



Д.О. ШКВОРЧЕНКО, С.А. КАКУНИНА, Е.В. БЕЛОУСОВА, А.В. РУСАНОВСКАЯ
МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Москва

УДК 617.735-007.281-089

Лечение свежей ретматогенной отслойки сетчатки с использованием техники микроинвазивной однопортовой витрэктомии

Белусова Елена Владимировна

врач-офтальмолог

127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а, тел. (499) 906-50-01, e-mail: orgconf@mntk.ru

Однопортовая 25 G витрэктомия позволяет уменьшить операционную травму, снизить риск развития послеоперационных осложнений после операции. 109 пациентов прооперировано с помощью техники однопортовой витрэктомии. Всем пациентам проводилось комплексное офтальмологическое обследование, включавшее дополнительно оптическую когерентную томографию. Срок наблюдения — 26 месяцев. Однопортовая 25 G витрэктомия эффективна при лечении ретматогенной отслойки сетчатки с локальным тракционным синдромом, обеспечивает стойкое прилегание сетчатки, улучшает зрительные функции и снижает риск послеоперационных осложнений.

D.O. SHCVORCHENKO, S.A. KAKUNINA, E.V. BELOUSOVA, A.V. RUSANOVSKAYA
IRTC «Eye Microsurgery» named after acad. S.N. Fedorov» MH of RF, Moscow

Treatment of the fresh rhegmatogenous retinal detachment with the use of microinvasive one — port vitrectomy technic

One port 25G vitrectomy decreases eye trauma during operation, risk of complications and rehabilitation time after surgery. 109 patients with rhegmatogenous retinal detachment were treated using one — port 25G technic. For all patients were made exhaustive ophthalmological investigation with special focus on optical coherence tomography (OCT). Patients have been observed during 26 months after surgery. One port 25G vitrectomy is effective in the treatment of rhegmatogenous detachment with local traction, because it provides retinal adhering with increase of Visual Acuity and has low risk of postoperative complications.

Отслойка сетчатки — тяжелый патологический процесс, сложный в лечении и реабилитации. Современные тенденции хирургии направлены на использование микроинвазивных технологий, которые позволяют уменьшить операционную травму, снизить риск развития послеоперационных осложнений, сократить период реабилитации после операции. На сегодняшний день при лечении свежих ретматогенных отслоек сетчатки используют эписклеральные и эндовитреальные методы [1-4]. Одним из основных тамponирующих веществ при эндовитреальном вмешательстве является силиконовое масло, которое при длительном нахождении в витреальной полости, вызывает ряд осложнений: помутнение хрусталика, изменение рефракции, вторичную гипертензию. В ряде случаев при свежей ретма-

тогенной отслойке сетчатки с наличием локальной трaкции со стороны стекловидного тела существующие эписклеральные методы не всегда эффективны, а эндовитреальное хирургическое лечение нецелесообразно.

Цель работы — повысить эффективность хирургического лечения отслойки сетчатки с помощью новой техники микроинвазивной однопортовой хирургии при свежих ретматогенных отслойках сетчатки.

Материалы и методы

Прооперированы 109 глаз (109 пациентов) со свежей ретматогенной отслойкой сетчатки с захватом и без захвата фovea



и наличием локального тракционного синдрома. Локализация разрывов была различной: верхние разрывы, центральные и парацентральные, а также разрывы в нижних сегментах сетчатки. Возраст пациентов составил $57,6 \pm 13,6$ года (от 26 до 74 лет). Сопутствующая офтальмологическая патология была представлена миопией средней и высокой степени, периферической хориоретинальной дистрофией.

Всем пациентам в дооперационном и послеоперационном периодах проводилось комплексное офтальмологическое обследование: визометрия, бесконтактная тонометрия, периметрия, авторефрактометрия, обратная офтальмоскопия, ультразвуковая биомикроскопия. Наряду с традиционными методами обследования, выполнялась оптическая когерентная томография (ОКТ) на приборе «Cirrus HD-OCT» (Carl Zeiss Meditec, США).

Острота зрения до операции у пациентов с отслойкой сетчатки с захватом фовеа была очень низкой и варьировала от 0,01 до 0,05. При отслойках без захвата фовеа острота зрения была выше от 0,2 до 0,6.

Разработана техника операции без постановки ирригационной канюли с использованием одного порта (25G). Хирургическое лечение проводилось под микроскопом «Торсон office» (Alcon, США), который позволяет за счет наличия широкоугольной оптической системы не использовать дополнительный эндосветитель.

Порт устанавливался в 4 мм от лимба с удобной для подхода к разрыву стороны. Производилась локальная витрэктомия вокруг места разрыва, причем главной целью витрэктомии было убрать тракции, непосредственно вызывающие разрыв. Выполнялся дренаж субретинальной жидкости, который при необходимости чередовался с восполнением объема стекловидного тела физиологическим раствором. Следующим этапом проводилась эндолазеркоагуляция, выполненная при незначительной гипотонии и сильной склерокомпрессии в области разрыва (так, чтобы совместить сетчатку и хориоидею). Операция заканчивалась введением в полость стекловидного тела воздушно — газовой смеси.

Лечение в послеоперационном периоде включало: инстилляции растворов антибиотиков, кортикостероидов, назначение диуретических препаратов и соблюдение пациентами режима с определенным положением головы в зависимости от локализации разрывов.

Результаты

Анализ результатов хирургического лечения отслоек сетчатки выявил значительную эффективность однопортовой (25G) витрэктомии.

Анатомическое прилегание сетчатки отмечалось в 103 случаях (95,4%). В 6 случаях (5,5%) после рассасывания воздушно-газовой смеси произошли рецидивы отслоек сетчатки. Характерно то, что первичные разрывы были блокированы, а образовались новые микроклапанные разрывы. Все пациенты были повторно прооперированы с использованием локального эписклерального пломбирования.

Острота зрения в послеоперационном периоде при отслойках с захватом макулярной области варьировала в пределах 0,2-0,6. При отслойках сетчатки без захвата макулярной области острота зрения либо оставалась прежней, либо увеличивалась до 0,7-0,9. Оценивая субъективное состояние пациентов после лечения, следует отметить отсутствие существенных жалоб, быстрое клиническое заживление оперированного глаза и спокойное протекание послеоперационного периода. Однако, у 5 пациентов (4,6%) в первые две недели отмечалось повышение внутриглазного давления, которое нормализовалось после назначения гипотензивной терапии.

Согласно оценке предварительных результатов, разработанная методика микроинвазивной однопортовой хирургии обеспечивает стойкое анатомическое прилегание сетчатки, улучшение зрительных функций, уменьшает риск послеоперационных осложнений, способствует скорейшей медико-социальной реабилитации больных. Результаты проведенных операций позволяют продолжить разработку данной технологии и обосновывают возможность применения ее в витреоретинальной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захаров В.Д. Витреоретинальная хирургия. — М., 2003. — 102 с.
2. Wakabayashi T., Oshima Y., Fujimoto H. et al. Foveal microstructure and visual acuity after retinal detachment repair // *Ophthalmology*. — 2009. — Vol. 116, №3. — P. 519-528.
3. Крейссиг И. Минимальная хирургия отслойки сетчатки / пер. с англ. — В 2 т. — М., 2005.
4. Ross W.H. Lavina A. Pneumatic retinopexy, scleral buckling and vitrectomy surgery in management of pseudophakic retinal detachments // *Can. J. Ophthalmol.* — 2008. — Vol. 43. — P. — 65-72.