



И.А. МАЛЯЦИНСКИЙ, В.Д. ЗАХАРОВ, Н.С. ХОДЖАЕВ, И.М. ГОРШКОВ

УДК 617.735-007.281-089

МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, г. Москва

Результаты хирургического лечения рецидива отслойки сетчатки в нижнем сегменте с проведением частичной ретиномии на основе микроинвазивной эндовитреальной хирургии 25 G

Маляцинский Игорь Александрович

аспирант отделения витреоретинальной хирургии

127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59а, тел. 8-905-559-71-71, e-mail: malyatsinskyigor@mail.ru

Проведен анализ хирургического лечения 118 пациентов (118 глаз) с рецидивом отслойки сетчатки в нижнем сегменте, возникшем во время тампонады витреальной полости СМ на основе выполнения ревизии витреальной полости с удалением ЭРМ и повторным введением легкого силиконового масла (1-я группа) и повторным эндовитреальным вмешательством 25 G с проведением частичной нижней ретиномии и тампонадой газо-воздушной смесью либо ФСМ (2-я группа). В первой группе зрение повысилось у 23% пациентов, во 2-й — у 39%. Повторный рецидив ОС наблюдался в 12 случаях (9%), при этом у 8 пациентов (15%) 1-й группы и у 4 (6%) 2-й группы. Во время проведения оперативного лечения во всех 118 случаях было достигнуто анатомическое прилегание сетчатки. По данным визометрии, острота зрения у пациентов через 1 месяц после операции колебалась от 0,02 до 0,6 и в среднем увеличение остроты зрения было на $0,08 \pm 0,05$.

Ключевые слова: рецидив отслойки сетчатки, ревизия витреальной полости, силиконовое масло, ретиномия.

I.A. MALYATSINSKIY, V.D. ZAKHAROV, N.S. KHODZHAEV, I.M. GORSHKOV

IRTC «Eye Microsurgery» named after acad. S.N. Fedorov» MH of RF, Moscow

Results of surgical treatment for an inferior localized retinal detachment recurrence by partial retinotomy using 25 G microinvasive endovitreals surgery

It was conducted an analysis of surgical treatment in 118 patients (118 eyes) with RD recurrence by method of vitreous cavity revision with epiretinal membranes removal and SO 1300 cSt. repeated injection (group I) and endovitreals surgery with retinotomy and gas-air mix or heavy SO (group II) retamponade. Vision increased in 23% of patients of the first group, in 39% of patients of second group. Secondary RD recurrence was in 12 cases (9%), in 8 patients (15%) of the first group, in 4 patients (6%) — the second group. Intraoperatively an anatomic retinal attachment was achieved in all 118 cases. According to visometry, VA in patients 1 month postoperatively varied 0.02-0.6 and the mean vision increase was 0.08 ± 0.05 .

Keywords: recurrent retinal detachment, vitreal cavity revision, silicone oil, retinotomiya.

Несмотря на то что, метод субтотальной витрэктомии с введением силиконового масла (СМ) при хирургическом лечении отслойки сетчатки (ОС) является эффективным и позволяет

добиваться адаптации сетчатки во время операции, по данным разных авторов, в послеоперационном периоде рецидив ОС на фоне силиконовой тампонады возникает в 14-77% [1-6].

В большинстве случаев во время тампонады витреальной полости легким СМ рецидив отслойки сетчатки наблюдается в нижнем сегменте глазного яблока.

Хирургическое лечение рецидива ОС заключается в проведении повторного эндовитреального вмешательства (ЭВ) с удалением эпиретинальных мембран (ЭРМ), либо выполнением ретиномии. Тем не менее, при выполнении ревизии витреальной полости остается ряд нерешенных вопросов, а именно: объем проведения ретиномии (круговая или секторальная), особенности проведения лазеркоагуляции сетчатки, выбор заместителя стекловидного тела в зависимости от исходного состояния сетчатки. При этом в качестве временных заместителей стекловидного тела (СТ) после проведения ревизии витреальной полости также используются газовая тампонада и фторированное силиконовое масло (ФСМ) [7, 8].

Цель

Оценить результаты микроинвазивного хирургического лечения рецидива ОС в нижнем сегменте, возникшем во время тампонады витреальной полости СМ с проведением частичной нижней ретиномии на основе эндовитреальной хирургии 25 G.

Материал и методы

Проведен анализ хирургического лечения 118 пациентов (118 глаз) с рецидивом ОС, возникшем во время тампонады витреальной полости СМ 1300 сСт в сроки от 1 до 3 мес. Наиболее частой причиной первичной ОС была миопическая болезнь с периферической витреохориоретинальной дистрофией сетчатки. Всем пациентам по поводу регматогенной ОС (стадии пролиферативной витреоретинопатии (ПВР) В-С₃) была произведена субтотальная витрэктомия, тампонада перфторорганическими соединениями (ПФОС), эндолазеркоагуляция сетчатки (ЭЛКС) и замена ПФОС на СМ 1300 сСт.

При проведении повторного ЭВ пациенты были разделены на 2 статистически равнозначные группы: пациентам 1-й группы (53 глаза) после активной аспирации СМ проводили удаление ЭРМ и субретинальных мембран (СРМ) в среде ПФОС, после полной мобилизации сетчатки выполняли ЭЛКС с последующей заменой ПФОС на СМ 1300 сСт. Во 2-й группе (65 глаз) после удаления СМ проводили частичную нижнюю ретиномию в воздушной среде, после полной мобилизации сетчатки вводили ПФОС, проводили ЭЛКС и затем осуществляли замену ПФОС на газо-воздушную смесь, либо ФСМ. Выбор временного заместителя стекловидного тела для повторной тампонады при проведении эндовитреального вмешательства у пациентов 2-й группы основывался на степени протяженности повторно отслоенной сетчатки, стадии сопутствующей ПВР, наличии суб- и эпиретинального фиброза, а также степени мобилизации сетчатки во время операции. Газо-воздушная тампонада применялась в случае протяженности повторно отслоенной сетчатки от 1 до 2 квадрантов и отсутствии грубого субретинального фиброза. В случае полноценного удаления локального субретинального фиброза и иссечения эпиретинальных тяжей, после достижения мобилизации сетчатки, также завершали операцию газо-воздушной тампонадой. При распространенности повторно отслоенной сетчатки более 2 квадрантов, наличии выраженного субретинального фиброза и остаточных кистозных изменений сетчатки для повторной тампонады применяли ФСМ.

Протяженность рецидива отслойки сетчатки в 1 квадрант диагностировали у 47 пациентов (39,8%), у 32 (27,1%) — отслойка сетчатки распространялась на 2 квадранта, и у 39 пациентов (33%) область отслоенной сетчатки занимала 3 квадранта. Эпиретинальный фиброз различной степени выраженности диагностировали у всех пациентов, субретинальный фиброз

локальный встречался у 36 пациентов (31%), диффузный — у 21 (18%) от общего количества прооперированных пациентов. Возраст пациентов колебался от 18 до 74 лет ($46 \pm 3,1$ года), женщин было 61 (51,6%), мужчин — 57 (48,3%).

Всем пациентам перед оперативным лечением производили стандартное офтальмологическое обследование. Острота зрения до операции варьировала от 0,001 до 0,4 ($0,15 \pm 0,07$). ВГД находилось в пределах от 12 до 23 мм рт. ст. ($16,4 \pm 0,34$).

В целях получения достоверных результатов группы были однородными по этиологическому фактору первичной ОС, поло-возрастному признаку, протяженности повторно отслоенной сетчатки, сопутствующей ПВР, результатам предоперационных обследований. Срок наблюдения пациентов после проведенного лечения составил от 3 до 28 месяцев, в среднем $14 \pm 2,13$.

Техника операции

Все эндовитреальные вмешательства проводились по технологии 25 gauge. Во время проведения ревизии витреальной полости пациентам 1-й группы ЭРМ и СРМ удаляли прямым ретинальным пинцетом в среде ПФОС. Для повторной тампонады использовали легкое СМ. Во второй группе частичную нижнюю ретиномию в пределах фиброзно-измененной сетчатки проводили витреотомом в воздушной среде. После достижения полной адаптации сетчатки производили тампонаду витреальной полости газо-воздушной смесью либо ФСМ.

Воздушная среда при выполнении ретиномии позволяла визуализировать фиброзные изменения сетчатки и затем, особенно в случаях наличия тангенциальных мембран, с большей степенью эффективности по сравнению со средой ПФОС производить удаление и иссечение патологически измененной ретинальной ткани, получая максимальную адаптацию сетчатки во время операции.

Лазеркоагуляция проводилась в шахматном порядке по нижнему и верхнему краю ретиномии и особое внимание уделялось нанесению коагулятов в форме подковы в зоне начала и завершения линии ретиномии для обеспечения адаптации сетчатки и профилактики затекания и фильтрации субретинальной жидкости.

Результаты и обсуждение

У пациентов 1-й группы из интраоперационных осложнений кровотечение из сосудов сетчатки и хориоидеи наблюдалось у 5 пациентов (9%), гипотония — у 2 (4%), попадание ПФОС под сетчатку — у 2 (4%) и пролапс силикона в переднюю камеру — у 2 пациентов (4%). Во 2-й группе осложнения во время операции включали кровотечения у 4 пациентов (6%), гипотонию в 4 случаях (6%), попадание ПФОС под сетчатку — у 3 пациентов (5%). Во время проведения оперативного лечения во всех 118 случаях было достигнуто анатомическое прилегание сетчатки.

В раннем послеоперационном периоде у пациентов 1-й группы асептическая реакция в виде экссудата в передней камере наблюдалась в 3 случаях (6%), транзиторная гипертензия — у 2 (4%), выход СМ в переднюю камеру у 5 пациентов (10%). Во 2-й группе асептическую реакцию отметили в 3 случаях (5%), транзиторную гипертензию у 3 (5%), газ в передней камере — у 5 (8%).

В позднем послеоперационном периоде у пациентов 1-й группы эмульгация СМ наблюдалась у 4 пациентов (7,5%), вторичная глаукома — у 2 (4%), эпиретинальный фиброз — у 6 (11%). В позднем послеоперационном периоде у пациентов 2-й группы эмульгация СМ наблюдалась у 6 (9%), вторичная глаукома — у 2 (3%), эпиретинальный фиброз — у 3 пациентов (5%) ($p < 0,01$).



По данным визометрии, острота зрения у пациентов через 1 месяц после операции колебалась от 0,02 до 0,6 и в среднем увеличение остроты зрения было на $0,08 \pm 0,05$. Причем в первой группе зрение повысилось у 23%, во 2-й — у 39% пациентов.

Повторный рецидив ОС наблюдался в 12 случаях (9%). При этом он был у 8 пациентов (15%) первой группы, из которых перед повторным вмешательством в 5 случаях ОС распространялась на 2 квадранта с сопутствующим эпиретинальным фиброзом, у 1 пациента протяженность составляла также 2 квадранта при наличии локального субретинального фиброза и 2 пациента с протяженностью отслойки сетчатки в 1 квадрант. При повторном рецидиве отслойки сетчатки у 4 пациентов (6%) 2-й группы, клиническая картина в 2 случаях сопровождалась наличием сопутствующего диффузного субретинального фиброза при распространении отслоенной сетчатки на 2 квадранта, где была применена газо-воздушная тампонада. В первом случае при использовании газо-воздушной тампонады рецидив ОС возник при распространенности ОС на 1 квадрант. Причиной повторного рецидива явился пролиферативный процесс. В случае использования для повторной тампонады ФСМ причиной рецидива отслойки сетчатки была перисиликоновая пролиферация с последующей тракционной отслойкой сетчатки. Сроки повторного рецидива составляли от 3 недель до 2 месяцев. Для достижения прилегания сетчатки выполняли повторные эндовитреальные вмешательства с введением СМ.

Использование в качестве временного заместителя СТ газо-воздушной смеси при неосложненном рецидиве ОС, с нашей точки зрения, способствовало более быстрому и полноценному восстановлению зрительных функций у пациентов в послеоперационном периоде. Наряду с этим при применении газо-воздушной смеси важным фактором является ее пассивная резорбция, что исключает необходимость проведения дополнительного ЭВ по поводу удаления СМ, тем самым сокращая количество проводимых хирургических вмешательств. Также проведенный анализ показал, что в результате применения предложенной тактики лечения, значительно сокращается количество повторных рецидивов ОС, что, безусловно, сказывается на анатомических и функциональных результатах лечения.

Заключение

Полученные анатомо-функциональные результаты и проведенный сравнительный клинический анализ хирургического лечения рецидива ОС в нижнем сегменте, возникшего во время тампонады витреальной полости СМ, обосновывают безопас-

ность и эффективность способа с проведением частичной нижней ретиномии, позволяет повысить функциональные и анатомические результаты. При выборе временного заместителя стекловидного тела газо-воздушная тампонада эффективна при распространенности рецидива ОС не более одного квадранта и отсутствии диффузного субретинального фиброза. При распространенности повторно отслоенной сетчатки более одного квадранта и наличии диффузных субретинальных тяжей оправдано использование ФСМ. Предложенная тактика лечения пациентов с рецидивом ОС позволяет сократить количество повторно проводимых вмешательств и получить стабильные анатомические и функциональные результаты при сроке наблюдения до 28 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Казайкин В.Н. Тампонада витреальной полости жидкими заместителями стекловидного тела в хирургии гигантских ретинальных разрывов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Н. Казайкин. — Екатеринбург, 2000. — 25 с.
2. Каштан О.В. Комплексное хирургическое лечение рецидивов отслойки сетчатки, осложненных тяжелой пролиферативной витреоретинопатией с использованием перфторполиэфиров: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.В. Каштан. — М., 1995. — 24 с.
3. Тахчиди Х.П. Хирургическое лечение рецидивов отслойки сетчатки, возникших во время тампонады витреальной полости силиконовым маслом. / Х.П. Тахчиди, В.Н. Казайкин, А.А. Рапопорт // Офтальмохирургия. — 2005. — № 3. — С. 20-24.
4. Kapran Z. Recurrences of retinal detachment after vitreoretinal surgery, surgical approach / Z. Kapran, O.M. Uyar, V. Kaya et al. // Eur. J. Ophthalmol. — 2001. — Vol. 11, № 2. — P. 166-170.
5. La Heij E.C. Results and complications of temporary silicone oil tamponade in patients with complicated retinal detachments / E.C. La Heij, A.G. Kessels, F. Hendrikse // Retina. — 2001. — Vol. 21, № 2. — P. 107-114.
6. Robert F., Benson T.O., Cheung, Can Y.F. et al. Retinal Redetachment after Silicone Oil Removal in Proliferative Vitreoretinopathy: A Prognostic Factor Analysis // American Journal of Ophthalmology. — 2008. — №3. — P. 145.
7. Jiunn-Feng Hwang, San-Ni Chen, Chun-Ju Lin Treatment of inferior rhegmatogenous retinal detachment by pneumatic retinopexy technique // Retina. — 2011. — Vol. 31, № 2. — P. 257-261.
8. O'Einachan R. Перспективы использования тяжелого силикона в хирургическом лечении нижних отслоек сетчатки // Новое в офтальмологии. — 2009. — № 3. — С. 31-33.