

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ У ПАЦИЕНТОВ, РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

© А. Д. Шукин

Городской офтальмологический центр при ГМПБ №2, Санкт-Петербург

✧ *Цель работы:* изучить сроки развития и результаты хирургического лечения катаракты у пациентов, ранее оперированных по поводу отслойки сетчатки. *Материалы и методы:* исследованы 53 пациента, оперированных по поводу катаракты, и перенесших ранее операцию по поводу отслойки сетчатки с прилеганием. Средний возраст пациентов — 62 года. *Результаты и обсуждение:* прогрессирование катаракты характерно для больных, при лечении отслойки сетчатки которых применялась витрэктомия. Развитие катаракты после экстрасклеральных вмешательств наблюдается реже. Результаты оперативного лечения катаракты хуже у пациентов после использования эндовитреальных методов лечения отслойки сетчатки.

✧ *Ключевые слова:* катаракта; отслойка сетчатки.

THE ANALYSIS OF THE CATARACT SURGERY RESULTS IN PATIENTS PREVIOUSLY OPERATED FOR RETINAL DETACHMENT

© A. D. Shchukin

City hospital N 2, St. Petersburg, Russia

✧ *The study purpose:* to investigate the development of cataracts and their surgical treatment results in patients previously operated for retinal detachment. *Material and methods:* 53 patients, who for had cataract surgery after previous surgery for retinal detachment with retinal reattachment were included in the study. The mean age of patients was 62 years. *Results and discussion:* the cataract progression is characteristic for patients in whom vitrectomy was used in retinal detachment treatment. The cataract development after extrascleral procedures occurs more rarely. Cataract surgical treatment results are worse after the use of endovitreanal retinal detachment treatment methods.

✧ *Key words:* cataract; retinal detachment.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на постоянное совершенствование хирургического оборудования и инструментов, и связанный с этим качественный рост уровня витреоретинальной хирургии, помутнение хрусталика вследствие оперативного лечения отслойки сетчатки остается актуальной проблемой. Это осложнение отмечается у 20–100 % пациентов, по данным разных авторов [1, 2]. Естественно, что развитие катаракты затрудняет проведение качественной офталь-

москопии и ухудшает условия наблюдения за состоянием внутриглазных структур в послеоперационном периоде. Это может нивелировать успех проведенной витреоретинальной операции, и не дать возможность своевременно выявлять и правильно лечить возникающие осложнения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить сроки развития клинически значимой катаракты (требующей хирургического лечения)

у пациентов после проведения витреоретинальных вмешательств по поводу отслойки сетчатки. Оценить особенности и вероятные осложнения при оперативном лечении катаракты у данной категории больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе отделения микрохирургии глаза № 2 при ГМПБ № 2, специализирующегося на витреоретинальной патологии. За 2013 год на отделении прооперировано по поводу катаракты 53 пациента в возрасте от 32 до 85 лет, ранее перенесших успешное оперативное лечение отслойки сетчатки, из них 31 женщина (58,5 %) и 22 мужчины (41,5 %). Средний возраст составил 62 года.

Из 53 больных у 32 (60,4 %) наблюдалась миопия разной степени, у 17 (32,1 %) — эмметропия, у 4 (7,5 %) — гиперметропия (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов по рефракции

Миопия			Эмметропия	Гиперметр. (слаб. ст)	Всего
Слаб. ст.	Сред. ст.	Выс. Ст			
9	10	13	17	4	53

Распределение пациентов по рефракции дополнительно подтверждает мнение о том, что отслойка сетчатки чаще происходит у лиц с миопией.

В плановом порядке для оперативного лечения катаракты поступили 47 пациентов. У 6 больных катаракта была набухающей и требовала неотложного вмешательства, причем у 1 из них — на единственном глазу (второй глаз ослеп от отслойки сетчатки), а 4 пациента оперированы ранее в связи с отслоением сетчатки на обоих глазах. Таким образом, у 5 из 53 пациентов от-

слойка сетчатки наблюдалась на обоих глазах, что составило 9,4 %.

Для выполнения витреоретинальных и катарактальных операций использовались офтальмологические комбайны Infiniti и Constellation (Alcon), а также Megatron S3 (Geuder).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При лечении отслойки сетчатки у исследуемой группы пациентов с катарактой использовались следующие основные методы, представленные в таблице 2. В этой же таблице отображены сроки между проведением витреоретинальной хирургии и экстракцией катаракты.

Выбор способа хирургического лечения отслойки сетчатки требует индивидуального подхода в зависимости от клинической картины и стадии пролиферативной витреоретинопатии. Как видно из таблицы, большинство пациентов прооперировано с использованием комбинированных методов хирургии (цирклиж + витрэктомия) — как одномоментно (43,4 %), так и в 2 этапа (26,4 %). Двухэтапное вмешательство проводилось при неудовлетворительном анатомическом результате, или при развитии рецидива отслоения сетчатки после пломбирующих операций.

У 11 больных (20,7 %) до оперативного лечения катаракты произведено удаление силикона из витреальной полости. 42 пациента были прооперированы по поводу катаракты на фоне долгосрочной силиконовой тампонады.

Развитие или прогрессирование катаракты в результате экстрасклеральных вмешательств наблюдалось реже — у 16 больных, что составило 30,2 %. При этом у лиц молодого возраста помутнение хрусталика после пломбирующих операций, по нашим наблюдениям, происходит не быстрее по сравнению с пациентами с обычной возрастной катарактой.

Таблица 2

Сроки развития катаракты после оперативного лечения отслойки сетчатки различными методами

Методы/Сроки	до 1 года	1–3 года	3–5 лет	более 5 лет	Всего
Цирклиж силиконовым жгутом + витрэктомия + силикон	8	14	1	0	23
1. Цирклиж жгутом или цирклиж+пломбирование 2. Витрэктомия+силикон (в 2 этапа)	9	5	0	0	14
Экстрасклеральная хирургия: цирклиж жгутом или цирклиж лентой + пломбирование + пункция СРЖ + крио/диатермокоагуляция склеры	0	5	3	8	16
Количество больных	17	24	4	8	53

Сроки развития катаракты в зависимости от использования разных методов лечения отслойки сетчатки (табл. 2) имеют следующую тенденцию. Прогрессирование катаракты происходит медленнее у больных после применения экстрасклеральных методов хирургии. Более быстрое помутнение хрусталика отмечается у пациентов после проведения эндовитреальных вмешательств.

Факоэмульсификация катаракты с использованием техники раскола ядра (Phaco Chop) и имплантацией гибкой ИОЛ выполнена у 50 пациентов (94,3 %). У 3 больных (5,7 %) при наличии крупного бурого ядра произведена тоннельная экстракция катаракты с формированием самогерметизирующегося корнеосклерального разреза. ИОЛ имплантирована 52 больным (98 %). От имплантации ИОЛ было решено отказаться в одном случае — с набухающей катарактой и частичным выходом силикона в переднюю камеру во время операции.

В ходе выполнения катарактальных операций нами отмечены некоторые морфологические и технические особенности, которые были характерны для пациентов всех возрастных категорий, перенесших витрэктомию.

После витрэктомии развитие катаракты, как правило, начиналось с появления заднекапсулярных помутнений. Наиболее показательным это проявлялось у молодых пациентов с прозрачным ядром хрусталика в виде плотных белесоватых помутнений под задней капсулой. Нередко наблюдались иридохрусталиковые синехии в сочетании с узким ригидным зрачком, требовавшие выполнения синехиотомии.

На фоне длительной силиконовой тампонады у большинства пациентов происходит уплотнение передней и задней капсулы хрусталика. Во время операции это нередко затрудняет выполнение кругового капсулорексиса в связи с повышенным тракционным воздействием на цинновы связки. Фиброзирование задней капсулы в сочетании с ее помутнением может существенно снижать функциональные результаты после оперативного

лечения. Таким пациентам следует рекомендовать выполнение лазерной дисцизии задней капсулы небольшого диаметра во избежание выхода силикона в переднюю камеру.

Вымывание хрусталиковых масс иногда сопровождается выходом пузырьков силикона из-под радужки в переднюю камеру через цинновы связки. Частичный выход силикона в переднюю камеру осложнил течение операции у 2 пациентов.

При манипуляциях хирурга в ходе аспирации хрусталиковых масс силиконовое масло не позволяет «амортизировать» колебания задней капсулы хрусталика, а при авитрии, напротив, наблюдается повышение амплитуды колебаний капсулы, что следует учитывать во избежание её повреждения. У пациентов с авитреальной полостью необходимо отметить также нестабильность глубины передней камеры в ходе операции, её возможное парадоксальное уменьшение, связанное с попаданием сбалансированного раствора через цинновы связки в полость стекловидного тела.

В таблице 3 приведены данные остроты зрения пациентов при выписке из стационара.

Более низкую остроту зрения имели пациенты, при лечении отслойки сетчатки которых применялись эндовитреальные методы хирургии. Это, по-видимому, можно объяснить более тяжелым исходным состоянием сетчатки у данной группы больных. Острота зрения пациентов, оперированных с использованием методов экстрасклеральной хирургии, имеет более равномерное распределение. При этом число больных с относительно высоким зрением (более 0,1) существенно больше.

ВЫВОДЫ

1. Прогрессирование катаракты характерно для больных, при лечении отслойки сетчатки которых применялась витрэктомия. Развитие или прогрессирование катаракты после экстрасклеральных вмешательств наблюдается реже.

Таблица 3

Острота зрения после хирургии катаракты

Методы/Vis после опер. леч. кат. (с корр.)	<0,01	0,01–0,1	0,1–0,3	>0,3	Всего
Циркляж + витрэктомия + силикон	8	12	3	0	23
Циркляж + пломбирование Витрэктомия + силикон (в 2 этапа)	6	8	0	0	14
Экстрасклеральная хирургия	2	6	3	5	16
Количество больных	16	26	6	5	53

2. Функциональные результаты оперативного лечения катаракты хуже у пациентов после использования эндовитреальных методов лечения отслойки сетчатки, возможно из-за более грубых изменений в макулярной зоне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тахчиди Х. П., Горшков И. М., Якушев П. В. Оценка динамики помутнения хрусталика после первичной витрэктомии с силиконовой тампонадой по поводу отслойки сетчатки. Офтальмохирургия. 2008; 5: 18–23.
2. Захаров В. Д. Витреоретинальная хирургия. М. 2003. С. 162–163,

REFERENCES

1. Takhchidi Kh. P., Gorshkov I. M., Yakushev P. V. Otsenka dinamiki pomutneniya khrustalika posle pervichnoy vitrektomii s silikonovoy tamponadoy po povodu otsloyki setchatki [Assessment of cataract after primary vitrectomy with silicone tamponade about retinal detachment]. Oftal'mokhirurgiya. 2008; 5: 18–23.
2. Zakharov V. D. Vitreoretinal'naya khirurgiya [Vitreoretinal surgery]. M. 2003.

Сведения об авторе:

Щукин Андрей Дмитриевич — к. м. н., врач отделения микрохирургии глаза № 2, городской офтальмологический центр при ГМПБ № 2. 194017, Санкт-Петербург, Учебный пер., д. 5.
E-mail: shchukin.a.d@mail.ru.

Shchukin Andrey Dmitrievich — candidate of medical science, ophthalmologist. Eye microsurgery department №2. City hospital N 2. 194017, St. Petersburg, Uchebniy pereulok, 5.
E-mail: shchukin.a.d@mail.ru.