

Касимов Э.М., Гусейнов Э.С., Байрамова Х.О.

ТРЕХТОЧЕЧНАЯ СКЛЕРАЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ ИРИДО-ХРУСТАЛИКОВОЙ ДИАФРАГМЫ «МИОЛ»-РАДУЖКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АФАКИИ (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИКИ)

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

Ключевые слова: *иридо-хрусталиковая диафрагма (ИХД), склеральная фиксация*

Травматические дефекты радужки наиболее часто встречаются после проникающих ранений глазного яблока и нередко сочетаются с травматической катарактой или травматической афакией [1]. В последние годы все чаще рекомендуется имплантировать ИХД пациентам с обширными травматическими дефектами радужки с одномоментной экстракцией катаракты [2]. К сожалению, после имплантации ИХД увеличивается вероятность развития вторичной глаукомы и буллезной кератопатии, которые могут привести к необратимой утрате зрительных функций. Также описаны случаи возникновения гифемы и увеита спустя некоторое время после имплантации [3].

Согласно наблюдениям К.М. Miller ИХД чаще располагаются в цилиарной борозде и соприкасаются с увеальной тканью (радужка, цилиарное тело), что предрасполагает к возникновению вялотекущей воспалительной реакции. С целью уменьшения риска развития воспалительной реакции, которая возникает при контакте ИХД со структурами глаза, J. Kenneth Rosenthal рекомендует шовную фиксацию ИХД к склере [4].

Учитывая вышесказанное, представляем клинический случай травматической афакии с дефектом радужки. Пациентка К., 1983 года рождения обратилась в Национальный Центр Офтальмологии имени академика З. Алиевой с жалобами на низкое зрение и светобоязнь в левом глазу. Из анамнеза известно, что в детстве в 1991 году пациентка поранила левый глаз ножом и перенесла операцию по поводу проникающего корнеосклерального ранения. При осмотре (биомикроскопии) определялся линейный корнеосклеральный рубец, который охватывал центральную зону роговицы. Передняя камера была глубокой, в нижнее-носовой части отмечался посттравматический дефект радужки протяженностью 800 (Рис.1).

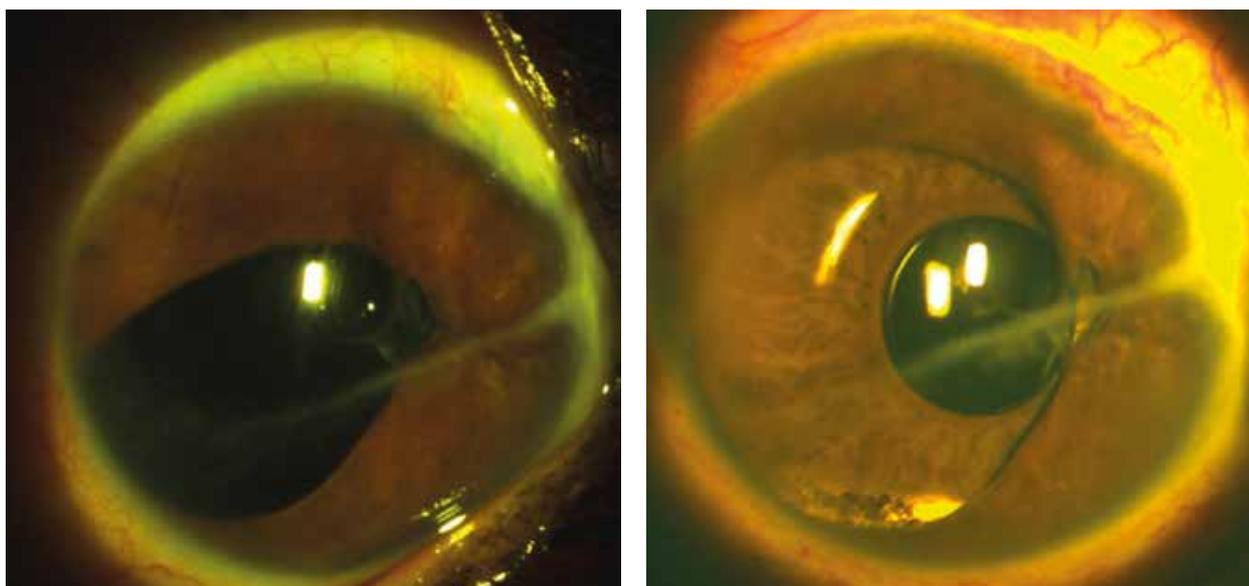


Рис.1. Биомикроскопия переднего отрезка глаза: корнеосклеральный рубец и дефект радужки

Хрусталик отсутствовал, при этом после медикаментозного мидриаза мы не обнаружили остатков капсульного мешка. При УЗИ исследовании в стекловидном теле определялись мелкие точечные помутнения (рис.2). При офтальмоскопии глазного дна изменений не было выявлено.

Данные предоперационного обследования: Vis OD = 1,0; Vis OS = 0,02 с коррекцией +10 D=0,2; Tn OD = 17 mm Hg; Tn OS = 19 mm Hg; ПЗО OS = 23,37 мм; Ave K = 45,0 D
Пахиметрия OS = 537 мм; Плотность эндотелия=2254 /мм²

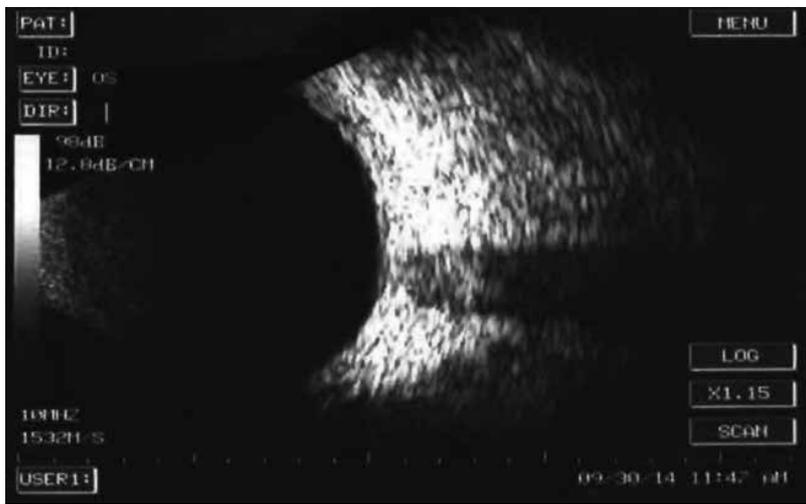


Рис.2. УЗИ (В-скан) до операции: сетчатка прилежит, в стекловидном теле точечные помутнения

По совокупности клинических проявлений пациентке была предложена имплантация ИХД МИОЛ-Радужка со склеральной фиксацией. Учитывая эмоциональное состояние пациентки (молодой возраст и лабильность нервной системы) и продолжительность вмешательства, было принято решение провести операцию под общим интубационным наркозом. В предоперационном периоде с профилактической целью пациентке были назначены противовоспалительные стероидные глазные капли. Расчет оптической силы импланта проводился по формуле SRK II, при этом использовалась А константа для иридо-цилиарной фиксации 119,4. Оптическая сила ИХД МИОЛ-Радужка (Россия, Нижний Новгород) составила 20,5 D.

Техника операции

Вначале на 12 часах был сформирован самогерметизирующий корнеосклеральный разрез длиной 7,0 мм. Далее на 2,6,10 часах у лимба были приготовлены три склеральных лоскута размером 2,0x2,0 мм и проведены нити пролен 10/0 на расстоянии 2.0 мм от лимба. После проведения игл 10/0 через склеру свободные концы нитей были выведены через основной корнеосклеральный разрез и завязаны к гаптическим элементам ИХД. Далее пинцетом диафрагма МИОЛ-Радужка была сложена вдвое и имплантирована в заднюю камеру глаза. После точной центрации, диафрагма была зафиксирована нитями пролен к склере под заранее сформированные лоскуты. Хирургическое вмешательство было завершено тщательным вымыванием вискоэластика из сред глаза.

В послеоперационном периоде, больной были выписаны: Моксифлоксацин (Вигамокс), Преднизолон (Предфорте), Тимолол малеат 0,5% и Атропин сульфат 1%.

Осмотр пациентки проводился на 1, 3, 7 и 30 сутки после операции. На первые сутки со стороны пациентки отмечались интенсивные жалобы на светобоязнь и слезотечение, которые значительно уменьшились на 2-3 сутки после операции. Эти жалобы мы связывали с присутствием множественных конъюнктивальных швов викрил, которые раздражали тарзальную конъюнктиву. ИХД МИОЛ-Радужка занимала центральное положение на протяжении всего срока наблюдения, что подтверждалось данными OCT Visante. Острота зрения на первый день составила 0,1 и по мере уменьшения отека роговицы имела тенденцию к увеличению, составив на 18 день с коррекцией 1,0. Показатели офтальмотонуса оставались стабильными и не требовали назначения дополнительных гипотензивных средств. Незначительная воспалительная реакция купировалась назначением местных противовоспалительных средств, что расценивалось как благоприятное течение раннего послеоперационного периода.

Данные послеоперационного обследования (спустя 1 месяц): Vis OD = 1,0; Vis OS = 0,4 с коррекцией +1,0 D=1,0; Пахиметрия OS = 618 мм ; Плотность эндотелия=2183 /мм².

Согласно нашему наблюдению, при бесшовной фиксации ИХД с сохранной задней капсулой в первые дни после операции отмечается более спокойное течение раннего послеоперационного периода, что объясняется меньшим объемом хирургического вмешательства и меньшей травматизацией тканей во время

сложных внутриглазных манипуляций [5]. Но, применяя шовную склеральную фиксацию, можно добиться наиболее точной центрации ИХД и, тем самым, снизить вероятность развития более поздних осложнений (дислокация ИХД, вялотекущий увеит, повышенная потеря клеток эндотелия роговицы, вторичная глаукома, гифема и гемофтальм).

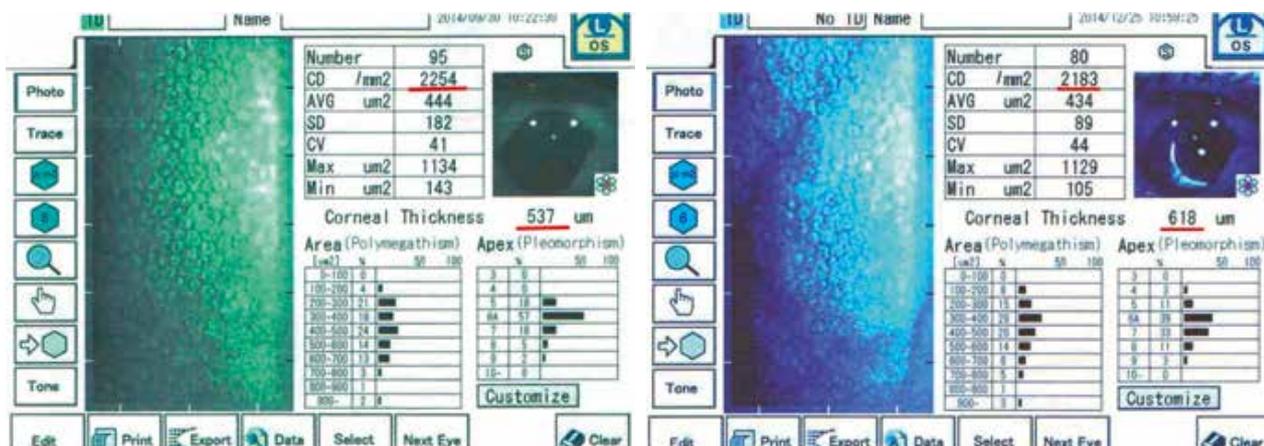


Рис.3. Изменения в показателях specularной микроскопии до и после операции



Рис.4. OCT Visante до и после операции. Состояние переднего сегмента глаза

Таким образом, имплантация ИХД МИОЛ-Радужка и ее трехточечная склеральная фиксация является эффективным методом коррекции травматической афакии с благоприятным функциональным и косметическим исходом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Burger D.S., London R. Soft opaque contact lenses in binocular vision problems // J. Am. Optom. Assoc., 1993, v.64, p.176–180.
2. Mavrikakis I., Hickman Casey J.M. Phacoemulsification and endocapsular implantation of an artificial iris intraocular lens in traumatic cataract and aniridia // J. Cataract. Refract. Surg., 2002, v.28, p.1088-1091.
3. Sikder S. et al. Cosmetic Iris Implants: The Ocular Damage Remains // Ophthalmol., 2011, v.5, p.435-438.
4. Olson M.D., Masket S., Miller K.M. // J. Cataract. Refract. Surg., 2008, v.34(10), p.1674-1680.
5. Гусейнов Э.С. Имплантация иридо-хрусталикового протеза больному с частичной травматической аниридией // Oftalmologiya, Bakı, 2012, N2(9), s.68-71.

TRAVMATİK AFAKİYA ZAMANI ÜÇ NÖQTƏLİ SKLERAL FİKSASİYALI “MİOL”- QÜZEHLİ QIŞA-BÜLLUR DİAFRAQMASININ TƏTBİQİ (KLİNİKİ HAL)

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

Açar sözlər: *qüzehli qışa-büllur diafraqması, skleral fiksasiya*

XÜLASƏ

Sizin diqqətinizə travmatik afakiyalı və qüzehli qışanın travmatik qüsuru olan xəstəni çatdırırıq. Biomikroskopik müayinədə korneoskleral çapıq, hansı ki, buynuz qışanın mərkəzi hissəsini əhatə edir, dərin ön kamera, aşağı-burun hissədə qüzehli qışanın 800 ölçüdə posttravmatik qüsuru qeyd olunurdu. Xəstəyə skleral fiksasiyalı “MİOL”-qüzehli qışa-büllur diafraqmasının implantasiyası təklif olundu. Bütün müayinə müddətində “MİOL”-qüzehli qışa-büllur diafraqması mərkəzi vəziyyətini saxlayırdı, hansı ki, bu OCT Visante vasitəsilə təsdiq olunurdu. Görmə itiliyi birinci gün 0,1 olmuşdur və buynuz qışada ödem azaldıqca görmə itiliyi tədricən artırdı və 18-ci gün görmə itiliyi +1,0 D korreksiya ilə 1,0 olmuşdur.

Təqdim etdiyimiz kliniki hal göstərdi ki, skleral fiksasiyalı “MİOL”-qüzehli qışa-büllur diafraqması travmatik afakiyanın korreksiyasında funksional və kosmetik cəhətdən effektivdir.

Kasimov E.M., Huseynov E.S., Bayramova H.O.

THREE POINTS SCLERAL FIXATION OF IRIDO-LENTICULAR DIAPHRAGM “MIOL”-IRIS-LENS TO A PATIENT WITH TRAUMATIC APHAKIA (CLINICAL CASE).

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

Key words: *irido-lenticular diaphragm, scleral fixation*

SUMMARY

We would like to offer you a clinical case of a patient with traumatic aphakia and traumatic defect of iris. Biomicroscopically we would defined the corneoscleral linear scar which covered the central corneal zone, the anterior chamber remained deep, in the inferiornasal part we noted the posttraumatic defect of iris. The patient was offered the implantation of “MIOL”- iris-lens diaphragm with scleral fixation. “MIOL”- iris-lens diaphragm has engaged the central position during the whole observation period that was confirmed by the OCT Visante data. At the first day the visus was 0,1 and decreasing the corneal edema it had a tendention to increase, and at the 18th day it was 1,0 with correction.

The above mentioned clinical case indicated that implantation of “MIOL”- iris-lens diaphragm and its three points scleral fixation is an effective method of traumatic aphakia correction with the favourable functional and cosmetic prognosis.

Для корреспонденции:

Касимов Эльмар Мустафа оглы, доктор медицинских наук, профессор, директор

Национального Центра Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой

Гусейнов Эмиль Сулейман оглы, врач-офтальмолог отдела травмы глаза, пластической и

реконструктивной хирургии Национального Центра Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой

Адрес: AZ1114. г. Баку, ул. Джавдхана, 32/15

Тел.: (+994 12)569-09-07; (+994 12)569-09-73

E-mail: administrator@eye.az;

http://www.eye.az; emik81@rambler.ru

Acriva^{LD} Reviol Tri-ED

Trifocal+Enhanced Depth of Focus

Trifocal
+
Enhanced
Depth of Focus

Seamless
CONTINUOUS
Vision



Trifocal+Enhanced Depth of Focus

Seamless Continuous Vision

