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 Росмедтехнологии»

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

Однако появление вторичной катаракты является одной из причин ухудшения зрения в послеоперационном периоде (M. Tetz, 1999; E. Hollick, 2000). Помутнение задней капсулы хрусталика диагностируется в 4,5-20% случаев, имеет тенденцию к росту со временем 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; D. Apple, 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). В настоящее время широко 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 (H. Birinci, 1999; E. Hollick, 2000). Хирургические методы профилактики, такие как механическая, вакуумная, криочистка задней капсулы, кортикальная разделительная гидродиссекция, введение внутрикапсульного кольца, выполнение дозированного капсулорексиса, выбор оптимального материала и дизайна ИОЛ широко 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; P. Ursell, 1999; D. Apple, 2000; O. Nishi, 2000; M. Tassignon, 2000). Для рассечения вторичной катаракты широко используется 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 фа-

кторов, в числе которых характеристики материала и дизайн ИОЛ. В настоящее время на офтальмологическом рынке представлено огромное количество различных типов ИОЛ. Известны сравнительные исследования интраокулярных линз различных моделей и различных материалов. Так Halpern M. (2002) показал преимущество ИОЛ изгидрофобного 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 Weide G. (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» (Нижний Новгород). МИОЛ является гидрофобной эластичной линзой, изготовленной из высококачественного пространственно-сшитого полимера на основе оксипропилена.

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

Материал и методы

Нами с 2003 по 2007гг. имплантировано 4456 МИОЛ 3785 пациентам. Средний возраст больных составил 46 лет (от 5 до 87). Среди них было 2195 мужчин и 1590 женщин. В 2585 случаях выполнена ультразвуковая, в 89 — лазерная, в 1782 — механическая факофрагментация.

Из общего количества имплантированных МИОЛ в 369 случаях (8,2%) регистрировалась вторичная катаракта в послеоперационном периоде. Те пациенты, у которых помутнение задней капсулы диагностировалось в ходе операции, в исследование не включены (45 глаз — 1 %). Для проведения ДЗК использовался YAG-лазер (Visulas Yag II (Zeiss)), мощностью 0,5-9 мДж.

Все пациенты до и после ДЗК были обследованы по стандартной методике, включавшей визометрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию. Зрение до операции указано в таблице.

Кол-во глазСтепень фиброзных помутнений задней капсулы: О-I — в 47 случаях (53%), II — 31 случае (35%), III — 7 случаях (8%), IV — 4 случаях (4%).

В 72 случаях (19,5%) имелись сопутствующие заболевания. Среди них: глаукома — в 24 глазах (33,3%), миопия — в 20 (27,7%), цент-

Таблица

Острота зрения до и после ДЗК

Острота зрения	До операции		После операции	
	Кол-во глаз	%	Кол-во глаз	%
0,01-0,09	81	22	42	11,3
0,1-0,3	106	28,7	58	15,7
0,4-0,6	95	25,7	90	24,3
0,7-0,9	71	19,2	102	27,6
1,0	16	4,3	78	21,1
всего	369	100	369	100

ральная хориоретинальная дистрофия сетчатки — в 15 (20,8%), диабетическая ретинопатия — в 12 (16,6%), пигментная дегенерация сетчатки — в 1 (1,3%).

Результаты и обсуждение

ИАГ — лазерная ДЗК выполнялись амбулаторно. Послеоперационный период после проведения ДЗК протекал гладко. В раннем послеоперационном периоде в 73% случаев была достигнута высокая корригированная острота зрения *(табл. 1)*. Причиной низкой остроты зрения (ниже 0,4) послужили сопутствующие заболевания глаз (глаукомная оптическая нейроретинопатия, миопическая хориоретинальная дистрофия, макулодистрофия, диабетическая ангионейроретинопатия).

В 25,2% (93 случаях) после проведения ДЗК зрение в среднем повысилось с 0,4-0,6 до 0,7-1,0. В 61 случае зрение повысилось на 2-3 строчки, в 31 — на 4-5 строчки, в 23 — на 6-7 строчек. В 59 случаях зрение осталось прежним, но отмечалось повышение контрастной чувствительности. ВГД соответствовало норме.

Не отмечено ни одного случая повреждения и дислокации МИОЛ.

Выводы

1. Частота развития вторичной катаракты после имплантации МИОЛ составляет 8,2%, что соответствует среднестатистическим данным развития вторичной катаракты на глазах после имплантации акриловых ИОЛ.

2. МИОЛ устойчива к Yag-лазерному воздействию.

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

Литература

1. *Боброва Н.Ф., Хмарук А.Н.* Закономерности помутнения задней капсулы хрусталика после факоаспирации различных форм врожденных катаракт у детей различного возраста // Вестник ОГУ, 2004, декабрь, 70-72.

2. *Зубарева Л.Н., Хватов В.Н., Вильшанская О.Э.* Помутнение задней капсулы хрусталика и его лечение у детей с афакией и артифакией // Офтальмологический журнал, 1993, №2, 98-101.

3. *Павлюченко К.П., Акимова О.Г.* Вторичная катаракта: современные представления об этиологии патогенеза, диагностики, профилактики и лечения // Донецк.