

Применение вышеперечисленных техник в практике позволит уменьшить риски интраоперационных осложнений, сократить время операции в хирургии набухающих и плотной ядерных катаракт.

СИНДРОМ ИРВИНА-ГАССА ПОСЛЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ ИОЛ ACRYSOF IQ RESTOR MULTIFOCAL TORIC

Клинический случай

Р. Б. Шаимов¹, А. Г. Гринев²

¹Глазной Центр «Зрение», г. Челябинск;

²ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»
Минздрава России, г. Екатеринбург

Актуальность. Одним из осложнений экстракции катаракты является кистозный отек макулярной области сетчатки (синдром Ирвина-Гасса). Частота его клинически значимых форм достигает 20 % при экстракапсулярной экстракции и 1 % после ультразвуковой факоэмульсификации (D. G. Telander, 2010). Вместе с тем субклинические формы синдрома Ирвина-Гасса выявляются с помощью флуоресцентной ангиографии в 9–19 %, а при оптической когерентной томографии – в 41 % случаев – в послеоперационном периоде (С. L. Lobo et al., 2004).

В развитии макулярного отека, помимо нарушений гематоофтальмического барьера, важная роль придается механическим факторам: изменению объема стекловидного тела, потере стекловидного тела, ущемлению его в рубце (S. M. El-Harazi et al., 2000; N. S. Jaffe 1972; J. G. F. Worst, 1976). Существенная роль принадлежит асептическому воспалению (L. A. Yannuzzi, 1984); оказывают влияние также частота, мощность и длительность воздействия ультразвука (S. Aust, 2009), параметры которых зависят от модели прибора факоэмульсификатора.

Учитывая высокую распространенность факоэмульсификации катаракты, прогнозирование и профилактика синдрома Ирвина-Гасса являются по-прежнему актуальными, так как при развитии данного синдрома сводится к минимуму эффект успешно выполненной рефракционной операции.

Цель работы – представить клинический случай синдрома Ирвина-Гасса после неосложненной факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ Alcon Restor Toric.

Материал и методы. Пациент К. 63 лет поступил в Глазной центр «Зрение» Челябинска с диагнозом заднекапсулярная катаракта, миопия I степени, сложный миопический астигматизм OD.

Vis OD 0,15 sph -1,5 cyl -2,0 ax 15° = 0,45°.

Учитывая желание пациента избавиться от применения очков на фоне пресбиопии и астигматизма, было принято решение выполнить ультразвуковую факоэмульсификацию (УЗФЭ) катаракты с имплантацией высокотехнологичной мультифокальной торической ИОЛ (AcryS-of IQ ReSTOR Multifocal Toric).

Кератометрия OD: Flat K 43,0 D 21°; Steep K 45,0 D 111°.

Биометрия OD: AXL 25,95 мм.

Расчетный сферический компонент ИОЛ 13,5 D.

По данным калькулятора сайта <http://www.acrysoftoriccalculator.com> была выбрана модель ИОЛ SND1T4 с прогнозируемым резидуальным астигматизмом 0,2 D. Запланированный индуцированный астигматизм составлял 0,25 D.

Операция факоэмульсификации катаракты была произведена по стандартной методике без осложнений. Задний капсулорексис не выполнялся ввиду прозрачности задней капсулы.

Ранний послеоперационный период протекал без особенностей с применением местных противовоспалительных и антибактериальных препаратов. Через сутки после операции острота зрения составила 0,4 с cyl +0,75 D ax 110° = 0,8, чтение текста № 6 без дополнительной коррекции. На 6-е сутки: Vis = 0,9 sph +0,25 cyl +0,25D ax 113° = 1,0. Чтение текста № 1. Эффект от рефракционной операции был достигнут, пациент был удовлетворен результатом.

Однако на 26-е сутки после операции пациент пришел с жалобами на снижение зрения вдаль и вблизи, искажение предметов. Vis 0,4 с sph + 0,75 = 0,5. Чтение текста № 7. При биомикроскопии: оптические среды прозрачные, ИОЛ в правильном положении. Глазное дно: в макулярной зоне (MZ) пастозность, фовеолярный рефлекс сглажен. По данным оптической когерентной томографии (ОКТ) на аппарате RTVue-100 выявилась проминенция слоя нервных волокон в MZ на 349 мкм, сопровождающаяся локальной отслойкой пигментного эпителия с подлежащей гипозоженной структурой. Признаков витреомакулярного тракционного синдрома выявлено не было. На основании жалоб, анамнеза (операция по поводу катаракты 4-недельной давности), данных обследования был выставлен диагноз: кистовидный макулярный отек – синдром Ирвина–Гасса. Проведено лечение: инстилляции стероидных (Максидекс) и нестероидных (Диклофенак) противовоспалительных препаратов, ингибитора карбоангидразы (Азопт); р/б инъекции стероидных противовоспалительных препаратов (Дексаметазон, Дипроспан);

внутри ингибитор карбоангидразы (Диакарб), нестероидный противовоспалительный препарат (Найз).

При контрольном обследовании на 44-е сутки после операции (18-е сутки после начала лечения) пациент отметил значительное улучшение зрения вдаль и вблизи, исчезновение искажения предметов; Vis = 0,8 н/к, чтение текста № 4. Согласно данным ОКТ отек сетчатки в МЗ подвергся резорбции, сохранялись единичные гипорефлективные фокусы (интратретинальные псевдокисты) с плоской локальной отслойкой пигментного эпителия. Эффект рефракционной хирургии был восстановлен на фоне проводимой терапии.

Во время осмотра пациента через 6 месяцев после операции острота зрения правого глаза составила 1,0, чтение текста № 1. По данным ОКТ отслойки пигментного эпителия выявлено не было. Таким образом, в отдаленном периоде, по данным ОКТ, профиль сетчатки в макулярной области принял физиологическую форму, функции глаза восстановились.

Обсуждение. Анализируя причины развития макулярного отека в нашем случае необходимо обратить внимание на исследования А. Ю. Худякова и соавт. (2010), которые утверждают, что ведущая роль в развитии послеоперационного макулярного отека при факоемульсификации принадлежит витреомакулярному тракционному синдрому. Фактором риска его развития могут являться различные варианты частичной отслойки задней гиаловидной мембраны с фиксацией в макулярной области либо ее плоскостным прилеганием на глазах, преимущественно с гиперметропической и эмметропической рефракциями. Проведенная оптическая когерентная томография предполагающая получение поперечных срезов сетчатки, проходящих через фовеолу, исключила этот диагноз у нашего пациента.

В 2004 г. Н. С. Галоян доказала, что применение факоемульсификации приводит к изменениям морфологического состояния центральной зоны сетчатки в глазах без сопутствующей глазной патологии (изменения обратимы и полностью исчезают через месяц). Но в нашем случае экспозиция ультразвука при факоемульсификации не превысила 30 с, а макулярный отек появился спустя 4 недели после операции, что не свидетельствует о непосредственном повреждении ультразвуком сетчатки.

Конечно, нельзя полностью отрицать фактор послеоперационного стресса глаза, который приводит к нарушению микроциркуляции и усилению гликолиза с последующим развитием гипоксии в тканях. В свою очередь, гипоксия способствует нарушению проницаемости клеточных мембран. Тяжесть течения послеоперационного воспаления зависит от вида оперативного вмешательства и наиболее выражена после экстра-

капсулярной экстракции катаракты (Л. А. Катаргина с соавт., 2003). В данном случае хирургическая травма была сведена к минимуму, послеоперационный период прошел без осложнений, а пациент не имел сопутствующей общей и глазной патологии.

Обращая внимание на диагноз пациента при поступлении – заднекапсулярная катаракта, необходимо отметить, что причин ее развития несколько: прием кортикостероидов, дистрофические заболевания глаза, перенесенные воспалительные заболевания заднего отрезка глаза. Кроме того, заднекапсулярные катаракты образуются и в результате возникновения анатомических дефектов задней капсулы или воспаления при внутриутробном развитии.

Вывод. Важно учитывать вероятность воспалительного генеза в развитии заднекапсулярной катаракты и возможность развития макулярно-го отека в послеоперационном периоде, особенно у пациентов, планирующих удаление хрусталика с рефракционной целью. Поэтому необходимо принимать все меры по его профилактике и своевременному началу терапии. Рекомендуется выполнять ОКТ-контроль центральной зоны сетчатки в пред- и ближайшем послеоперационном периоде, заблаговременно назначать инстилляции нестероидных противовоспалительных препаратов, проникающих к заднему сегменту глаза (индоколлир); после операции необходимо введение глюкокортикоидов пролонгированного действия (Кеналог, Дипроспан) под теноновую оболочку для обеспечения максимального противовоспалительного эффекта.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ У ПАЦИЕНТОВ С КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ХОРИОИДАЛЬНОЙ НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДИСТРОФИИ

*Т. Б. Шаимов, И. Е. Панова, О. В. Жилиева
ФП и ДПО ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Челябинск*

Актуальность. Возрастная макулярная дистрофия (ВМД) занимает третье место среди наиболее частых причин слепоты после катаракты и глаукомы [1]. Более 80 % снижения остроты зрения при ВМД происходит из-за хориоидальной неоваскуляризации (ХНВ) и ее последствий [2].

Прогресс современных технологий позволил изменить взгляд на проблему возрастной макулярной дистрофии. Установлено, что хориоидальная неоваскуляризация подразделяется на два подтипа – скрытую