

## Синдром увеальной эффузии (клинический случай)



Белый Ю. А.



Терещенко А. В.



Плахотный М. А.

Калужский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России, ул. им. Святослава Фёдорова, 5, г. Калуга, 248007, Российская Федерация

### РЕЗЮМЕ

Офтальмология. 2015; 12 (3): 93–98

**Цель:** оценить эффективность задней склерэктомии с применением роговичного трепана при синдроме увеальной эффузии. **Пациенты и методы:** пациент 1. Мужчина, 61 год, обратился 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. Внутриглазное давление было нормальным, отмечено 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 D. По данным ультразвукового В-сканирования правого глаза отслойка сетчатки уменьшилась до 3,8 мм, сохранялся умеренный отек сосудистой оболочки. По данным OCT имела место отслойка нейроэпителия 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.

**Ключевые слова:** синдром увеальной эффузии, задняя склерэктомия, роговичный трепан

**Прозрачность финансовой деятельности:** Никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах

**Конфликт интересов отсутствует**

### ENGLISH

## Uveal effusion syndrome (clinical case)

Belyy Yu. A., Tereshchenko A. V., Plahotnij M. A.

The Kaluga Branch of the Federal State Budget Establishment «the Interbranch Scientific-Technical Complex «Eye microsurgery» named after academician Fedorov» of the Ministry of Health of Russia, 5, named Svjatoslava Fjodorova St., 248007, Kaluga, Russian Federation

### SUMMARY

The purpose – to evaluate the effectiveness of the posterior sclerectomy with the corneal trepan in a uveal effusion syndrome. **Patients and methods.** Patient 1. The man, 61 years, complained about a blindness of the right eye and the progressing decrease in vision of the left eye. According to data of examinations the diagnosis was: uveal effusion syndrome, detachment of the choroid, exudative retinal detachment, the complicated cataract of both eyes. Patient 2. The man, 62 years, with complaints to low vision of the right eye and a 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 noted significant improvement of vision in both eyes at the last examination. Misual acuity with correction was OD — 0,2, OS — 0.3. Intraocular pressure was normal, improvement of electrical sensitivity and lability was diagnosed. On ultrasound examination of the retina belonged, moderate swelling of the choroid remained. Patient 2. Visual acuity was 0,1 + 3,0 D at the time of the last inspection. According to the ultrasonic B-scan of the right eye retinal detachment decreased to 3,8 mm, moderate swelling of the choroid remained. The OCT has showed detachment of the neuroepithelium in the macula to 60  $\mu$ m. In ultrasonic biomicroscopy circular, ciliochoroidal detachment to 0,15 mm was diagnosed. **Conclusion.** Described clinical cases confirmed the almost complete recovery of patients with the uveal effusion syndrome. 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

**Financial Disclosure:** No author has a financial or property interest in any material or method mentioned.

**There is no conflict of interests.**

**Ophthalmology in Russia. 2015; 12 (3): 93–98**

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 наофтальмом [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, возможное наличие крови в шлеммовом канале. При хроническом течении заболевания на глазном дне происходит перераспределение ретинального пигмента в виде «леопардовых пятен», в стекловидном теле возможно присутствие 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.

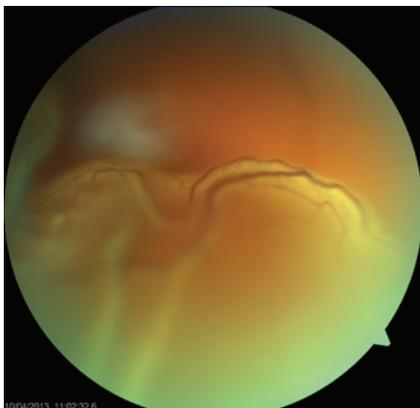
## ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились два пациента.

**Пациент 1.** Мужчина, 61 год, обратился в Калужский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» в апреле 2013 года 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 имели место выраженные помутнения в ядре хрусталика, в связи с этим осмотр глазного дна был несколько затруднен. При офтальмоскопии отмечено побледнение дисков зрительных нервов, отслойка сосудистой оболочки в виде пузырей во всех сегментах глазного дна на средней периферии, больше выраженная 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 значительно снижен. Достоверных данных за объемное образование 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.



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

**Fig. 1.** Fundus photograph OD patient 1 before surgery: total retinal detachment

**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 году по поводу отслойки сетчатки левого глаза, выполнена витрэктомия с тампонадой витреальной полости силиконовым маслом. После операции зрение продолжало ухудшаться, пациент неоднократно получал консервативное лечение по поводу обострения вялотекущего увеита левого глаза. В последние два года левый глаз не беспокоил. 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 офтальмоскопируется.

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, в глазной артерии — 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.

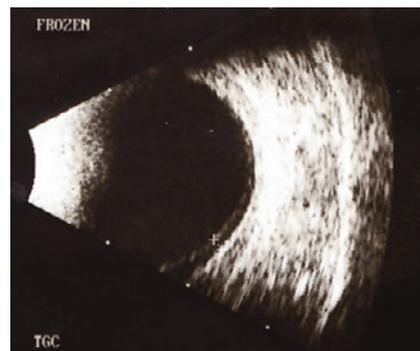
Обоим пациентам выполнена задняя трепанация склеры: 11.04.2013 пациенту 1; 27.05.2014 пациенту 2.

Операцию проводили под местной инстилляционной анестезией. В 4-х косых меридианах в 7-8 мм



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

**Fig. 2.** B-scan OD patient 1 before surgery: retinal detachment and retinal detachment high up to 11.1 mm



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

**Fig. 3.** B-scan of the OD 1 patient's 2 months after surgery: retina adjoins in all departments saved swelling of the choroid

от лимба расщели и отсепарировали конъюнктиву и тенонову капсулу, сосуды эписклеры коагулировали. С помощью трепана диаметром 1,0 мм выполнили четыре склеротомических отверстия на всю толщину склеры, при этом истекла прозрачная субхориоидальная жидкость. Участки вырезанной трепаном склеры удалили. Для восполнения потери жидкости и восстановления тонуса глаза интравитреально через прокол склеры в 4,0 мм от лимба ввели около 0,5-0,7 мл стерильного воздуха. На конъюнктиву наложили узловы швы (шелк 8-0). По окончании операции отмечено полное прилегание сосудистой оболочки и сохранение воронкообразной отслойки сетчатки. Субконъюнктивально ввели 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, хориоидея 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 — 16мм рт. ст., ВГД OS — 18мм рт. ст. В-scan: OD — сохраняется воронкообразная отслойка сетчатки, хориоидея прилежит, OS — циркулярная периферическая ОСО высотой до 3,0мм, отслойка сетчатки сохраняется с 3-х до 7-ми часов без динамики.

11.06.2013 проведена 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 оставался на нормальном уровне: ВГД OD — 18мм рт. ст., ВГД OS — 18мм рт. ст. По данным ультразвукового исследования на обоих глазах сохранялась плоская отслойка сетчатки высотой до 1,3мм в нижних отделах, сосудистая оболочка прилежала, оставался 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 — 18мм рт. ст., ВГД OS — 18мм рт. ст. При осмотре в зоне склеротомий отмечена рубцовая деформация конъюнктивы, через нее просматривались

участки оголенной хориоидеи в виде очагов сизого цвета диаметром менее 1,0мм. В обоих глазах имели место выраженные помутнения в ядре хрусталика, осмотр глазного дна был затруднен. При офтальмоскопии отмечено небольшое побледнение диска 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 офтальмоскопировались. 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 проведена факоэмульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ. Операция и послеоперационный период протекали без особенностей.

На момент последнего осмотра в январе 2014 года 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, отмечено улучшение электрической чувствительности и лабильности. По данным ультразвукового исследования сетчатка прилежала, сохранялся умеренный отек сосудистой оболочки. Офтальмоскопическая картина была без существенной динамики (рис. 4).

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

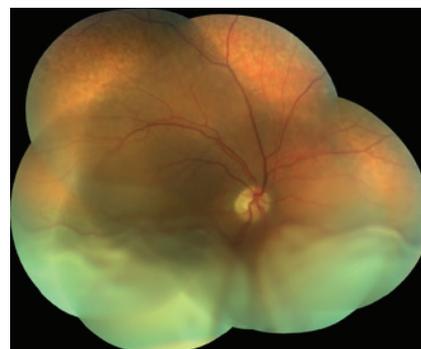
При выписке острота зрения сохранялась на прежнем уровне: OD — 0,01 н/к, OS — ноль. ВГД OD — 16мм рт. ст., OS — 17мм рт. ст. По данным ультразвукового исследования, но правом глазу сохранялась тотальная отслойка сетчатки, сосудистая оболочка прилежала полностью.

Через 1 месяц пациент отметил постепенное улучшение остроты зрения, частично восстановилась



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

**Fig. 4.** Fundus photograph OD 1 patient 3 months after surgery: a small pallor of the optic nerve, retinal dilgence and choroid, pigmented chorioretinal degenerative lesions in the form of a «leopard spots»



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

**Fig. 5.** Fundus photograph OD patient 2 on the first day after surgery: a pale optic disc, retinal detachment

ориентация в привычной обстановке. Острота зрения: OD — до 0,04 н/к, OS — ноль. ВГД: OD — 16мм рт. ст., OS — 18мм рт. ст. Помутнение в хрусталике правого глаза без динамики, осмотр глазного дна затруднен. При офтальмоскопии правого глаза отмечено 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 обо-

лочка прилежала. В зонах, доступных осмотру, отмечены 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 имела место слабо положительная 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 ОСТ отмечена отслойка нейроэпителия в макуле до 60 мкм. При проведении ультразвуковой биомикроскопии определена 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 Graefe E. в 1858 г. и Verhoeff F. с соавторами в 1925 г. Термин «увеальная эффузия» впервые был введен в 1963 г. Schepens C. и Brockhurst F. [2, 3, 6]. Они же в 1975 году подробно описали это патологическое состояние у пациента с нанофтальмом [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]:

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

Причинами идиопатического синдрома увеальной эффузии являются, по-видимому, врожденная аномалия склеры и вортикозных вен, старение, гормональные изменения или ухудшение гидродинамической проницаемо-

сти склеры, нанофтальм, гиперметропия высокой степени [4, 9, 11].

Критериями эффузионного синдрома [4, 9, 10] являются:

- наличие пузыревидной отслойки сетчатки в нижних отделах глазного дна без ретинальных разрывов;
- субретинальная жидкость легко перемещается в зависимости от перемены положения головы;
- отсутствие просачивания из хориоидеи в субретинальное пространство, выявляемое при проведении ФАГ;
- отслойка сетчатки сочетается с отслойкой сосудистой оболочки;
- 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 пациенты были разделены на 3 подгруппы: подгруппа 1 типа — с нанофтальмом (ПЗО 16,0 мм) и высокой гиперметропией (в среднем 16 диоптрий), подгруппа 2 типа — с размером глазного яблока в норме (средняя длина ПЗО 21,0 мм) и с небольшой гиперметропией, подгруппа 3 типа — с размером 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 виды обследования: непрямая бинокулярная офтальмоскопия, измерение ПЗО, эхография, ФАГ, магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ) [9, 10, 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, имеют место короткая ПЗО, грубые аномалии рефракции. Второй случай был отнесен нами ко 2-му типу в связи с наличием утолщения склеры и ПЗО величиной 21,8 мм [12].

Brockhurst R. [13] представил хорошие результаты операции по декомпрессии вортикозных вен в сочетании со склеротомией при лечении синдрома увеальной эффузии. В дальнейшем ряд авторов сообщили об эффективности склеротомии и склерэктомии без декомпрессии вен из-за трудности их выделения [10, 12, 14, 15]. Отмечена эффективность склеротомии (без склерэктомии), проводимой, например, с помощью наконечника для диатермии [16]. Помимо этого, в литературе описано выполнение склерэктомии в сочетании с субтотальной витректимией и трансквитреальным дренированием субрети-

нальной жидкости [17]. Проведенное группой авторов в 2008 году исследование эффективности витрэктомии при синдроме увеальной эффузии на шести глазах показало высокий риск осложнений, повторной отслойки сетчатки, потери остаточного зрения. В качестве рекомендации было предложено проведение склеротомии в качестве первого лечебного мероприятия [18].

В 2013 году для улучшения результатов, а также повышения безопасности проведения склеротомии 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 указано на 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 исклю-



**Рис. 6.** Фотография глазного дна OD пациента 2 через 4 месяца после операции  
**Fig. 6.** Fundus photography OD patient 2 after 4 months after surgery

чить наличие внутриглазного васкуляризованного новообразования как причины экссудативной отслойки сетчатки. Проведение полноценной офтальмоскопии глазного дна в предоперационном периоде было затруднено из-за помутнений в хрусталике, что не позволило полностью исключить наличие небольших периферических разрывов. Только наблюдение за пациентами в динамике и осмотр глазного дна после удаления катаракты позволили полностью исключить регматогенный характер отслойки сетчатки.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На примере описанных клинических случаев нами подтверждена возможность практически полно-

го 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. В то же время медленная резорбция субретинальной жидкости и неполное прилегание отслойки цилиарного тела у второго пациента, вероятнее всего, потребует проведения повторной склерэктомии.

*Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/REFERENCES

- Schneiderman T., Johnson M. A new approach to the surgical management of idiopathic uveal effusion syndrome. *Am J Ophthalmol.* 1997; 123: 262-263.
- Gass J. Uveal effusion syndrome: a new hypothesis concerning pathogenesis and technique of surgical treatment. *Retina.* 1983; 3: 159-163.
- Schepens C., Brockhurst R. Uveal effusion. 1. Clinical picture. *Arch Ophthalmol.* 1963; 70: 189-201.
- Matlach J., Nowak J., Gubel W. A novel technique for choroidal fluid drainage in uveal effusion syndrome. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina.* 2013 May-Jun; 44 (3): 274-7.
- Forrester J., Lee W., Kerr P., Dua H. The uveal effusion syndrome and trans-scleral flow. *Eye (Lond)* 1990; 4 (Pt 2): 354-365.
- 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 Jun; 33 (6): 1211-1219.
- Kong M., Kim J., Kim S., Kang S. Full-thickness sclerotomy for uveal effusion syndrome. *Korean J Ophthalmol.* 2013 Aug; 27 (4): 294-8.
- Elagouz M., Stanescu-Segall D., Jackson T. Uveal effusion syndrome. *Surv Ophthalmol.* 2010; 55: 134-145.
- Kaliberdina A.F., Teplinskaja L.E. [Cases of acute idiopathic uveal effusing syndrome]. *Sluchai idiopaticeskogo ostrogo uveal'nogo effuzionnogo sindroma. [Annals of ophthalmology], Vestnik oftal'mologii* 2004;5:38-39 (in Russ).
- Uyama M., Takahashi K., Kozaki J. Uveal effusion syndrome: clinical features, surgical treatment, histologic examination of the sclera, and pathophysiology. *Ophthalmology.* 2000; 107: 441-449.
- Verhoeff F., Waite J. Separation of the choroid, with report of a spontaneous case. *Trans Am Ophthalmol Soc.* 1925; 23: 120-139.
- Kanski D. edited V.P. Eriчев [Clinical ophthalmology: a systematic approach. 2nd ed.]. *Klinicheskaja oftal'mologija: sistematizirovannyj podhod.* Wroclaw: Elsevier Urban and Partner, 2009, 944 p. (in Russ.).
- Brockhurst R. Nanophthalmos with uveal effusion: a new clinical entity. *Arch Ophthalmol.* 1975;93:1989-1999.
- Imsheneckaja T.A., Igumnova I.I., Vashkevich G.V., Nikitina L.I. [Our experience of surgical treatment of uveal effusing syndrome]. *ARS MEDICA.* 2009; 9 (19):225-229 (in Russ.).
- Ohkita T., Emi K., Toyoda E.E. Efficacy of vitreous surgery for uveal effusion syndrome. *Nihon Ganka Gakkai Zasshi.* 2008 May; 112 (5): 472-5.
- Brockhurst R. Vortex vein decompression for nanophthalmic uveal effusion. *Arch Ophthalmol.* 1980; 98: 1987-1990.
- Gass J. Uveal effusion syndrome: a new hypothesis concerning pathogenesis and technique of surgical treatment. *Trans Am Ophthalmol Soc.* 1983; 81: 246-260.
- Allen K., Meyers S., Zegarra H. Nanophthalmic uveal effusion. *Retina.* 1988; 8: 145-147.
- Gass J., Jallow S. Idiopathic serous detachment of the choroid, ciliary body, and retina (uveal effusion syndrome) *Ophthalmology.* 1982; 89: 1018-1032.