

РЕЦИДИВЫ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ВИТРЕОРЕТИНОПАТИИ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ЭНДОВИТРЕАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

Новый метод лечения регматогенной отслойки сетчатки – первичная эндовитреальная хирургия – все шире применяется в хирургии, ее осложненных и неосложненных формах. Цель работы – проанализировать частоту и сроки возникновения рецидивов отслойки сетчатки, связанных с пролиферативной витреоретинопатией после первичной эндовитреальной хирургии регматогенной отслойки сетчатки, и возможность хирургической коррекции этого осложнения.

Ключевые слова: отслойка сетчатки, пролиферативная витреоретинопатия, эндовитреальная хирургия

Актуальность

Современный прогресс в развитии витреоретинальной хирургии позволил сформировать новое направление в лечении регматогенной отслойки сетчатой оболочки (РОСО) – первичную эндовитреальную хирургию. Этот метод имеет патогенетическую направленность, устраняя витреоретинальную тракцию, восстанавливая прозрачность оптических сред, обеспечивая полную интраоперационную реплантацию сетчатки и малотравматичную ретинопексию разрывов сетчатки. Все это позволяет обеспечивать более высокие анатомические и функциональные результаты лечения больных с РОСО и уверенно лидировать на фоне эписклеральных методов.

Из осложнений эндовитреальной хирургии РОСО наиболее серьезными считаются развитие послеоперационной пролиферативной витреоретинопатии (ПВР) и возникновение связанных с ней рецидивов отслойки сетчатки.

Цель

Проанализировать частоту и сроки возникновения рецидивов отслойки сетчатки, связанных с пролиферативной витреоретинопатией после первичной эндовитреальной хирургии РОСО, и эффективность хирургической коррекции этого осложнения.

Материал и методы

Изучены отдаленные результаты хирургического лечения 100 пациентов (100 глаз) с первичной РОСО, пролеченных с применением эндовитреальных технологий без использования эписклеральных операций. Все паци-

енты оперированы под микроскопом фирмы «MOLLER WEDEL Hi-R 900» с широкоугольной оптической системой «EIBOS-200» (Германия) с использованием хирургической системы «HARMONY TOTAL, DORC» (Голландия), а с 2008 года – «ACCURUS 800 CS, ALCON» (США), диодного полупроводникового эндолазера «АЛКОМ» (Россия), криоаппликаторов «Keeler» (Великобритания) и «CryoStar, DORC» (Голландия). Применялись витреоретинальные инструменты отечественного и импортного производства и расходные материалы (жидкие и газообразные ПФОС, силиконовое масло Bausch&Lomb (США), VITREOCROM 1000 (Австрия)).

Результаты и обсуждение

Всем пациентам была ранее выполнена трехпортовая витрэктомия 20- (8%), 23- (85%) и 25-gauge (7%). Стекловидное тело удаляли из центральных отделов, а затем максимально полно иссекали и периферические его отделы, используя контрастирующий эффект Triamcinolone acetonide и склерокомпрессию (в том числе и с эффектом диафаноскопического просвечивания). ЗГМ удаляли витреотомом в режиме аспирации, реже механически интравитреальным пинцетом. При имеющихся дырчатых дегенеративных разрывах проводили максимально полную витрэктомия в проекции разрыва с последующей эндолазеркоагуляцией или криоретинопексией. При наличии клапанных разрывов также проводили максимально полную витрэктомия в проекции разрыва, а крышечку клапанного разрыва иссекали вместе с фиксированными к ней волокнами стекловидного тела.

Сетчатка расправлялась интраоперационно жидким ПФОС или воздухом. Для более полной эвакуации субретинальной жидкости использовали и активную backflash-аспирацию, что способствовало быстрому и полному ее удалению. Пассивный эндодренаж субретинальной жидкости осуществлялся через ретинальные разрывы, у 3 пациентов для более полного дренирования субретинальной жидкости потребовалось проведение периферических ретинотомий. Разрывы сетчатки и зоны дегенерации блокировали локальной эндолазеркоагуляцией или криоретинопексией. Всем пациентам проводили интраоперационный осмотр всей периферии сетчатки на 360 градусов с использованием склерокомпрессии. При этом у 7% больных были обнаружены разрывы сетчатки, не диагностированные в ходе предоперационного обследования. Тампонада газом C3F8 потребовалась 68 пациентам, силиконовым маслом – 17 пациентам, BSS – 6 пациентам, воздухом – 9 пациентам. Через 3-4 месяца у 14 из 17 пациентов с силиконовой тампонадой была выполнена плановая экстрюзия силиконового масла из витреальной полости. Троим из этих 17 пациентов силиконовое масло в витреальной полости оставлено на более длительный срок. После завершения силиконовой тампонады у 4 из 14 пациентов возник рецидив отслойки сетчатки. Причиной рецидивов было прогрессирование ПВР (3) и появление нового разрыва сетчатки (1). Троим из 4 пациентов с рецидивом отслойки сетчатки было выполнено хирургическое лечение рецидива РОСО: ревитректомия, эпиретинальный мембранопилинг, тампонада ПФОС с одномоментной заменой на силиконовое масло и эндолазеркоагуляция сетчатки. У одного пациента дальнейшие хирургические вмешательства были расценены как бесперспективные.

На протяжении 6 месяцев наблюдения за всеми 100 прооперированными пациентами у 7 (7%) из них в различные сроки после операции произошел рецидив отслойки сетчатки.

У двух пациентов (2,0%) в сроки 2 и 2,5 месяца после операции произошел рецидив отслойки сетчатки из-за образования новых разрывов сетчатки без признаков нарастания ПВР. Оба пациента были ранее оперированы с использованием газовой тампонады (C3F8).

У одного пациента свежий дырчатый дегенеративный разрыв сетчатки был обнаружен в верхнем сегменте глазного дна, ему выполнена трансклеральная криоретинопексия разрыва сетчатки и пневморетинопексия газом. У второго пациента дырчатый дегенеративный разрыв сетчатки локализовался в нижнем сегменте глазного дна. Пациенту проведена ревитректомия с тампонадой витреальной полости ПФОС и эндолазеркоагуляцией ретинального разрыва; через 7 дней произведен обмен ПФОС на BSS. У обоих пациентов в результате реопераций получен положительный анатомический эффект. Повторных рецидивов не отмечено.

У пяти пациентов (5%) рецидив отслойки сетчатки произошел на фоне прогрессирующей ПВР: у 4 рецидив РОСО развился в первый месяц после операции, у одного – через 1,5 месяца после операции. При этом новые клапанные разрывы диагностированы у 4 пациентов и дырчатые дегенеративные – у одного пациента; у двух пациентов в дополнение к новым разрывам произошло разблокирование и старых разрывов. Троим из пяти пациентов с рецидивом отслойки сетчатки и усилением ПВР проведена ревитректомия, эпиретинальный мембранопилинг, эндолазеркоагуляция разрывов сетчатки и тампонада сетчатки силиконом; у всех троих удалось достичь повторного прилегания сетчатки. Два пациента признаны неоперабельными в связи с выраженной ПВР, приведшей к формированию воронкообразной отслойки сетчатки.

Нами проанализирована частота развития рецидива отслойки сетчатки в зависимости от исходной стадии ПВР. Среди 39 пациентов, поступивших на эндовитреальную хирургию РОСО со стадией ПВР «В», – рецидив отслойки сетчатки в поздние сроки развился у 1 (2,6%) человека; среди 52 пациентов, поступивших на хирургию РОСО со стадией «В», – рецидив отслойки сетчатки развился у 3 (5,8%), и среди 9 пациентов, поступивших со стадией «D-1», – рецидив отслойки сетчатки развился у 1 (11,1%).

Регматогенная отслойка сетчатой оболочки, возникая с частотой 10-15 случаев на 100 000 человек, до настоящего времени остается серьезной проблемой офтальмологии (Haimann M. et al., 1982; Bartz-Schmidt U., 2008). Нелеченая

РОСО в 100% приводит к практической слепоте, при этом у 55% пациентов острота зрения равна нулю, у 36% – сохраняется лишь свето-проекция и 9% способны определить лишь движение руки у лица. Инвалидность больных с отслойкой сетчатки составляет 5-9% среди всех причин инвалидности по зрению; среди всех абсолютно слепых – 2% больных ослепли из-за РОСО (Mitry D., 2009).

Накопленный положительный опыт эндовитреальной хирургии осложненных форм РОСО, дальнейшее технологическое совершенствование аппаратуры, создание широкоугольных оптических систем визуализации и разработка бесшовной микроинвазивной витрэктомии 25- и 23-gauge создали почву для применения эндовитреальных методов лечения и неосложненных форм РОСО (Столяренко Г.Е., 2005; Рубан А.Н. с соавт., 2005; Стебнев С.Д. с соавт., 2006; Захаров В.Д. с соавт., 2009; Канюков В.Н. с соавт., 2009; Худяков А.Ю. с соавт., 2009; Kloti R., 1983; Heimann H. et al., 2001-2008; Ho J. et al., 2009). Широкомасштабное исследование «Scleral Buckling versus Primary Vitrectomy in Rhegmatogenous Retinal Detachment Study» (SPR Study), проведенное на базе 25 крупнейших офтальмологических центров Европы, подтвердило значительный интерес к технологии «первичной витрэктомии» в лечении РОСО, показало ее высокую эффективность и раскрыло совершенно новые перспективные возможности в лечении этой патологии (Heimann H. et al., 2001-2008). По словам Н. Lincoff, «если витрэктомия хороша для осложненных отслоек, почему бы ей не быть столь же или даже более хорошей для неосложненных отслоек...» (цит. по I. Kreissig, 2008). Ho J. et al. (2009), изучив результаты лечения около 30 000 пациентов за последние 9 лет, пришли к выводу, что в настоящее время существует тенденция к более частому использованию эндовитреальной хирургии в лечении пациентов с РОСО. К аналогичному выводу пришли и Sullivan P. et al. (1997), которые описывают увеличение частоты использования эндовитреальной хирургии при РОСО от 0% в 1972 году до 34% в 1997 году; Comer M. et al. (2000) от 8% в 1989-1990 годы до 46% в 1995-1997 годы; Ah-Fat F. et al. (1999) от 11% в 1987 году до 32% в 1996; Minihan M. et al. (2001) от 1% в

1979-1980 годах до 63% в 1999; Ho J. et al. (2009) от 47,3% в 1997 году до 61,2% в 2005 году.

В литературе накоплены определенные сведения о причинах анатомических неудач эндовитреального метода у пациентов с РОСО, и связано это чаще с послеоперационной пролиферативной витреоретинопатией (ПВР), развитие которой отмечается авторами от 0% до 19%, и возникновением в связи с этим повторной отслойки сетчатки в 6-10% случаев (Худяков А.Ю. с соавт., 2009; Bartz-Schmidt K. et al., 1996-2008; Pournaras C. et al., 2000; Kuhn F., 2008). Хотя, согласно гипотезе, выдвинутой Devenyi R. et al. (1999) и Sharma T. et al. (1998), при использовании эндовитреального метода в лечении РОСО из витреальной полости удаляются мигрировавшие клетки ретинального пигментного эпителия и другие пролиферативные стимулы, что теоретически должно снизить риск развития ПВР.

Проведенное нами исследование выявило рецидивы отслойки сетчатки, связанные с прогрессированием ПВР в позднем послеоперационном периоде у 5% оперированных нами больных. Такой сравнительно небольшой процент рецидивов мы склонны связывать с преимуществами использованной нами современной бесшовной микроинвазивной технологии 23-gauge у большинства оперированных нами пациентов, максимально полным удалением корковых отделов стекловидного тела и тщательной хирургией ретинальных разрывов.

Заключение

Эндовитреальный метод является высокоэффективным, достаточно безопасным, хорошо предсказуемым и визуально контролируемым методом хирургического лечения РОСО, дающим возможность повысить анатомическую и функциональную эффективность лечения такой сложной группы пациентов.

Наиболее серьезным осложнением послеоперационного периода является развитие рецидива отслойки сетчатки, связанного с прогрессирующей ПВР. По нашим данным, частота этого осложнения достигает 5%. Рецидивы отслойки сетчатки развиваются в сроки от 1 до 1,5 месяца после операции, характеризуются формированием новых клапанных разрывов и

разблокированием старых на фоне нарастающей ПВР. Частота развития послеоперационного рецидива ПВР и отслойки сетчатки напрямую зависит от исходной степени ПВР.

Вовремя диагностированные рецидивы отслойки сетчатки являются показанием к реоперации и имеют, как правило, благоприятный исход.

Список использованной литературы:

1. Захаров В.Д., Курцхалидзе К.Д. Лечение тяжелых отслоек сетчатки, осложненных пролиферативной витреоретинопатией // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии. – 2009. – М., 2009. – С. 82-86.
2. Каныков В.Н., Каныков И.В., Полякова О.М., Коптев В.И. Сравнительный анализ хирургического лечения старых нижних отслоек сетчатки. // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии – 2009. – М., 2008. – С. 89-92.
3. Крайсик И. Развитие хирургии отслойки сетчатки: как все начиналось, и что мы делаем сейчас (часть II). // Клиническая офтальмология. – 2008. – №9. – С. 33-41.
4. Рубан А.Н., Рыков С.А., Пинчук Е.А., Гончарук Д.В. Сравнительный анализ эффективности задней витрэктомии и склерального пломбирования в лечении неосложненных форм регматогенной отслойки сетчатки. // VIII съезд офтальмологов России. – М., 2005. – С. 303.
5. Стебнев С.Д., Авилов В.М., Панфилов С.Н., Стебнев В.С. Первичная эндовитреальная (бесциркулярная) хирургия регматогенной отслойки сетчатой оболочки. // В кн.: Материалы IV Евро-Азиатской конференции по офтальмохирургии. – Екатеринбург, 2006. – С.106.
6. Столяренко Г.Е. Первичная витрэктомия и операция склерального вдавления в хирургии регматогенной отслойки сетчатки. // VIII съезд офтальмологов России: тезисы докладов. – М., 2005. – С. 308.
7. Худяков А.Ю., Жигулин А.В., Лебедев Я.Б., Машенко Н.В. Анализ причин рецидивов отслойки сетчатки. // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии – 2009. – М., 2009. – С. 181-184.
8. Ah-Fat, F. Trends in vitreoretinal surgery at a tertiary referral centre: 1987 to 1996 / F. Ah-Fat, M. Sharma, M. Majid // Br. j. ophthalmol. – 1999. – Vol. 83. – P. 396-398.
9. Bartz-Schmidt, U. New developments in retinal detachment surgery / U. Bartz-Schmidt // Ophthalmologie. – 2008. – №105. – P. 27-36.
10. Devenyi, R. Combined scleral buckle and pars plana vitrectomy as a primary procedure for retinal detachments / R. Devenyi, N. de Carvalho // Ophthalmic surg users. – 1999. – Vol. 30. – P. 615-618.
11. Haimann, M. Epidemiology of retinal detachment / M. Haimann, T. Burton, C. Brown // Arch. ophthalmol. – 1982. – №100. – P. 289-292.
12. Heimann, H. Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment (SPR Study): design issues and implications. SPR Study group. Report No.1 / H. Heimann, M. Hellmich, N. Bornfeld, K. Bartz-Schmidt // Graefes. arch. clin. exp. ophthalmol. – 2001. – Vol. 239. – P. 567-574.
13. Heimann, H. Primary pars plana vitrectomy: Techniques, indications, and results study / H. Heimann, K. Bartz-Schmidt, N. Bornfeld, C. Weiss // Ophthalmology. – 2008. – Vol. 105. – P. 19-26.
14. Ho, J. Trends and outcomes of treatment for primary rhegmatogenous retinal detachment: a 9-year nationwide population-based study / J. Ho // Eye. – 2009. – №23. – P. 669-675.
15. Hoerauf, H. Outcome after vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment and dense vitreous opacities / H. Hoerauf, J. Roeder, T. Herboth // Klin. monatsbl. augenheilkd. – 1997. – Vol. 211. – P. 369-374.
16. Mitry, D. Rhegmatogenous retinal detachment in Scotland: research design and methodology / D. Mitry // BMC ophthalmol. – 2009. – №24. – P. 2-9.
17. Miniham, M. Primary rhegmatogenous retinal detachment: 20 years of change / M. Miniham, V. Tanner // Br. j. ophthalmol. – 2001. – Vol. 85. – P. 546-548.
18. Newman, D. Primary vitrectomy for pseudophakic and aphakic retinal detachments / D. Newman, P. Burton // Eye. – 1999. – №13. – P. 635-639.
19. Kloti, R. Amotio-chirurgie ohne Skleraeindellung Primare Vitrektomie / R. Kloti // Klin. monatsbl. augenheilkd. – 1983. – Vol. 182. – P. 474-478.
20. Kuhn, F. The Vitreoretinal Interface in Eyes with Rhegmatogenous Retinal Detachment and Its Implications for Surgery / F. Kuhn // The 26th annual meeting of the American Society of Retina Specialists. – Maui, 2008. – P. 49.
21. Comer, M. Who should manage primary retinal detachments? / M. Comer, D. Newman, N. George // Eye. – 2000. – №14. – P. 572-578.
22. Sharma, T. Primary vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachment associated with choroidal detachment / T. Sharma, L. Gopal, S. Badrinath // Ophthalmology. – 1998. – Vol. 105. – P. 2282-2285.
23. Oshima, Y. Survey of surgical indications and results of primary pars plana vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachments / Y. Oshima, K. Emi, M. Motokura // Jpn. j. ophthalmol. – 1999. – Vol. 43. – P. 120-126.
24. Pournaras, C. Pseudophakic retinal detachment: treatment by vitrectomy and scleral buckling. Pilot study / C. Pournaras, G. Donati, L. Sekkat // J. fr. ophtalmol. – 2000. – Vol. 23. – P. 1006-1011.