

Катаракта У Больных Ревматоидным Артритом

Тулакова Г. Э. ¹

Байлатова Ш. Ш. ²

Аннотация

Хирургия осложнённых катаракт, и в особенности при ревматоидных артритах, представляет серьёзную проблему для офтальмологов. Катаракта при ревматоидных артритах может развиваться как результат непосредственно самого воспаления, так и длительного применения кортикостероидов.

Ключевые слова: факоемульсификация катаракты; системные и ревматические аутоиммунные заболевания; увеальная катаракта.

¹ Ассистент кафедры Офтальмологии, Самаркандского государственного медицинского университета

² Самостоятельный соискатель кафедры Офтальмологии, Самаркандского государственного медицинского университета

Введение. Катаракта представляет собой прогрессирующее помутнение хрусталика глаза, которое приводит к снижению остроты зрения и, в конечном счете, к слепоте, если не предпринимать хирургическое лечение[1,2,3]. Хрусталик является прозрачной, двояковыпуклой структурой, расположенной позади радужки и зрачка. Он играет ключевую роль в фокусировке световых лучей на сетчатке для формирования четкого изображения[6,8,9]. При катаракте хрусталик теряет свою прозрачность из-за изменения структуры белков и накопления метаболитических продуктов. Помутнение хрусталика связано с различными факторами, включая возраст, травмы, генетическую предрасположенность, воздействие ультрафиолетового излучения, курение и прием некоторых медикаментов, таких как глюкокортикоиды [4,5,11]. Развитие катаракты является результатом сложных биохимических и молекулярных изменений в хрусталике. Пациенты с ревматоидным артритом нередко сталкиваются с повышенным риском развития катаракты, что обусловлено как самим заболеванием, так и применением глюкокортикоидов в терапии РА[4,6,8,10]. Хирургическое лечение катаракты у таких пациентов представляет собой особую сложность, поскольку требуется учитывать не только общее состояние здоровья, но и специфические особенности, связанные с ревматоидным артритом [9,10,11].

Цель исследования. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения осложненных катаракт при артритах.

Материал и методы исследования. С 2015 по 2020 гг. нами было прооперировано 64 глаз у 60 пациентов, имеющих в анамнезе хронический увеит. Среди них 38 мужчин и 26 женщин в возрасте от 5 до 74 лет (в среднем 36,6). Количество пациентов с установленным этиологическим фактором: ювенильный ревматоидный артрит — 21, анкилозирующий спондилоартрит — 10, ревматоидный артрит — 10, описторхоз — 1, псориазический артрит — 1, болезнь Рейтера — 1, гетерохромный иридоциклит Фукса — 2, саркоидоз — 1. У 13 пациентов не была определена этиология катаракты. Средняя острота зрения с коррекцией до операции составляла $0,15 \pm 0,11$ (от *rg.l.certae* до 0,7). Патологические изменения переднего отрезка были различной степени выраженности. Лентовидная дегенерация роговицы — 26 глаз (23,4%), задние синехии — 90 глаз (81%), иридокорнеальные сращения — 12 глаз (10,8%), вторичная глаукома — 21 глаз (18,9%). Уровень внутриглазного давления был в диапазоне от 6 до 50,5 мм рт. ст. (среднее значение внутриглазного давления — 17,7 мм рт. ст.). На 2 глазах ранее была проведена непроникающая глубокая склерэктомия, на 17 глазах — лазерная иридотомия, из них на 5 — неоднократно. Сроки наблюдения составили от 3 мес. до 5 лет. Операция выполнялась по следующей технологии: после анестезии через роговичный парацентез под прикрытием вискоэластика провиск при помощи шпателя производилось разделение задних и, при необходимости, передних синехий. Затем цанговым пинцетом удалялась зрачковая экссудативная мембрана, устанавливался четырехугольный ретрактор зрачка. Выполнялся круговой передний капсулорексис. Производилась ультразвуковая факоэмульсификация катаракты, затем формировался круговой задний капсулорексис (на 1 мм меньше диаметра переднего), через который выполнялась частичная витрэктомия 23G. В капсульный мешок имплантировалась трехчастная гибкая акриловая ИОЛ, при этом опорные элементы располагались в капсульном мешке, а оптическая часть ИОЛ заводилась за задний капсулорексис по типу «застегивания пуговицы». В послеоперационном периоде назначалась местная терапия в виде глазных капель: антибиотик на 2 недели, дексаметазон 0,1% до 3 мес. с постепенным уменьшением кратности закапывания, нестероидные противовоспалительные препараты, мидриатики. По показаниям назначались: субконъюнктивальные, внутривенные инъекции дексазона, парабульбарные инъекции дипроспана. Клинико-инструментальный мониторинг в до- и послеоперационный период проводился в сроки: 1-2 сутки, 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год и ежегодно после операции и включал визометрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, В-сканирование, оптическую когерентную томографию переднего отрезка.

Результаты и их обсуждения. При использовании данной технологии интраоперационных осложнений не наблюдалось. В раннем послеоперационном периоде, независимо от тяжести исходной клинической картины, во всех случаях имело место восстановление правильных анатомических взаимоотношений (рис. 1, 2). На 1-2 сутки после операции острота зрения с коррекцией составила: выше 0,5 — на 48 глазах (43,2%), 0,2-0,5 — на 38 глазах (34,2%), ниже 0,2 — на 25 глазах (22,6%). Наиболее достоверное улучшение остроты зрения после операции произошло в группах пациентов, имевших остроту зрения до операции выше 0,5 и ниже 0,2. Острота зрения ниже 0,2 после операции была на глазах с исходным тяжелым состоянием, грубыми анатомическими изменениями переднего отрезка, изменениями в центральных отделах сетчатки, но даже в этих случаях пациенты субъективно отмечали улучшение качества зрения. На 1-2 сутки после операции на 103 глазах (92,8%) уровень внутриглазного давления был в пределах нормы, на 8 глазах (7,2%) — 26 мм рт. ст. и выше, в 5 случаях из них компенсация внутриглазного давления была достигнута с помощью назначения гипотензивных капель. На 3 глазах через месяц после факоэмульсификации катаракты была проведена антиглаукоматозная операция (в 1 случае — непроникающая глубокая склерэктомия, в 2 случаях — лазерная десцеметогониопунктура с последующей нормализацией уровня внутриглазного давления). К концу периода наблюдения в 100% случаев внутриглазное давление было в пределах нормы, в том числе у 8 пациентов на

гипотензивных каплях. Анализ дистанции от центра внутренней поверхности роговицы до передней поверхности ИОЛ показал, что в среднем она составляла $4,4 \pm 0,1$ мм, к 3 мес. после операции уменьшалась на 0,2 мм и далее оставалась стабильной (рис. 3). В раннем послеоперационном периоде на 9 глазах (8,1%) наблюдалась реакция в виде геморрагического феномена Гиндаля I степени, на 6 глазах были единичные нити фибрина в области зрачка. Тяжелых воспалительных осложнений, геморрагических осложнений не наблюдалось. Единичные локальные задние синехии, не сопровождающиеся явлениями бомбажа радужки, сформировались впоследствии на глазах у пациентов с агрессивным течением ювенильного ревматоидного артрита и анкилозирующего спондилоартрита, с выраженными исходными пластическими изменениями переднего отрезка. Преципитаты на ИОЛ, сопровождающиеся снижением остроты зрения, были отмечены в 11,4% случаев. На 1-2 сутки после операции оценивалось состояние макулярной области по данным оптической когерентной томографии. В 40% случаев были выявлены явления макулярного отека разной степени выраженности. На 16 глазах (14,4%) был диффузный макулярный отек, из них на 10 глазах на фоне консервативной терапии в динамике наблюдалось улучшение остроты зрения и постепенная нормализация профиля макулярной области, в 6 случаях состояние в динамике оставалось стабильным. На 30 глазах (27%) был выявлен кистозный макулярный отек, в 6 случаях из них на фоне консервативной терапии произошло улучшение остроты зрения и постепенная нормализация профиля макулярной области, в 18 случаях (60%) зрительные функции были стабильными, на 5 глазах — после проведения субтотальной витрэктомии, в остальных — на фоне консервативной терапии. В 6 случаях не наблюдалось положительной динамики в состоянии макулярной области, что потребовало дополнительной коррекции базисной терапии. Кистозный макулярный отек, появившийся в сроки 1-6 мес. после хирургии, был отмечен в 6 случаях (5,4%). Во всех этих случаях нами были отмечены исходные «предрасполагающие» патологические изменения в макулярной области, а именно: эпиретинальная мембрана с тракционным компонентом на 4 глазах и диффузное утолщение сетчатки на 2 глазах. Витрэктомия с удалением эпиретинальной мембраны способствовала стабилизации зрительных функций.

Хирургическое лечение увеальных катаракт различной этиологии с адекватной пред- и послеоперационной терапией обеспечивает улучшение остроты зрения и снижение частоты рецидивов воспаления. Учитывая высокую вероятность декомпенсации ВГД в отдаленном послеоперационном периоде, в таких случаях следует уделять внимание контролю ВГД.

Выводы. 1. Разработанный метод ультразвуковой факоэмульсификации катаракты с предварительной синехиотомией, формированием заднего капсулорексиса, частичной витрэктомией и имплантацией интраокулярной линзы в капсульный мешок опорными элементами и заведением оптической ее части за задний капсулорексис в сочетании с необходимой консервативной терапией является безопасным, позволяет достигнуть хороших анатомических результатов и достоверного улучшения остроты зрения в послеоперационном периоде.

2. Случаи низкой остроты зрения в послеоперационном периоде, как правило, связаны с наличием исходного макулярного отека. Наличие эпиретинальной мембраны является фактором риска по прогрессированию кистозного макулярного отека в сроки 1-6 месяцев после факоэмульсификации осложненной катаракты и может являться показанием для проведения витрэктомии.

Список цитируемой литературы

1. Юсупов, А. А., and Г. Э. Тулакова. "ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ КАТАРАКТЫ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ ИОЛ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ." *Journal of Healthcare and Life-Science Research* 3.6 (2024): 393-399.
2. Юсупов А. А., Тулакова Г. Э. ИЗМЕНЕНИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА, ИНТЕРЛЕЙКИНОВ (IL-6, IL-1B) И TNF-A В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С КАТАРАКТОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ // *Journal of Healthcare and*

Life-Science Research. – 2024. – Т. 3. – №. 6. – С. 326-329.

3. Тулакова Г. Э. ИЗМЕНЕНИЯ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ КАТАРАКТЫ //Innovations in Technology and Science Education. – 2024. – Т. 3. – №. 22. – С. 179-190.
4. Тулакова Г. Э. Ревматоид артритнинг кўздаги клиник кўриниши //Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2024. – №. 1. – С. 151.
5. Юсупов А.А., Тулакова Г.Е. РЕВМАТОИДЛИ АРТРИТ БОЛГАН БЕМОРЛАРДА КАТАРАКТНИ КСИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ ОЗИГА ХОСЛИГИ //Передовая офтальмология. – 2023. – Т. 3. – №. 3. – С. 185-188.
6. Юсупов А. А., Тулакова Г. Э. Особый подход к хирургическому лечению катаракты у больных ревматоидным артритом //Advanced ophthalmology. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 183-186.
7. Elmurodovna T. G. Specificity of Surgical Treatment of Cataract in Patients with Rheumatoid Arthritis //Spanish journal of innovation and integrity. – 2022. – Т. 12. – С. 13.
8. Юсупов А. А., Бобоев С. А., Тулакова Г. Э. Специфика хирургического лечения катаракты у больных ревматоидным артритом //Журнал Биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
9. Шиловских, О. В., & Сафонова, О. В. Хирургия увеальной катаракты. Современные технологии в офтальмологии. (3), 2016. С. 206-208.
10. Югай, М. Т., Югай, М. П., Рябцева, А. А. (1997). Роль свободнорадикального окисления в патогенезе увеальной катаракты. //Ерошевские чтения. 1997. С. 380-381.
11. Ядыкина, Е. В., & Дроздова, Е. А. (2014). Современные подходы к хирургии осложненной катаракты у детей с увеитом при ювенильном идиопатическом артрите. //Вестник Оренбургского государственного университета. № 12. С.173-176.