

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБКОЙ ИРИДОХРУСТАЛИКОВОЙ ДИАФРАГМЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Имплантация искусственной иридохрусталиковой диафрагмы выполнена при комбинированном оперативном лечении пациентов с аниридией в сочетании с вывихом искусственного хрусталика и с афакией. Специфических осложнений, связанных с имплантацией, не было, в отдаленном послеоперационном периоде достигнуты высокие стабильные функциональные результаты.

Ключевые слова: имплантация, искусственная иридохрусталиковая диафрагма

Актуальность

Сочетанное с обширными дефектами радужки поражение хрусталика чаще всего может быть результатом тяжелой травмы глаза, при этом показана имплантация иридохрусталиковой диафрагмы (ИХД). Сочетание аниридии и афакии с гемофтальмом и отслойкой сетчатки встречается реже, но также является показанием к хирургии. При сочетании с вторичной глаукомой, как правило, прибегают к имплантации вторым этапом [4, 6, 8]. Несмотря на незначительное количество пациентов с аниридией в сочетании с патологией хрусталика, социальная значимость проблемы в том, что чаще всего подобные изменения встречаются у лиц молодого, трудоспособного возраста и являются одной из основных причин необратимого снижения зрения и инвалидизации [1, 2, 3].

Цель исследования

Оценка эффективности применения ИХД при одномоментном комбинированном оперативном лечении по поводу сочетания аниридии с артифакцией, афакией и тяжелой закрытой травмой глаза.

Материалы и методы

ИХД производства «РеперНН» (Н. Новгород) изготовлена из эластичного материала на основе олигомеров метакрилового ряда, ее гаптическая часть выполнена из окрашенного кольца с 5 дугообразными замкнутыми опорными элементами, в центре гаптики располагается оптическая часть в виде линзы диаметром 3,5 мм [3, 4]. Устройство имплантировали двум пациентам с сочетанной внутриглазной патологией.

Клинический случай 1. Пациент З., 37 лет, госпитализирован с жалобами на резкое снижение зрения, ломящие боли в левом глазу. Из анамнеза: 5 дней тому назад получил удар в область левого глаза, ранее (около 3 лет тому назад) перенес операцию экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией заднекамерного искусственного хрусталика глаза (ИХГ) по поводу врожденной катаракты левого глаза.

При осмотре: смешанная инъекция, отек роговицы, складки десцеметовой оболочки, ИХГ находится в передней камере, контактирует с задней поверхностью роговицы, один из его опорных элементов отломлен, в передней камере гифема около 1 мм. Капсульная сумка частично (примерно с 3 до 9 часов по нижнему лимбу) сохранена, в верхних отделах отсутствует, в центре частично разрушена, радужка полностью отсутствует. В стекловидном теле кровь со сгустками, рефлекс с глазного дна полностью отсутствует. Сквозных дефектов капсулы глаза при осмотре не обнаружено (рис. 1, цветная вкладка). Острота зрения левого глаза – неуверенная светопроекция, внутриглазное давление (ВГД) 34 мм рт. ст. по Маклакову. При проведении ультразвукового В-сканирования диагностированы грубые помутнения стекловидного тела, подозрение на отслойку сетчатки в верхних квадрантах.

Диагноз: закрытая травма, артифакция левого глаза, аниридия, вывих ИХГ, полный гемофтальм, вторичная глаукома, подозрение на отслойку сетчатки.

Пациенту было выполнено одномоментное комбинированное оперативное вмешательство. Первым этапом была выполнена непроникающая глубокая склерэктомия в сочетании с вискоканалостомией [5], вторым этапом через ро-

говичный туннель 5,2 мм был эксплантирован ИХГ и частично, в оптической зоне, иссечена и удалена капсульная мембрана. После этого была выполнена pars plana three port закрытая субтотальная витрэктомия по стандартной методике [2], в ходе операции диагностирована плоская отслойка сетчатки, занимающая примерно 1,5 верхних квадрантов глазного дна, не доходящая до макулы. Отломленный опорный элемент ИХГ, находящийся в витреальной полости, был извлечен пинцетом. Витрэктомия была завершена введением газа в витреальную полость и транссклеральной криокоагуляцией. Последним этапом операции выполнили имплантацию по рекомендуемой методике [3, 4]: предварительно свернутая в «трубочку» ИХД через уже имеющийся 5,2 мм туннель была имплантирована в цилиарную борозду, верхний опорный элемент жестко фиксировали проленовым швом в склеральный карман.

Клинический случай 2. Пациентка М., 62 года, обратилась с жалобами на низкое зрение правого глаза. В анамнезе операция по поводу возрастной катаракты 2 года и 4 месяца тому назад. При осмотре роговица прозрачная, передняя камера глубокая, капсульный мешок и большая часть радужки (более 3/4 площади, сохранена только на периферии между 5–9 часами по нижнему лимбу) полностью отсутствуют, глазное дно без видимой грубой патологии. Острота зрения правого глаза 0,02 с +10,0Д и диафрагмой = 0,7–0,8, ВГД 21 мм рт.ст. по Маклакову. Выполнена имплантация ИХД по известной методике [3, 4], опорные элементы фиксированы проленовыми швами в склеральных клапанах на 10, 2 и 6 часах, центрацию ИХД в цилиарной борозде осуществили путем вращения против часовой стрелки (по направлению «закруглений» опорных элементов).

Предоперационную подготовку и послеоперационное ведение пациентов проводили в соответствии с существующими рекомендациями [3].

Результаты и обсуждение

В послеоперационном периоде была отмечена смешанная инъеция, отечность роговицы, которая постепенно уменьшалась, к концу первой – началу второй недели наблюдения прозрачность роговицы полностью восстановилась. На третьи сутки после операции было отмечено появление мелких преципитатов на оптической части ИХД,

которые к 7–9-му дню наблюдения рассосались почти полностью. На 10-е сутки прозрачность оптических сред позволила выполнить детальную офтальмоскопию, которая была ограничена на периферии диаметром оптической части ИХД (3,5 мм): сетчатка во всех просматриваемых отделах была интактна, на месте отслойки (клинический случай 1) были видны частично пигментированные коагулянты 1–2 степени.

В первом случае через неделю после операции острота зрения составила 0,1 н/к, затем в течение месяца повысилась до 0,5 с -1,0Д и оставалась стабильна за весь остальной период наблюдения (1 год). ВГД на третьи сутки после операции составило 15 мм рт.ст., через 2 недели – 19 мм рт.ст., за остальной период наблюдения (1 год) оно оставалось стабильным и составило 19–21 мм рт.ст. Через 1 месяц после операции глаз был клинически полностью спокоен, и пациент смог приступить к труду (рис. 2, цветная вкладка). Во втором случае острота зрения через неделю после операции составила 0,6 н/к, через 3 месяца после операции – 0,8 н/к и оставалась стабильной за весь период наблюдения (1,5 года), ВГД за весь период наблюдения было в границах 20–22 мм рт.ст.

Стойкое увеличение площади зрачка или полное отсутствие радужки увеличивает аберрации, уменьшает глубину резкости, увеличивает световой поток на сетчатку и является серьезным косметическим недостатком. Для нормального функционирования органа зрения необходима иридохрусталиковая диафрагма (ИХД). Кроме того, в отличие от частичных дефектов радужки качественная реабилитация пациентов с полной или почти полной аниридией без использования ИХД бесперспективна [4, 6, 7]. Конструкция ИХД и способы ее имплантации универсальны, поэтому применение технологии возможно как в относительно простых, так и в сложных случаях [3, 8], равно как возможно расширение имеющихся показаний к ее применению. Имплантация устройства через малый разрез, сведение к минимуму площади контакта с реактивными структурами глаза, обеспечение самоцентрации и стабильности положения позволили, несмотря на тяжесть и сложность состояния глаза, в короткие сроки, с минимально возможными осложнениями провести оперативное лечение по поводу тяжелой сочетанной глазной патологии.

Выводы

Применение ИХД эффективно при одномоментном комбинированном оперативном лечении пациентов с аниридией, осложненной

дислокацией ИХГ, афакией и тяжелой закрытой травмой глаза. Специфические послеоперационные осложнения отсутствовали, срок реабилитации достаточно короткий.

Список использованной литературы:

1. Венгер Г.Е. Имплантация искусственной радужной оболочки при тяжелых травмах глаз // Офтальм. журн. – 1992. – №2. – С. 65–69.
2. Глинчук Я.И. Роль витрэктомии в лечении заболеваний глаз травматической, дегенеративной и воспалительной этиологии: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М., 1987. - 84 с.
3. Поздеева Н.А., Паштаев Н.П. Реконструктивная хирургия сочетанной патологии радужки и хрусталика / Практическое руководство для врачей. – Чебоксары, 2006. – 28 с.
4. Поздеева Н.А., Паштаев Н.П., Треушников В.М. и др. Искусственная иридохрусталиковая диафрагма для реконструктивной хирургии сочетанной патологии хрусталика и радужной оболочки // Офтальмохирургия. – 2005. – №1. – С. 4-7.
5. Сметанкин И.Г. Опыт применения микроразрезов при одномоментном комбинированном хирургическом лечении катаракты, осложненной открытоугольной глаукомой // Глаукома. – 2009. – №2. – С. 72-73.
6. Федоров С.Н., Аксенов О.А., Струсова Н.А. и др. Первый опыт хирургического лечения тяжелой посттравматической патологии с использованием коллагеновых аллоплантов // Офтальмохирургия. – 1996. – №1. – С. 11-17.
7. Prosdocimo G., Foltran F., Gismondi M. Ophtec iris diaphragm IOL implantation in aphackic vitrectomised eyes with traumatic iris defects // Congress of the ESCRS, 22nd: Book of abstracts. – Paris, 2004. – P. 154.
8. Tanczer D.J., Smith R.E. Black iris-diaphragm intraocular lens for aniridia and aphakia // JRCO. – 1999. – No. 25. – P. 1548–51.