

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ФИКСАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ И ВНУТРИКАПСУЛЬНЫХ КОЛЕЦ В ОСЛОЖНЕННОЙ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ

Санюк Е.И., Далидович А.А.

Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра глазных болезней, г. Минск

Ключевые слова: факоэмульсификация, интраокулярная линза, внутрикапсульное кольцо.

Резюме: в статье приведены функциональные результаты различных методов фиксации интраокулярных линз и внутрикапсульных колец, используемых в клинике при осложненной хирургии катаракты.

Resume: the paper presents the functional results of various methods of fixing of intraocular lenses and intracapsular rings used in the clinic in complicated cataract surgery.

Актуальность. Катаракта является одной среди основных причин нарушения зрения (до 33% по данным 2013 г.). В современном мире общепринятый стандарт хирургии катаракты - это ультразвуковая факоэмульсификация (ФЭК) с имплантацией заднекамерных интраокулярных линз (ИОЛ) с интракапсулярной фиксацией. Несмотря на все достижения офтальмохирургии XXI в., проблема выбора модели и метода фиксации ИОЛ при отсутствии капсулярной и зонулярной поддержки при осложненной хирургии катаракты является актуальной. В литературе описаны различные методики как подшивания ИОЛ к радужке/ склере, так и имплантации внутрикапсульных колец (ВКК), что предоставляет возможность остановиться на оптимальном варианте для каждой конкретной ситуации [1, 2, 4]. ВКК помогает хирургу в размещении и центровке ИОЛ, обеспечивает расправление и дополнительную поддержку капсульного мешка; имплантируется через парацентез и не влияет на рефракцию. Существует возможность склеральной фиксации ВКК при критической несостоятельности связочного аппарата [3].

Цель: провести анализ функциональных результатов различных методов фиксации ИОЛ и ВКК в глазах с отсутствием капсулярной и зонулярной поддержки.

Задачи: 1. Изучить структуру пациентов с катарактой, которые имеют патологию капсулярного и зонулярного аппарата; 2. Обозначить основные виды операций и методы фиксации ИОЛ/ ВКК, применяемые в клинике; 3. Изучить функциональные результаты проведенных операций и факторы, влияющие на результат; 4. Установить, какие осложнения встречались у пациентов в интра- и постоперационном периодах.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование результатов операций, историй болезни 82 пациентов (84 глаза) с осложненными катарактами, сублюксацией хрусталика и афакией, которые находились на лечении в 1-ом и 2-ом глазных отделениях УЗ «3-я ГКБ им. Е. В. Клумова» г. Миска в период с января 2012 по декабрь 2013 гг. Все пациенты прошли комплексное клинко-офтальмологическое обследование, которое включало: визометрию, авторефрактометрию (до и после операции), тонометрию, ультразвуковое А- и В-сканирование, ИОЛ-мастер. Полученные в ходе исследования данные были статистически обработаны с помощью прикладных программ в Microsoft Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. Среди 82 пациентов: мужчины — 47 (57,3%), женщины — 35 (42,7%). Средний возраст больных составил $69,2 \pm 10,6$ лет [19 лет; 87 лет].

Пациенты до операции имели остроту зрения (*visus*) от светоощущения с правильной проекцией до 0,9 с/к (рис. 1). Среднее значение внутриглазного давления до операции $19,4 \pm 5,3$ мм рт. ст. [9 мм рт. ст.; 70 мм рт. ст.].

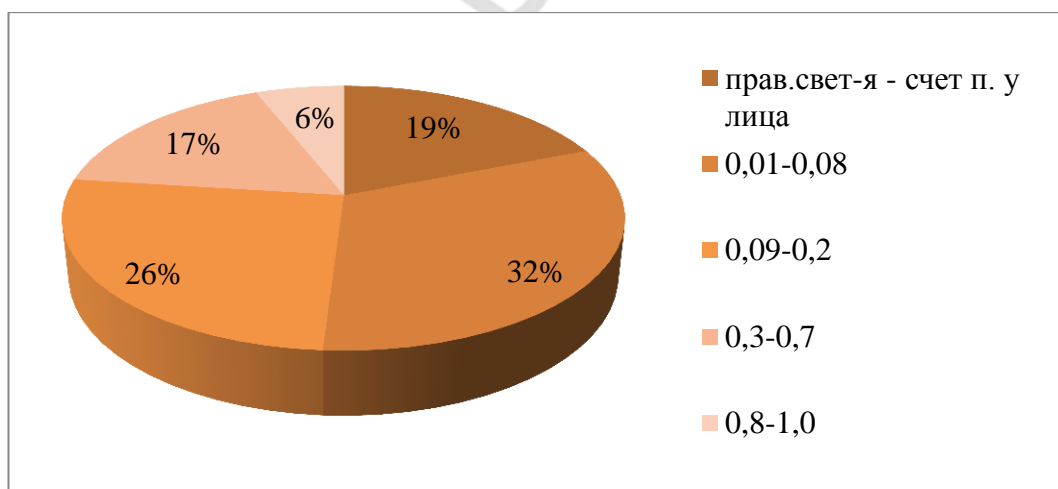


Рис. 1 - Visus до операции (структура пациентов)

Следует отметить, что среди сопутствующей патологии глаза доминировали такие состояния как псевдоэкзофалиативный синдром (ПЭС – системное заболевание, ассоциированное с возрастом; характеризуется отложением псевдоэкзофалиативного вещества на всех структурах переднего отдела глазного яблока, дистрофическими изменениями радужки и цилиарного тела, уменьшением прочности цинновой связки), глаукома, подвывих хрусталика, афакия и возрастная макулярная дегенерация (ВМД – необратимое прогрессирующее поражение центральной фотоактивной зоны сетчатки) (таблица 1).

Таблица 1 - Сопутствующая патология глаза

Состояние	Количество пациентов	%
ПЭС	38	45,2
Глаукома	29	34,5
Подвывих хрусталика (в том числе интраоперационный)	28 (14)	33,3 (16,7)
Афакия	16	19
ВМД	7	8,3

Решение о шовной фиксации ИОЛ/ВКК у 31,0% пациентов было принято интраоперационно, что обуславливалось частичным диализом связок—у 18 пациентов, у 1 – смещением капсульного мешка, у 7 – разрывом задней капсулы (из них у 1 наблюдалось падение ядра хрусталика на глазное дно), однако в предварительном плане операции возможная необходимость такой тактики была учтена.

Всего 20 пациентам (20 глаз) (23,8%) были имплантированы ВКК. Подшивание ИОЛ/ВКК к склере/радужке было выполнено у 65 пациентов (77,4%). У 7 пациентов (7 глаз) (8,3%) была дополнительно выполнена передняя витрэктомия (ПВЭ), у 19 пациентов (19 глаз) (22,6%) потребовалась закрытая витрэктомия (ЗВЭ).

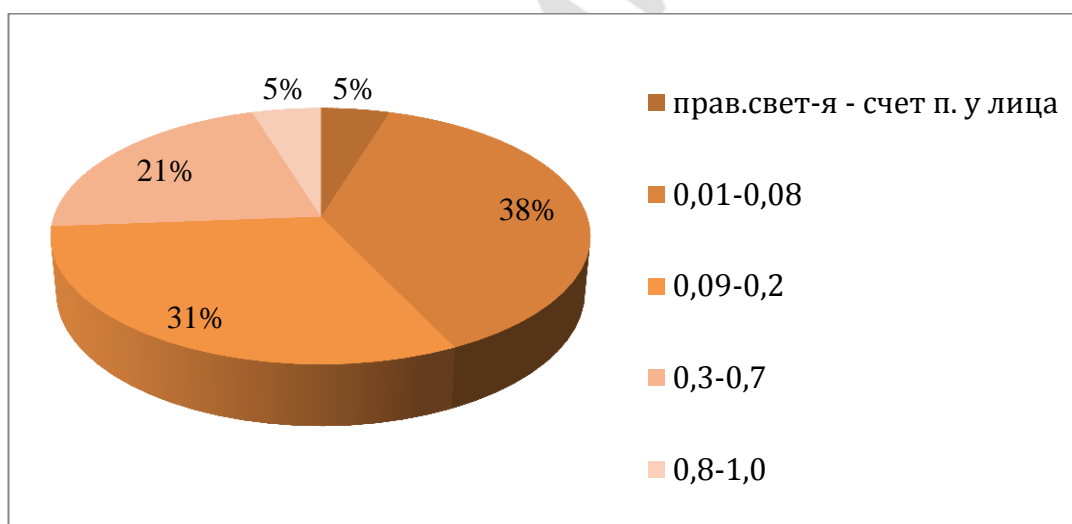


Рис. 2 -Visus после операции (структура пациентов)

У 3 пациентов (3 глаза) (3,6%) хирургическое лечение привело к развитию тракционной отслойки сетчатки, у 3 пациентов (3 глаза) (3,6%) в постоперационном периоде развилась эпителиально-эндотелиальная дистрофия роговицы, у 1 (1,2%) пациента наблюдались гифема, гемофтальм, у 1 (1,2%) пациента возникла экссудативная реакция.

Оперативное лечение способствовало улучшению остроты зрения у 58,3% пациентов, у 9,5% острота зрения осталась прежней (рис. 2, 3). Максимальная острота б/к составила 0,8-1,0 у 4 пациентов (4,8%) — из них у 2 была проведена ФЭК с имплантацией ИОЛ и ВКК, у 1 — ФЭК, ЗВЭ и имплантация ИОЛ (на капсулорексис), у 1 — было выполнено подшивание ИОЛ к радужке.

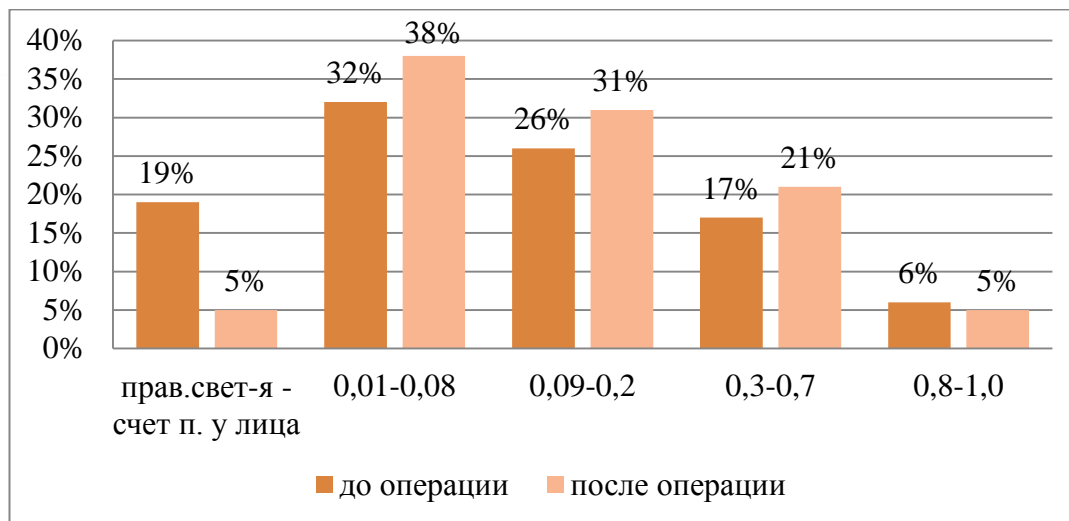


Рис. 3-Visus пациентов до и после операции

Выводы: 1. Использование различных методов фиксации интраокулярных линз и внутрикапсульных колец при осложненной хирургии катаракты позволяет достичь как анатомического, так и функционального результатов; 2. Наибольшее влияние на остроту зрения пациентов в постоперационном периоде оказывают размер роговичного разреза и индуцированный астигматизм, наличие отека роговицы, грыжи и деструкции стекловидного тела, а также сопутствующая патология глазного яблока.

Литература

1. Азнабаев, Б. М. Ультразвуковая хирургия катаракты — фактоэмульсификация / Б. М. Азнабаев // М.: Август Борг — 2005. — 136 с. — С. 105–116.
2. Тахчиди, Х. П. Интраокулярная коррекция в хирургии осложненных катаракт / Х. П. Тахчиди, Э. В. Егорова, А. И. Толчинская // М.: Изд-во «Новое в медицине» — 2007. — С. 176.
3. Hakan Oner, F. Dislocation of capsular bag with intraocular lens and capsular tension ring / F. Hakan Oner, Nilufer Kocak, A. Osman Saatci // J. of Cataract & Refractive Surg., 2006. — Vol. 32, №5. — P. 1756–1758.
4. Stephen, G. Intraocular Lens Dislocation: a vitreoretinal perspective / G. Stephen, W. Harry, E. Smiddy // Ophthalmology management. — 2009. — №5. — P. 1531–1533.