

В.В. Бурый, Н.Я. Сенченко, В.В. Малышев

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОИНВАЗИВНОЙ ВИТРЕКТОМИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЗАДНИХ УВЕИТОВ

Иркутский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии»
(Иркутск)

Проанализированы результаты микроинвазивной витрэктомии по поводу осложнений задних увеитов – помутнений стекловидного тела, эпиретинальных мембран, кистовидного макулярного отека, тракционной отслойки сетчатки. В исследование включено 19 пациентов (22 глаза). Всем пациентам выполнена стандартная микроинвазивная витрэктомия по технологии 25 G. В результате проведенного хирургического лечения удалось добиться улучшения зрения в среднем с $0,12 \pm 0,03$ до $0,26 \pm 0,05$ ($p < 0,05$). У всех пациентов наблюдалась стабилизация прогрессирования воспалительного процесса, отсутствие рецидивов.

Микроинвазивная витрэктомия является эффективным методом реабилитации пациентов с осложнениями задних увеитов, способствует улучшению зрительных функций, а также позволяет добиться стабилизации воспалительного процесса при рецидивирующих формах заболевания.

Ключевые слова: увеит, витрэктомия, кистовидный макулярный отек, эпиретинальные мембраны, отслойка сетчатки

CLINICAL EFFICIENCY OF MICROINVASIVE VITRECTOMY IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH POSTERIOR UVEITIS COMPLICATIONS

V.V. Bury, N.Y. Senchenko, V.V. Malyshev

Irkutsk Branch of S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, Irkutsk

The results of microinvasive vitrectomy for posterior uveitis complications – vitreous and epiretinal membrane opacifications, cystoid macular edema, traction retinal detachment – were analyzed. 19 patients (22 eyes) were included in this examination. All patients underwent standard microinvasive vitrectomy by 25G technology. This surgical treatment allowed achieving visual improvement from $0,12 \pm 0,03$ to $0,26 \pm 0,05$ ($p < 0,05$). Stabilization of inflammation progressing and absence of recurrence were noted in all patients.

Microinvasive vitrectomy is effective method of rehabilitation of patients with posterior uveitis complications. It promotes visual function improvement and allows achieving stabilization of inflammation progressing in recurring forms of disease.

Key words: uveitis, vitrectomy, cystoid macular edema, epiretinal membranes, retinal detachment

АКТУАЛЬНОСТЬ

Задние увеиты составляют около 40 % среди всех форм внутриглазного воспаления и входят в число основных причин слабовидения и слепоты в структуре глазной патологии. Инвалидность при задних увеитах достигает 30 %, а при рецидивирующих формах заболевания – 70 % [3]. В большинстве случаев клиническая картина характеризуется выраженной экссудативной реакцией, сопровождающейся тяжелыми структурными нарушениями вследствие развития тяжелых пролиферативных процессов в стекловидном теле и сетчатке. Наиболее частыми осложнениями задних увеитов являются помутнения стекловидного тела различной интенсивности, шварты, мембраны в стекловидном теле и на сетчатке, развитие кистовидного макулярного отека, тракционной или экссудативной отслойки сетчатки, которые неизменно ведут к стойкой потере зрительных функций.

До настоящего времени для лечения осложнений увеитов преимущественно используются консервативные методы воздействия, которые малоэффективны и применяются в основном для профилактики и лечения рецидивов заболевания. Учитывая тяжесть морфо-функциональных нарушений зрительной системы при осложнениях

задних увеитов, наиболее перспективным методом лечения таких состояний является витрэктомия, направленная на устранение тяжелых органических поражений оболочек глаза [2, 4 – 7, 9 – 13]. Однако многие вопросы лечебной эффективности данного метода остаются недостаточно изученными [8]. До настоящего времени не в полной мере исследованы особенности структурных и функциональных нарушений зрительной системы при задних увеитах и, следовательно, не разработаны патогенетически обоснованные пути комплексной реабилитации пациентов данной категории. Вместе с тем, учитывая молодой возраст и социальную дизадаптацию пациентов с осложнениями задних увеитов, поиск новых более эффективных способов лечения этой тяжелой патологии является актуальной задачей современной офтальмологии.

В связи с этим целью нашего исследования являлась оценка клинической эффективности микроинвазивной витрэктомии в комплексном лечении осложнений задних увеитов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние 5 лет в ИФ МНТК прооперировано 19 пациентов (22 глаза) по поводу осложнений задних увеитов. Возраст пациентов от 9 до 62 лет.

Подавляющее большинство составили женщины – 73 % (14 чел.). У 3 пациентов операции выполнены на обоих глазах. У 4 пациентов (6 глаз) ранее проведена факоэмульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ. Острота зрения до операции варьировала от 0,01 до 0,6, в среднем составила $0,12 \pm 0,03$. Срок операции от начала заболевания составил от 3 месяцев до 5 лет.

Всем пациентам проведено стандартное офтальмологическое обследование, включающее визометрию, авторефрактометрию, тонометрию, периметрию, эхобиометрию, ультразвуковое сканирование, электроретинографию, офтальмоскопию на щелевой лампе с использованием бесконтактных и контактных линз для осмотра глазного дна. При наличии прозрачных оптических сред выполнялась флюоресцентная ангиография, оптическая когерентная томография. Для установления природы инфекта всем пациентам были проведены комплексные диагностические тесты, включающие иммуноферментный анализ и полимеразную цепную реакцию. Также проведены консультации смежных специалистов – оториноларинголога, стоматолога, иммунолога, инфекциониста, ревматолога.

Природа этиологического фактора задних увеитов была выявлена у 11 пациентов. Последствия токсоплазмозного увеита были диагностированы в 3 случаях, токсокарозная гранулема выявлена у 2 пациентов. Цитомегаловирусная инфекция подтверждена в 4 случаях. Ассоциации цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Бара, вируса простого герпеса I типа выявлены у 3 пациентов. В 8 случаях возбудителя заболевания установить не удалось. Рецидивирующие формы заболевания (с частотой рецидивов в среднем 2–3 раза в год) отмечены у 5 пациентов.

Клиническая характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1
Клиническая характеристика пациентов с осложнениями задних увеитов

Морфологические изменения структур глаза	Количество пациентов (%)
Помутнения стекловидного тела различной интенсивности, тяжи, шварты	22 (100 %)
Кистовидный макулярный отек	10 (45 %)
Эпиретинальные мембраны	18 (82 %)
Тракционная отслойка сетчатки	6 (27 %)
Осложненная катаракта	16 (72 %)
Задние синехии	4 (18 %)
Бомбаж радужки	3 (14 %)
Вторичная глаукома	5 (23 %)

Хирургическое лечение проводилось не ранее, чем через 3 месяца после окончания активного воспаления на фоне профилактической противовоспалительной терапии. Операции выполнялись с помощью витреоретинального комбайна Accurus

(Alcon), на операционном микроскопе Moller-Wedel (Германия) с использованием бесконтактной инвертирующей системы обзора глазного дна EIBOS (Moller-Wedel). Оперативное вмешательство включало следующие этапы. Первоначально устанавливались порты для ирригации, эндоосветителя и витреотома 25 G и 27 G. Далее выполнялся основной этап операции – витрэктомия, которая предусматривала максимально полное иссечение стекловидного тела. При этом особое внимание уделялось обработке базиса стекловидного тела и зон рубцовых изменений стекловидного тела и сетчатки. В ходе операции эпиретинальные мембраны отделялись от сетчатки, фрагментировались и удалялись с применением витреотома, цанговых ножниц и пинцетов. Эндолазеркоагуляция выполнялась по краю измененной сетчатки, в зоне разрывов и тракций. В 5 случаях наличие ригидной отслойки сетчатки послужило показанием для силиконовой тампонады. У 6 пациентов вследствие выраженной пролиферации в области базиса стекловидного тела выполнена ленсэктомия без ИОЛ.

После операции все пациенты получали длительную активную противовоспалительную терапию с применением глюкокортикостероидов, антибактериальных и противовирусных препаратов, соответственно установленной этиологии увеита. Срок наблюдения после операции составил от 1 года до 5 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе операции осложнения наблюдались в 15 случаях. Интраоперационное кровотечение из фиброваскулярных мембран у 12 пациентов купировано принудительным повышением ВГД и диатермокоагуляцией. Разрывы сетчатки при отделении плотных сращений сетчатки с пролиферативными мембранами в 3 случаях потребовали проведения дополнительной эндолазеркоагуляции. В раннем послеоперационном периоде в 11 случаях отмечались экссудативные реакции в виде взвеси воспалительных элементов во влаге передней камеры (феномен Тиндаля от + до +++), выпот фибрина в ПК у 5 пациентов, рубец радужки у 3 пациентов, клеточная конденсация в витреальной полости у 4 пациентов. Все послеоперационные воспалительные реакции были купированы на фоне лечения в сроки до 10 дней.

В отдаленном послеоперационном периоде у 3 пациентов наблюдалось дальнейшее прогрессирование пролиферативных процессов на сетчатке, однако это не потребовало проведения дополнительных вмешательств. Рецидивов заболевания не отмечено ни в одном случае.

Острота до операции составила $0,12 \pm 0,03$, а после операции увеличилась более чем в 2 раза до $0,26 \pm 0,06$. Прирост показателя остроты зрения составил $0,13 \pm 0,025$, $p < 0,001$.

ВЫВОДЫ

Таким образом, микроинвазивная витрэктомия является эффективным методом реабилитации

пациентов с тяжелыми структурными и функциональными нарушениями, обусловленными перенесенными внутриглазными воспалительными процессами, способствует сохранению, а в большинстве случаев и улучшению зрительных функций, а также позволяет добиться стабилизации воспалительного процесса при рецидивирующих формах заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцева Н.С., Кацнельсон Л.А. Увеиты. — М.: Медицина, 1984. — 318 с.
2. Захаров В.Д., Глинчук Я.И., Лазаренко Л.Ф. и др. Результаты хирургического лечения больных с хроническими увеитами // Офтальмохирургия. — 1990. — № 4. — С. 52 — 58.
3. Катаргина Л.А., Хватова А.В. Эндогенные увеиты у детей и подростков. — М.: Медицина, 2000. — 319 с.
4. Савко В.В. Результаты витрэктомии при рецидивирующих увеитах // Офтальмологический журнал. — 1988. — № 2. — С. 79 — 81.
5. Федоров С.Н., Глинчук Я.И., Захаров В.В. Хирургическое лечение рецидивирующих увеитов // Офтальмологический журнал. — 1983. — № 2. — С. 98 — 101.
6. Шарипова Д.Н., Абубакарова У.Д. Ранняя витрэктомия в лечении хронических увеитов //

Актуальные проблемы офтальмологии: сб. научн. тр. — М., 2009. — С. 365.

7. Becker M.D., Heiligenhaus A., DeSmet M. Vitrectomy in uveitis // Uveitis and immunological disorders: ed. by Mondino B. — Heidelberg: Springer-Verlag, 2005. — P. 273 — 283.
8. Becker M.D. Vitrectomy in the treatment of uveitis // Amer. J. Ophthalmol. — 2005. — Vol. 140, N 6. — P. 1096 — 1105.
9. Becker M.D., Harsch N., Zierhut M. et al. Therapeutic vitrectomy in uveitis (current status and recommendations) // Ophthalmologie. — 2003. — Vol. 100. — P. 787 — 795.
10. Diamond J.G., Kaplan H.J. Lensectomy and vitrectomy for complicated cataract secondary to uveitis // Arch. Ophthalmol. — 1978. — Vol. 96. — P. 1798 — 1804.
11. Grigorian R., Bhagat N., Lanzetta P. et al. Pars plana vitrectomy for refractory diabetic macular edema // Semin. Ophthalmol. — 2003. — Vol. 18. — P. 116 — 120.
12. Machemer R., Buettner H., Norton E.W. et al. Vitrectomy (a pars plana approach) // Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. — 1971. — Vol. 75. — P. 813 — 820.
13. Peyman G.A., Raichand M., Bennett T.O. Management of endophthalmitis with pars plana vitrectomy // Br. J. Ophthalmol. — 1980. — Vol. 64. — P. 472 — 475.

Сведения об авторах

Бурый Вячеслав Викторович — офтальмохирург I хирургического отделения Иркутского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии», Заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук (664033, г. Иркутск, ул. Лермонтова, 337; сот. тел. 89500845959; e-mail: shishkinamntk@mail.ru)

Сенченко Надежда Яковлевна — заведующая I офтальмологическим отделением Иркутского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии», Заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук (664033, г. Иркутск, ул. Лермонтова, 337; e-mail: shishkinamntk@mail.ru)

Малышев Владимир Владимирович — заместитель директора Иркутского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии» по научной работе, д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ