биралась индивидуально с учетом цвета радужной оболочки парного глаза и рефракции. Срок наблюдения — 3—14 месяцев (в среднем 6,3 мес.).

Результаты. Осложнений во время операций и в послеоперационном периоде не было. Случаев гипертензии в послеоперационном периоде не отмечено. После операции острота зрения повысилась до 0,06—0,1 на 2 глазах (28%), до 0,2-0,3 — на 3 (42%), до 0,4-0,5 — на 1 (14%), до 0,8-1,0 — на 1 глазу (14%). Острота зрения ниже 0,4 после операции связана с тяжелым исходным состоянием роговицы у 5 пациентов, описанным ранее. Положение ИХД в глазу оставалось стабильным при любом способе фиксации. Случаев дислокации и децентрации не наблюдалось.

Реакции на ксеноматериал не зарегистрировано. Перед операцией все пациенты с аниридией и обширными дефектами радужки жаловались на монокулярное двоение, светобоязнь. После операции эти жалобы купированы у всех пациентов, т.к. достигнутая анатомическая компенсация дефектов радужки обеспечила диафрагмирующий эффект.

Вывод. Реконструктивная хирургия с искусственной иридохрусталиковой диафрагмой обеспечивает оптимальный оптический, диафрагмирующий и косметический результат, значительно повышает качество жизни пациентов, позволяет добиться медицинской и социальной реабилитации группы больных с тяжелой сочетанной патологией переднего отрезка.

О.В. Шленская, С.В. Салмина

ВТОРИЧНАЯ КАТАРАКТА ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ МЯГКИХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ МИОЛ

Чебоксарский филиал ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова

Актуальность. Современные методы удаления катаракты с имплантацией искусственного хрусталика в подавляющем большинстве случаев обеспечивают стабильную остроту зрения и бинокулярное восприятие, предупреждают инвалидность и способствуют социально-трудовой реабилитации.

Однако появление вторичной катаракты является одной из причин ухудшения зрения в послеоперационном периоде (Tetz M., 1999; Hollick E., 2000). Помутнение задней капсулы хрусталика диагностируется в 4,5 — 20% случаев, имеет тенденцию к росту со временем, прошедшим после операции, и практически у

каждого четвертого-пятого пациента требует лазерной дисцизии для восстановления зрительных функций (Федоров С.Н., Егорова Э.В., 1992; Schaumberg, 1999; Apple D., 2000). У детей, по данным разных авторов, развитие вторичной катаракты регистрируется чаще, в 23,3 — 95% случаев (Зубарева Л. Н., Хватов В.Н., 1993; Duncan et. al., 1997; Lundvall A., 1999; Boyd, 2000; Jensen A.A., 2002) [1,3]. В настоящее время ведется поиск способов профилактики вторичной катаракты. Предложенные фармацевтические и иммунологические методы не нашли широкого применения в клинике из-за недостаточной эффективности, сложности дозировки, побочных отрицательных эффектов (Birinci H., 1999; Hollick E., 2000). Хирургические методы профилактики, такие, как механическая, вакуумная, криоочистка задней капсулы, кортикальная разделительная гидродиссекция, введение внутрикапсульного кольца, выполнение дозированного капсулорексиса, выбор оптимального материала и дизайна ИОЛ, используются в офтальмохирургической практике (Зуев В.К., 1997; Стерхов А.В., 1998; Осипов А.Э., 1999; Малюгин Б.Э., 1999; Захлюк М.И., 2000; Rentch, 1999; Ursell P., 1999; Apple D., 2000; Nishi O., 2000; Tassignon M., 2000). Для рассечения вторичной катаракты широко применяется Nd:YAG-лазер. В США ежегодно выполняется более 100 тысяч задних лазерных капсулотомий по поводу вторичной катаракты (Finoll O., Buehl W., 2003; Tetz M.R., Aufarth G. U, 1997).

Патогенез вторичной катаракты до конца не выяснен. Помутнение задней капсулы хрусталика определяется целым комплексом факторов, в числе которых характеристики материала и дизайн ИОЛ [2,4-6]. На офтальмологическом рынке представлено огромное количество различных типов ИОЛ. Известны сравнительные исследования интраокулярных линз различных моделей и различных материалов. Так, M.Halpern (2002) показал преимущество гидрофобного акрила перед силиконовыми в плане профилактики развития помутнений задней капсулы. Имплантация ИОЛ из других материалов, а именно из силикона и ПММА, чаще приводит к развитию помутнений задней капсулы (Apple D.J., Peng Q., 2001). По данным G.Weide (2003), частота проведения дисцизии задней капсулы (ДЗК) при использовании силиконовых линз достигает 22, а при использовании акриловых — 8% при сроках наблюдения до 2 лет. Однако есть и такие работы, в которых не выявлены различия в частоте проведения ДЗК в зависимости от материала ИОЛ (Hayashi H., Hayashi K., Nakao F., Hayashi F., 1998).

В Чебоксарском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» с 2003 года имплантируются мягкие ИОЛ (МИОЛ) производства

ООО «Репер-НН» (г. Нижний Новгород). МИОЛ является гидрофобной эластичной линзой, изготовленной из высококачественного пространственно-сшитого полимера на основе полиоксипропилена.

Цель исследования — изучить частоту развития вторичной катаракты после факоэкстракции с имплантацией МИОЛ.

Материал и методы. Нами с 2003 по 2007год имплантировано 5005 МИОЛ 4785 пациентам: МИОЛ-1 — 3640 (72,7%), МИОЛ-2 — 1339 (26,7%), МИОЛ-3 — 26 (0,5%). Средний возраст больных составил 46 лет (от 5 до 87). Среди них было 2805 мужчин и 2200 женщин. В 2859 случаях выполнена ультразвуковая, в 89 — лазерная, в 2057 — механическая факофрагментация.

ИАГ — лазерная ДЗК выполнялись амбулаторно в сроки от 4—6 месяцев до 2 лет после факоэмульсификации. Для проведения ДЗК использовался Yag — лазер (Visulas Yag II (Zeiss)) мощностью 0,5—9 мДж. Все пациенты до и после ДЗК обследованы по стандартной методике, включавшей визометрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию. Зрение до операции указано в таблице.

Результаты и обсуждение. Из общего количества имплантированных МИОЛ в 223 случаях (4,4%) регистрировалась вторичная катаракта в послеоперационном периоде. Из них: у пациентов с МИОЛ-1 — 173 случая (77,58% от общего количества вторичных катаракт или 4,8% случаев от общего количества пациентов с МИОЛ-1), с МИОЛ-2 — 47 (21,07 или 3,5 соответственно), с МИОЛ-3 — 3 случая (1,34 или 11,5% соответственно). Те пациенты, у которых помутнение задней капсулы диагностировалось еще в ходе операции, в исследование не включены (45 глаз — 1 %).

В 94 случаях (42,1% от всех пациентов с ДЗК) имелись сопутствующие заболевания. Среди них: глаукома — в 12 глазах (12,76%), миопия — в 34 (36,17%), центральная хориоретинальная дистрофия сетчатки — в 10 (10,64%), травматическая ретинопатия — 8 (8,51%), диабетическая ретинопатия — в 11 (11,7%), пигментная дегенерация сетчатки — в 6 (6,4%), оперированная отслойка сетчатки (сетчатка прилежит) — 8 (8,51%), увеит — 5 (5,31%).

Степень фиброзных помутнений задней капсулы: I — в 130 случаях (58,3%), II — 70 (31,4%) III — 18 (8,07%), IV — 5 (2,24%).

Послеоперационный период после проведения ДЗК протекал гладко. В раннем послеоперационном периоде в 75% случаев была достигнута высокая корригированная острота зрения (таблица).

Острота зрения до и после ДЗК

Острота зрения	До операции		После операции	
	Кол-во глаз	%	Кол-во глаз	%
0,01—0,09	53	23,76	22	10
0,1—0,3	75	33,63	34	15,2
0,4—0,6	52	23,31	40	18
0,7—0,9	35	15,7	70	31,4
1,0	8	3,6	57	25,4
Всего	223	100	223	100

В 50 случаях (22,4%) после проведения ДЗК зрение в среднем повысилось с 0,4-0,6 до 0,7-1,0. В 74 случаях зрение повысилось на 2-3 строчки, в 66 — на 4-5, в 24 — на 6-7 строчек. В 59 случаях зрение осталось прежним, но отмечалось повышение контрастной чувствительности. ВГД соответствовало норме. Причиной низкой остроты зрения (ниже 0,4) послужили сопутствующие заболевания глаз (глаукомная оптическая нейроретинопатия, миопическая хориоретинальная дистрофия, макулодистрофия, диабетическая ангионейроретинопатия, оперированная отслойка сетчатки, абиотрофия сетчатки). Не отмечено ни одного случая повреждения и дислокации МИОЛ.

Выводы. 1. Частота развития вторичной катаракты после имплантации МИОЛ составляет 4,4%, что соответствует среднестатистическим данным развития вторичной катаракты на глазах после имплантации акриловых ИОЛ.

2. МИОЛ устойчива к Yag-лазерному воздействию.

3. При имплантации МИОЛ в сроки до 2 лет чаще наблюдается 1-2 степень фиброзного помутнения задней капсулы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Боброва Н.Ф., Хмарук А.Н.* Закономерности помутнения задней капсулы хрусталика после факоаспирации различных форм врожденных катаракт у детей различного возраста // Вестник ОГУ. — Оренбург, 2004. — № 12. — С. 70—72.

2. *Гундорова Р.А., Антонюк С.В., Рамазанова А.М. и др.* Клинический анализ развития помутнения задней капсулы в результате ультразвуковой факоэмульсификации у очень пожилых пациентов // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии—2005: Междунар. научно-практ. конф., 6-я: Сб. науч. ст. — М., 2005. — С. 87—93.

3. *Зубарева Л.Н., Хватов В.Н., Вильшанская О.Э.* Помутнение задней капсулы хрусталика и его лечение у детей с афакией и артифакией // Офтальмол. журн. — 1993. — №2. — С. 98—101.

4. *Карданова Л.О., Коков З.А., Романенко Б.В. и др.* Зависимость развития вторичной катаракты от качества обработки поверхностей жестких ИОЛ // Федоровские чтения—2007: Юбилейная научно-практ. конф.: Сб. науч. тр. — М., 2007. — С. 51—52.

5. *Позняк С.Н., Марченко Л.Н., Позняк Н.И. и др.* Причины помутнения задней капсулы хрусталика после факоэмульсификации // Федоровские чтения—2007: Юбилейная научно-практ. конф.: Сб. науч. тр. — М., 2007. — С. 72.

6. *Lohmann C., Hunner S., Herrmann W.* Сравнение различных интраокулярных линз с точки зрения миграции эпителиальных клеток и помутнения задней капсулы хрусталика в эксперименте // Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии—2004: Международная научно-практ. конф., 5-я: Сб. науч. ст. — М., 2004. — С. 212—214.