

ИЗМЕНЕНИЕ ПРЕЛОМЛЯЮЩИХ СРЕД ГЛАЗА ПОСЛЕ ИНТРАКАПСУЛЯРНОЙ КРИОЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ И ВЛИЯНИЕ ИХ НА ОСТРОТУ ЗРЕНИЯ

Е. И. Сидоренко

Кафедра глазных болезней (зав.—проф. А. П. Нестеров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Нам предстояло изучить реакцию глаза, в частности преломляющих сред, на интракапсулярную криоэкстракцию катаракты и выяснить влияние изменений в средах на визуальные исходы.

У 80 человек прослежены изменения преломляющих сред в ближайший послеоперационный период. Анализированы данные об остроте зрения у 542 больных. У 82 больных исследованы изменения преломляющих сред, рефракции, остроты зрения при коррекции сферическими и сфероцилиндрическими очковыми стеклами в отдаленные сроки после операции.

У всех больных определяли некоррированную остроту зрения, рефракцию субъективно, скиаскопически, а также рефрактометром Хартингера и офтальмометром Жавала — Шютца, проводили биомикроскопию. В соответствии с полученными данными назначали коррекцию.

Состояние сред в послеоперационном периоде во многом определяется течением операции. В первые дни наблюдаются наибольшие изменения в роговице: отек эндотелия, эпителия, стромы, нередки складки десцеметовой оболочки. Передняя мембрана стекловидного тела, которая в норме видна при биомикроскопии как сильно рефлектирующая, тонкая поверхность, находящаяся за радужкой, разорвалась во время операции в трех глазах. После операции нередко на ее задней поверхности имеются пигментные и беспигментные сероватые пылинки. Степень выпячивания мембраны стекловидного тела в переднюю камеру чрезвычайно вариабельна и изменчива. В послеоперационном периоде передняя пограничная мембрана разорвалась в 6 глазах. У 4 больных разрыв был центральный, большой, у 2 в виде 2—3 дырчатых дефектов. У 5 больных разрывы появились внезапно, без всяких предвестников. У 1 больной появлению 2 небольших дырчатых дефектов мембраны предшествовало появление ограниченных выпячиваний в передней мембране стекловидного тела. Операция у этой больной прошла без осложнений. В первые 2 дня мембрана была нормальной, слегка изогнутой в переднюю камеру. На 3-й день за мембраной по меридиану 11 часов, ближе к зрачковому краю радужки начала формироваться небольшая оптически пустая полость. Она постепенно увеличивалась в размерах, выпячивая мембрану стекловидного тела в переднюю камеру. На следующее утро аналогичное выпячивание появилось на продолжении этого меридиана на 5 часах у зрачкового края радужки. Больной был рекомендован постельный режим, назначены миотики. После одного дня покоя создалось впечатление, что эти локальные грыжи не увеличиваются. Больной было разрешено ходить и вновь начато расширение зрачка атропином. Выпячивания в передней камере начали увеличиваться, приближаясь по форме к конусу. На вершине их мембрана была истончена, менее рефлектировала, на 5-й день произошел ее разрыв. Глаз при этом оставался относительно спокойным.

Изменения в стекловидном теле локализуются в основном в его переднем отделе и часто определяются течением операции и тяжестью послеоперационного иридоциклита (Г. Л. Старков). Даже при внешне гладком течении операции при осмотре щелевой лампой в 8 глазах при расширенном зрачке нами обнаруживались в переднем отделе стекловидного тела микрогеморрагии в виде мелких капелек и тяжиков. Стекловидное тело в переднем отделе после операции имеет более яркий оптический срез, колебания его упругие, структура выделяется резче, с множеством округлых пылевидных коричневых и сероватых включений. Эти изменения преломляющих сред затрудняют определение рефракции с помощью рефрактометра Хартингера, снижают остроту зрения. При выписке больных острота зрения без коррекции составила в среднем 0,01—0,04, в трех глазах 0,1—0,2. Острота зрения с коррекцией равнялась 0,5.

Изменение сред, рефракции глаза, визуальные исходы в отдаленные сроки после операции (2 месяца—5 лет) исследованы на 82 афакических глазах.

В 66 глазах (80,5%) роговица была не изменена. В 2 глазах в роговицу врастали сосуды через мощные передние синехии. В 2 глазах была резко выражена дегенерация роговицы, обусловленная предлежанием стекловидного тела. В 12 глазах имелся слабый отек эндотелия по типу запотелости, чаще в нижне-внутреннем сегменте. Срок после операции был в 4 глазах до 4 месяцев, в 8 глазах — 1—3 года. В 7 из этих 12 глаз (58,3%) имелась осложненная грыжа, стекловидное тело заполняло большую часть передней камеры, не прилегая к роговице. В 5 глазах были неосложненные грыжи, в 3 из них — больших размеров, стелющиеся по радужке почти до угла передней камеры. В одном глазу был малый срок после операции (2 месяца), в другом

имелось небольшое повышение внутриглазного давления. Из 16 глаз с осложненными грыжами в 9 (56,2%) эндотелий роговицы реагировал на стекловидное тело или отеком, или дегенерацией. Большие неосложненные грыжи вызывают подобную реакцию роговицы. Эти изменения обусловлены, очевидно, как механическим раздражением, так и фибринолитической активностью стекловидного тела.

Из 82 глаз передняя мембрана стекловидного тела только в 5 была неизменной, нежной, оптически прозрачной, расположенной за радужкой, свободной от синехий. В 29 глазах имелись синехии по зрачковому краю с передней мембраной стекловидного тела. В 10 из них мембрана была резко натянута, деформирована мощными спайками. Значительное синехиеобразование обнаружено при секторальной иридэктомии. Так, из 37 глаз, где произведена секторальная иридэктомия, синехии по зрачковому краю и в области колобомы были в 23, в то время как из 45 глаз с базальной иридэктомией синехии имелись только в 6. В 3 глазах к мембране стекловидного тела фиксированы тяжи из стекловидного тела. В 9 глазах мембрана была фиксирована у операционного рубца. В 11 глазах мембрана стекловидного тела утолщена, покрыта белым блестящим полупрозрачным налетом. В 11 глазах на передней мембране были грубые гранулы пигмента, в 6 — эксфолиации.

Из 38 глаз, где не было грыж передней мембраны стекловидного тела, в 33 были грубые изменения и утолщения или натяжение ее задними синехиями. Возможно, они-то и затрудняют образование грыж.

В 44 глазах имелись грыжи передней мембраны: в 28 неосложненные, с целой мембраной, в 16 — осложненные. В 6 глазах мембрана разорвалась после выписки больных из стационара. Нарушению целостности мембраны могут способствовать травмы, усиливающаяся подвижность и дегенерация стекловидного тела, тракция синехиями, работа зрачка, травмирующая грыжу стекловидного тела, слабая эластичность мембраны.

Повышенная подвижность стекловидного тела и операционная травма приводят к прогрессирующим дегенеративным изменениям стекловидного тела, особенно в передних отделах. В 34 глазах имелось умеренно выраженное разволокнение остова стекловидного тела. При этом сразу за мембраной наблюдаются длинные и более толстые волокна, проходящие косо спереди назад, провисая книзу. Стекловидное тело разжижено, при движении волокна и пигментные включения перемещаются более быстро, взмывают вверх, разбиваясь на отдельные группы. Имеются небольшие, овальной формы, оптически пустые полости. В 16 глазах структура стекловидного тела была разрушена значительно, захватывая средний и даже задний его отрезки. Волокна представлены в виде переплетения коротких и длинных обрывков, в местах их пересечения образуются рыхлые клубочки. Движения этих обрывков стремительные. В четырех глазах полости были резко выражены, волокна сгруппировались в виде толстых конгломератов, пленок.

Несмотря на эти изменения сред, прозрачность их в отдаленные сроки после операции значительно повышается, увеличивается и острота зрения, составляя в среднем при коррекции 0,8. У 54 чел. прослежены изменения рефракции после операции на сроках до 4 лет. В 32 глазах с течением времени гиперметропическая рефракция увеличилась на 1—2 Д, а астигматизм уменьшился. Стабилизация рефракции наступает индивидуально в сроки от 1 до 6 месяцев, чаще к 2—3 месяцам. В глазах, где рубец рыхлый, слабый, с проявлением воспаления или с ущемленной радужкой, стабилизация идет медленно. Общее состояние также влияет на сроки стабилизации астигматизма. Так, у Г., перенесшего инфаркт миокарда в послеоперационном периоде, астигматизм стабилизировался через 6 месяцев, несмотря на хорошее состояние глаза. Окончательно установившийся астигматизм у больных был от 0,5 до 4,5 Д, в среднем составляя 1,85 Д. Среднее расположение осей было по меридианам 30 и 130°. Чаще меридиан с максимальной преломляющей силой отклонялся от горизонтальной оси на 10—20°.

Коррекция сфероцилиндрическими очковыми стеклами повышает остроту зрения в сравнении со сферическими у тех же больных на 0,2—0,5. Так, коррекция сферическими очковыми стеклами дала остроту зрения 0,7—1,0 только в 19,5%, а коррекция сфероцилиндрическими — в 54%. Самым оптимальным сроком для коррекции являются 3—6 месяцев после операции, хотя и через 1—2 года в 14 глазах нам удалось получить зрение 0,8—1,0.

Таким образом, изменения сред в послеоперационном периоде во многом зависят от течения операции. Эти изменения вместе с амблиопией затрудняют коррекцию зрения в этот период. Острота зрения, определяемая при выписке больных, не отражает окончательных оптических результатов операций.

Отмечается большое количество задних синехий с передней мембраной стекловидного тела. Секторальная иридэктомия способствует большему образованию синехий.

Оптические среды глаза претерпевают довольно значительные изменения после операции, вплоть до дегенерации роговицы. У больных с резко измененным стекловидным телом предпочтительнее экстракапсулярная экстракция катаракты.

Поступила 11 июня 1973 г.