативного

4. Заказ № К-7299

индекса Кердо по формуле: индекс Кердо = (1—D/p)×100, где D — уровень диастолического давления; p — частота сердечных сокращений; 4 — с помощью анализа терапевтической патологии, сопутствующей формированию отдельных видов возрастной катаракты у человека, по данным амбулаторных карт пациентов.

Результаты и обсуждение. В ходе первичной офтальмологической диагностики на основании данных биомикроскопии переднего отдела глаза сформированы две группы пациентов в зависимости от вида возрастного помутнения хрусталика.

В группе пациентов с корковым видом возрастной катаракты при постановке пробы с реактивной гиперемией обнаружено проявление преимущественно белого дермографизма (86,7 %). При этом в 13,3 % случаев выявлен смешанный дермографизм. При постановке пробы с реактивной гиперемией в группе пациентов, страдающих возрастной ядерной катарактой, продемонстрировано преобладающее возникновение красного дермографизма (83,4 %). При этом в 16,6 % случаев возникал смешанный дермографизм.

Измерение уровня артериального давления и определение частоты сердечных сокращений с последующим расчетом вегетативного индекса Кердо также выявили отличия в степени выраженности влияний на организм симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. Установлено, что среди пациентов, страдающих корковым помутнением хрусталика, наиболее распространен гиперкинетический тип гемодинамики, вегетативный индекс Кердо в среднем равен 0,84. Для пациентов, наблюдающихся по поводу ядерной катаракты, более характерен гипокинетический тип гемодинамики, вегетативный индекс Кердо в среднем составляет 26,03.

Между формированием отдельных видов возрастной катаракты и характером сопутствующих общих терапевтических заболеваний выявлена значительная частотная зависимость. Обнаружено, что пациенты, состоящие на учете по поводу возрастной корковой катаракты, чаще страдают гипертонической болезнью (52,1%), а пациенты с ядерной катарактой — лишь в 1,4% случаев. Среди пациентов с возрастной ядерной катарактой наиболее распространены симптоматическая гипертензия (61,4%) и атеросклероз церебральных сосудов (58,6%), которые при корковой катаракте встречаются лишь в 6,25 и 22,9% случаев соответственно. Частота сопутствующего катаракте сахарного диабета практически одинакова во всех группах пациентов, 2,1 и 2,9% соответственно. Важно, что при изучении частоты сопутствующих злокачественных новообразований онкологический

анамнез пациентов 2-й группы отягощен в 11,4% случаев (преобладали злокачественные заболевания кожи и слизистых различной локализации), в 1-й группе пациентов — значительно реже, лишь 2,1%.

При изучении характера и частоты сопутствующих заболеваний глаз выявлены интересные закономерности. Среди пациентов, страдающих возрастной ядерной катарактой, наиболее распространены: ангиосклероз сетчатки (94,3%), макулодистрофия по сухому типу (62,9%), первичная глаукома (38,6%), атрофия зрительного нерва (7,1%), крайне редко обнаруживается гипертонический ангиосклероз сетчатки (1,4%). Формирование возрастной корковой катаракты чаще сопровождали гипертонический ангиосклероз сетчатки (52,1%) и дистрофические изменения макулы по влажному типу (31,25%), реже ангиосклероз сетчатки (37,5%), атрофия зрительного нерва (2,1%), первичная глаукома (8,3%) и макулодистрофии по сухому типу (6,25%).

Полученные в ходе проведенного клинического исследования данные свидетельствовали о преобладании у пациентов с возрастной корковой катарактой тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, а у пациентов с возрастной ядерной катарактой — парасимпатического.

Выводы. Анализ данных исследования демонстрирует зависимость вида формирующейся возрастной катаракты человека от характера протекающих в организме пациента процессов возрастной инволюции вегетативной нервной системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Авакян О.М.* Симпато-адреналовая система. — Л.: Наука, 1972. — 183 с.

2. *Ажипа Я.И.* О гормональном звене механизма нейрогенных дистрофий // Нервная трофика в физиологии и патологии. — М., 1970. — С. 117—126.

3. *Ажипа Я.И.* Нервы желез внутренней секреции и медиаторы в регуляции эндокринных функций. — М.: Наука, 1981. — 503 с.

4. *Ажипа Я.И.* Трофическая функция нервной системы. — М.: Наука, 1990. — 672 с.

5. *Аничков Г.В., Заводская И.С., Морева Е.В., Веденеева З.И.* Нейрогенные дистрофии и их фармакотерапия. — Л.: Медицина, 1969. — 240 с.

6. *Аршовский И.А.* Очерки по возрастной физиологии. — М.: Медицина, 1967. — 476 с.

7. *Волкова О.В.* Нейродистрофический процесс (морфологические аспекты). — М., 1978. — 255 с.

8. *Лепехина Л.М.* Адаптационно-трофическое влияние шейных симпатических ганглиев в онтогенезе. — Л.: Наука, 1984. — 170 с.

9. *Сергеева В.Е., Смородченко А.Т., Спирин И.В., Сарилова И.Л.* Сов-

ременные представления об иннервации вилочковой железы // Здравоохранение Чувашии. — Чебоксары, 2007. — № 1. — С. 90—94.

10. *Швалев В.Н., Сосунов А.А., Гуски Г.* Морфологические основы иннервации сердца. — М.: Наука, 1992. — 364 с.

11. *Швалев В.Н., Гуски Г., Сосунов А.А., Тарский Н.А.* Преобразования симпатико-адреналовой системы в пожилом и старческом возрасте как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний // Казан. мед. журн. — Казань, 2003. — Т. LXXXIV, — № 6. — С. 401—408.

Н.П.Паштаев, Н.А.Поздеева, Русков К.Н., Елаков Ю.Н.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ РЕФРАКЦИОННО-ДИФРАКЦИОННОЙ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ С ПРЯМОУГОЛЬНЫМ ПРОФИЛЕМ «МИОЛ-РЕКОРД»

Чебоксарский филиал ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова

Актуальность. Хирургия катаракты всегда неразрывно связана с решением вопроса оптической коррекции оперированного глаза. Имплантация искусственного хрусталика стала традиционной операцией во всем мире. Большинство хрусталиков, выпускаемых многочисленными фирмами мира, — однофокусные. После их имплантации часто требуется дополнительная коррекция зрения при помощи очков. Поэтому восстановление аккомодации артифакичного глаза является одной из актуальных проблем в офтальмологии.

По восстановлению аккомодационной способности все существующие модели интраокулярных линз можно разделить на три большие группы: неаккомодирующие, псевдоаккомодирующие и аккомодирующие. На российском рынке имеются две отечественные псевдоаккомодирующие ИОЛ производства ООО «Репер-НН» (Н. Новгород) [5,7]: бифокальная градиентная Градиол, в которой сочетание материалов с разным показателем преломления позволяет формировать изображение от дальних и ближних объектов в разных фокусных точках [4,6], и бифокальная рефракционно-дифракционная с треугольным профилем МИОЛ-Аккоррд-1, которая благодаря равному распределению энергии в нулевом и 1+ порядках дифракции, коррекции аберраций роговицы и самой ИОЛ в ближнем фокусе в дифракционном компоненте позволяет пациенту видеть вдали и вблизи [1-3,8].