# الملخـص العربـــى

تعد المياه البيضاء (الكتاركتا) من اكثر الأمراض التى يمكن مناجزتها جراحياً بالنسبة للعين٠ والحل الوحيد هو إزالتها جراحياً٠ ولقد تطورت هذه الجراحات كثيراً وسريعاً وذلك خلال طرق ومراحل عديدة٠ ومنذ تصميم جهاز إستحلاب وشفط المياه البيضاء، والذى تلاه وكان من نتائجه أيضاً تصميم وتطوير العدسات القابلة للطى والمنزرعة داخل العين فقد تم تطوير إجراءات وخطوات الجراحة نفسها٠

وقد أدى استعمال جهاز الإستحلاب والشفط (الفاكو) وزرع العدسات القابلة للطى داخل العين، إلى إمكان إجراء الجراحة من خلال فتحة نفقية صغيرة يتراوح عرضها ما بين ثلاثة وخمسة مليمترات وطولها (حسب مكان الفتح، فى القرنية أو الصلبة) ما بين واحد ونصف إلى ثلاثة ونصف مليمترات٠ وكان من أبرز مميزات هذه الجراحات، هى عودة المريض سريعاً إلى ممارسة حياته الطبيعية بعد عدة أيام دون الحاجة أو الاعتماد حتما على النظارات الطبية ويرجع ذلك لعدة عوامل من أهمها عدم وجود تغير كبير أو حدوث تغيرات طفيفة فى شكل وسطح القرنية ( التضاريس)، حيث أن القرنية هى العامل الرئيسى فى تحديد قوة انكسار العين٠

ولقد حدث تطور كبير فى طرق قياس قوة انكسار أو تحدب القرنية وكذلك تضاريسها٠ ويعتبر جهاز قياس تضاريس (طوبوغرافيا) القرنية المتصل بالكمبيوتر ضرورة للتشخيص والمقارنة فى كثير من الأمراض وجراحات القرنية والمياه البيضاء على وجه الخصوص٠

وتهدف هذه الدراسة إلى تقييم مدى تأثير الفتح الجراحى النفقى (لإزالة المياه البيضاء) من خلال القرنية ومن خلال الصلبة على تضاريس القرنية ومقدار تحدبها، ومقارنة نتائج هاتين الطريقتين، وذلك باستخدام جهاز قياس تضاريس (طوبوغرافيا) القرنية٠

وقد أجريت هذه الدراسة على ثلاثين عيناً لخمسة وعشرين مريضاً ممن عانوا فقط من المياه البيضاء ولقد تراوحت أعمار المرضى بين خمسة وأربعين إلى خمسة وسبعين عاماً، ولقد تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين :

**المجموعة الأولى :**

اشتملت على عشرين عيناً، وقد أجريت لهم الجراحة باستخدام فتح بالقرنية **(كيراتوم)** مقداره ٣.٢ مم٠

**المجموعة الثانية :**

شملت عشرة أعيُن، أجريت لهم الجراحة باستخدام فتح بالصلبة (**كيراتوم**) مقداره ٣.٢مم٠

وتم عمل فحص كامل (قبل العملية) لجميع المرضى شملت قوة الإبصار، وقياس ضغط العين، وعمل طوبوغرافيا القرنية وقوة انكسارها باستخدام جهاز طوبوغرافيا القرنية المتصل بالكمبيوتر وقد تم إجراء العمليات تحت مخدر كلى باستثناء العمليات التى تعذر فيها استخدام المخدر الكلى وقد تم فحص الحالات فى اليوم التالى للعملية ثم بعد أسبوع و شهر وثلاثة شهور٠ وتم قياس تضاريس (طوبوغرافيا) القرنية قبل أجراء العملية ثم بعد شهر وثلاثة شهور من إجراء العملية٠

وقد أثبتت الدراسة باستخدام خريطة الفروق الطوبوغرافية، حدوث تغير فى المجموعة الأولى ذو أهمية؛ متوسطه (– ٠.٤٧ ديوبتر) بعد حوالى شهر من العملية الجراحية إلا أن هذا التغير قل بعد حوالى ثلاثة شهور أو كاد يختفى ليعود إلى أو قريب من الوضع قبل إجراء الجراحة حيث بلغ متوسطه (٠.٠٣ ديوبتر)٠ أما فى المجموعة الثانية فلم يكن هناك فرقاً ذى أهمية بعد حوالى شهر حيث كان متوسط التغير (–٠.٠١ ديوبتر) و بعد حوالى ثلاثة شهور كان متوسط التغير (–٠.١٥ ديوبتر)٠ وبناءاً على ما تقدم فإنه يوجد فرق ذو أهمية بين المجموعتين (وإن كان مقداره صغيراً) بعد حوالى شهر من إجراء الجراحة ولكن بعد حوالى ثلاثة شهور لا يوجد فرق ذو أهمية بين المجموعتين٠

أوضحت هذه الدراسة أيضاً أنه باستثناء الأسابيع القليلة الأولى من إجراء الجراحة فإنه لا يوجد فرق فى نتائج المجموعتين ومع ذلك فإن الطريقة الأولى (الفتح خلال القرنية) تكون أسهل وأسرع حيث أن الطريقة الثانية (الفتح خلال الصلبة) تحتاج لفتح الملتحمة، وبعض الحالات قد تحتاج إلى كى كما أن الفتح النفقى فى هذه الحالة بالضرورة سيكون أطول مما قد يسبب صعوبة فى استخدام جهاز الفاكو، وكذلك بعض الصعوبات أثناء زراعة العدسة داخل العين٠

كما أوضحت هذه الدراسة أهمية ودقة إستخدام جهاز (طوبوغرافيا) قياس تضاريس القرنية المتصل بالكمبيوتر فى المقارنة ومتابعة الحالات مقارنة ببعض الأجهزة التقليدية الأخرى٠