

**НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСЛОКАЦИЕЙ ИЛИ НАРУШЕНИЕМ КАЧЕСТВЕННЫХ СВОЙСТВ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ**

**Ю. В. Коваленко**

Харьковская медицинская академия последипломного образования  
Городская клиническая больница № 14 им. проф. Л. Л. Гиршмана

*Наведений аналіз хірургічного лікування хворих з ускладненнями, які потребують видалення та заміни імплантованої інтраокулярної лінзи. Отримані результати демонструють покращення зорових функцій після видалення та реімплантації ІОЛ.*

**Ключевые слова:** хирургия катаракты, дислокация ИОЛ, биодеградация ИОЛ.

**Ключові слова:** хірургія катаракти, дислокація ІОЛ, біодеградація ІОЛ.

**Введение.** Современная микрохирургия катаракты предусматривает одномоментную интраокулярную коррекцию с внутрикапсульным расположением интраокулярной линзы, что позволяет полноценно реабилитировать оперируемый глаз. Однако, несмотря на повсеместное распространение наиболее совершенной с технологической точки зрения ультразвуковой факоемульсификации катаракты, хирурги в ряде случаев сталкиваются с необходимостью удаления и замены ИОЛ. Наиболее распространенной причиной, приводящей к такому вмешательству, является неправильное положение линзы, степень которого варьирует от незначительного смещения, или децентрации, до люксации в передний или задний отрезок глаза [1–3]. Нарушения нормального положения и фиксации ИОЛ имеют многофакторную этиологию, наиболее часто включающую интра- и послеоперационные осложнения, сопутствующую патологию глаза, слабость цинновых связок, фиброз капсулярной сумки и ряд других факторов. Помимо нарушений хирургической техники, к патологическому состоянию ИОЛ в некоторых случаях приводят изменения качественных свойств линзы в результате биодеградации, гидратации и повреждения в результате лазерного воздействия [1].

Оптимальным решением данных проблем, в большинстве случаев, являются удаление и реимплантация ИОЛ, обеспечивающие наиболее полную реабилитацию больных.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** В период с 2003 по 2008 г нами были прооперированы 27 больных (27 глаз) в возрасте от 57 до 83 лет с различными видами дислокации ИОЛ, а также 12 больных (12 глаз) в возрасте от 42 до 63 лет с нарушением прозрачности ИОЛ вследствие биодеградации (рис. 1а, 1б, 1в), после лазерного воздействия или нарушения техники имплантации линзы.

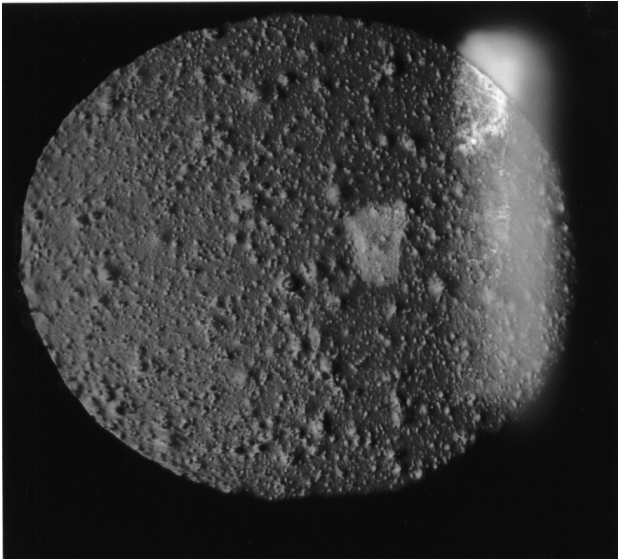
При обследовании больных мы использовали следующие методы: визометрию, рефрактометрию, кератометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, ультразвуковую биометрию.

Причиной дислокации ИОЛ в двух случаях была контузия глазного яблока, в одном случае — тупая травма головы вследствие ДТП, в двух случаях — после YAG-лазерной дисцизии задней капсулы, у остальных — интра- и послеоперационные осложнения. У пяти больных диагностирован полный вывих ИОЛ в стекловидное тело, из них в двух случаях линза располагалась на глазном дне вместе с капсульным мешком и кольцом, у трех больных — находилась в переднем отделе стекловидного тела. У 4 больных заднекамерная линза находилась в передней камере и вызывала кератопатию различной степени выраженности, обусловленную периодическим контактом с гаптическими элементами ИОЛ (рис 3). На 3 глазах ИОЛ имела смешанную фиксацию или располагалась в цилиарной борозде, что приводило к ее наклону и смещению по отношению к оптической оси глаза. Внутриглазное давление у 4 больных было повышено (до 27–30 мм рт.ст.), у остальных — в пределах нормы. У 2 больных наблюдались рецидивирующие иридоциклиты.

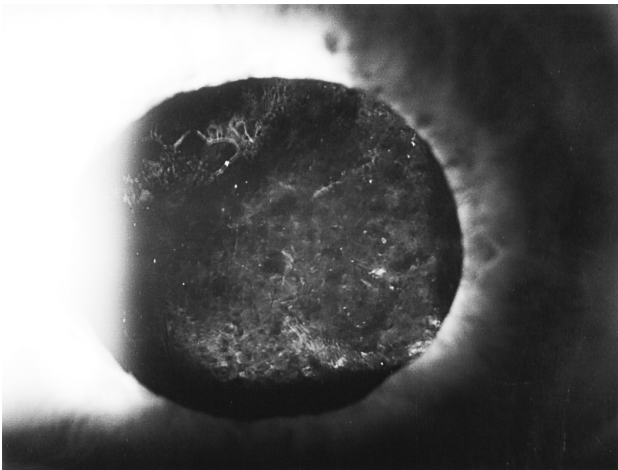
Анестезиологическая подготовка больных проводилась по стандартной методике с применением ретробульбарной анестезии. В связи с разнообразием сопутствующей патологии реимплантация линз требовала индивидуальной техники операции. Удалялась ИОЛ, при необходимости проводились витректомия, синехиотомия, удаление остатков хрусталиковых масс, пластика радужной оболочки и формирование зрачка, герметизация операционного разреза с учетом послеоперационного астигматизма.

Мы использовали стандартные заднекамерные ИОЛ фирмы Acrysof (MA60AC, SN60WF, SA60AT). Повторная имплантация ИОЛ выполнялась при сохранности капсульного мешка — интракапсулярно, при наличии остатков задней капсулы гаптические элементы ИОЛ вводились в капсульную сумку или располагались на задней капсуле под радужкой. При отсутствии капсульного мешка гаптические элементы ИОЛ фиксировались к радужке двумя узловыми полипропиленовыми швами.

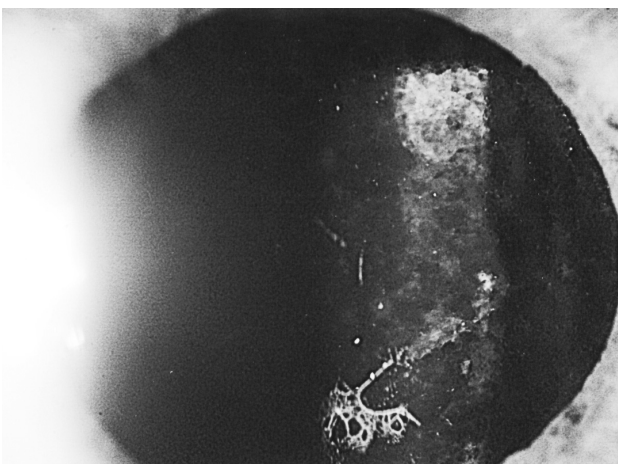
**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** В раннем послеоперационном периоде у 4 больных наблюдалась умеренная воспалительно-экссудативная реакция. В 4 случаях требовалось дополнительное хирургическое вмешательство — промывание гифемы, у 3 больных была произведена антиглаукоматозная операция.



а



б



в

Рис. 1. Исследование на цифровой щелевой лампе переднего отрезка глазного яблока больного с биодеградацией ИОЛ до операции.

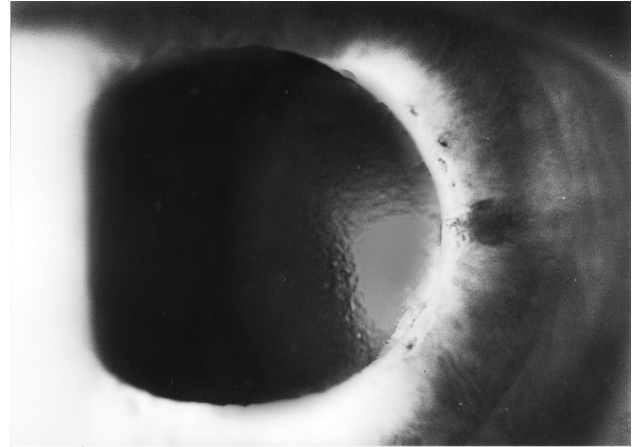


Рис. 2. Исследование на цифровой щелевой лампе переднего отрезка глазного яблока больного с биодеградацией ИОЛ на 1-е сутки после операции. Произведено удаление и замена ИОЛ.

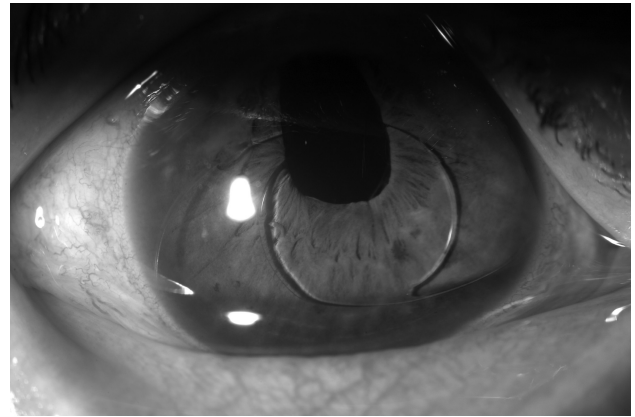


Рис. 3. Исследование на цифровой щелевой лампе переднего отрезка глазного яблока больного с дислокацией ИОЛ до операции.

У всех больных после удаления и реимплантации ИОЛ получено улучшение остроты зрения. При выписке больных с нарушением прозрачности ИОЛ острота зрения с коррекцией составила 0,6–1,0. В группе больных с различными видами дислокации ИОЛ: у 26 % пациентов острота зрения с коррекцией составила 0,1–0,3; у 33,3 % больных 0,4–0,6; у 22,2 % 0,7–1,0.

Следует отметить, что проведение удаления и реимплантации ИОЛ у 3 больных с кератопатией, вызванной контактом роговицы с опорными элементами линзы, привело к полному восстановлению прозрачности роговицы в течение одного месяца послеоперационного консервативного лечения и высокому функциональному результату (рис. 4).

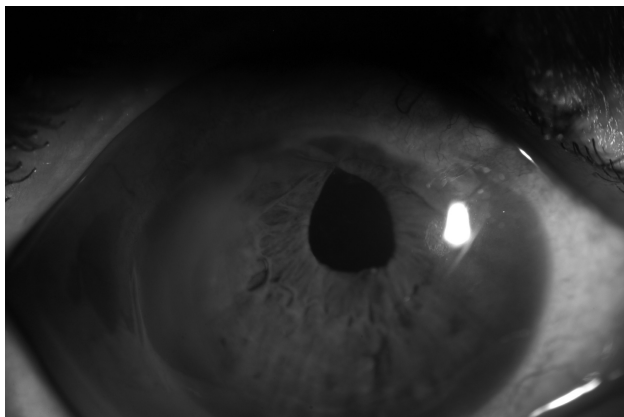


Рис. 4. Исследование на цифровой щелевой лампе переднего отрезка глазного яблока больного с дислокацией ИОЛ на 1-е сутки после операции. Произведено удаление и замена ИОЛ, придопластика.

### ВЫВОДЫ

Проведенное исследование демонстрирует, что, несмотря на тяжесть исходного состояния глаз с такой патологией, применение современных хирургических технологий обеспечивает высокие

зрительные функции в подавляющем большинстве случаев. На сегодняшний день больные с осложнениями, требующими замены интраокулярной линзы продолжают обращаться за хирургической помощью. Операция реимплантации ИОЛ является реконструктивным хирургическим вмешательством, обеспечивающим наиболее полную социально-профессиональную реабилитацию больных с дислокацией или биодegradацией интраокулярных линз.

### ЛИТЕРАТУРА

1. **Кобаев С. Ю.** Типичные осложнения, приводящие к удалению или замене интраокулярных линз // Современные технологии хирургии катаракты 2004: Сб. науч. статей по материалам V Международной научно-практ. конференции. — Москва, 2004. — С.104–108.
2. **Малюгин Б. Э., Рахим М. Файез.** Новая техника шовной фиксации дислоцированных эластичных монолитных интраокулярных линз // Современные технологии хирургии катаракты 2004: Сб. науч. статей по материалам V Международной научно-практ. конференции. — Москва, 2004. — С.104–108.
3. **Malyugin B.** Subluxated IOLs come with strings attached // Eurotimes. — 2006. — Oct. — № 10 (11). — P.8.

Поступила 06.12.2012.

## OUR EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DISLOCATION OR DISTURBANCE OF THE QUALITY PROPERTIES OF THE INTRAOCULAR LENSES

Kovalenko Yu. V.

The analysis of surgical treatment of patients with complications leading to removing and changing of implanted intraocular lens is carried out. The results demonstrate substantial improvement of the vision's functions after removing and reimplantation of IOL.



УДК 617.758.1.11:617.751-073.581

## К ВОПРОСУ ОБ ОЧКОВОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ АККОМОДАЦИОННОМ СОДРУЖЕСТВЕННОМ СХОДЯЩЕМСЯ КОСОГЛАЗИИ

**Л. А. Бруцкая**, канд. мед. наук

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова НАМН Украины»

Основными причинами, приводящими к снижению зрения у детей, являются рефракционные нарушения [3, 4]. Среди причин слепоты и слабо-видения они составляют 22,4 %-98,4 % случаев [5, 15]. Некорригированная аметропия является причиной не только снижения остроты зрения, нарушения функций мышечно-аккомодационного аппарата глаза, но и проявления неврозов, задержки общего развития детей и др. [11, 14]. Это диктует необходимость своевременной рациональной ее коррекции [21]. Поэтому проблема аномалий рефракции глаза имеет как медицинское, так и социальное значение.

Снижение зрения, появление косоглазия, безусловно, связано с частичным выключением зрительного сенсорного сигнала [6, 10]. В раннем детском возрасте это может оказать существенное влияние не только на монокулярные, но и на бинокулярные функции [18–20].

Немаловажную роль при этом играет правильный подбор оптической коррекции. Первым шагом при лечении существующей девиации является постоянное ношение очков. Оптическая коррекция необходима не только для достижения максималь-

© Л. А. Бруцкая, 2013