

РЕФРАКЦІЙНА ЗАМІНА КРИШТАЛИКА ВНАСЛІДОК ВИСОКОЇ МІОПІЧНОЇ АНІЗОМЕТРОПІЇ ПРИ ПЕРСИСТУЮЧІЙ ЗІНИЧНІЙ МЕМБРАНІ

Боброва Н. Ф., Романова Т. В., Шилик А. В.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»; Одеса, Україна

Порушення зворотного розвитку tunica vasculosa lentis – судинної структури, що живить кришталік у процесі ембріогенезу, проявляються у вигляді персистуючої судинної сітки, переднім проявом якої є персистуючі зіничні мембрани (ПЗМ). Описані різні клінічні варіанти ПЗМ - у вигляді ниток та сплетінь, що формуються в химерні фігури, ніжну сіточку або щільну плівку на передній поверхні кришталіка, яка може бути причиною обскурації зорової осі. Прикріплення ПЗМ до периферичних відділів рогівки характерне для синдромів Аксенфельда та Рігера. ПЗМ може поєднуватися з іншою вродженою патологією ока: мікрокорнеа, заднім кератоконусом, міопією високого ступеня, катарактою та ін. (Duke-Elder S., 1964, Боброва Н.Ф., 2006, 2017, Вит В.В., 2003, Кароог К., 2013).

Частота ПЗМ дуже велика, коливається - від 30 до 95% здорових індивідів (Brueckner A. 1907, Боброва Н.Ф., 2006.). При цьому в більшості випадків тонкі нитки мембрани не впливають на гостроту зору, та не вимагають лікування і можуть бути не розпізнані для самого індивіда. Необхідність у лікуванні виникає при обскурації ПЗМ зорової осі, що знижує зір, у дитячому віці та може спричинити розвиток амбліопії (Kolin T., 1997, Боброва Н. Ф., 2013).

Мета. Відновлення прозорості зорової осі шляхом видалення ПЗМ та усунення анізометропії шляхом рефракційної заміни кришталіка.

Матеріал та методи. У дитини (11 років) діагностована ПЗМ на лівому оці з міопією високого ступеню та амбліопією (гострота зору OD: 1,0 OS 0,02-0,03; рефрактометрія: OD - Ем; OS М -8,0Д; ВОТ OD: 21,0 мм рт.ст.; OS 18,0 мм рт.ст.; УЗ біометрія OD - 23,41 мм; OS - 26,15 мм; розрахунок ІОЛ «Acrysof» SN60WF: OD 22,4д OS: 15,76Д). Було виконано мікроінвазивне хірургічне видалення обскураційної ПЗМ з рефракційною заміною кришталіка.

Результати. Особливості операції - при введенні інтракамерно 1% розчину мезатону мало місце нерівномірне розширення зіниці - розширилася частина зіниці, вільна від ПЗМ, у той час як друга половина, стягнута численними ниточками ПЗМ, що відходять від collarette райдужної оболонки та зіниці і прикріплюються до ПЗМ розташованої на передній капсулі кришталіка розширилася дуже мляво.

Розтин ниток ПЗМ виконувався після проведення віскодисекції останніх від передньої капсули кришталика в декілька етапів: спочатку у верхньому відділі (залишивши непересіченою частину ниток), потім з середини, доходячи до 6 годин по зіничному краю райдужної оболонки. При цьому спостерігалася незначна кровотеча в місцях перетину найбільш щільних тяжів, що свідчать про наявність у них судин, які персистують. Після повного відсікання нижньої частини тяжів, фіброзна частина мембрани, яка здавалося щільно з'єднана з передньою капсулою кришталика, самостійно без будь-яких маніпуляцій змістилася догори - до місця непересічених тяжів, що залишилися. Враховуючи цю обставину, шляхом тракції пінцетом мембрана разом з непересіченими тяжами, що залишилися, біля зіничного краю райдужної оболонки через розріз підтягнута назовні, де і розсічена після чого мембрана з тяжами видалена, а райдужка самостійно заправилася в передню камеру. Кришталик залишився інтактним, зіниця вільна від зрощень розширилася самостійно максимально.

Після виконання переднього капсулорексису $d=5,5\text{мм}$, з метою усунення анізотропії шляхом рефракційної заміни кришталика проведена факоаспірація прозорого кришталика з імплантацією ІОЛ SN60WF 16.0D, капсулярний мішок. Після введення міотика в передню камеру зіниця звузилася рівномірно та симетрично.

Післяопераційний період протікав без особливостей. Гострота зору після операції підвищилася до 0,1 за таблицею В.Є. Шевальова і до 0,25 по смугастих оптотипах Теллера. VOT (п) норма.

У віддаленому періоді спостереження (через 12 місяців) гострота зору підвищилася до 0,4 за таблицею В.Є. Шевальова і до 0,5-0,6 по смугастих оптотипах Теллера. VOT вагався в межах 17,0-19,0 мм рт.ст.

Висновки: Хірургічне видалення ПЗМ щільно пов'язаної з передньою капсулою кришталика шляхом делікатного перетину тяжів ПЗМ, що стягають райдужку, викликають міоз і деформацію зіниці з одномоментною рефракційною заміною кришталика дала можливість відновити прозорість оптичної осі, усунути міопію та анізотропію високих ступенів, створити максимально сприятливі умови для істотного підвищення гостроту зору і лікування амбліопії.