

УДК 617.735-007.281

ГРНТИ 76.29.56

БАК 14.00.08

РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ БЛОКЭКСЦИИ УВЕАЛЬНОЙ МЕЛАНОМЫ

© В. С. Куликов¹, О. А. Марченко¹, И. В. Ширяев², О. Н. Пузань¹

¹ Городской офтальмологический центр (ГМПБ № 2), Санкт-Петербург

² Кафедра офтальмологии с клиникой СПбГМУ им. академика И. П. Павлова, Санкт-Петербург

✧ **Ключевые слова:** увеальная меланома, трансклеральная цилиохориоидеосклерэктомия, блокэксцизия, регматогенная отслойка сетчатки, витрэктомия.

Успехи современной микрохирургии в лечении увеальной меланомы методом трансклеральной резекции позволяют сохранить не только глаз, но и зрительные функции [4].

Показаниями к трансклеральной резекции опухоли являются: возраст пациента — не старше 65 лет; диаметр опухоли — 15 мм, проминенция — 8 мм; наличие экссудативной отслойки сетчатки, занимающей менее 1/3 глазного дна; расположение видимого заднего края опухоли не ближе 4 мм от фовеолы и не ближе 3 мм от диска зрительного нерва [1].

Наиболее частым осложнением (48 %) после трансклеральной локальной резекции является развитие катаракты [2]. Среди других осложнений (гемофтальм, кровоизлияние в хориоидею, экспульсивная геморрагия, увеит) особое внимание офтальмохирургам следует уделить возникновению отслойки сетчатки. По данным В. Damato, регматогенная отслойка сетчатки развивается в 18 %, прилегание сетчатки в результате операций по поводу отслойки сетчатки — в 84 %, а с улучшением зрительных функций — только в 12 % случаев [5]. Независимо от механизма возникновения отслойки сетчатки, гибель глаза наступает вследствие развивающейся гипотонии и субатрофии. Повторные оперативные вмешательства снижают шансы на сохранение зрительных функций и иногда заканчиваются энуклеацией. Диагностика этого осложнения, тактика и ведение пациентов с ним описаны нами на следующем клиническом примере.

Пациент Ч., 1944 г. рождения, поступил в офтальмологический центр ГМПБ № 2 01.04.2008 года с диагнозом новообразование сосудистой оболочки, кровоизлияние в стекловидное тело левого глаза; начальная катаракта обоих глаз.

Из анамнеза известно, что пациент начал предъявлять жалобы на снижение зрения левого глаза в июле 2007 года. В районной поликлинике был выставлен диагноз: возрастная макулярная дегенерация сетчатки левого глаза, начальная катаракта обоих глаз. Больной амбулаторно получил курс трофической терапии

без значимого положительного эффекта. В сентябре того же года присоединились жалобы на пелену, «завесу» в поле зрения в течение рабочего дня, что заставило пациента обратиться в офтальмологический кабинет по месту работы, где впервые зафиксировано подозрение на новообразование сосудистой оболочки левого глаза.

На момент поступления в стационар острота зрения левого глаза — 0,6, правого — 1,0 со слабой миопической коррекцией. Поле зрения левого глаза в верхневисочном квадранте сужено до 10° от точки фиксации. Периферические границы поля зрения парного глаза в норме. Внутриглазное давление обоих глаз по Маклакову составило 19 мм рт. ст.

Биомикроскопия левого глаза выявила начальные помутнения кортикальных слоев под задней капсулой хрусталика, взвесь форменных элементов крови в стекловидном теле, отслойку задней гиалоидной мембраны. При офтальмоскопии в нижне-носовом квадранте определялось проминирующее в стекловидное тело, слабопигментированное, с нечеткими контурами, с собственной сосудистой сетью новообразование, исходящее из хориоидеи. По видимым границам опухоли сетчатка приподнята субретинальным содержимым. При циклоскопии признаков прорастания новообразования в переднюю камеру, смещения иридохрусталиковой диафрагмы не выявлено. Эписклеральные сосуды интересующей зоны не расширены. При диафаноскопии в нижне-носовом квадранте визуализировалась слабопигментированная тень.

По результатам В-санирования левого глаза в нижней половине глазного дна определялось проминирующее образование, исходящее из собственно сосудистой оболочки, размерами 7,7 × 15,0 мм, средней эхогенности и однородное по плотности, прорастающее сетчатку, переходящее в цилиарное тело (рис. 1 А). Сетчатка по краям опухоли отслоена (рис. 1 Б). Стекловидное тело сокращено в объеме до 1/2, содержит небольшое количество «помутнений».

УЗИ печени и рентгенография органов грудной клетки отдаленных метастазов не выявили.

На основании данных объективного и дополнительного методов исследования, согласно принятой классификации [1], пациенту выставлен диагноз меланома хориоидеи (Т3, N0, Mx), экссудативная отслойка сетчатки, кровоизлияние в стекловидное тело левого глаза, начальная сенильная катаракта обоих глаз. 03.04.08 г. выполнена трансклеральная цилиохориоидеосклерэктомия.

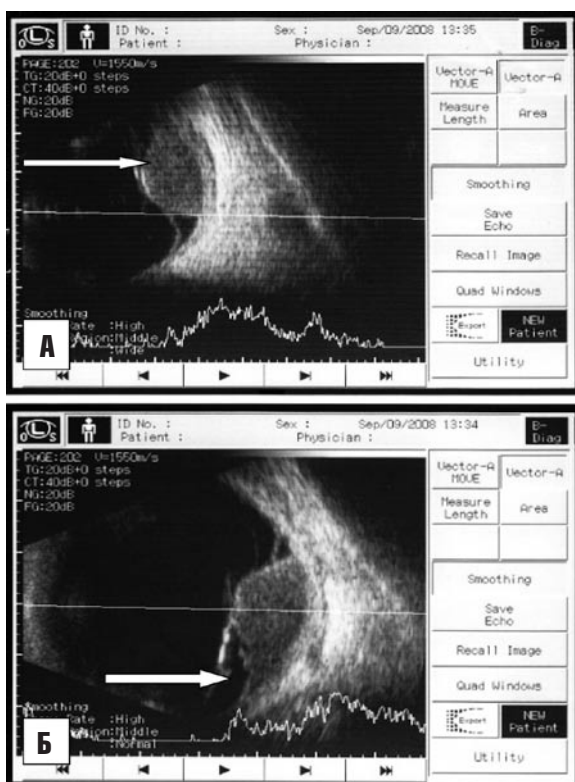


Рис. 1. В-сканирование пациента Ч.

А — Грибовидная меланома (показана стрелкой);
Б — экссудативная отслойка сетчатки (показана стрелкой)

В ходе операции под контролем диафаноскопии в нижне-новом квадранте локализовано новообразование в форме вытянутого овала, размерами 13–14 мм по наибольшему диаметру. По предварительно намеченной по склере границе опухоли с учетом абластики выполнена трансклеральная криопексия. Все дальнейшие этапы операции проводились в условиях артериальной гипотонии и превентивно выполненной частичной задней витрэктомии. После вскрытия глубокого листка склеры мы столкнулись с трудностями выделения опухоли, которая наиболее проминирующей своей частью прорастала в сетчатку. С целью абластичного выделения новообразования была выполнена ретиномия. Резецированная в пределах здоровой ткани опухоль отправлена на патогистологическое исследование. После герметизации операционной раны с целью предотвращения возможной отслойки сетчатки в витреальную полость введено 2,0 см³ воздуха.

Клинический диагноз подтвержден результатами морфологического исследования от 04.04.08 г. №70274-70283.

В послеоперационном периоде, при повторно выполненном В-сканировании, у пациента определялось кровоизлияние в стекловидное тело, отслойка сетчатки геморрагическим содержимым в зоне поведенной блоэкэзии (рис. 2 а).

После проведенного курса противовоспалительной, рассасывающей и антибактериальной терапии 11.04.08 г. пациент был выписан с остротой зрения левого глаза 0,001.

Спустя 2,5 месяца после выписки пациент поступил повторно с диагнозом регматогенная отслойка сетчатки, кровоизлияние

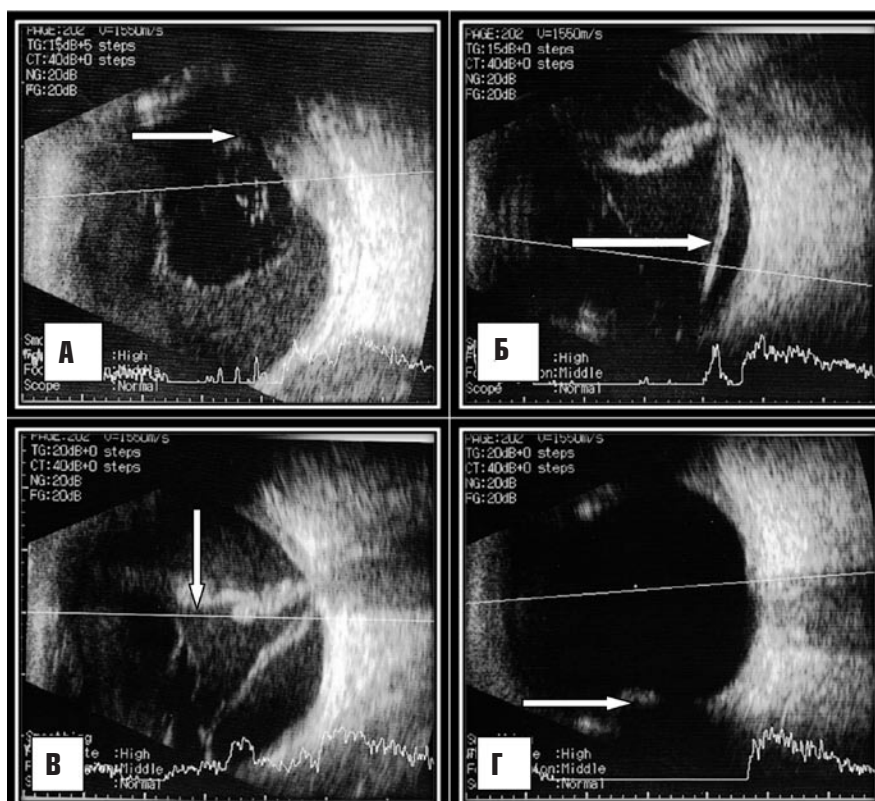


Рис. 2. Результаты УЗ-сканирования левого глаза пациента Ч.

А — УЗ-картина, полученная в раннем послеоперационном периоде (10.04.08 г.): видна абляция сетчатки субретинальным геморрагическим содержимым (показана стрелкой); Б, В — УЗ-картина от 26.05.08 и 25.06.08 гг. Прогрессирующая отслойка сетчатки (обозначены стрелками); Г — контрольная УЗ-сканограмма спустя 1 месяц после витрэктомии. На 6 часах видна колобома хориоидеи с валом вдавления циркулярной ленты (отмечена стрелкой).

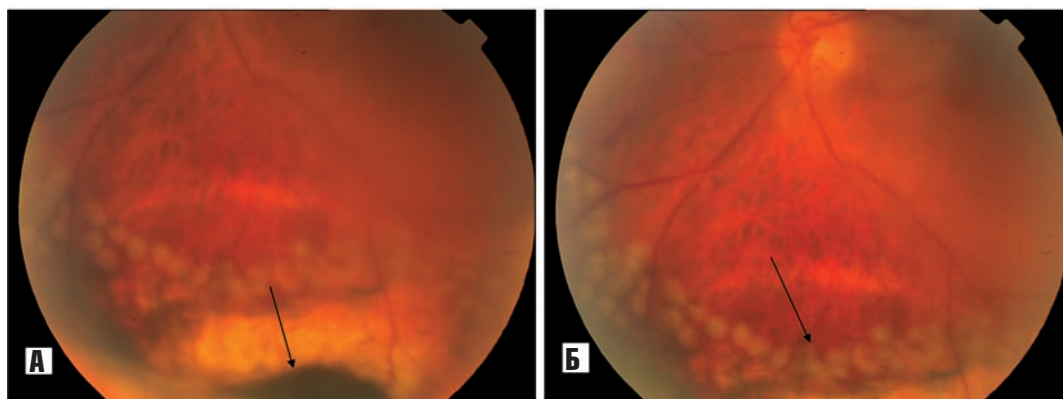


Рис. 3. Снимки глазного дна пациента Ч.

А — зона криопексии сетчатки (отмечена стрелкой); Б — зона лазеркоагуляции сетчатки (отмечено стрелкой)

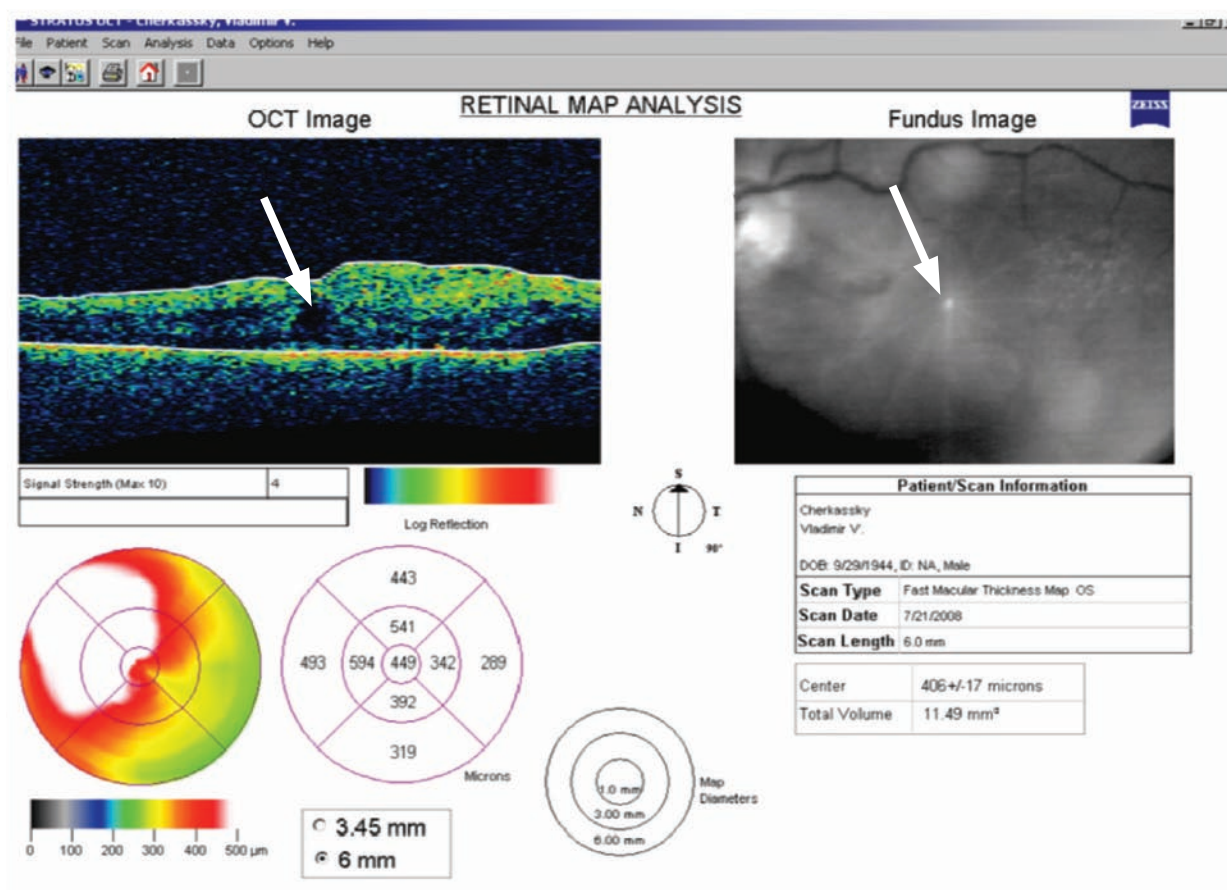


Рис. 4. Оптическая когерентная томография пациента Ч.: на снимке стрелками обозначены ретинальные складки и кистозный отек макулярной зоны, остаточная субретинальная жидкость, расцененные как признаки послеоперационной макулопатии

в стекловидное тело, послеоперационная колобома сосудистой оболочки левого глаза, начальная катаракта обоих глаз. Биомикроскопически стекловидное тело заполнено взвесью форменных элементов крови, затрудняющей проведение офтальмоскопии. Диагноз подтвержден ультразвуковой картиной (рис. 2 Б, В).

26.06.08 г. пациенту выполнена стандартная 20-г трехпортовая витрэктомия. В ходе операции через выявленный в презкваториальной зоне на 6 часах разрыв сетчатки витреотомом аспирирована субретинальная жидкость. Сетчатка расправлена путем воздушно-жидкостного замещения. С помощью эндолазера зона разрыва по заднему краю концентрично ограничена двумя рядами

коагулятов ($E = 1,0$ Вт; $T/c = 1,0$ с, длина волны = 820 нм) и транссклеральной криопексией по периферии. Стекловидная полость заполнена 15 % (C3F8) газозвдушной смесью. Особенностью этой отслойки сетчатки была локализация разрыва сетчатки в нижних отделах, отсутствие пигментного эпителия и сосудистой оболочки вокруг разрыва сетчатки в зоне удаления новообразования. В связи с этим выполнено круговое вдавление склеры силиконовым пористым жгутом.

Операция выполнена под сочетанной анестезией с использованием таких современных препаратов, как пропופол, медазолам, которые позволили предотвратить интраоперационные осложне-

ния (подъем внутриглазного давления, выпадение стекловидного тела) и обеспечить управляемую артериальную гипотонию.

При выписке витреальная полость левого глаза на 2/3 заполнена газовой смесью. Спустя месяц, по результатам контрольного ультразвукового сканирования, сетчатка прилежала во всех отделах (рис. 2 Г). Острота зрения составила 0,2. На глазном дне: круговой вал вдавления силиконового пористого жгута; в нижне-носовом квадранте, в области зубчатой линии — дистрофические очаги, соответствующие зоне криопексии (рис. 3 А); по заднему краю послеоперационной колобомы сосудистой оболочки — два ряда лазеркоагулятов (рис. 3 Б). По данным оптической когерентной томографии — признаки послеоперационной макулопатии (рис. 4). Пациент вернулся к привычному для себя образу жизни, продолжает водить машину.

ОБСУЖДЕНИЕ

Транссклеральная локальная резекция является одним из органосохраняющих методов лечения увеальной меланомы. Частота развития отслойки сетчатки в послеоперационном периоде составляет от 6,9 % до 18 % [5, 6]. Единого алгоритма в лечении таких осложнений до сих пор нет. Разрывы сетчатки, гемофтальм, пролиферативная витреоретинопатия — все это патогенетические звенья отслойки сетчатки [3]. В нашем случае проблема заключалась в наличии хориоидальной колобомы, а значит — в отсутствии прочных хориоретинальных спаек. Применение эндолазеркоагуляции сетчатки по краю хориоидальной колобомы, криопексии в зоне ретинального разрыва, круговое вдавление склеры позволили блокировать ретинальный разрыв, добиться образования прочных хориоретинальных и склероретинальных сращений и, тем самым, достигнуть не только полного прилегания сетчатки, но и улучшения зрительных функций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бровкина А. Ф., Вальский В. В., Гусев Г. А. и др. Опухоли сосудистой оболочки глаза // Офтальмоонкология: Руководство для врачей / Под редакцией А. Ф. Бровкиной — М.: Медицина, 2002. — С. 255–268.
2. Зиангирова Г. Г., Лихванцева В. Г. Опухоли сосудистого тракта глаза. — М.: Последнее слово, 2003. — С. 160–231.
3. Лепарская Н. Л., Гундорова Р. А., Хорошилова-Маслова И. П. Клинико-экспериментальное исследование пролиферативной витреоретинопатии при травматической отслойке сетчатки // Опухоли и опухолеподобные заболевания органа зрения: Сборник научных трудов / Под редакцией А. Ф. Бровкиной — М.: 2007. — С. 52–53.
4. Damato B. E., Paul J., Foulds W. S. Predictive factors of visual outcome after local resection of choroidal melanoma // Br. J. Ophthalmol. — 1993. — Vol. 77, № 7. — P. 616–623.
5. Damato B. E., Groenewald C. P., McGalliard J. N., Wong D. Rhegmatogenous retinal detachment after transscleral resection of choroidal melanoma // Ophthalmology. — 2002. — Vol. 109, № 11. — P. 2137–2143.
6. Jonas J. B., Groh M. J., Rummelt V., Naumann G. O. Rhegmatogenous retinal detachment after block excision of epithelial implantation cysts and tumors of the anterior uvea // Ophthalmology. — 1999. — Vol. 106, № 10. — P. 1942–1946.

TREATMENT RESULT IN PATIENT WITH RETINAL DETACHMENT AFTER BLOCK EXCISION OF UVEAL MELANOMA

Kulikov V. S., Marchenko O. A., Shiryaev I. V., Pusan O. N.

✧ **Key words:** uveal melanoma, transscleral cilio-choroideosclerectomy, block excision, rhegmatogenous retinal detachment, vitrectomy.

Сведения об авторах:

Куликов Владимир Степанович — к. м. н., врач-офтальмолог, Городская многопрофильная больница № 2, 194017, Санкт-Петербург, Учебный пер., д. 5. E-mail: koulicov@mail.ru.

Марченко Ольга Анатольевна — врач-офтальмолог, 5-е офтальмологическое отделение, Городская многопрофильная больница № 2, 194017, Санкт-Петербург, Учебный пер., д. 5. E-mail: koulicov@mail.ru

Ширяев Игорь Владимирович — клинический ординатор, кафедра офтальмологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 197089, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6, корпус 16. E-mail: koulicov@mail.ru

Пузань Ольга Николаевна — врач-анестезиолог. Городская многопрофильная больница № 2, 194017, Санкт-Петербург, Учебный пер., д. 5. E-mail: koulicov@mail.ru.

Kulikov Vladimir Stepanovich — candidate of medical science, ophthalmologist. City multi-field hospital №2. 194017, Saint-Petersburg, Uchebny st., 5. E-mail: koulicov@mail.ru

Marchenko Olga Anatolievna — ophthalmologist. Eye microsurgery department № 5, city multi-field hospital № 2. 194017, Saint-Petersburg, Uchebny st., 5. E-mail: koulicov@mail.ru

Shiryaev Igor Vladimirovich — resident. Department of Ophthalmology of the I.P. Pavlov State Medical University. 197089, Saint-Petersburg, Lev Tolstoy st., 6-8, building 16. E-mail: koulicov@mail.ru

Pusan Olga Nikolaevna — anaesthesiologist. City multi-field hospital № 2. 194017, Saint-Petersburg, Uchebny st., 5. E-mail: koulicov@mail.ru