КЛИНИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАТАРАКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ АНИРИДИЕЙ

Поздеева Н.А., Воскресенская А.А., Фролычев И.А.

Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК „Микрохирургия глаза“ им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава РФ, Чебоксары, Россия

Актуальность. Хирургическое сопровождение аниридии представляет собой большую и нерешенную на современном этапе развития медицины проблему. Врожденная аниридия всегда ставит перед хирургом много вопросов как при выборе операции по поводу восстановления прозрачности роговицы, нормализации повышенного внутриглазного давления, так и при выборе методики экстракции хрусталика и коррекции послеоперационной афакии. Особенности аниридийного глаза, слабость связочного аппарата, наличие аномалий хрусталика, дистрофические изменения капсульного мешка, высокий риск прогрессирования кератопатии и глаукомных изменений в послеоперационном периоде усложняют задачу катарактальной хирургии. К тому же пациентов часто волнует косметический результат операции и возможность искусственного восстановления радужной оболочки глаза.

Целью работы явилось изучение клинических и функциональных результатов хирургии катаракты у пациентов с врожденной аниридией и анализ послеоперационных осложнений.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 36 пациентов с врожденной аниридией (58 глаз), прооперированных по поводу катаракты в различных глазных клиниках России. В Чебоксарском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» с 2000 по 2015 гг. был прооперирован 31 пациент (48 глаз) – 82,7% от общего числа пролеченных больных. В 22 случаях были выполнены хирургические вмешательства на оба глаза, в 14 – на одном глазу. Срок наблюдения за пациентами в среднем составил 4,6 ± 4,2 года (от 1 месяца до 14 лет).

Результаты исследования. Среди 36 пациентов (58 глаз), получивших хирургическое лечение катаракты было 24 женщины и 12 мужчин. Средний возраст пациентов на момент хирургического вмешательства составил 31,5±13 лет, что соответствует времени значительного снижения зрения в результате прогрессирования катарактальных помутнений – 28 лет [1]. Хирургия катаракты была представлена различными видами операций: в 64% случаев (37 глаз) была установлена искусственная иридохрусталиковая диафрагма (ИХД), в 10% (6 глаз) была выполнена факоэмульсификация катаракты с интракапсулярной фиксацией стандартной заднекамерной интраокулярной линзы (ИОЛ), в 26% (15 глаз) линза после экстракции хрусталика не имплантировалась. Иридохрусталиковая диафрагма производства «Репер-НН» (Н. Новгород, Россия) [2] в 8 глазах была установлена в капсульный мешок (модели F1 и F0), в 23 – на капсульный мешок с/без склеральной фиксации (модель С1 и А1), в 4 глазах протез радужной оболочки без оптической части (модель С0) был установлен на поверхность ранее имплантированной в капсульный мешок ИОЛ, в 2х случаях выполнены комбинированные операции сквозной кератопластики с экстракцией катаракты и имплантацией ИХД.

Интраоперационные осложнения включали частичный гемофтальм (1глаз), потребовавший выполнения витрэктомии через 4 месяца после операции, разрыв задней капсулы хрусталика (1 глаз) и геморрагическую отслойку сосудистой оболочки (ОСО) (1 глаз) с выпадением стекловидного тела на фоне интракапсулярной экстракции катаракты. В послеоперационном периоде зафиксированы отслойка сетчатки (2 глаза), выраженный псевдофакоденез (1 глаз) и дислокация ИХД из капсульного мешка в переднюю камеру (2 глаза) на фоне выраженных нистагмойдных движений глаз и слабости связочного аппарата, потребовавшие замены ИХД с ее шовной фиксацией в иридоцилиарной борозде. В 1 случае развилась отсроченная геморрагическая ОСО через 1 неделю после оперативного вмешательства. Оба случая геморрагической ОСО и 1 случай отслойки сетчатки, несмотря на активное лечение, привели к проявлению признаков аниридийного фиброзного синдрома и фтизису глаза в раннем послеоперационном периоде [3, 4]. У каждого четвертого пациента (26%) в различные послеоперационные сроки отмечено появление признаков кератопатии в виде нитчатого кератита, рецидивирующих эрозий, появления неоваскуляризации роговицы. У 67,4% больных зафиксировано прогрессирование исходной стадии кератопатии в среднем через 2,7±3,3 года после операции (интервал от 1 месяца до 10 лет).

Вторичная и врожденная глаукома до момента катарактальной хирургии была диагностирована в 7 глазах, 5 из которых были подвергнуты антиглаукомной операции (компенсация без гипотензивных препаратов – 2 глаза, на каплях – 3 глаза), в двух неоперированных глазах давление было декомпенсированным на фоне максимальной гипотензивной терапии. В двух глазах с повышенным офтальмотонусом были выполнены комбинированные операции установки клапана Ахмеда с экстракцией катаракты без имплантации ИОЛ и частичной витрэктомией. В послеоперационном периоде в 26% случаев (16 глаз) отмечено повышение внутриглазного давления в сроки от 1 месяца до 11 лет, в среднем через 3,1 ± 3,8 года. В 6 глазах были выполнены различные антиглаукомные операции в количестве от 1 до 5. Наибольшую эффек-

Таблица

Данные остроты зрения до и после хирургического вмешательства

Острота зрения	До операции (%), n = 48 глаз	1–3 месяца после операции (%), n = 43 глаза	6–12 месяцев после операции (%), n = 35 глаз
pr. l. incerta	2 (4,2)	2 (4,6)	4 (11,4)
pr. l. certa	9 (18,8)	1 (2,3)	0 (0)
< 0,02	15 (31,3)	4 (9,4)	4 (11,4)
0,02 ≤ 0,1	19 (39,5)	17 (39,6)	12 (34,3)
0,1 ≤ 0,3	3 (6,2)	14 (32,5)	12 (34,3)
≥ 0,3	0 (0)	5 (11,6)	3 (8,6)

тивность продемонстрировали гипотензивные операции с имплантацией клапанного дренажного устройства AhmedTM Glaucoma Valve.

Данные визометрии до и после операции представлены в таблице.

Увеличение количества глаз в отдаленные сроки после операции с остротой зрения pr.l.incerta связано со случаями развития субатрофии и прогрессированием глаукомной оптической нейропатии.

Заключение. Таким образом, залогом успеха хирургии при врожденной аниридии является индивидуальный подход к оперативному вмешательству с учетом всех факторов риска, выбором оптимального средства интраокулярной коррекции, минимизацией повреждения лимбальной прогенераторной зоны роговицы и постоянным мониторингом за уровнем внутриглазного давления.

Список литературы

1. Воскресенская А.А., Поздеева Н.А., Хлебникова О.В., Васильева Т.А. Клинические аспекты врожденной аниридии в России // Практическая медицина. – 2015. – Т. 87, №2. – С. 7–12.

2. Поздеева Н.А. Система медицинской реабилитации пациентов с аниридией: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2014. – 50 с.

3. Tsai J., Freeman J., Chan C. et al. A progressive anterior fibrosis syndrome in patients with postsurgical congenital aniridia // Amer. J. Ophthalmol. – 2005. – Vol. 140. – P. 1075–1079.

4. Касман-Келнер Б., Вейстенц А., Зейц Б. Медицинское сопровождение врожденной аниридии и аниридийного синдрома (PAX6-синдрома) // Практическая медицина. – 2015. – Т. 87, № 2. – С. 34–46.