

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОНТРАКТУРЫ КАПСУЛЬНОГО МЕШКА ХРУСТАЛИКА НА АРТИФАКИЧНЫХ ГЛАЗАХ

Представлено два клинических случая хирургического лечения контрактуры капсульного мешка хрусталика на артификачных глазах, возникшей через 5 месяцев у одного пациента и через 7 лет у другого. Проведено оперативное лечение, в ходе которого фиброзно-измененный участок передней капсулы был иссечен и изучен гистологически.

Ключевые слова: контрактура капсульного мешка хрусталика

Актуальность

В клинической практике офтальмохирургам нередко приходится сталкиваться с проблемой, когда после удачно выполненной экстракции катаракты и получения высоких функциональных результатов в отдаленных сроках наблюдается значительное ухудшение зрения вследствие профилактики фиброзных изменений капсулы, нередко связанных со слабостью связочного аппарата хрусталика при удалении осложненных видов катаракт, выполняется имплантация внутрикапсульного кольца [6]. В качестве раннего способа устранения данного вида осложнений широко применяется передняя ИАГ-лазерная капсулотомия [1, 5]. К сожалению, она не исключает риск повторного образования контрактуры, поэтому очевидно, что в данной ситуации необходим более радикальный и эффективный способ лечения.

Материал и методы

Мы представляем два клинических случая хирургического лечения контрактуры капсульного мешка хрусталика на артификачных глазах.

Пациентка К. 80 лет. Диагноз: OS – Артификация. Контрактура и фиброз капсульного мешка, децентрация блока ИОЛ - капсульный мешок. Миопия средней степени. При поступлении острота зрения 0.02. ВГД в пределах нормы. Прооперирована 5 мес. назад по поводу осложненной зрелой катаракты, в ходе вмешательства имплантирована эластичная ИОЛ из гидрофильного акрила.

Вторая пациентка – М., 73 года. Диагноз: OS – Артификация. Фиброз капсульного мешка, децентрация ИОЛ, открытоугольная первичная глаукома ст. 1а. При поступлении острота зрения 0.08. ВГД – 17 мм рт. ст., компенсиро-

но инстилляциями бетоптика. Прооперирована 7 лет назад по поводу осложненной зрелой катаракты, имплантирована эластичная ИОЛ из гидрофильного акрила.

По данным ультразвуковой биомикроскопии выявлено уплотнение и утолщение передней капсулы хрусталика, а также локальный разрыв цинновых связок, смещение блока ИОЛ – капсульный мешок, которое отмечалось как в горизонтальной, так и вертикальной плоскостях, что наиболее выражено у второй пациентки.

Проведено оперативное лечение, в ходе которого фиброзно-измененный участок передней капсулы был иссечен и направлен на гистологическое исследование, а ИОЛ за один гаптический элемент с помощью проленовой нити фиксирована к склере.

Результаты и их обсуждение

Послеоперационный период протекал без осложнений. У пациента К. острота зрения 0.9. ВГД – 14 мм рт. ст., положение ИОЛ правильное. У пациента М. острота зрения 0.8. ВГД в норме, ИОЛ также занимает правильное положение.

Данные УБМ-исследования на 1-е сутки после операции подтвердили правильное, центральное положение ИОЛ у обеих пациенток.

При гистологическом исследовании иссеченного участка передней капсулы хрусталика первой пациентки, оперированной по поводу катаракты 5 месяцев назад, выявлены следующие особенности: по внутренней поверхности передней капсулы хрусталика распространяется фиброзно-клеточный пролиферат, состоящий из клеток преимущественно вытянутой веретеновидной формы с овальными или палочковидными ядрами. Волокнистый компонент имеет линейную укладку с участками волнообразного хода фибрилл,

что привело к появлению складчатости капсулы. Эпителиальные клетки передней капсулы хрусталика не дифференцируются.

У второй пациентки операция факоэмульсификации хрусталика была выполнена 7 лет назад. В исследуемом материале выявлено следующее: край первичного капсулорексиса замурован в фиброзную ткань. Малое количество клеточных элементов свидетельствует о зрелости соединительной ткани. При окраске препаратов пикрофуксином по методике Ван Гизон кроме фиброзных волокон, окрашенных в малиновый цвет, отмечается наличие фибрилл желто-оранжевого цвета, что свидетельствует о мышечной дифференцировке, обуславливающей сократительную способность пролиферата.

Выводы

1. В послеоперационном периоде сохранившиеся клетки передней капсулы хрусталика подвергаются трансдифференцировке в миофибробласты, обладающие сократительной способностью и синтезирующие фиброзные волокна, что при выраженности этих явлений может привести к формированию контрактуры капсульного мешка и его дислокации.

2. Данный вид патологии имеет прогрессирующее течение, что подтверждают различия в морфологической картине удаленных фрагментов.

3. При наличии соответствующей симптоматики целесообразно наиболее раннее хирургическое вмешательство.

Список использованной литературы:

1. Davison J.A. Capsule contraction syndrome. J Cataract Refract Surg 1993; 19:582-589
2. Choun-Ki Joo. Capsular opening contraction after continuous curvilinear capsulorhexis and intraocular lens implantation. J Cataract Refract Surg 1996; 22:585-590
3. Jorg H. Krumeich, Jan Daniel. Blunt, bent needle for continuous curvilinear capsulorhexis. J Cataract Refract Surg 1998; 9:1180-1183
4. Maria Kugelberg et al. Posterior capsule opacification after implantation of a hydrophobic acryl IOL. J Cataract Refract Surg 2006; 10: 1627-1631
5. Keith F. Dahlhauser, Keith J. Wroblewski et al. Anterior capsule contraction with foldable silicone intraocular lenses. J Cataract Refract Surg 1998; 9:1216-1219
6. Javier Moreno-Montanes et al. Complete anterior capsule contraction after phacoemulsification with acrylic intraocular lens and endocapsular ring implantation. J Cataract Refract Surg 2002; 4:717-719
7. Beatrice Cochener, Pierre-Louis Jacq et al. Capsule contraction after continuous curvilinear capsulorhexis: PMMA versus silicone IOL. J Cataract Refract Surg 1999; 10:1362-1369.