

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. ОФТАЛЬМОЛОГИЯ CLINICAL CASE. OPHTHALMOLOGY

DOI: 10.22363/2313-0245-2019-23-2-174-177

ГИПЕРФАКИЯ У ПАЦИЕНТА С ОСЛОЖНЕННОЙ КАТАРАКТОЙ

М.А. Фролов, Б.Б. Бекмирова

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

В статье приведен клинический случай пациента, которому имплантировали факичную линзу 27 лет назад. В настоящий момент у пациента диагностировали осложненную катаракту на фоне гиперфакии. В данной статье описывается эффективность этапного оперативного подхода у пациента с гиперфакией, которая позволила достичь высоких зрительных функций.

Ключевые слова: интраокулярная линза, осложненная катаракта, факоэмульсификация, гиперфакия, факичная ИОЛ

Ответственный за переписку: Бекмирова Бермет Бекмировна, аспирант кафедры глазных болезней МИ РУДН, Москва, Россия.

E-mail: bermet_bekmirova@mail.ru

Фролов М.А. SPIN-код: 1697-6960, ORCID: 0000-0002-9833-6236

Бекмирова Б.Б. ORCID: 0000-0001-5829-2948

Для цитирования: Фролов М.А., Бекмирова Б.Б. Гиперфакия у пациента с осложненной катарактой // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2019. Т. 23. No 2. С. 174—177. DOI: 10.22363/2313-0245-2019-23-2-174-177.

For citation: Frolov M.A., Bekmirova B.B. (2019). Hyperfakia with Complicated Cataract. *RUDN Journal of Medicine*, 23 (2), 174—177. DOI: 10.22363/2313-0245-2019-23-2-174-177.

В структуре аномалии рефракции на долю гиперметропии приходится примерно 28% [1, 2]. В лечении гиперметропии используют различные методы рефракционной кератопластики [3, 4] и интраокулярные технологии [5, 6]. Метод коррекции аметропии путем имплантации факичных интраокулярных линз (ИОЛ) в переднюю камеру носит название «гиперфакия». Этот метод применяется при прозрачном собственном хрусталике для коррекции гиперметропии до (+) 12.0 — (+) 20.0 диоптрий (D). Преимущество метода состоит в возможности сохранения аккомодации, а недостаток — в возможности развития осложненной катаракты, повышения ВГД, развития вторичной глаукомы, увеального процесса и др. [7].

Цель: оценить эффективность двухэтапного оперативного лечения у пациента с гиперфакией левого глаза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в офтальмологическом отделении СКП ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова»; от пациента получено информированное согласие на обработку персональных данных.

Пациент Р., 1959 г.р., обратился с жалобами на снижение остроты зрения левого глаза. Был установлен диагноз: «Гиперфакия, зрелая катаракта с элементами набухания левого глаза, незрелая катаракта правого глаза». Из анамнеза: низким зрением левого глаза страдает с детства. В 1990 году в ФГАУ «МНТК „Микрохирургия

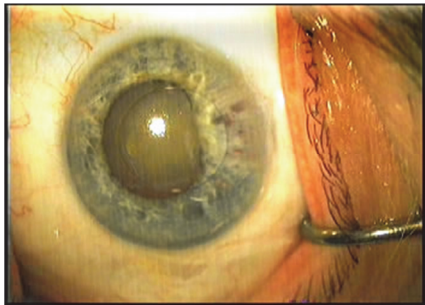


Рис. 1. Состояние пациента при поступлении
Fig. 1. Admission status

глаза“ им. акад. С.Н. Федорова» была имплантирована ИОЛ для коррекции сложного гиперметропического астигматизма. В течение последнего года отмечено значительное снижение зрения левого глаза.

При исследовании на момент обращения: острота зрения левого глаза — светоощущение с правильной светопроецией. При биомикроскопии придаточный аппарат обоих глаз без патологии, конъюнктив спокойная. Роговица прозрачная, зеркальная, блестящая, сферичная, мелкая передняя камера, в которой имеется факичная ИОЛ с атрофией радужки; в области зрачка имеется спаечный процесс, реакция на свет снижена, хрусталик с элементами набухания с вакуолизацией, водными щелями. Глазное дно: не просматривается. Аутоофтальмоскопия положительная. Механопробы положительные во всех 4-х квадрантах. Пневмотонометрия: левый глаз — 23 мм рт. ст. (рис. 1).

С учетом функциональных показателей было принято решение о проведении оперативного лечения на левом глазу: I этапом удаление факичной ИОЛ, II этапом ФЭК + ИОЛ 27.5 D (Alcon IQ).

Техника операции: первым этапом выполнили удаление факичной ИОЛ. Операцию начали с парацентеза роговицы на 9 и 3 часах 1 мм. Сформировали роговичный тоннель на 12 часах 2,2 мл. В переднюю камеру ввели мезатон 1% — 1 мл, роговичный разрез расширен до 5,5 мм. При попытке удаления ИОЛ одна гаптическая часть на 6 часах не выводилась. Из-за спаечного процесса гаптическая часть была плотно при-

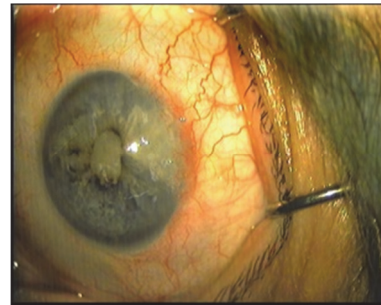


Рис. 2. Состояние пациента после 1 этапа хирургии
Fig. 2. Patient's condition after 1st stage of the surgery

креплена во внутреннюю половину радужки. При усиленном освобождении гаптической части отмечался частичный надрыв радужки, на месте которого была незначительная гипемиа. Из-за плотного сращения радужки с факичной ИОЛ было принято решение срезать часть фрагмента ИОЛ на 6 часах. На 12 часах гаптическая часть была фиксирована узловым швом. После освобождения от шва часть гаптического элемента была успешно освобождена. Была проведена пластика радужки, сформирован зрачок диаметром 3,5 мм. Наложены непрерывный шов на роговицу. В конъюнктивальную полость наложена тетрациклиновая мазь 1%. Наложена асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент получал антибактериальную терапию. Пациент предъявлял жалобы на светобоязнь и низкую остроту зрения (рис. 2).

Через 1,5 месяца был проведен 2 этап оперативного лечения на левом глазу.

Техника операции: вторым этапом выполнили факоэмульсификацию с имплантацией ИОЛ 27.5 D (Alcon IQ). Парацентез роговицы на 9 и 3 часах 1 мм. В переднюю камеру введен раствор мезатона 1% — 1 мл. Плоские задние синехии разъединены шпателем. В переднюю камеру введен раствор метиленового синего, передняя капсула вскрыта, проведен круговой непрерывный капсулорексис. Ядро хрусталика и хрусталиковые массы удалены методом фрагментации. Дополнительно в переднюю камеру введен вискоэластик, имплантирована заднекамерная ИОЛ

с полным введением гаптик в капсульный мешок. Из передней камеры удален вискоэластик. Корнеосклеральные швы удалены. Передняя камера заполнена стерильным физиологическим раствором. Разрезы герметизировали методом гидратации стерильным физиологическим раствором. В переднюю камеру введен стерильный воздух. В нижний сегмент глазного яблока под конъюнктиву введен раствор дексазона 0,2 мл, амицина 0,2 мл, мазь тетрацилина 1%. Асептическая повязка б/о.

На 3-и сутки после операции острота зрения на левом глазу составляла 0,08 н/к. При биомикроскопии левого глаза на роговице по верхнему лимбу в области старого п/о рубца и на 12 часах в области операционной раны сохраняется умеренный отек и складки десцеметовой оболочки. Оптические среды прозрачные. Передняя камера глубокая с выраженной атрофией радужной оболочки. На сканнограммах ОСТ на передней поверхности радужной оболочки сохраняется фрагмент факичной ИОЛ, зрачковая пигментная кайма отсутствует. Заднекамерная ИОЛ стоит правильно.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После проведения противовоспалительной, антибактериальной, гипотензивной терапии на 7-е сутки с улучшением состояния пациент был выписан домой. Острота зрения правого глаза 0,4 с/к sph (+)3.25 = 0,7, левого глаза 0,1 н/к. При биомикроскопии левого глаза на роговице по верхнему лимбу в области старого п/о рубца и на 12 часах в области операционной раны умеренный отек и складки десцеметовой оболочки в стадии разрешения, прозрачность роговицы не снижена. Передняя камера глубокая, на передней поверхности радужной оболочки сохраняется фрагмент факичной ИОЛ. Радужка субатрофированна, зрачковая пигментная кайма отсутствует. Заднекамерная ИОЛ стоит правильно. На контрольных сканограммах ОСТ определяли правильное, центральное расположение ИОЛ.

Низкая острота зрения связана с фиброзной пленкой на задней капсуле хрусталика, в результате которого пациенту провели лазердисцизию



Рис. 3. Состояние пациента на момент выписки
Fig. 3. The patient's condition at the time of discharge

задней капсулы хрусталика левого глаза. Острота зрения на момент последнего осмотра через 20 дней была 0,4 с/к sph (+) 3,25 = 0,9 (рис. 3).

ОБСУЖДЕНИЕ

Факоэмульсификация на глазах с гиперфакией является трудновыполнимой задачей с риском развития тяжелых осложнений, как во время операции, так и в послеоперационном периоде, которые могут привести к полной потере зрительных функций. Вышеописанный клинический случай показывает сложные технические трудности во время операции. Наибольшую сложность представило удаление факичной ИОЛ на левом глазу, гаптическая часть которого была плотно спаяна с радужной оболочкой. Принятое решение двухэтапного хирургического лечения пациента позволило более безопасно выполнить ФЭК на данном глазу.

ВЫВОДЫ

Этапный подход оперативного вмешательства у пациента с гиперфакией является эффективным методом, позволяющий достичь существенного повышения зрительных функций, с уменьшением риска развития осложнений и полноценной клинико-функциональной реабилитации пациента.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Федоров С.Н. Анализ отдаленных клинико-функциональных результатов интраокулярной коррекции миопии высокой степени // Офтальмохирургия. 1990. № 2. С. 3—6.
2. Розенблюм Ю.Э. Актуальные вопросы оптической коррекции // Вестн. офтальмол. 1992. № 1. С. 3—9.

3. *Ивашина А.И.* Хирургическая коррекция близорукости методом передней радиальной кератотомии: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. М., 1989. С. 47.
4. *Кожухов А.А.* Применение трансклиарной факоэмульсификации и витрэктомии при лечении осложненной миопии высокой степени: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1999. С. 22.
5. *Комиссарова Т.В.* Итраокулярная коррекция афакии после экстракции увеальных катаракт: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2002. С. 32.
6. *Рудакова Т.Е.* Особенности эксимерной коррекции миопии у пациентов с пресбиопией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1999. С. 22.
7. *Тахчиди Х.П.* Офтальмология в вопросах и ответах. М., 2009. С. 336.



© Фролов М.А., Бекмирова Б.Б., 2019

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Поступила 02.02.2019

Принята 29.04.2019

DOI: 10.22363/2313-0245-2019-23-2-174-177

HYPERFAKIA WITH COMPLICATED CATARACT

M.A. Frolov, B.B. Bekmirova

Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia

Abstract. The article presents a clinical case of a patient who was implanted with a phakic lens 27 years ago. At the moment, the patient was diagnosed with a complicated cataract on the background of hyperphakia. This article describes the effectiveness of the step-by-step operational approach in a patient with hyperphakia, which allowed achieving high visual functions.

Key words: intraocular lens, complicated cataract, phacoemulsification, hyperphakia, phakic IOL

Correspondence Author: Bekmirova Bermet Bekmirovna, post-graduated student of the Department of Eye diseases PFUR, Moscow, Russia.

E-mail: bermet_bekmirova@mail.ru

Frolov M.A. ORCID: 0000-0002-9833-6236

Bekmirova B.B. ORCID: 0000-0001-5829-2948

REFERENCES

1. Fedorov S.N. Analysis of distant clinical and functional results of intraocular correction of high degree myopia. *Ophthalmic surgery*. 1990. № 2. P. 3—6.
2. Rozenblum Yu.E. Actual problems of optical correction. *Vestn. Ophthalmol.* 1992. № 1. P. 3—9.
3. Ivashina A.I. Surgical correction of myopia by the method of anterior radial keratotomy: *Author's abstract. Doct Diss.* Moscow, 1989. P. 47.
4. Kozhukhov A.A. The use of transciliary phacoemulsification and vitrectomy in the treatment of complicated high-grade myopia: *Abstract. Doct Diss.* Moscow, 1999. P. 22.
5. Komissarova T.V. Intraocular correction of aphakia after extraction of uveal cataracts: *Author's abstract. Doct Diss.* Moscow, 2002. P. 32.
6. Rudakova T.E. Features of excimer correction of myopia in patients with presbyopia: *Author's abstract. Doct Diss.* Moscow, 1999. P. 22.
7. Tahchidi H.P. Ophthalmology in questions and answers. Moscow, 2009. P. 336.



© Frolov M.A., Bekmirova B.B., 2019

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Received 02.02.2019

Accepted 29.04.2019