Шустеров Ю.А., Ахмадырова Б.С., Портнова М.Г., Таржанов А.Б., Темирбаев Д.К.
Медицинский университет Караганды, Караганда, Казахстан

Shusterov Yu., Akhmadyarova B., Portnova M., Tarzhanov A., Temirbaev D.
Karaganda Medical University, Karaganda, Kazakhstan

Клинический случай синдрома увеальной эффузии

Clinical Case of Uveal Effusion Syndrome

Резюме

Синдром увеальной эффузии – редкое идиопатическое состояние, которое встречается преимущественно у мужчин среднего возраста с гиперметропией и характеризуется цилиохориоидальной отслойкой с последующей экссудативной отслойкой сетчатки. Цель статьи – представить клинический случай с проведенным оперативным лечением.

Под нашим наблюдением находился пациент – мужчина 47 лет, который обратился с жалобами на ощущение мерцания, прогрессирующее ухудшение зрения на обоих глазах в течение нескольких лет. После обследования ему был поставлен диагноз «синдром увеальной эффузии, экссудативная отслойка сетчатки». Пациенту была выполнена задняя склерэктомия под местной инстилляционной анестезией.

На примере нашего клинического случая можно говорить о том, что нанесение склеростомических отверстий действительно является эффективным методом разрешения синдрома увеальной эффузии.

Ключевые слова: синдром увеальной эффузии, задняя склерэктомия, цилиохориоидальная отслойка, сетчатка.

Abstract

Uveal effusion syndrome is a rare idiopathic condition that occurs mainly in middle-aged men with hyperopia and is characterized by ciliochoroidal detachment followed by exudative retinal detachment. The purpose of the article is to present a clinical case with the performed surgical treatment. We observed a male patient, 47 years old, who complained of a flickering sensation, progressive deterioration of vision in both eyes for several years. After examination, he was diagnosed with uveal effusion syndrome, exudative retinal detachment. The patient underwent a posterior sclerectomy under local instillation anesthesia.

Based on the example of our clinical case, we can say that the application of sclerostomy holes is indeed an effective method for resolving the uveal effusion syndrome.

Keywords: uveal effusion syndrome, posterior sclerectomy, ciliochoroidal detachment, retina.

■ 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].

Синдром увеальной эффузии является уникальным событием в практике врача-офтальмолога, и его причины недостаточно изучены по сей день. Термины «синдром увеальной эффузии», «хориоидальная эффузия», «цилиохориоидальная отслойка», «цилиохориоидальная эффузия» и «хориоидальная отслойка» долгое время используются в литературе на взаимозаменяемой основе [1]. Наиболее часто данная патология встречается у лиц мужского пола с гиперметропией с развитием в дальнейшем экссудативной отслойки сетчатки, сосудистой оболочки и даже цилиарного тела. Учитывая редкость патологии, сложность диагностики и неоднозначность тактики лечения в таких случаях, представилось интересным описать клинический случай.

Описываемая патология в большинстве случаев поражает оба глаза, но появление клинических симптомов в дебюте заболевания может сначала носить унилатеральный характер, с промежутком времени поражая второй глаз.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Представить клинический случай оперативного лечения синдрома увеальной эффузии.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находился пациент – мужчина 47 лет, житель Карагандинской области, который обратился с жалобами на ощущение мерцания, прогрессирующее ухудшение зрения на обоих глазах в течение нескольких лет. Данные офтальмологического осмотра при первом обращении: $\text{visus OD}=0,4$ н/к, $\text{visus OS}=0,6$ с коррекцией, $\text{sph}+1,75\text{D}=0,7$. Нами были проведены биомикроскопия, авторефрактометрия, измерения внутриглазного давления P_0 , циклоскопия с помощью линзы Гольдмана, ультразвуковое исследование глаза, ОКТ (оптическая когерентная томография). Данные объективного осмотра: OU – глазная щель нормального размера, положение глаз – ортотропия, движения глазных яблок в полном объеме, отделяемого нет. OU – конъюнктивы спокойная, бледно-розового цвета. Роговица прозрачная, сферичная, зеркальная, чувствительность сохранена. Глубина передней камеры – средняя – OD – 2,58 мм, OS – 2,63 мм, OU – влага передней камеры чистая, угол передней камеры открыт. Рисунок радужки сохранен, зрачок круглый, черный, реакции живые. OU – хрусталик склерозирован. Глазное дно: OD – диск зрительного нерва бледноват, границы четкие, экскавация диска соответствует физиологическим нормам – Э/Д 0,4. Область макулы не изменена, физиологические рефлексы сохранены. Соотношение артерий и вен 2:3, от сосудистых аркад и до крайней периферии масса интратетинальных точечных включений в виде «пятен леопарда» с элементами экссудативной отслойки сетчатки по нижнему сегменту до сосудистых аркад. OS – диск зрительного

нерва бледно-розовый, контуры четкие, экскавация диска соответствует физиологическим нормам – Э/Д 0,4. Область макулы не изменена, физиологические рефлексы сохранены. Соотношение артерий и вен 2:3.

По данным авторефрактометрии: OD – sph+1,50D cyl +1,75 ax 85, OS – sph+1,75D cyl +0,75D ax 90. Уровень внутриглазного давления P0 OD – 11 mmHg, OS – 13 mmHg. При проведении УЗИ OD – ПЗО – 23,03 мм. Толщина склеры – 0,5 мм. Толщина хрусталика – 3,1 мм. Полость стекловидного тела без патологических эхо-сигналов. Выявлена отслойка сосудистой оболочки высотой до 2,8 мм в нижне-внутреннем сегменте, над ней отслойка сетчатки. Во время проведения исследования в режиме цветового доплер-картирования выявлено равномерное обеднение сосудистой сети в проекции хориоидеи. Кровоток по центральной артерии сетчатки равномерно и незначительно снижен, в глазной артерии типичный кровоток. Признаков объемного внутриглазного новообразования не выявлено. OS – без патологических эхо-сигналов. ОКТ – OD – макула интактна, масса интратретиальных точечных включений в виде «пятен леопарда» с элементами экссудативной отслойки сетчатки по нижнему сегменту.

В круг патологий для дифференциального диагноза данной нозологии была включена внутриглазная опухоль, метастатические поражения глаз, болезнь Фогта – Коянаги – Харада, задний склерит. Критериями исключения внутриглазной опухоли и метастатического поражения глаза стали данные ультразвукового исследования. Данные о хроническом увеите с роговичными преципитатами, поражающими зачастую оба глаза одновременно, выраженные помутнения стекловидного тела и сопутствующие системные проявления, такие как остро развивающийся серозный менингит, алопеция, витилиго, отсутствовали, что позволило отвергнуть болезнь Фогта – Коянаги – Харада. Отсутствие таких проявлений, как боль при движении глаза, экзофтальм, ограничения его подвижности, отек век и конъюнктивы, в клинической картине данного пациента исключает такую нозологию, как задний склерит. На основании вышеизложенного был установлен диагноз: OD – синдром увеальной эффузии, экссудативная отслойка сетчатки, OU – сложный гиперметропический астигматизм слабой степени, OU – факосклероз.

Пациенту была выполнена задняя склерэктомия под местной инстилляционной анестезией. В 6 мм кзади от лимба, в области ниже-наружного угла глаза, произвели послойное рассечение конъюнктивы, теноновой капсулы, сосуды эписклеры коагулированы, скальпелем созданы 2 склеротомических отверстия на всю толщину, диаметром по 1 мм, при склеротомии получено отделяемое водянистого характера в количестве 0,3 мл. На конъюнктиву наложены узловые швы.

В послеоперационном периоде назначена эпibuльбарная инстилляционная антибактериальных, противовоспалительных препаратов.

В раннем послеоперационном периоде кондиции глазного дна правого глаза оставались прежними, без существенных изменений. На 3-й день после операции проведено исследование: visus OD = 0,5 с/к sph +1,50D cyl +1,75 ax 85=0,7; OS = 0,6 с коррекцией, sph +1,75D cyl +0,75D ax 90=0,7, уровень внутриглазного давления P0 = OD – 11 mmHg, OS – 12 mmHg, ультразвуковое исследование OD – хориоидея прилежит, OS – без особенности. КТ – OU – анатомическая структурность сохранена.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Спустя месяц пациент повторно явился на осмотр. При осмотре visus OD = 0,6 с/к sph +1,50D cyl +1,75 ax 85=0,7; OS = 0,6 с коррекцией, sph +1,75D cyl +0,75D ax 90=0,7. Уровень внутриглазного давления P0 OD – 13 mmHg, OS – 13 mmHg. Ультразвуковое исследование OD – ПЗО – 23,03 мм. Толщина склеры – 0,5 мм. Толщина хрусталика – 3,1 мм. Полость стекловидного тела без патологических эхо-сигналов. Сосудистая оболочка прилежит на всем протяжении. OS – без изменений. КТ – OU – анатомическая структурность сохранена. Область макулы не изменена. От сосудистых аркад и до крайней периферии масса интра-ретиальных точечных включений в виде «пятен леопарда». OS – без изменений.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Синдром увеальной эффузии (СУЭ) является редчайшим заболеванием, сопровождающимся серозной отслойкой периферических отделов сосудистой оболочки глаза, ресничного тела, нередко в сочетании с серозной отслойкой сетчатой оболочки глаза [2]. Пациенты с наличием данной нозологии – это обычно мужчины среднего возраста, приблизительно в 65% случаев поражаются оба глаза, и в половине случаев они нуждаются в хирургическом лечении [14].

Термин «увеальная эффузия» впервые был введен C.L. Schepens и R.J. Brockhurst в 1963 году [3] и в дальнейшем описан рядом авторов [4, 5]. В 1975 году R.J. Brockhurst связал это патологическое состояние с нанофтальмом, аномальным строением склеры и застоем в венозных сосудах хориоидеи [6]. Клинические сведения о синдроме увеальной эффузии в отечественной литературе встречаются редко. Термины «увеальная эффузия», «хориоидальная эффузия», «цилиохориоидальная отслойка» подразумевают под собой состояние, при котором серозная жидкость собирается в супрахориоидальном пространстве, приводя к внутренней элевации сосудистой оболочки глаза. Обсуждается ряд теорий патофизиологии синдрома увеальной эффузии (СУЭ), такие как обструкция вортикозных вен, повышенная хориоидальная проницаемость, повреждение хориоидеи, в том числе пониженная пропускная способность хориоидеи [7–9]. Последняя теория, а именно пониженная проницаемость хориоидеи, была подтверждена гистопатологическими данными, которые выявили, что утолщение склеры вкупе с дезорганизованными пучками коллагеновых фибрилл, большим количеством гликозамингликанов и снижением проницаемости по отношению к альбумину в результате приводит к появлению соматического градиента, тем самым вызывая ретенцию жидкости в супрахориоидальном и супрацилиарном пространстве, но термин «синдром увеальной эффузии» зачастую встречается и употребляется при идиопатических случаях [6, 10].

На данный момент существует ряд условий, при которых возможно возникновение данной патологии [11–13]:

- воспалительные процессы глаза, возникающие преимущественно после травм, послеоперационное воспаление, увеиты, панретинальная лазеркоагуляция и системные заболевания наподобие склерита или болезни Фогта – Коянаги – Харада;

- гидродинамические факторы, например, артериовенозное соустье;
- присутствие внутриглазного новообразования;
- идиопатические заболевания.

Выделяют 3 группы пациентов с синдромом увеальной эффузии [8]:

1. Нанофтальмические глаза – тип 1. Глазное яблоко маленьких размеров (средняя длина передне-задней оси – 16 мм) и гиперметропия высокой степени (в среднем +16 диоптрий).
2. Отсутствие нанофтальма, но с клинически аномальной склерой, а именно увеличением толщины склеры, – тип 2. Размер глазного яблока в норме (средняя длина передне-задней оси – 21 мм), с небольшой аметропией.
3. Отсутствие нанофтальма с клинически нормальной склерой, то есть нормальный глаз, – тип 3.

Цилиохориоидальная отслойка является диагнозом исключения.

Клиницист в первую очередь должен исключить другие причины данной патологии, такие как задний склерит, увеит, хориоидальная неоплазия, увеальная лимфома, паранеопластический синдром, метастатические опухоли хориоидеи, послеоперационное воспаление и персистирующая гипотония.

Описываются различные хирургические методики, целью которых являются: 1) дренирование субретинального пространства; 2) уменьшение резистентности склерального оттока, для того чтобы опорожнить супрахориоидальное пространство; 3) комбинация вышеназванных целей.

Стандартным хирургическим подходом является создание склеротомических отверстий для ускорения эвакуации жидкости из супрахориоидального пространства.

Ууата М. и соавторы описали технику субсклеральной склеротомии, при которой создаются 2 склеральных лоскута на глубину 2/3 от общей толщины склеры размером 4×5 мм в нижневисочном и нижне-носовом квадранте. Под обоими лоскутами оставшаяся 1/3 часть толщины склеры иссекается для экспозиции супрахориоидального пространства, которое затем дренируется, склеральный лоскут свободно ушивается. Также в послеоперационном периоде Ууата М. и соавторы рекомендовали использовать ацетазоламид и маннитол. Данную методику не применяли у пациентов с нанофтальмом и в нормальных глазах, но с повышенной толщиной склеры [8].

Ghazi N.G. и соавторы предложили модифицированный метод, в котором проводится предоперационное или интраоперационное ультразвуковое В-сканирование для выявления областей максимального утолщения склеры или хориоидеи. Затем именно эти участки выбираются для нанесения склеротомических отверстий. Эти авторы сообщили о полном разрешении СУЭ в пяти из шести глаз [5].

Faulborn J. и Kölli H. предложили быстрый способ разрешения увеальной эффузии и экссудативной отслойки сетчатки в 5 глазах у 4 пациентов путем модификации техники Ууата М. Кзади от лимба на 4 мм в каждом квадранте они создали склеральные лоскуты 2×8 мм на всю толщину, без склерэктомии, лоскуты не ушивались [14]. Так как присутствовал значительный риск геморрагических осложнений, Bausili и соавторы предложили использование CO₂-лазера, чтобы осуществлять диссекцию тканей и коагуляцию [15].

Так, в 23 глазах с СУЭ с нормальным размером ПЗ Johnson и Gass описывают улучшение анатомической структурности в 83% после проведения хирургического лечения путем создания склеротомических отверстий на всю толщину склеры. Средний промежуток времени, описываемый ими, необходимый для прилегания сосудистой оболочки глаза, составлял от 2 до 3 месяцев. Острота зрения повышалась на 0,1–0,2 в 56% случаев [16].

Мы придерживались схожей техники, создавая склеростомические отверстия, но в меньшем количестве и меньшего диаметра, что позволило нам избежать, на наш взгляд, излишней травматизации глазного яблока. Нами были достигнуты схожие результаты, прилегание сосудистой оболочки произошло через 1 месяц, острота зрения повысилась с 0,5 до 0,7.

Основываясь на литературных данных, можно отметить, что лечение синдрома увеальной эффузии заключается в хирургическом создании отверстий (склеротомия) в склере для декомпрессии жидкости. Поэтому была выбрана соответствующая хирургическая тактика.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

До сих пор остается неясным вопрос возникновения синдрома увеальной эффузии. Так, неясно, почему в одних случаях СУЭ возникает изолированно, а в других случаях – одновременно с экссудативной отслойкой сетчатки. Открытым остается вопрос, в каких случаях процесс протекает билатерально, а в каких поражается только один глаз. Чтобы дать ответы на данные вопросы, необходимо более тщательно проводить диагностику у пациентов с синдромом увеальной эффузии и цилиохориоидальной отслойкой и понять роль склеры и хориоидеи при данной патологии.

На примере нашего клинического случая можем отметить, что нанесение склеростомических отверстий действительно является эффективным методом разрешения синдрома увеальной эффузии.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Belyj Yu.A., Tereshchenko A.V., Plahotnij M.A. (2015) Sindrom uveal'noj effuzii (klinicheskij sluchaj) [Uveal effusion syndrome (clinical case)]. *Oftal'mologiya*, no 12 (3), pp. 93–98.
2. Gorbunova N.Yu., Pozdeeva N.A., Gorbunova A.S., Katmakov K.I. (2018) Sindrom uveal'noj effuzii u pacientov s nanofthal'mom i zakrytougol'noj glaukomoj [Uveal effusion syndrome in patients with nanophthalmos and angle-closure glaucoma]. *Russian journal of glaucoma*, vol. 17, no 2, pp. 12–19. doi: 10.25700/NJG.2018.02.02
3. Schepens C., Brockhurst R. (1963) Uveal effusion. 1. Clinical picture. *Arch Ophthalmol.*, no 70, pp. 189–201.
4. Gass J. (1983) Uveal effusion syndrome: a new hypothesis concerning pathogenesis and technique of surgical treatment. *Retina*, no 3, pp. 159–163.
5. Ghazi N., Richards C., Abazari A. (2013) A modified ultrasound-guided surgical technique for the management of the uveal effusion syndrome in patients with normal axial length and scleral thickness. *Retina*, no 33 (6), pp. 1211–1219.

6. Brockhurst R.J. (1980) MD – Vortex Vein Decompression for Nanophthalmic Uveal Effusion. *Arch Ophthalmol.*, no 98 (11), pp. 1987–1990. doi:10.1001/archoph.1980.01020040839008
7. Gass J.D., Jallow S. (1982) Idiopathic serous detachment of the choroid, ciliary body, and retina (uveal effusion syndrome). *Ophthalmology*, no 89, pp. 1018–32.
8. Uyama M., Takahashi K., Kozaki J., Tagami N., Takada Y., Ohkuma H. (2000) Uveal effusion syndrome: Clinical features, surgical treatment, histologic examination of the sclera, and pathophysiology. *Ophthalmology*, no 107, pp. 441–9.
9. Elagouz M., Stanescu-Segall D., Jackson T.L. (2010) Uveal effusion syndrome. *Surv Ophthalmol.*, no 55, pp. 134–45.
10. Casswell A.G., Gregor Z.J., Bird A.C. (1987) The surgical management of uveal effusion syndrome. *Eye (Lond)*, no 1, pp. 115–9.
11. Matlach J., Nowak J., Göbel W. (2013) A novel technique for choroidal fluid drainage in uveal effusion syndrome. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina*, no 44 (3), pp. 274–7.
12. Kaliberdina A.F., Teplinskaja L.E. (2004) Sluchai idiopaticeskogo ostrogo uveal'nogo effuzionnogo sindroma [Cases of acute idiopathic uveal effusing syndrome]. *Annals of ophthalmology, Vestnik oftal'mologii*, no 5, pp. 38–39.
13. Verhoeff F., Waite J. (1925) Separation of the choroid, with report of a spontaneous case. *Trans Am Ophthalmol Soc.*, no 23, pp. 120–139.
14. Faulborn J., Kölli H. (1999) Sclerotomy in uveal effusion syndrome. *Retina*, no 19 (6), pp. 504–507.
15. Bausili M.M., Raja H., Kotowski J. (2017) Use of fiberoptic-guided CO2 laser in the treatment of uveal effusion. *Retin Cases Brief Rep.*, no 11 (3), pp. 191–194.
16. Johnson M.W., Gass J.D. (1990) Surgical management of the idiopathic uveal effusion syndrome. *Ophthalmology*, no 97 (6), pp. 778–785.

Подана/Submitted: 25.05.2021

Принята/Accepted: 17.09.2021

Контакты/Contacts: yshustero@mail.ru