

УДК 617.741-007.21

doi: 10.25276/2949-4494-2024-2-20-22

Билатеральная последовательная имплантация интраокулярной линзы специального дизайна с четырехточечной склерокорнеальной фланцевой фиксацией при афакии

А.Ф. Тешев^{1, 2}, А.В. Малышев^{2, 3}, К.П. Телегин⁴, Р.Х. Аджиев¹

¹Адыгейская республиканская клиническая больница, Майкоп

²Майкопский государственный технологический университет, Майкоп

³НИИ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского», Краснодар

⁴Городская больница № 40 Курортного района Сестрорецк, Санкт-Петербург

РЕФЕРАТ

В статье описан клинический случай с хирургическим лечением двусторонней афакии у пациента, которому удаление катаракты выполнено 50 лет назад широким лимбальным разрезом. Данный случай интересен подходом к хирургическому лечению, а именно выбору интраокулярной линзы, способу фиксации интраокулярной линзы при отсутствии капсульного мешка и полученными результатами остроты зрения.

Ключевые слова: афакия, склерокорнеальная фиксация ИОЛ, интраокулярная линза, подшивание ИОЛ, НаноХрусталик Аквamarin модель АСQ11.03ИОЛ (Аквamarin ТТ)

Для цитирования: Тешев А.Ф., Малышев А.В., Телегин К.П., Аджиев Р.Х. Билатеральная последовательная имплантация интраокулярной линзы специального дизайна с четырехточечной склерокорнеальной фланцевой фиксацией при афакии. Клинические случаи в офтальмологии. 2024;2(6): 20–22. doi: 10.25276/2949-4494-2024-2-20-22

Автор, ответственный за переписку: Адам Феликсович Тешев, adam.teshev@gmail.com

ABSTRACT

Bilateral, sequential implantation of an intraocular lens of special design with four-point sclero-corneal flange fixation in aphakia

A.F. Teshev^{1, 2}, A.V. Malyshev^{2, 3}, K.P. Telegin⁴, R.Kh. Adzhiev¹

¹Adygea Republican Clinical Hospital, Maykop, Republic of Adygea, Russian Federation

²Maykop State Technological University, Republic of Adygea, Russian Federation

³Research Institute – Regional Clinical Hospital No. 1 named after Professor S. V. Ochapovskii Krasnodar, Russian Federation

⁴City Hospital No. 40 of the Kurortnii district Sestroretsk, St. Petersburg.

The article describes a clinical case with surgical treatment of bilateral aphakia in a patient who underwent cataract removal 50 years ago through a wide limbal incision. This case is interesting due to the approach to surgical treatment, namely the choice of intraocular lens, the method of fixing the intraocular lens in the absence of a capsular bag, and the results of visual acuity obtained.

Key words: aphakia, sclerocorneal fixation of IOLs, intraocular lens, IOL stitching, Aquamarine nanocrystal model ACQ11.03IOL (Aquamarine TT)

For citation: Teshev A.F., Malyshev A.V., Telegin K.P., Adzhiev R.Kh. Corresponding author: Bilateral, sequential implantation of an intraocular lens of special design with four-point sclero-corneal flange fixation in aphakia. Clinical cases in ophthalmology. 2024;2(6): 20–22.

doi: 10.25276/2949-4494-2024-2-20-22

Corresponding author: Adam F. Teshev, adam.teshev@gmail.com

Статья сопровождается видеоматериалом

ЦЕЛЬ

Представить клинический случай билатеральной, последовательной имплантации интраокулярной линзы (ИОЛ) специального дизайна с четырехточечной склерокорнеальной фланцевой фиксацией при афакии.

МЕТОДЫ

Пациент А., 64 лет, обратился в ГБУЗ РА «Адыгейская республиканская клиническая больница» (г. Майкоп) с жалобами на низкую остроту зрения без очков, наличие «грыж стекловидного тела в передней камере» со слов врача амбулаторного звена. Из анамнеза известно, что в 1971 г. в возрасте 11 лет пациент попал в дорожно-транспортное происшествие (ДТП) в качестве водителя. В течение первого года после ДТП заметил снижение зрения обоих глаз, обратился к офтальмологу, который выставил диагноз «двусторонняя катаракта» и направил в Одесский НИИ глазных болезней им. акад. В.П. Филатова. В 1972–1973 гг. в институте были выполнены операции по удалению помутневших хрусталиков обоих глаз. Более 50 лет пациент пользовался очковой коррекцией +11,0 дптр на оба глаза. Было проведено стандартное офтальмологическое обследование, включающее визометрию с определением максимальной некорригированной и корригированной остроты зрения, определение внутриглазного давления (ВГД), авторефрактокератометрию, ультразвуковую иммерсионную биометрию, биомикроскопию, биомикроофтальмоскопию, периметрию, ультразвуковое В-сканирование. Объективный статус на момент обращения: острота зрения OD 0,02 с коррекцией sph +12,0 cyl –1,75 ax 95° = 0,7; OS 0,02 с коррекцией sph +10,50 cyl –1,25 ax 35° = 0,6. ВГД OD = 18 мм рт.ст., ВГД OS = 18 мм рт.ст. (методом бесконтактной тонометрии). Согласно ультразвуковой иммерсионной биометрии, длина глазного яблока OD = 23,54 мм, OS = 24,51. Кератометрия OD: сильный меридиан 43,75 дптр ax 82, слабый меридиан 42,00 дптр ax 172; OS: сильный меридиан 43,75 дптр ax 79, слабый меридиан 41,75 дптр ax 169. Биомикроскопически роговица обоих глаз прозрачна, определяются по лимбу постоперационные рубцы от 10 до 2 часов условного циферблата, зрачки по 3,0 мм в диаметре, круглой формы; радужка структурна; хрусталик отсутствует, в проекции зрачка выпавшее стекловидное тело с фиброзированным тяжом в центре серого цвета, грыжа стекловидного тела без контакта с эндотелием роговицы и углом передней камеры. В полости стекловидного тела единичные помутнения, диски зрительного нерва бледно-розового цвета с четкими границами, физиологической экскавацией –0,3. Макулярная область без патологии, макулярный рефлекс сглажен симметрично в обоих глазах, сетчатка прилежит, периферические отделы глазного дна без патологии. Поля зрения OU с коррекцией в норме. В-сканирование: OU оболочки прилежат. Единичные деструкции стекловидного тела, признаков задней отслойки стекловидного тела не обнаружено. Выставлен диагноз: OU афакия, грыжа стекловидного тела. Рекомендовано хирургическое лечение: OU передняя витрэктомия с имплантацией и четырехточечной склерокорнеальной фланцевой фиксацией гидрофильной ИОЛ специального дизайна Нано-Хрусталик Аквamarin модель ACQ11.03IOL (Аквamarin ТТ). При расчете необходимой диоптрийной силы ИОЛ использовались формулы SRK-T, Barrett и Hill-RBF. А-константа использовалась 118,5 с учетом предшествующего опыта расчетов ИОЛ в случаях склерокорнеальной фиксации. В правый глаз, согласно вышеописанным расчетам, имплантировалась ИОЛ 20,5 дптр, в левый глаз – 18,0 дптр. В процессе операции прокол склеры для проведения нитей предварительно на склеру выполнялся на расстоянии 4 мм от лимба, симметрично с двух сторон (носовой и височной). Предоперационная подготовка включала в себя эпибульбарно антибиотикотерапию (за 3 дня до и в день операции): МНН левофлоксацин 0,5% 5 раз в день, нестероидный противовоспалительный препарат (за 3 дня до и в день операции): МНН непафенак 0,1% 3 раза в день и инстилляцию мидриатических препаратов (за 1 час до операции): МНН фенилэфрин 5,0% + тропикамид 0,8%. В послеоперационном периоде дополнительно к указанной антибактериальной и противовоспалительной терапии использовались стероидные глазные капли: МНН дексаметазон 0,1% 5 раз в день.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При выписке острота зрения правого глаза составила 0,8 н/к, левого глаза – 0,5 н/к (при выписке сохранялся послеоперационный отек в центральной зоне роговицы левого глаза). Во время последнего контрольного осмотра (через 3 месяца после операции на правый глаз и через 2 месяца после операции на левый глаз) острота зрения правого глаза составляла без коррекции 1,2, левого глаза с коррекцией 0,95 cyl –1,75 ax 159 = 1,0. Острота зрения вблизи без коррекции 0,9 на расстоянии 50 см, 0,5 – на расстоянии 35 см. При проведении биомикроскопии – глаза спокойные, ИОЛ в правильном положении, центрированы. ВГД OD/OS = 17/18 мм рт.ст. (бесконтактным способом).

ВЫВОДЫ

Имплантация ИОЛ специального дизайна для удобства склерокорнеальной фиксации позволяет добиться высоких показателей остроты зрения у пациентов, ранее перенесших удаление помутневшего хрусталика без одновременной имплантации ИОЛ.

Информация об авторах

Адам Феликсович Тешев, заведующий отделением офтальмологии ГБУЗ РА «Адыгейская республиканская клиническая больница», врач-офтальмолог высшей категории, главный внештатный офтальмолог Министерства здравоохранения Республики Адыгея, adam.teshev@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-2434-7538>

Алексей Владиславович Малышев, д.м.н., профессор, главный офтальмолог Министерства здравоохранения Краснодарского края, член-корреспондент РАЕН, заведующий кафедрой офтальмологии МГТУ, заведующий офтальмологическим отделением НИИ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского», alex-v-malyshev@narod.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1448-9690>

Константин Петрович Телегин, заведующий отделением офтальмологии СПб ГБУЗ «Городская больница № 40 Курортного района Сестрорецк», kptelegin@yandex.ru

Руслан Хасанович Аджиев, врач-офтальмолог, Adjiruslan@gmail.com

Финансирование: Авторы не получали конкретный грант на это исследование от какого-либо финансирующего агентства в государственном, коммерческом и некоммерческом секторах.

Согласие пациента на публикацию: Письменного согласия на публикацию этого материала получено не было. Он не содержит никакой личной идентифицирующей информации.

Конфликт интересов: Отсутствует.

Поступила: 10.06.2024

Переработана: 05.07.2024

Принята к печати: 15.07.2024