

© Коллектив авторов, 2008
УДК: 617.735:616-089

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕГМАТОГЕННЫХ ОТСЛОЕК СЕТЧАТКИ

А.Х. Озроков, М.Л. Чередниченко, Л.В. Яковлева, Э.М. Мосалам
Ставропольская государственная медицинская академия

Известно, что отслойка сетчатки является одним из тяжелейших заболеваний органа зрения. Поздняя, несвоевременная диагностика и лечение отслойки сетчатки и предотслоечных состояний приводит в дальнейшем к необратимой потере зрительных функций. До настоящего времени лечение отслоек сетчатки продолжает оставаться одной из трудно решаемых проблем в современной офтальмологии.

Отслойка сетчатки – это отделение сенсорной сетчатки от пигментного эпителия [3], причиной которого является разрыв. К факторам риска возникновения разрыва сетчатки относятся периферическая витреохориоретинальная дистрофия, осложненная миопия, афакия, травмы органа зрения и др. [1, 2, 3].

В развитии регматогенной отслойки сетчатки важную роль играют нарушения витреоретинальных взаимодействий [3], нарастающих с возрастом, особенно при сочетании с миопией и возникающих после экстракции катаракты [4].

В последние годы лечение отслоек сетчатки направлено на блокирование разрыва. Эти изменения в лечении отслойки сетчатки представляют собой переход от использования длинных круговых пломб (цирклиж) с дренированием субретинальной жидкости к лечению, ограниченному блокированием разрыва без дренирования [3].

Успех минимальной экстраокулярной хирургии в лечении отслойки сетчатки, которая предполагает использование локального пломбирования, всецело зависит от детального и тщательного предоперационного обследования всей сетчатки вплоть до зубчатой линии [3]. Почему сегодня вновь актуальна малоинвазивная хирургия? Это связано с тем, что наименьшая травматизация тканей предотвращает развитие и прогрессирование пролиферативного синдрома. По возможности сама операция не должна служить фактором, усугубляющим рост соединительной ткани.

Цель исследования: оценка результатов лечения регматогенной отслойки сетчатки в клинике микрохирургии глаза, выявление факторов, влияющих на исход заболевания.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни 64 пациентов (64 глаза), оперированных по поводу регматогенной отслойки сетчатки в период с 2006 по 2008 гг. Давность развития отслойки сетчатки была не более 1 месяца. Распределение по полу: мужчин 30 чел. (46%), женщин 34 чел. (54%). Возраст от

40 до 65 лет. Всем пациентам диагноз был поставлен впервые.

В рамках предоперационного обследования проводились: визометрия, периметрия, тонометрия, биомикроскопия, прямая и непрямая офтальмоскопия, В-сканирование, а также непрямоугольная бинокулярная офтальмоскопия в положении больного лежа на спине [3], контактная биомикроскопия линзой Гольдмана со склерокомпрессией. Помимо основного заболевания отмечалась сопутствующая нозология: катаракта начальная 33%, катаракта незрелая 6%, миопия слабой степени 3%, средней - 6% и высокой - 13% (без ранее проведенной профилактической лазеркоагуляции сетчатки), афакия 5%, артрафакия 10%, пролиферативная витреоретинопатия (ПВР): степени В – 10 глаз (15,6%), С – 22 глаза (34,7%). Для классификации ПВР использовалась «Классификация терминологического комитета ретинального общества 1983 года» [3, 4].

При своевременно выявленной отслойке сетчатки, локализации разрыва предпочтение в тактике хирургического лечения отдавалось минимальной экстраокулярной хирургии, в иных случаях прибегали к другим, более инвазивным методам в лечении отслойки сетчатки.

Производились следующие операции:

- локальное эписклеральное пломбирование без дренирования – 40 глаз (62,3%) [3];
- циркулярное вдавление склеры (цирклиж) – 9 глаз (14%);
- цирклиж + локальное пломбирование – 3 глаза (5%);
- трехпортовая витректомию с эндолазерной коагуляцией и тампонадой силиконовым маслом (ТПВ+ЭЛК+СМ) – 12 глаз (18,7%) [1];
- во всех случаях производилась барьерная лазеркоагуляция в сроки до 1 месяца, но не ранее двух недель после операции в связи с сохранявшимся отеком сетчатки.

Наблюдение после операции проводилось в течение 6 месяцев.

Результаты. Анализ проведенного лечения у пациентов показал: острота зрения после операции варьировала от 0,01 до 0,5.

У 50 чел. (78%) сетчатка прилегла после однократной операции. У большинства пациентов этой группы применялось локальное эписклеральное пломбирование без дренирования, ПВР не превышала степени В.

14 больным (22%) потребовалась реоперация с витректомией и использованием временных замени-

телей стекловидного тела. У пациентов данной группы исходно сопутствующими состояниями были: ПВР степени С, артификация, миопия высокой степени без ранее проведенной профилактической лазеркоагуляции сетчатки. Средний койко-день пребывания больного составлял 6,5.

Причины реопераций:

- прогрессирование ПВР – 9 глаз (64,2%);
- не обнаруженный до операции другой разрыв – 3 глаза (21,4%);
- не обнаруженный до операции разрыв – 2 глаза (14,2%).

Заключение. Для лечения пациентов с регматогенной отслойкой сетчатки операцией выбора является эписклеральное пломбирование без дренирования. При наличии ПВР степени С и парацентральных разрывов операцией выбора остается ТПВ +ЭЛК+СМ.

Причинами отрицательных результатов оперативных вмешательств являются: прогрессирование ПВР (64,2%), не обнаруженный до операции другой разрыв (21,4%), не обнаруженный разрыв (14,2%). Исходя из наших данных, прогрессирование пролиферативного процесса в стекловидном теле служит не только причиной возникновения регматогенной отслойки сетчатки, но и влияет на успех операции и течение послеоперационного периода. Тщательное предоперационное обследование и поиск всех разрывов сетчатки при помощи контактной биомикроскопии с линзой Гольдмана снижает вероятность рецидивов отслоек сетчатки.

Литература

1. Даниличев, В.Ф. Современная офтальмология / В.Ф. Даниличев. – СПб., 2000. – С. 341-386.
2. Копаева, В.Г. Глазные болезни / В.Г. Копаева. – М., 2002. – С. 330-335.
3. Крейссиг, И. Минимальная хирургия отслоек сетчатки / И. Крейссиг. – М., 2005. – Т. 2. – С. 2-25, 126-204, 252-259.
4. Хаппе, В. Офтальмология / В. Хаппе. – М., 2004. – С. 183-187.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕГМАТОГЕННЫХ ОТСЛОЕК СЕТЧАТКИ

А.Х. ОЗРОКОВ, М.А. ЧЕРЕДНИЧЕНКО,
Л.В. ЯКОВЛЕВА, Э.М. МОСАЛАМ

Проведена оценка результатов лечения регматогенной отслойки сетчатки в клинике микрохирургии глаза, выявление факторов, влияющих на исход заболевания, у 64 пациентов (64 глаза), оперированных в период с 2006 по 2008 гг. Давность развития отслойки сетчатки была не более 1 месяца. У 50 больных (78%) сетчатка прилегла после однократной операции, большинству пациентов этой группы применялось локальное эписклеральное пломбирование без дренирования. 14 больным (22%) потребовалась реоперация с витрэктомией и использованием временных заменителей стекловидного тела. Таким образом, операцией выбора для лечения пациентов с регматогенной отслойкой сетчатки является эписклеральное пломбирование без дренирования. При наличии пролиферативной витреоретинопатии степени С и парацентральных разрывов операцией выбора остается трехпортовая витрэктомия с эндолазерной коагуляцией и тампонадой силиконовым маслом.

Ключевые слова: регматогенная отслойка сетчатки, пролиферативная витреоретинопатия, минимальная экстраокулярная хирургия, витрэктомия, профилактическая лазеркоагуляция

SURGICAL TREATMENT RESULTS OF REGMATOGENIC DETACHMENT OF THE RETINA

OZROKOV A.Kh., CHEREDNICHENKO M.L.,
YAKOVLEVA L.V., MOSALAM E.M.

The results estimation of treatment of regmatogenic detachment of the retina in an eye microsurgery clinic, revealing of the factors influencing the outcome of disease at 64 patients (64 eyes), operated in the period of 2006-2008, is carried out. The long standing of retina detachment developing was no more than 1 month. At 50 patients (78%) a retina was attached after unitary operation, local episcleral filling without drainage was applied to the majority of patients of this group. 14 patients (22 %) were required reoperation with vitrectomy and use of temporary vitreous body substitutes. Thus, operation of a choice for treatment of patients with regmatogenic retina detachment is episcleral filling without drainage. At presence of proliferative vitreoretinopathy of C-degree and paracentral breaks, operation of a choice remains three-port vitrectomy with endolaser coagulation and silicone oil tamponade.

Key words: regmatogenic retina detachment, proliferative vitreoretinopathy, vitrectomy, preventive laser coagulation