

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЭКССУДАТИВНО-ФИБРИНОЗНОЙ ПЛЕНКИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ ИОЛ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Национальный Центр Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: экстракция катаракты, послеперационная экссудативно-фибринозная пленка

Мировой и отечественный опыт микрохирургического лечения возрастной катаракты свидетельствует о том, что в ряде случаев при безупречно выполненной операции отмечаются послеоперационные воспалительные реакции в виде фибринозно-пластических увеитов. Экссудативно-воспалительная реакция после экстракции катаракты в настоящее время остается актуальной проблемой офтальмохирургии [1, 2, 3]. По данным разных авторов, частота экссудативно-воспалительной реакции составляет от 2 до 20% случаев после экстракции катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ) [4,5].

Следует отметить, что появление современных технологий малых разрезов (факоэмульсификация, механическая факофрагментация), применение современных вязкоэластиков из высокоочищенных биологических полимеров на основе натрия гиалуроната и хондроитинсульфата, использование мягких ИОЛ из гидрогеля и др. качественных материалов привело к сокращению времени оперативного вмешательства и уменьшению травматизации тканей, что, в свою очередь, сократило число экссудативно-воспалительной реакции в послеоперационном периоде. Однако сопутствующие заболевания, снижающие иммунологическую активность организма – сахарный диабет, ревматизм, бронхиальная астма, коллагенозы и др; местные воспалительные заболевания глаз – увеит, кератит, конъюнктивит и т.д., а также источники фокальной инфекции – кариес, пародонтоз, синусит, отит и др., продолжают оставаться грозными факторами для возникновения экссудативно-воспалительной реакции [6,7,8,9].

Известно, что фибрин в полости глаза стимулирует миграцию клеток пигментного эпителия и вызывает их трансформацию в фибробластоподобные клетки. Считают также, что сгусток фибрина является матриксом для пролиферации клеток пигментного эпителия и глиальных клеток. Это может приводить к формированию эпиретинальных, трансквитреальных и циклитических контрактильных мембран с последующей отслойкой сетчатки, цилиарного тела и развитием субатрофии [10].

В зависимости от особенностей патологического процесса можно выделить 3 нозологические подгруппы больных с фибриноидным синдромом после экстракции катаракты – больные с выраженными преципитатами, фибрином, сгустками крови, пигментом в просвете зрачка и на ИОЛ; пациенты со зрачковым блоком; больные с формирующимися синехиями [10].

Работа со свежими случаями фибриноидного синдрома позволяет получить хорошие клинические результаты. Назначение адекватной консервативной терапии способствует рассасыванию пленки. В тех случаях, когда наблюдается большое количество фибрина или уже имеется тенденция к организации конгломерата, применение ИАГ-лазера для фрагментации позволяет избежать образования сращений и восстановить функциональную полноценность [10].

В данной статье представлен случай хирургического удаления послеоперационной экссудативно-фибринозной пленки с поверхности ИОЛ. Особенностью данной статьи является то, что плотная пленка в области зрачка возникла на следующий день после экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ.

Пациентка С.Ф. 1941 года рождения 02 февраля 2015 года обратилась в поликлиническое отделение Национального центра офтальмологии имени акад. З. Алиевой с жалобами на резкое снижение зрения левого глаза. Со слов пациента снижение зрения произошло на следующий день после перенесенной операции по поводу катаракты левого глаза. 31.01.2015 году пациентке была проведена экстракция катаракты левого глаза тоннельным методом с имплантацией ИОЛ. Операция прошла без осложнений.

Со слов больной никаких соматических заболеваний она не имела. Однако анализ крови выявил повышение концентрации глюкозы в крови 6,5 ммоль/л и гликолизированного гемоглобина 7,5 ммоль/л. Эндокринологом был поставлен диагноз сахарного диабета II типа и назначено соответствующее лечение.

Пациентке были проведены визометрия, пневмотонография, биомикроскопия, офтальмоскопия глазного дна, эхобиометрия. На момент осмотра острота зрения правого глаза- 0.6 не корригирует, левого глаза – правильное светоощущение, ВГД правого глаза – 16,9 мм.рт.ст. Тонometriю левого глаза провести не удалось. Пальпаторно ВГД левого глаза 3+.

Биомикроскопия правого глаза выявила наличие заднекамерной ИОЛ, офтальмоскопия не выявила патологических изменений. При осмотре левого глаза были обнаружены: смешанная инъекция, отек роговицы, мелкая передняя камера, медикаментозно расширенный зрачок круглой формы и достаточно плотная экссудативно-фибринозная пленка в зоне зрачка на ИОЛ. В связи с отсутствием рефлекса с глазного дна, проведение офтальмоскопии было невозможно (рис.1).

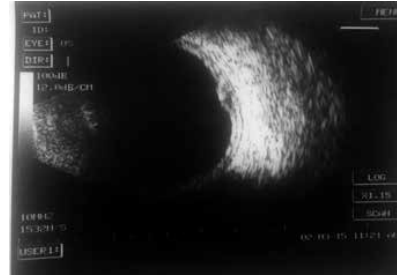
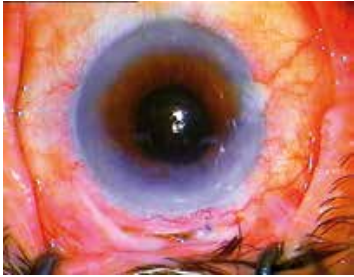


Рис.1. Пациентка С.Ф. Биомикроскопия левого глаза

Рис. 2. Пациентка С.Ф. Эхобиометрия левого глаза

Данные эхобиометрии левого глаза выявили следующие изменения: поверхность сетчатой оболочки неравномерная, имеются несколько участков проминенции, утолщение перипапиллярной зоны (рис.2).

Пациентка 02.02.2015 года была госпитализирована в отделение инфекционных болезней глаза с диагнозом послеоперационный экссудативный увеит, вторичная гипертензия левого глаза, артифакция правого глаза. В условиях стационара пациентка получила интенсивное как местное, так и общее противовоспалительное, антиглаукоматозное лечение левого глаза. На фоне лечения отек роговицы спал, глубина передней камеры восстановилась, внутриглазное давление нормализовалось, однако состояние фибриной пленки было без изменений, что резко снижало зрение до светоощущения. Проведение ИАГ лазерного разрушения экссудативной фибриной пленки в связи со свежим воспалительным процессом было не рекомендовано, так как имелся риск провокации усиления воспалительной реакции, аутоинтоксикации внутренних структур глаза продуктами усиленного иммунного ответа, а также повышения ВГД вследствие абтравации угла передней камеры.

10.02.2015 года пациентке была проведена операция по устранению экссудативно-фибриной пленки с поверхности ИОЛ. Операция была проведена под местной капельной анестезией (Sol. Alcaini 3-кратное закапывание). После введения через парацентез вискоэластика в переднюю камеру, механическим путем экссудативно-фибринозная пленка в области зрачка была удалена. После чего на операционном столе был получен рефлекс с глазного дна (рис. 3).



а)

б)

в)

Рис.3. Пациентка С.Ф. Введения через парацентез вискоэластика в переднюю камеру (а), удаление механическим путем экссудативно-фибриной пленки в области зрачка (б), розовый рефлекс с глазного дна (в)

В послеоперационном периоде пациентке было проведено противовоспалительное лечение и с улучшением состояния левого глаза 13.02.2015 году пациентка была выписана из стационара на дальнейшее

амбулаторное лечение. При выписке острота зрения левого глаза -0,05 не корригирует, ВГД – пальпаторно в пределах нормы. При обследовании левого глаза наблюдались легкий отек роговицы (складки десцеметовой оболочки), средняя глубина передней камеры, медикаментозно расширенный круглый зрачок, ИОЛ в центре зрачка, розовый рефлекс с заднего дна. Осмотр глазного дна грубых изменений не выявил.

На очередном обследовании через месяц после выписки из стационара острота зрения левого глаза поднялась до 0,5 без коррекции, ВГД – 15 мм.рт.ст. При биомикроскопии – роговица прозрачна, передняя камера средней глубины, зрачок круглый, реакция на свет слабая, ИОЛ в центре, позиция правильная. Глазное дно без патологии.

Таким образом, при тяжелом послеоперационном иридоциклите оптическая зона может оказаться закрыта плотной экссудативной пленкой. На наш взгляд в этом случае на фоне противовоспалительного лечения хирургическое вмешательство с целью механического удаления экссудативно-фибринозной пленки в зоне зрачка является единственным методом для восстановления остроты зрения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Балашевич Л.И., Пархомов С.Д. Лазерное лечение фибринозно-пластического иридоциклита // Современные технологии хирургии катаракты, 2003, с.46-47.
2. Керимов М.И. Клинико-иммунологические особенности воспалительной реакции в глазу при экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ у больных сахарным диабетом: Дисс. ... канд. мед.наук, Одесса, 1999, 148 с.
3. Moreno-Montanes J., Sainz C., Maldonado M.J. Intraoperative and postoperative complications of Cionni endocapsular ring implantation // J. Cataract Refract. Surg., 2003, v.29(3), p.492-497.
4. Егорова Э.В., Иошин И.Э., Толчинская А.И. и др. Иммунологические методы прогноза в хирургии осложненных катаракт // Офтальмохирургия, 1997, №3, с.25-32.
5. Федяшев Г.А., Васильев А.В. Сравнительная частота воспалительных реакций глаза после факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ с жесткой оптической частью через различные виды разрезов // Современные технологии хирургии катаракты, 2004, с.328-330.
6. Азнабаев М.Т., Мамбеткулова Г.К. Циркулирующие иммунные комплексы в диагностике увеитов.– Актуальные проблемы инфекционной патологии глаз, Уфа, 1999, с.83-84.
7. Егоров Е.А., Астахов Т.В., Ставицкая Т.В. и др. Опыт применения Декса-гентамицина для профилактики воспалительных процессов после экстракции катаракты // Клиническая офтальмология, 2001, т.2, №3, с.116-118.
8. Логай И.М., Леус Н.Ф., Георгиев Д.Д. Эффективность селективных ингибиторов синтеза простагландинов и лейкотриенов в снижении воспалительной реакции после экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ // Офтальмолог. журн., 2002, №3, с.22-25.
9. Lin J.C., Rapuano C.J., Laibson P.R. Corneal melting associated with use of topical nonsteroidal after ocular surgery // Arch. Ophthalmol., 2000, v.118(8), p.1129-1132.
10. Новодережкин В.В. Лазерная коррекция фибриноидного синдрома в послеоперационном периоде после экстракции катаракты // РМЖ Клиническая Офтальмология, 2001, №3, с.114.

İbrahimzadə G.T., Pirmətov M.H., Quliyeva S.N.

KATARAKTANIN EKSTRAKSIYASINDAN SONRA ƏMƏLƏ GƏLƏN EKSSUDATİV-FİBRİNOZ PƏRDƏNİN CƏRRAHİ ÜSULLA XARİC EDİLMƏSİ

Akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., Azərbaycan

Açar sözlər: *kataraktanın ekstraksiyası, əməliyyatdan sonrakı ekssudativ-fibrinoz pərdə*

XÜLASƏ

Qocalıq kataraktasının cərrahi müalicəsi üzrə aparılan çoxsaylı təcrübələr təsdiq edir ki, cərrahi müdaxilənin yüksək səviyyədə həyata keçirilməsinə baxmayaraq, bəzi hallarda əməliyyatdan sonra fibrinoz-plastik uveitlər

kimi iltihabi reaksiyaların baş verməsi qaçılmazdır.

Təcrübəmizdə rast gəldiyimiz bir kliniki halı nəzərinizə çatdırırıq. Pasiyent S.F. 02.02.2015 il tarixində sol gözün görməsinin azalmasından cərrahi əməliyyatdan bir gün sonra kəskin aşağı düşməsi şikayəti ilə akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinə müraciyyət etmişdir. Xəstəyə sol gözün cərrahi əməliyyatdan sonrakı eksudativ uveit, ikincili hipertenziya; hər iki gözün artifakiyası diaqnozu qoyulmuşdur. Daxil olarkən: Vis OD – 0.6 korreksiya olmur, Vis OS – düzgün proeksiyalı işıq duyğusu olmuşdur. GDT – sağ gözdə 16,9 mm c.s., sol gözdə təyin etmək mümkün olmamışdır, palpator olaraq 3+ qiymətləndirilmişdir. Aparılan konservativ müalicə qənaətbəxş nəticə verdiyi üçün və YAQ lazerlə eksudativ- fibrinoz pərdənin parçalanması iltihabi reaksiyaya daha da təkan verəcəyi riski yüksək olmuşdur. 10.02.15 tarixində xəstənin sol gözündə eksudativ-fibrinoz pərdənin xaric edilməsi cərrahi əməliyyatı icra olunmuşdur. Fibrinoz-eksudativ pərdə mexaniki yolla kənar edildikdən dərhal sonra göz dibindən çəhrayı refleks alınmışdır. Əməliyyatdan sonra xəstəyə iltihabəleyhinə müalicə aparılmışdır. Evə yazılarkən Vis OS –0.05 korreksiya olmur, GDT – palpator norma daxilində olmuşdur. Növbəti müayinədə 1 ay sonra görmə itiliyi 0.5-ə qədər yüksəlmiş, GDT – 15 mm c.s. olmuşdur.

Beləliklə, iltihabəleyhinə müalicə fonunda eksudativ-fibrinoz pərdənin mexaniki xaric edilməsi məqsədi ilə aparılan cərrahi müdaxilə görmə itiliyinin bərpası üçün yeganə seçim üsuludur.

Ibragimzadeh G.T., Pirmetov M.N., Guliyeva S.N.

SURGICAL REMOVAL OF THE POSTOPERATIVE EXUDATIVE-FIBRINOUS FILM (CLINICAL CASE)

National Centre of Ophthalmology named after acad. Zarifa Aliyeva, Baku, Azerbaijan

Key words: *cataract extraction, postoperative exudative-fibrinous film*

SUMMARY

The patient S.F. on February 2, 2015 addressed to the National Centre of Ophthalmology named after acad. Z.Aliyeva with complain of a sharp decline the visus acuity of left eye, a day after cataract surgery. The patient was hospitalized and diagnosed as OS - postoperative exudative uveitis, secondary hypertension, OD pseudophakia.

The patient received intensive local and general anti-inflammatory and anti-glaucomatous treatment. But fibrinous membrane was unchanged, which drastically reduces the visual acuity.

To use the YAG laser for the membranotomy was not recommended because there was a risk of provocation and amplification of the inflammatory response in 10.02.2015 the patient had been operated, and the exudative-fibrinous membrane had been removed from IOL surface. Then on the operating table there was obtained the reflex from the fundus. The postoperative period was scheduled to the anti-inflammatory treatment. At discharge the visual acuity of the left eye was -0.05, the IOP – palpable in the normal range. At the regular inspection after one month of hospital discharge the visual acuity of the increased left eye had to 0.5 are not corrects, the IOP was - 15 mm Hg.

In our opinion, in this case the anti-inflammatory treatment with surgical method for removal of the fibrinous pupillary membrane, is the only method to restore visual acuity.

Для корреспонденции:

Ибрагимзаде Гюнай Тофиг кызы, врач-офтальмолог отдела инфекционных болезней глаза и хирургии роговицы Национального Центра Офтальмологии акад. Зарифы Алиевой

Пирметов Магеррам Нурахмед оглы, врач-офтальмолог отдела глаукомы Национального Центра Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой

Адрес: AZ1114, ул.Джавадхана, 32/15

Телефон: 596 09 47

E-mail: administrator@eye.az; www.eye.az; gunay.ibragimzade@yandex.ru