

УДК 617.735-007

ЗАДНЯЯ СКЛЕРЭКТОМИЯ ПРИ СИНДРОМЕ УВЕАЛЬНОЙ ЭФФУЗИИ

© Ю.А. Белый, А.В. Терещенко, М.А. Плахотный

Ключевые слова: синдром увеальной эффузии; задняя склерэктомия; роговичный трепан.

Цель: Оценить эффективность задней склерэктомии с применением роговичного трепана при синдроме увеальной эффузии.

Материал и методы: пациент 1. Мужчина, 61 год, обратился в Калужский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» с жалобами на слепоту правого глаза и прогрессирующее снижение зрения левого глаза. На основании данных проведенных обследований установлен диагноз: синдром увеальной эффузии, отслойка сосудистой оболочки, экссудативная отслойка сетчатки, осложненная катаракта обоих глаз. Пациент 2. Мужчина, 62 года, обратился с жалобами на низкое зрение правого глаза и слепоту левого глаза. Диагноз: синдром увеальной эффузии, отслойка сосудистой оболочки, экссудативная отслойка сетчатки, начальная осложненная катаракта правого глаза. Субатрофия, оперированная отслойка сетчатки, осложненная катаракта, силикон в витреальной полости левого глаза. Обоим пациентам выполнена задняя трепанация склеры.

Результаты: пациент 1. На момент последнего осмотра пациент отмечал существенное улучшение зрения на оба глаза. При проверке остроты зрения с коррекцией составила: OD – 0,2, OS – 0,3. Витриглазное давление было нормальным, отмечалось улучшение электрической чувствительности и лабильности. По данным ультразвукового исследования сетчатка прилежала, сохранялся умеренный отек сосудистой оболочки. Пациент 2. На момент последнего осмотра острота зрения составила 0,1 с + 3,0 Д. По данным ультразвукового В-сканирования правого глаза отслойка сетчатки уменьшилась до 3,8 мм, сохранялся умеренный отек сосудистой оболочки. По данным ОСТ отмечалась отслойка нейрорепителлия в макуле до 60 мкм. При проведении ультразвуковой биомикроскопии отмечена циркулярная цилиохориоидальная отслойка до 0,15 мм.

Заключение: на примере описанных клинических случаев нами подтверждена возможность практически полного излечения пациентов с синдромом увеальной эффузии. Проведение склерэктомии с использованием роговичного трепана является технически простой процедурой и позволяет сформировать пути оттока супрахориоидальной жидкости в субтеноново пространство.

ВВЕДЕНИЕ

Синдром увеальной эффузии – редкое идиопатическое состояние, которое встречается преимущественно у мужчин среднего возраста с гиперметропией и характеризуется цилиохориоидальной отслойкой с последующей экссудативной отслойкой сетчатки [1]. Впервые заболевание было описано у пациентов с врожденным нанофтальмом [2–3]. Вследствие редкости данной патологии и отсутствия патогномичных признаков диагностика данного заболевания зачастую представляет определенные трудности.

Среди пациентов с нормальными размерами глазного яблока чаще всего данным заболеванием страдают мужчины старше 60 лет с гиперметропией. В большинстве случаев заболевание носит двусторонний характер, но манифестация клинических признаков заболевания на парных глазах может происходить с интервалом в несколько лет [4].

Характерными клиническими признаками синдрома увеальной эффузии являются: высокая пузыревидная отслойка сосудистой оболочки (ОСО) в сочетании с отслойкой сетчатки, нормальная глубина передней камеры, нормальное внутриглазное давление (ВГД), расширение эписклеральных сосудов, возможно наличие крови в шлеммовом канале, при хроническом течении заболевания на глазном дне происходит перераспределение ретинального пигмента в виде «леопардовых пятен», в стекловидном теле возможно наличие

нежной взвеси клеточных элементов [5]. Важными диагностическими методиками, необходимыми для правильной постановки диагноза, являются ультразвуковое В-сканирование и в некоторых случаях МРТ, которые позволяют провести дифференциальную диагностику с эписклеритом и внутриглазным новообразованием.

Для лечения синдрома увеальной эффузии предложено множество методик, но большинство авторов отмечают высокую эффективность задней склерэктомии.

Цель – оценить эффективность задней склерэктомии с применением роговичного трепана при синдроме увеальной эффузии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились два пациента.

Пациент 1. Мужчина, 61 год, обратился в Калужский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» в апреле 2013 г. с жалобами на слепоту правого глаза и прогрессирующее снижение зрения левого глаза. При осмотре: острота зрения: OD – движение руки у лица, OS – 0,1-сул 0,75 на 81 град = 0,2. ВГД: OD 18 мм рт. ст., OS 20 мм рт. ст. В обоих глазах отмечались выраженные помутнения в ядре хрусталиков, осмотр глазного дна был несколько затруднен. При офтальмоскопии отмечалось побледнение дисков зрительных нервов, отслойка сосудистой оболочки в виде пузырей во всех сегментах

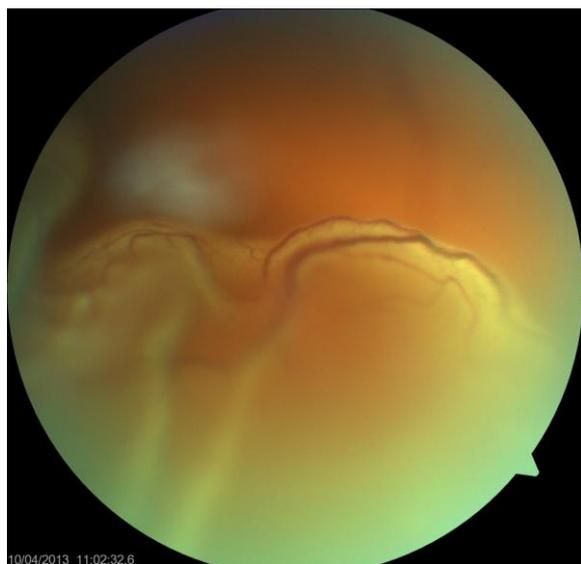


Рис. 1. Фотография глазного дна OD пациента 1 до операции: тотальная отслойка сетчатки



Рис. 2. В-скан OD пациента 1 до операции: отслойка сетчатки и высокая отслойка сетчатки высотой до 11,1 мм

глазного дна, на средней периферии, больше выражена справа. Сетчатка отслоена справа в виде открытой воронки, слева визуализировалась плоская тотальная отслойка сетчатки (рис. 1). Проведение флюоресцентной ангиографии (ФАГ) было затруднено в связи с непрозрачностью оптических сред.

Электрическая чувствительность: OD – 340 мкА, OS – 260 мкА – грубые изменения. Электрическая лабильность: OD – 21 Гц, OS – 24 Гц – значительное снижение. При ультразвуковом исследовании на правом глазу была выявлена высокая воронкообразная отслойка сетчатки высотой до 11,1 мм, пузыревидная тотальная ОСО (рис. 2). На левом глазу – циркулярная периферическая ОСО высотой до 4,8 мм, отслойка сетчатки с 3-х до 7-ми часов высотой до 4,8 мм. При исследовании в режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК) выявлено диффузное обеднение сосудистой сети в проекции хориоидеи. Кровоток по ЦАС равномерно и незначительно снижен, PS – до 0,9–1,1 см/с. Достоверных данных за объемное образова-

ние хориоидеи не выявлено. ПЗО правого глаза 23,2 мм, левого глаза 23,0 мм.

На основании данных проведенных обследований установлен диагноз: синдром увеальной эффузии, отслойка сосудистой оболочки, экссудативная отслойка сетчатки, осложненная катаракта обоих глаз.

Пациент 2. Мужчина, 62 года, обратился в Калужский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» с жалобами на низкое зрение правого глаза и слепоту левого глаза. Из анамнеза: пациент был прооперирован в 2010 г. по поводу отслойки сетчатки левого глаза, выполнена витрэктомия с тампонадой витреальной полости силиконовым маслом. После операции зрение продолжало ухудшаться, неоднократно проходил консервативное лечение по поводу обострения вялотекущего увеита левого глаза. В последние два года левый глаз не беспокоит. Снижение зрения на правый глаз происходило постепенно.

При осмотре: острота зрения OD – 0,01 н/к, OS – ноль. ВГД OD – 18 мм рт. ст., OS – 18 мм рт. ст. ПЗО правого глаза 21,8 мм. Правый глаз спокоен, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, медикаментозный мидриаз до 4,5 мм, начальные помутнения в ядре хрусталика. Состояние глазного дна: диск зрительного нерва бледный, тотальная отслойка сетчатки в виде открытой воронки, отслойка сосудистой оболочки в виде пузырей во всех сегментах глазного дна, на средней периферии. Проведение флюоресцентной ангиографии было затруднено в связи с непрозрачностью оптических сред.

Левый глаз спокоен, субатрофичен, уменьшен в размере, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, зрачок 4,0 мм, выраженная дистрофия зрачкового края радужки, задние синехии, выраженные помутнения во всех слоях хрусталика, глазное дно не офтальмоскопировалось.

Электрическая чувствительность: OD: 300 мкА – грубые изменения; OS – отсутствует. Электрическая лабильность: OD: 22 Гц – значительное снижение; OS – отсутствует. При ультразвуковом исследовании на правом глазу выявлена воронкообразная отслойка сетчатки высотой до 14,0 мм, циркулярная ОСО до 2,6 мм. Обследование левого глаза было затруднено в связи с наличием в витреальной полости силиконового масла. При исследовании в режиме ЦДК выявлено диффузное обеднение сосудистой сети в проекции хориоидеи. Кровоток по ЦАС равномерно и незначительно снижен, PSV – до 10 см/с, RI – 0,80. Глазная артерия – типичный кровоток. Достоверных данных за объемное внутриглазное новообразование не выявлено.

УБМ: правый глаз – угол передней камеры открыт, циркулярная отслойка сосудистой оболочки. Отек и утолщение цилиарного тела – до 0,9–1,0 мм. В нижнем сегменте выявлена зона отека склеры до 1,0 мм, в аналогичной зоне верхнего сегмента толщина склеры 0,6–0,7 мм.

На основании проведенного обследования установлен диагноз: синдром увеальной эффузии, отслойка сосудистой оболочки, экссудативная отслойка сетчатки, начальная осложненная катаракта правого глаза. Субатрофия, оперированная отслойка сетчатки, осложненная катаракта, силикон в витреальной полости левого глаза.

Обоим пациентам выполнена задняя трепанация склеры: 11.04.2013 г. пациенту 1; 27.05.2014 г. пациенту 2.

Операцию проводили под местной инстилляционной анестезией. В 4-х косых меридианах в 7–8 мм от лимба разрезали и отсепаарывали конъюнктиву и тенонову капсулу, сосудов эписклеры коагуляровали. С помощью трепана диаметром 1,0 мм выполняли четыре склеротомических отверстия на всю толщину склеры, при этом истекла прозрачная субхориоидальная жидкость. Участки вырезанной трепаном склеры удаляли. Для восполнения потери жидкости и восстановления тонуса глаза интравитреально через прокол склеры в 4,0 мм от лимба вводили около 0,5–0,7 мл стерильного воздуха. На конъюнктиву накладывали узловыи швы, шелк 8-0. По окончании операции отмечалось полное прилегание сосудистой оболочки и сохранение воронкообразной отслойки сетчатки. Субконъюнктивально вводили 0,1 мл раствора дексона.

В послеоперационном периоде пациенты получали местно в инстилляциях мидриатики, антибактериальные капли, нестероидные противовоспалительные средства и кортикостероиды.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент 1. В первые дни после операции состояние глазного дна правого глаза оставалось без существенной динамики. Сохранялась высокая тотальная отслойка сетчатки, хориоида прилежала, воздух в витреальной полости полностью резорбировался на третьи сутки наблюдения. Послеоперационное течение без особенностей, швы сняты с конъюнктивы через 10 дней.

Исследование 15.04.2013: острота зрения: OD – 0,01–0,03 н/к, OS – 0,1–1,5-сул 0,75 на 81 град = 0,2. ВГД OD – 16 мм рт. ст., ВГД OS – 18 мм рт. ст. В-scan: OD – сохраняется воронкообразная отслойка сетчатки, хориоида прилежит, OS – циркулярная периферическая ОСО высотой до 3,0 мм, отслойка сетчатки сохраняется с 3-х до 7-ми часов без динамики.

11 июня 2013 г. произведена ЗТС склеры левого глаза по методике, аналогичной операции на правом глазу. При выписке острота зрения сохранялась на прежнем уровне: OD – 0,01 с + 5,0 д = 0,03, OS – 0,03–3,0-сул 1,0 на 72 град = 0,1. Офтальмотонус сохранялся на нормальном уровне: ВГД OD – 18 мм рт. ст., ВГД OS – 18 мм рт. ст. По данным ультразвукового исследования на обоих глазах сохранялась плоская отслойка сетчатки высотой до 1,3 мм в нижних отделах, сосудистая оболочка прилежала, сохранялся отек сосудистой оболочки.

Через два месяца пациент отметил постепенное улучшение остроты зрения на правом глазу – до 0,1 с коррекцией, на левом глазу – до 0,2 с коррекцией. ВГД OD – 18 мм рт. ст., ВГД OS – 18 мм рт. ст. При осмотре в зоне склеротомий отмечалась рубцовая деформация конъюнктивы, через нее просматривались участки оголенной хориоидеи в виде очагов сизого цвета диаметром менее 1,0 мм. В обоих глазах отмечались выраженные помутнения в ядре хрусталика, осмотр глазного дна был затруднен. При офтальмоскопии отмечалось небольшое побледнение дисков зрительного нерва, прилегание сетчатки и сосудистой оболочки в зонах, доступных осмотру, по всему глазному дну визуализировались пигментированные дистрофические хориоретинальные очаги в виде «пятен леопарда», в макуле рефлекс не офтальмоскопиро-

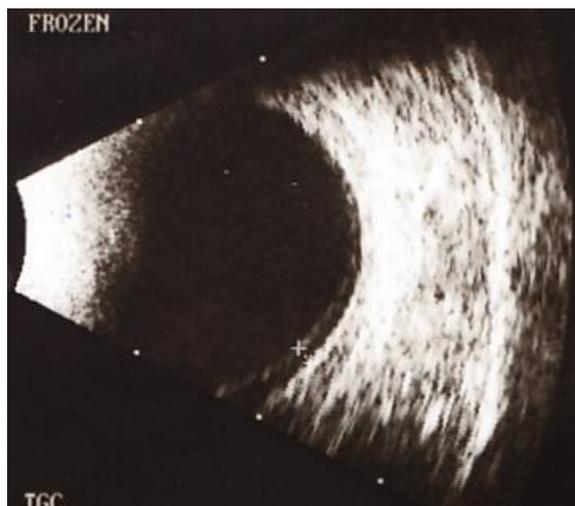


Рис. 3. В-скан OD пациента 1 через 2 месяца после операции: сетчатка прилежит, во всех отделах сохраняется отек сосудистой оболочки

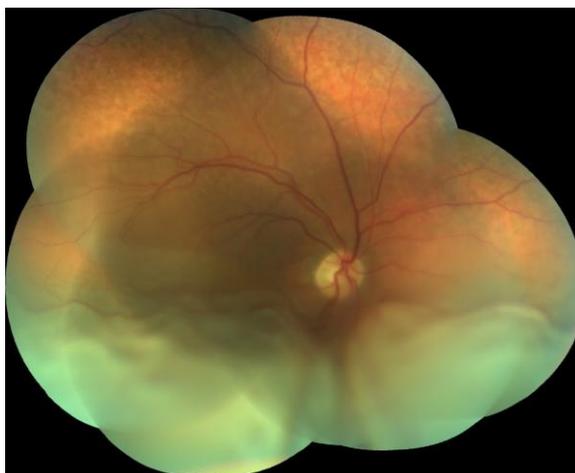


Рис. 4. Фотография глазного дна OD пациента 1 через 3 месяца после операции: небольшое побледнение диска зрительного нерва, прилегание сетчатки и сосудистой оболочки, пигментированные дистрофические хориоретинальные очаги в виде «пятен леопарда»

вались. По данным ультразвукового В-сканирования сетчатка прилежала во всех отделах, сохранялся отек сосудистой оболочки (рис. 3).

В дальнейшем с интервалом 3 месяца на обоих глазах была произведена факоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ). Операция и послеоперационный период протекали без особенностей.

На момент последнего осмотра в январе 2014 г. пациент отмечал существенное улучшение зрения на оба глаза. При проверке остроты зрения с коррекцией составила: OD – 0,2, OS – 0,3. Внутриглазное давление было нормальным, отмечалось улучшение электрической чувствительности и лабильности. По данным ультразвукового исследования сетчатка прилежала, сохранялся умеренный отек сосудистой оболочки (рис. 4).



Рис. 5. Фотография глазного дна OD пациента 2 на первые сутки после операции: диск зрительного нерва бледный, отслойка сетчатки

Пациент 2. Операция выполнена без осложнений, послеоперационный период протекал без особенностей (рис. 5).

При выписке острота зрения сохранялась на прежнем уровне: OD – 0,01 н/к, OS – ноль. ВГД OD – 16 мм рт. ст., OS – 17 мм рт. ст. При данным ультразвукового исследования на правом глазу сохранялась тотальная отслойка сетчатки, сосудистая оболочка прилежала полностью.

Через 1 месяц пациент отметил постепенное улучшение остроты зрения, частично восстановилась ориентация дома в привычной обстановке. Острота зрения: OD – до 0,04 н/к, OS – ноль. ВГД: OD – 16 мм рт. ст., OS – 18 мм рт. ст. Помутнение в хрусталике правого глаза без динамики, осмотр глазного дна затруднен. При офтальмоскопии правого глаза отмечалось небольшое побледнение диска зрительного нерва, сетчатка отслоена в нижних отделах, макула частично отслоена. При осмотре в положении лежа субретинальная жидкость легко перемещалась, отслаивая макулу, сосудистая оболочка прилежала. В зонах, доступных осмотру, отмечались пигментированные дистрофические хориоретинальные очаги – «пятна леопарда».

По данным ультразвукового В-сканирования сохранялась субтотальная отслойка сетчатки, отек сосудистой оболочки.

При осмотре через два месяца после операции пациент отмечал дальнейшее улучшение остроты зрения. При офтальмоскопии и ультразвуковом В-сканировании наблюдалась слабоположительная динамика, высота и площадь отслойки сетчатки незначительно уменьшились.

На момент последнего осмотра, через 4 месяца после операции (рис. 6), острота зрения составила 0,1 с + 3,0 Д. По данным ультразвукового В-сканирования правого глаза отслойка сетчатки уменьшилась до 3,8 мм, сохранялся умеренный отек сосудистой оболочки. По данным OCT отмечалась отслойка нейроэпителия в макуле до 60 мкм. При проведении ультразвуковой биомикро-



Рис. 6. Фотография глазного дна OD пациента 2 через 4 месяца после операции

скопии отмечена циркулярная цилиохориоидальная отслойка до 0,15 мм.

ОБСУЖДЕНИЕ

Синдром увеальной эффузии – редкое заболевание, характеризующееся идиопатической серозной отслойкой периферических отделов хориоидеи и цилиарного тела в сочетании с серозной отслойкой сетчатки. Заболевание обычно начинается спонтанно у практически здоровых людей сначала на одном глазу и через несколько месяцев – на втором. Первые клинические сообщения об этом синдроме опубликованы Е. Graefe в 1858 г. и F. Verhoeff с соавт. в 1925 г. Термин «увеальная эффузия» впервые был введен в 1963 г. С. Schepens и F. Brockhurst [2–3; 6]. Они же в 1975 г. подробно описали это патологическое состояние у пациента с наофтальмом [7].

Сообщения об этом синдроме в зарубежной и отечественной литературе встречаются редко [8].

В настоящее время выявлено несколько причин накопления субхориоидальной жидкости, которые можно разделить на несколько групп [4; 9–10]:

- 1) воспалительные, связанные с травмой, послеоперационным воспалением, увеитом, панретинальной лазеркоагуляцией и системными заболеваниями типа синдрома Фогта–Коянаги–Харада или склерита;
- 2) гидродинамические, например, артериовенозное соустье;
- 3) связанные с наличием внутриглазного новообразования;
- 4) идиопатические.

Причинами идиопатического синдрома увеальной эффузии являются, по-видимому, врожденная аномалия склеры и вортикозных вен, связанные со старением, гормональными изменениями или ухудшение гид-

родинамической проницаемости склеры, нанофтальм, гиперметропия высокой степени [10–11; 4].

Критериями эффузионного синдрома [4; 9–10] являются:

- 1) пузыревидная отслойка сетчатки в нижних отделах глазного дна без ретинальных разрывов;
- 2) субретинальная жидкость легко перемещается в зависимости от перемены положения головы;
- 3) отсутствие просачивания из хориоидеи в субретинальное пространство, выявляемое при проведении ФАГ;
- 4) отслойка сетчатки сочетается с отслойкой сосудистой оболочки;
- 5) зубчатая линия легко визуализируется без вдавления склеры.

Цилиохориоидальная отслойка, вызванная послеоперационной гипотонией, внутриглазным воспалением и внутриглазным новообразованием, должна быть исключена из понятия эффузионный синдром [4; 9].

В одной из работ на основании клинического и гистологического исследования склеры глаза пациентов были разделены на 3 подгруппы: подгруппа 1 типа – это глаза с нанофтальмом (ПЗО 16,0 мм) и высокой гиперметропией (в среднем 16 диоптрий), подгруппа 2 – размер глазного яблока в норме (средняя длина ПЗО 21,0 мм) с небольшой гиперметропией, подгруппа 3 типа – размер глазного яблока в норме. Гистологически в подгруппах 1 и 2 типов были выявлены аномалии склеры с дезорганизацией коллагена, расслоением и депозитами протеогликанов в матрице, в то время как в подгруппе 3 типа структура склеры была нормальной [12].

Для диагностики увеального эффузионного синдрома применяются традиционные обследования: непрямая бинокулярная офтальмоскопия, измерение ПЗО, эхография, ФАГ, магнито-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ) [4; 9; 12].

На основании данных клинического осмотра первый описанный случай может быть отнесен к 3-му типу эффузионного синдрома, при котором не определяется патологическое утолщение склеры, короткая ПЗО, грубые аномалии рефракции. Второй случай был отнесен нами ко 2-му типу в связи с наличием утолщения склеры и ПЗО 21,8 мм [12].

R. Brockhurst [13] описал хорошие хирургические результаты операции декомпрессии вортикозных вен в сочетании с склеротомией в лечении синдрома увеальной эффузии. В дальнейшем ряд авторов сообщали об эффективности склеротомии и склерэктомии без декомпрессии вен из-за трудности их выделения [9; 12; 14–15]. Отмечена эффективность даже склеротомии без склерэктомии, например, с помощью наконечника для диатермии [16]. Также в литературе описано проведение склерэктомии в сочетании с субтотальной витрэктомией и трансквитреальным дренированием субретинальной жидкости [17]. Проведенное группой авторов в 2008 г. исследование эффективности витрэктомии при синдроме увеальной эффузии на шести глазах показало высокий риск осложнений, повторной отслойки сетчатки, потери остаточного зрения. В качестве рекомендаций было предложено проведение склеротомии в качестве первого лечебного мероприятия [18].

В 2013 г. для улучшения результатов, а также повышения безопасности проведения склеротомий было предложено проведение хирургического лечения под интраоперационным ультразвуковым контролем [19]. По данным литературы, в результате склерэктомии

прилегание сосудистой оболочки было достигнуто в 83 % случаев после однократного хирургического вмешательства и в 96 % после повторной трепанации склеры. Улучшение зрения отмечалось у 56 % пациентов [11].

В то же время всеми авторами отмечается редкость данного заболевания и необходимость применения для его диагностики таких современных методов, как ФАГ и МРТ.

Для дифференциальной диагностики синдрома увеальной эффузии нами было использовано цветное доплеровское В-сканирование, которое позволило исключить наличие внутриглазного васкуляризованного новообразования как причину эксудативной отслойки сетчатки. Проведение полноценной офтальмоскопии глазного дна в предоперационном периоде было затруднено из-за помутнений в хрусталике, что не позволяло полностью исключить наличие небольших периферических разрывов. Только наблюдение пациентов в динамике и осмотр глазного дна после удаления катаракты позволило полностью исключить регматогенный характер отслойки сетчатки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На примере описанных клинических случаев нами подтверждена возможность практически полного излечения пациентов с синдромом увеальной эффузии. Проведение склерэктомии с использованием роговичного трепана является технически простой процедурой и позволяет сформировать пути оттока супрахориоидальной жидкости в субтенонново пространство. В то же время медленная резорбция субретинальной жидкости и неполное прилегание отслойки цилиарного тела у второго пациента, вероятнее всего, потребует проведения повторной склерэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кански Д. Клиническая офтальмология: систематизированный подход / под ред. В.П. Еричева; пер. с англ. К.С. Аветисова [и др.]. 2-е изд. Wrocław: Elsevier Urban and Partner, 2009. 944 с.
2. Schepens C., Brockhurst R. Uveal effusion. 1. Clinical picture // Arch. Ophthalmol. 1963. № 70. P. 189-201.
3. Verhoeff F., Waite J. Separation of the choroid, with report of a spontaneous case // Trans. Am. Ophthalmol. Soc. 1925. № 23. P. 120-139.
4. Gass J. Uveal effusion syndrome: a new hypothesis concerning pathogenesis and technique of surgical treatment // Trans. Am. Ophthalmol. Soc. 1983. № 81. P. 246-260.
5. Forrester J., Lee W., Kerr P., Dua H. The uveal effusion syndrome and trans-scleral flow // Eye (Lond). 1990. № 4. P. 354-365.
6. Калибердина А.Ф., Теплинская Л.Е. Случаи идиопатического острого увеального эффузионного синдрома // Вестн. офтальмол. 2004. № 5. С. 38-39.
7. Brockhurst R. Nanophthalmos with uveal effusion: a new clinical entity // Arch. Ophthalmol. 1975. № 93. P. 1989-1999.
8. Имшенецкая Т.А., Изумнова И.И., Вашкевич Г.В., Никитина Л.И. Наш опыт хирургического лечения увеального эффузионного синдрома // ARS MEDICA. 2009. V. 9. № 19. С. 225-229.
9. Gass J. Uveal effusion syndrome: a new hypothesis concerning pathogenesis and technique of surgical treatment // Retina. 1983. № 3. P. 159-163.
10. Gass J., Jallow S. Idiopathic serous detachment of the choroid, ciliary body, and retina (uveal effusion syndrome) // Ophthalmology. 1982. № 89. P. 1018-1032.
11. Elagouz M., Stanescu-Segall D., Jackson T. Uveal effusion syndrome // Surv. Ophthalmol. 2010. № 55. P. 134-145.
12. Uyama M., Takahashi K., Kozaki J. Uveal effusion syndrome: clinical features, surgical treatment, histologic examination of the sclera, and pathophysiology // Ophthalmology. 2000. № 107. P. 441-449.
13. Brockhurst R. Vortex vein decompression for nanophthalmic uveal effusion // Arch. Ophthalmol. 1980. № 98. P. 1987-1990.
14. Allen K., Meyers S., Zegarra H. Nanophthalmic uveal effusion // Retina. 1988. № 8. P. 145-147.

15. Kong M., Kim J., Kim S., Kang S. Full-thickness sclerotomy for uveal effusion syndrome // Korean J. Ophthalmol. 2013. V. 27. № 4. P. 294-298.
16. Matlach J., Nowak J., Göbel W. A novel technique for choroidal fluid drainage in uveal effusion syndrome // Ophthalmic Surg. Lasers Imaging Retina. 2013. V. 44. № 3. P. 274-277.
17. Schneiderman T., Johnson M. A new approach to the surgical management of idiopathic uveal effusion syndrome // Am. J. Ophthalmol. 1997. № 123. P. 262-263.
18. Ohkita T., Emi K., Toyoda E. Efficacy of vitreous surgery for uveal effusion syndrome // Nihon Ganka Gakkai Zasshi. 2008. V. 112. № 5. P. 472-475.
19. Ghazi N., Richards C., Abazari A. A modified ultrasound-guided surgical technique for the management of the uveal effusion syndrome in patients with normal axial length and scleral thickness // Retina. 2013. V. 33. № 6. P. 1211-1219.

Поступила в редакцию 5 февраля 2015 г.

Beliy Y.A., Tereshchenko A.V., Plahotnij M.A. THE POSTERIOR SCLERECTOMY WITH THE SYNDROME UVEAL EFFUSION

Purpose: to evaluate the effectiveness of the posterior sclerectomy with the use of corneal trepan of a uveal effusion syndrome.

Material and methods: patient 1. The man, 61 years, addressed with complaints to a blindness of the right eye and the progressing decrease in vision of the left eye. On the basis of these conducted examinations the diagnosis is established: uveal effusion syndrome, detachment of the choroid, exudative retinal

detachment, the complicated cataract of both eyes. Patient 2. The man, 62 years, addressed with complaints to low vision of the right eye and blindness of the left-hand eye. *Diagnosis:* uveal effusion syndrome, detachment of the choroid, exudative retinal detachment, the initial complicated cataract of the right eye. Subatrophy, operated retinal detachment, complicated cataract, silicone into the vitreal cavity of the left eye. Both patients underwent trepanation posterior sclera.

Results: the patient 1. At the time of the last inspection, the patient noted significant improvement of vision in both eyes. When testing visual acuity with correction was: OD – 0.2, OS is 0.3. Intraocular pressure was normal, showed improvement of electrical sensitivity and lability. On ultrasound examination of the retina belonged, remained moderate swelling of the choroid. Patient 2. At the time of the last inspection visual acuity was 0.1 + 3.0 D. According to the ultrasonic B-scan of the right eye retinal detachment decreased to 3.8 mm, remained moderate swelling of the choroid. According to the OCT showed detachment of the neuroepithelium in the macula to 60 µm. In ultrasonic biomicroscopy marked circular, ciliochoroidal detachment to 0.15 mm.

Conclusion: in the example described clinical cases, we confirmed the almost complete recovery of patients with the uveal effusion syndrome. Holding sclerectomy with the use of corneal trepan is a technically simple procedure and helps to define the path of the outflow suprachoroidal fluid subtenon space.

Key words: uveal effusion syndrome; posterior sclerectomy; corneal trepan.

Белый Юрий Александрович, Калужский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, г. Калуга, Российская Федерация, доктор медицинских наук, профессор, зам. директора по научной работе, заслуженный врач РФ, e-mail: nauka@mntk.kaluga.ru

Beliy Yuri Aleksandrovich, Academician S.N. Fyodorov FSBI IRTC “Eye Microsurgery”, Kaluga branch, Kaluga, Russian Federation, Doctor of Medicine, Professor, Deputy Director for Scientific Work, Honored Doctor of Russian Federation, e-mail: nauka@mntk.kaluga.ru

Терещенко Александр Владимирович, Калужский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, г. Калуга, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, директор, заслуженный врач РФ, e-mail: nauka@mntk.kaluga.ru

Tereshchenko Aleksander Vladimirovich, Academician S.N. Fyodorov FSBI IRTC “Eye Microsurgery”, Kaluga branch, Kaluga, Russian Federation, Candidate of Medicine, Director, Honored Doctor of Russian Federation, e-mail: nauka@mntk.kaluga.ru

Плахотный Михаил Алексеевич, Калужский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, г. Калуга, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, зав. операционным блоком, e-mail: nauka@mntk.kaluga.ru

Plahotnij Mikhail Alekseevich, Academician S.N. Fyodorov FSBI IRTC “Eye Microsurgery”, Kaluga branch, Kaluga, Russian Federation, Candidate of Medicine, Head of Operational Unit, e-mail: nauka@mntk.kaluga.ru