

ВИЗИТ

ПЕРИОДИЧЕСКОЕ НАУЧНО-ПОПУЛЯРНОЕ ИЗДАНИЕ

№ 10 2008

К ОФТАЛЬМОЛОГУ

Главная тема:
Мультифокальные
ИОЛ



25cm



ТРАНССКЛЕРАЛЬНАЯ ШОВНАЯ ФИКСАЦИЯ НОВОЙ МОДЕЛИ ЭЛАСТИЧНОЙ ИОЛ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ЭКТОПИИ ХРУСТАЛИКА

*Н.П. Паштаев, Е.Н. Батъков, Чебоксарский филиал ФГУМНТК
«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова*

Актуальность

Особую сложность в реабилитации пациентов с врожденной эктопией хрусталика вызывают вопросы, связанные со способом фиксации ИОЛ при отсутствии достаточной капсульной поддержки. Мета-анализ клинических исследований, посвященных вопросам нестандартной фиксации ИОЛ, показал, что нет достаточной доказательной базы для признания преимущества одного из трех наиболее востребованных профессиональных способов нестандартной фиксации ИОЛ – фиксация в углу передней камеры, фиксация к радужной оболочке и шовная фиксация к склере [1]. Тем не менее в связи с реальным риском потери эндотелия при длительном нахождении гаптических элементов ИОЛ в углу передней камеры глаза при коррекции афакии у детей с эктопией хрусталика имплантация переднекамерной ИОЛ нежелательна [2]. Данная работа отражает первые результаты использования новой модели эластичной ИОЛ для имплантации в цилиарную борозду с транссклеральной шовной фиксацией.

Материал, методы и результаты

Эластичная модель ИОЛ, использованная для транссклеральной фиксации в цилиарной борозде, состоит из оптической части диаметром 6,0 мм и 4 замкнутых петлеобразных гаптических элементов (рис. 1, см. 3 стр. обложки). Оптика и гаптические элементы линзы находятся в одной плоскости. Общий диаметр МИОЛ-23 составляет 12,5, МИОЛ-24 – 13,5 мм. Изготовитель НПО «Репер-НН» (г. Нижний Новгород, Россия). МИОЛ-23 может использоваться для стандартной имплантации в капсульный мешок.

Описание клинического случая

Девочка М., 8 лет, с двусторонней послеоперационной афакией в связи с проведенной ранее лентивитректомией по поводу врожденной эктопии хрусталика по причине синдрома Марфана (рис. 2, см. 3 стр. обложки). Во время лентивитректомии капсула хрусталика была максимально сохранена для последующего использования в качестве дополнительной платформы для поддержки ИОЛ. Острота

зрения до имплантации ИОЛ $0,1 \text{ sph} + 7,0^{\text{D}} = 0,5$. Предоперационный уровень внутриглазного давления (ВГД) – 16 мм рт. ст.

Техника операции

Операция проводилась на фоне общего внутривенного наркоза и ретробульбарной анестезии. После предварительной фиксации двух двойных полипропиленовых нитей 10/0, прикрепленных к изогнутым 16-мм иглам (ООО «Контур – Микрохирургия глаза», Чебоксары, Россия), к двум противоположно расположенным гаптическим элементам и выполнении разрезов конъюнктивы в меридианах 7 и 13 часов нити были последовательно проведены методом *ab interno* через основной разрез (роговичный тоннель $3,5 \times 2,0$ мм на 12 часах) под радужку, далее выведены через всю толщину склеры в 1,5 мм взади от лимба. ИОЛ модели МИОЛ-23 (17D) была имплантирована в заднюю камеру в сложенном виде с помощью пинцета. Нити были навинуты до четкой центрации ИОЛ в задней камере, а их выведенные наружу концы затем были фиксированы к склере. После удаления вискоэластика из передней камеры на роговичный тоннель для более надежной адаптации был наложен шов. В раннем послеоперационном периоде наблюдалась небольшая гипотония. Воспалительная реакция отсутствовала. Положение ИОЛ в глазу стабильное (рис. 3, см. 3 стр. обложки). Имелся незначительный иридо- и артефакоденез. Острота зрения на 5-й день после операции $0,3 \text{ sph} - 1,0^{\text{D}} = 0,5$, ВГД – 17 мм рт. ст. На оптической когерентной томографии после имплантации ИОЛ модели МИОЛ-23 контуры оптической части линзы визуализируются за радужкой в области зрачка (рис. 4, 3 стр. обложки).

Описание клинического случая

У мужчины Д., 20 лет, с врожденной эктопией хрусталика как проявление синдрома Марфана до операции наблюдалось выраженное смещение хрусталика (II–III степени) в верхне-височном направлении от оптической оси глаза и взади, в передние отделы витреальной полости. Предоперационная острота зрения – счет пальцев с 30 см $\text{sph} - 13,0^{\text{D}} \text{ cyl} - 1,5^{\text{D}} \text{ ax } 171^{\circ} = 0,05$, уровень ВГД – 19 мм рт. ст. Особенностью данного случая был одномоментный характер оперативного вмешательства. Сразу после левсвitreктомии эктопического хрусталика в цилиарную борозду была имплантирована ИОЛ модели МИОЛ-24. Линза подшита к склере по методике, описанной в первом случае, только в 1 точке, поскольку дополнительная поддержка для ИОЛ обеспечивалась дислоцированным, но сохраненным капсульным мешком. Ранний послеоперационный период протекал спокойно, без осложнений. Была получена высокая острота зрения ($0,5$ без коррекции). ВГД на 4-й день после операции – 17 мм рт. ст.

При обследовании через 2 месяца после операции острота зрения стабильная (0,5 без коррекции), гидродинамика без отклонений (19 мм рт. ст.). Воспалительная реакция отсутствует, ИОЛ центрирована (рис. 5, см. 3 стр. обложки). На клинической фотографии с ретроиллюминацией (рис. 6, см. 3 стр. обложки) при фармакологическом мидриазе обнаруживается незначительная дислокация ИОЛ книзу и к виску. Капсульный мешок задействован в качестве поддержки гаптических и оптического элемента линзы. Более того, сохраненные волокна цинновой связки, пересекающие оптическую ось, также обеспечивают определенную поддержку ИОЛ сзади. Через 2 месяца после транссклеральной шовной фиксации область шва чистая. Полипропиленовая нить снаружи полностью покрыта конъюнктивой, без признаков прорезывания, локального воспаления и фильтрации (рис. 7, см. 3 стр. обложки). На оптической когерентной томографии (ОКТ) эластичная ИОЛ визуализируется недостаточно хорошо (рис. 8, см. 3 стр. обложки), тем не менее на томограмме хорошо просматривается дубликатура капсульного мешка, которая служит опорой для линзы.

Выводы

Первый опыт использования новой модели эластичной ИОЛ для имплантации в цилиарную борозду на глазах с врожденной ectopий хрусталика показал, что ИОЛ может быть имплантирована через малый разрез и надежно фиксирована к склере в области цилиарной борозды. Отсутствие интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений на фоне удовлетворительных клинико-функциональных результатов дает основание для более широкого изучения данной модели ИОЛ в клинике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Wagoner M.D.f Cox T.A., Ariyasu R.G. et al. Intraocular lens implantation in the absence of capsular support: a report by the American Academy of Ophthalmology // Ophthalmology. – Vol.110. – P. 840–859.
2. Lyie W.A., Jin J.C. Secondary intraocular lens implantation: anterior chamber vs posterior chamber lenses // Ophthalmic Surg. – 1993. – Vol. 24.-P. 375-381.

рисунки к статье «ТРАНССКЛЕРАЛЬНАЯ ШОВНАЯ
ФИКСАЦИЯ НОВОЙ МОДЕЛИ ЭЛАСТИЧНОЙ ИОЛ ПРИ
ВРОЖДЕННОЙ ЭКТОПИИ ХРУСТАЛИКА»

