

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОДВЫВИХОМ ХРУСТАЛИКА

Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных с подвывихом хрусталика при наличии псевдоэкзофолиативного синдрома по традиционным и предложенной технологиям. Разработанная методика интракапсулярной экстракции сублюксированного хрусталика позволяет значительно повысить эффективность лечения больных, снизить вероятность тяжелых операционных и послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: катаракта, псевдоэкзофолиативный синдром, подвывих хрусталика, новый метод интракапсулярной экстракции катаракты.

Актуальность

Одной из актуальных проблем микрохирургии глаза остается удаление катаракты, осложненной патологией связочного аппарата хрусталика. Все шире становится круг заболеваний, сопровождающихся его сублюксацией различной степени. До последнего времени основными причинами нарушения связочного аппарата хрусталика являлись травма глазного яблока, либо врожденные заболевания. В настоящее же время все чаще слабость цинновых связок обнаруживается в глазах с глаукомой и при псевдоэкзофолиативном синдроме (ПЭС).

Высокая вариабельность псевдоэкзофолиативного синдрома в мире в целом подчеркивается многими исследователями. Существуют предположения, что это связано с географическими особенностями, а так же с наследственностью. Частота ПЭС увеличивается от южных широт к северным, особенно высокая частота ПЭС отмечается в Норвегии, Финляндии и России. В этих странах ПЭС встречается в 30%, особенно у лиц старше 50 лет. Отмечено так же, что частота ПЭС в сочетании с глаукомой выше, чем у лиц, не страдающих глаукомой [2].

Помутнение хрусталика относится к обязательной составляющей псевдоэкзофолиативного синдрома, причем для данной патологии типичным является ядерное помутнение. Важно, что помутнение хрусталика происходит очень быстрыми темпами, при этом нередко катаракта сочетается с подвывихом хрусталика, так как псевдоэкзофолиативный материал, откладываясь на волокнах связочного аппарата хрусталика, вызывает существенные его повреждения [1, 2]. В такой ситуации хирургия

катаракты существенно затрудняется, поскольку провести операцию по удалению сублюксированного или люксированного хрусталика и имплантировать интраокулярную линзу, избежав при этом тяжелых осложнений, остается довольно сложной задачей.

Хирургия катаракты достигла в настоящее время высочайшего развития, благодаря энергетическим технологиям, малым разрезам [3]. Ее стандартом на сегодняшний день является ультразвуковая факоэмульсификация с внутрикапсулярной фиксацией интраокулярной линзы (ИОЛ) [14, 15]. Однако применение таких технологий требуют определенного исходного состояния глаза и, соответственно, наличие сублюксации хрусталика вызывает ограничения в их применении [6, 8, 12]. Офтальмологи стремятся сохранить хрусталиковую сумку, используя ее для имплантации интраокулярной линзы [8, 12, 14]. Благодаря использованию дополнительных устройств для обеспечения стабилизации капсулы хрусталика (внутрикапсулярные кольца) обеспечиваются условия для выполнения оперативного вмешательства малоинвазивным путем с интракапсулярной имплантацией интраокулярной линзы [5-7]. Вместе с тем, имеются многочисленные сообщения о дислокации комплекса «капсульный мешок – кольцо – ИОЛ» в отдаленном послеоперационном периоде, что связано как с разрывом слабых цинновых связок во время капсулорексиса, так и с последующим их лизисом в ходе прогрессирования псевдоэкзофолиативного синдрома [2]. В связи с этим рекомендуется имплантировать ИОЛ не в капсульный мешок, а в цилиарную борозду. Предпочтение отдается склеральным ИОЛ с шовной фиксацией в sulcus ciliaris [4]. Однако подшивание ИОЛ, либо комплекса

«капсульный мешок-ИОЛ» к радужной оболочке или склере чревато риском геморрагических осложнений. Имеются также данные о биодеструкции шовного материала в отдаленном периоде, в этом случае риск дислокации ИОЛ существенно возрастает. Кроме того, данный метод имплантации повышает риск циклита [8]. Учитывая все эти особенности, не исключены и другие способы интраокулярной коррекции. Например, использование переднекамерных моделей искусственного хрусталика. Такой вид интраокулярной коррекции афакии при значительной утрате связочного аппарата зачастую является единственным альтернативным методом [13, 14]. Потеря стекловидного тела в хирургии катаракты у больных с сопутствующим псевдоэкзофолиативным синдромом встречается в 4 раза чаще, чем при обычной возрастной катаракте [2]. Важным фактором риска развития послеоперационных осложнений у таких больных является и тот факт, что при данном синдроме снижена плотность клеток заднего эпителия роговицы, а сами клетки морфологически повреждены. Развитие эндотелиально-эпителиальной дистрофии в такой ситуации возможно даже при умеренном повышении внутриглазного давления, что само по себе очень частое явление в раннем послеоперационном периоде [2].

При невозможности факоэмульсификации или экстракапсулярной экстракции катаракты прибегают к интракапсулярной экстракции сублюксированного хрусталика с помощью криоэкстрактора или петли. Недостатками этих методов является достаточно большой корнеосклеральный или роговичный разрез – до 14-16 мм, травматичность операции ввиду использования дополнительных инструментов (криоэкстрактора, петли), механического воздействия на задний эпителий роговицы, радужку. Все это нередко приводит к повреждению передней гиалоидной мембраны и выпадению стекловидного тела, что в свою очередь влечет за собой возникновение серьезных послеоперационных осложнений, таких, как экспульсивная геморрагия, тракционная отслойка сетчатки, синдром Ирвина-Гасса, иридоциклит [9, 10].

Для хирургического лечения больных с подвывихом хрусталика нами разработан интракапсулярный метод его удаления с имплантацией переднекамерной интраокулярной линзы (Патент РФ №2454209). Метод заключается в нанесении горизонтального надреза на переднюю кап-

сулу хрусталика, после предварительного роговичного разреза длиной около 7,0 мм. При этом происходит уменьшение объема хрусталика в результате частичного вымывания хрусталиковых масс. Затем выводится ядро в хрусталиковой сумке, или же вначале выводится ядро с оставшимися хрусталиковыми массами, а затем пинцетом вытягивается хрусталиковая сумка. При этом выполняются необходимые условия для сохранения передней гиалоидной мембраны, так как хрусталиковая сумка выполняет роль глайда, по которому выводится ее содержимое, а передняя капсула защищает задний эпителий роговицы. Нанесение предварительного разреза передней капсулы снижает вероятность неконтролируемого разрыва капсулы хрусталика, при котором может произойти его дислокация с разрывом передней гиалоидной мембраны.

Цель работы

Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных с сублюксацией хрусталика по предложенному методу и с помощью традиционных технологий.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов хирургического лечения 40 пациентов (40 глаз), прооперированных по поводу осложненной катаракты в сочетании с подвывихом хрусталика, которым выполнено факоэмульсификации или экстракапсулярной экстракции было невозможно, и хрусталик был извлечен интракапсулярно. Возраст пациентов – от 57 до 96 лет, в среднем – 73,6 года. Среди них 17 мужчин и 23 женщины. Острота зрения пациентов при поступлении была от светоощущения с неправильной проекцией света до 0,1. Сублюксация хрусталика, по классификации Н.П.Паштаева [11] II степени отмечена у 13 пациентов; III степени – у 27. Псевдоэкзофолиативный синдром диагностирован у всех больных, первичная открытоугольная глаукома – у 30 человек. При поступлении внутриглазное давление у 10 пациентов было умеренно повышенным, еще у 5 – высоким, у остальных оставалось в пределах нормальных значений. В предоперационном периоде офтальмотонус нормализован у всех больных.

Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 19 пациентов. Сублюксация хрусталика у всех этих больных достига-

ла III степени. Сопутствующая патология в этой группе представлена: факотопической глаукомой – у 2, факолитической глаукомой – у 1, закрытоугольной глаукомой – у 2 пациентов, открытоугольной глаукомой – у 13, псевдоэкзофолиативным синдромом – у всех больных. В данной группе пациентов был применен разработанный нами метод интракапсулярной экстракции сублюксированного хрусталика.

Во вторую группу вошёл 21 пациент. Из сопутствующей патологии закрытоугольная глаукома была у 2 больных, факолитическая глаукома – у 1, миопия высокой степени – у 2, открытоугольная глаукома – у 16 и псевдоэкзофолиативный синдром – у всех пациентов. У 5 из них был подвывих хрусталика II степени, у остальных 16 больных – III степени. Смещенный хрусталик извлечен с помощью петли, имплантированы переднекамерные интраокулярные линзы (ПКЛ).

Результаты

У больных первой группы во время операции выпадение стекловидного тела в переднюю камеру наблюдалось у 2 пациентов из 19. Эта методика позволяла у 17 больных сохранить целостность передней гиалоидной мембраны стекловидного тела, не производя при этом большого корнеосклерального разреза, который требуется при извлечении хрусталика криоэкстрактором или петлей. Всем пациентам имплантирована переднекамерная ИОЛ. Осложнений в раннем послеоперационном периоде в данной группе больных не было. Время пребывания больных в стационаре составило от 4 до 6 дней, в среднем – 4,8 дня. При выписке из стационара острота зрения 0,1-0,2 отмечена у 8; 0,3-0,4 – у 4; 0,5-0,6 – у 3; ниже 0,1 – у 4 пациентов.

У всех пациентов второй группы при выполнении интракапсулярной экстракции сублюксированного хрусталика с помощью петли произошло выпадение стекловидного тела. Им была выполнена передняя витрэктомия и имплантирована переднекамерная ИОЛ. В раннем послеоперационном периоде зрачковый блок

развился у 3 больных, он был купирован лазерной иридотомией, иридоциклит наблюдался у 2 больных. У 3 пациентов наблюдалась кератопатия. Койко-день составил от 6 до 8, в среднем – 6,5 дней. По окончании стационарного лечения острота зрения 0,1-0,2 была у 14; 0,3-0,4 – у 3; 0,5 – у 1; до 0,1 – у 3 больных.

Таким образом, у пациентов первой группы отмечено минимальное количество операционных осложнений, которые произошли лишь у 2 из 19, в то время как у всех больных второй группы произошло выпадение стекловидного тела в переднюю камеру, что привело к осложнениям раннего послеоперационного периода у 8 из них. Они выразились в развитии зрачкового блока, кератопатии, иридоциклита. Более длительным было среднее время пребывания пациентов этой группы в стационаре. Острота зрения 0,3 и выше отмечена почти в два раза (36,8% и 19%) чаще у пациентов первой группы по сравнению со второй.

Острота зрения при выписке из стационара у большинства пациентов обеих групп зависела от исходного состояния глаз больных и тяжести сопутствующей патологии. У четырех пациентов острота зрения оставалась на уровне светоощущения, что соответствует выраженности глаукомного поражения зрительного нерва.

Стабильное положение ИОЛ и нормальные цифры внутриглазного давления отмечались у всех больных.

Выводы

Использование разработанного метода интракапсулярной экстракции сублюксированного хрусталика позволяет значительно повысить эффективность хирургического лечения больных с подвывихом хрусталика, уменьшить травматичность и трудоемкость операции, снизить риск осложнений во время хирургического вмешательства и в послеоперационном периоде. Этот способ позволяет сохранить переднюю гиалоидную мембрану и не допустить выпадения стекловидного тела в переднюю камеру глаза и в операционную рану.

13.03.2013

Список литературы:

1. Аветисов С.Э., Липатов Д.В., Федоров А.А. Морфологические изменения при несостоятельности связочно-капсулярного аппарата хрусталика // Вестн. офтальмологии. – 2002. – Т. 118, №4. – С. 22 – 23.
2. Курышева Н.И. Псевдоэкзофолиативный синдром и псевдоэкзофолиативная глаукома: Учебно-методическое пособие. – Москва, 2008. – 64с.
3. Азнабаев Б.М. Ультразвуковая хирургия катаракты. М., 2005. – 129 с.

4. Азнабаев Р.А., Зайдуллин И.С., Абсалямов М.Ш. Интраксклерально-интракапсулярная фиксация гибких ИОЛ при подвывихах хрусталика у детей // Вестник офтальмологии, 2009.– N 4.– С.27-29.
5. Иошин И.Э., Егорова Э.В. и др. Внутрикапсульное кольцо – профилактика осложнений экстракции катаракты при подвывихе хрусталика // Офтальмохирургия. – 2002.– №1. – С.25 – 28.
6. Иошин И.Э., Тагиева Р.Р. Факоэмульсификация катаракты с внутрикапсулярной имплантацией ИОЛ при обширных отрывах волокон цинновой связки // Офтальмохирургия. – 2005. – №1. – С. 18-23.
7. Иссуфай Эдмонд Интраокулярная коррекция афакии при несостоятельности связочно-капсулярного аппарата хрусталика // Автореф. дисс... канд. мед. наук. М. -2010 – 16 с.
8. Липатов Д.В., Толкачева А.А. Несостоятельность связочно-капсулярного аппарата хрусталика. Классификация, диагностика, лечение и профилактика. //Вестник офтальмологии, 2007.-N 6.-С.57-61.
9. Малов В.М., Ерошевская Е.Б., Малов И.В., Бочкарев С.Ю., Галеева Ф.С., Осипова Т.А. Непосредственные результаты интракапсулярной экстракции сублюксированного хрусталика // Актуальные проблемы офтальмологии. Уфа, 2011.- С.87-88.
10. Малов В.М., Малов И.В., Ерошевская Е.Б., Бочкарев С.Ю., Галеева Ф.С. К технике интракапсулярной экстракции сублюксированного хрусталика //Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии 2010, М., 2010.- С. 127-130.
11. Паштаев Н.П. Классификация дислокаций хрусталика, современная тактика лечения // Актуальные проблемы хирургии хрусталика, стекловидного тела и сетчатки. – М., 1986. – С. 34-37.
12. Тахчиди Х.П., Зубарев А.Б. Хирургическая технология удаления катаракты при нарушении связочного аппарата хрусталика // Офтальмохирургия. – 2004. – №4. – С.16 – 18.
13. Тахчиди Х.П., Егорова Э.В., Толчинская А.И. и др. Выбор тактики хирургии катаракты с учетом оценки симптоматики псевдоэкзофлиативного синдрома по данным ультразвуковой биомикроскопии // Офтальмохирургия.– 2006.– №4.– С. 4-9.
14. Чупров А.Д., Замыров А.А. Применение инновационных технологий факоэмульсификации катаракты и имплантации интраокулярных линз //Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии. М., 2006. – С. 280-282.
15. Buratto L. Extracapsular cataract microsurgery. – New York: Mosby, 1997. – 345p.

Сведения об авторах:

Осипова Татьяна Алексеевна, аспирант кафедры офтальмологии

Самарского государственного медицинского университета, e-mail: angel13_85@mail.ru

Малов Владимир Михайлович, заведующий кафедрой офтальмологии

Самарского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор
Ерошевская Елена Брониславовна, профессор кафедры офтальмологии Самарского государственного
медицинского университета, доктор медицинских наук

Малов Игорь Владимирович, заведующий кафедрой глазных болезней института последипломного
образования Самарского государственного медицинского университета,
доктор медицинских наук, профессор
443068, г. Самара, ул Ново-Садовая, 158, тел.: 88463355423, 88463358735

UDC 617.7 – 001.6 – 07 – 08

Osipova T.A., Eroshvskaya E.B., Malov I.V.

COMPARATIVE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT METHODS OF PATIENTS WITH LENS SUBLUXATION

There had been carried out the comparative analysis of the surgical treatment results of patients with lens subluxation and pseudoexfoliation syndrome according traditional and the presented technologies. The developed methods of intracapsular extraction of lens subluxation allows considerably rise the treatment efficiency of patients and reduce the risk of heavy operative and postoperative complications.

Key words: cataract, pseudoexfoliation syndrome, lens subluxation, new method of an intracapsular cataract extraction.