



КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

УДК 617.735-007.281-089

Устранение циклофории после круговой ретиномии (клинический случай)

А.В. ЖОГАЛЬ, И.П. ШАХМАТОВА, Н.А. ПОЗДЕЕВА, Г.С. ШКОЛЬНИК

Чебоксарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ

Жогаль Анастасия Владимировна

младший научный сотрудник, врач-офтальмолог
428028, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 10
тел. (8352) 30-31-40, e-mail: naukachf@pochta.ru

Ротация макулы и циклофория могут быть следствием фиброзного перерождения сетчатки или послеоперационным осложнением хирургического лечения ее отслоения с ретиномией. Для устранения глазного тортиколиза и вертикального косоглазия была произведена транспозиция внутренней прямой к нижней прямой мышце, что позволило устранить угол наклона изображения и привело к повышению остроты зрения и расширению поля зрения.

Ключевые слова: отслойка сетчатки, ретиномия, циклофория, косоглазие.

Cyclophoria treatment after circular retinotomy (clinical case)

A.V. ZHOGAL, I.P. SHAKHMATOVA, N.A. POZDEEVA, G.S. SHKOLNIK

Cheboksary branch IRTC «Eye Microsurgery» named after acad. S.N. Fedorov» MH of RF

Macula rotation and cyclophoria can be the consequence of fibroid degeneration of retina or postoperative complication of surgical treatment of retinal detachment with retinotomy. Transposition of medial rectus muscle to inferior rectus muscle was undertaken in order to remove ocular torticollis and vertical strabismus. It allowed to remove the angle of image tilt and resulted in eyesight improvement and field of vision extension.

Key words: retinal detachment, retinotomy, cyclophoria, strabismus

Отслойка сетчатки (ОС) является тяжелым заболеванием глаза, прогноз которого оценить достаточно сложно, особенно в случае ее тяжелых форм с наличием пролиферативной витреоретинопатии (ПВР). Современный уровень развития витреоретинальной хирургии позволяет расширить показания к хирургическому лечению тяжелых форм ОС с ПВР стадий С и D, в том числе считавшихся ранее неоперабельными. К этой категории можно отнести ОС, при которых происходит фиброзное перерождение ткани сетчатки с образованием субретинальных и эпиретинальных мембран, которые препятствуют ее прилеганию. Поэтому применяются новые способы хирургического лечения данной патологии с применением круговой ретиномии и ретинэктомии, что позволяет мобилизовать сетчатку и добиться ее анатомического прилегания. Однако, несмотря на преимущество круговой ретиномии, в ряде случаев само

вмешательство провоцирует прогрессирование передней пролиферативной витреоретинопатии (ППВР) и тем самым способствует фиброзу перерождению ткани с образованием субретинального и эпиретинального фиброза, который может привести к частичной ротации макулы и циклофории [1]. А иногда отслоенная фиброзно измененная сетчатка стянута в направлении проникающего ранения в виде прочно фиксированных складок, а сам интраоперационный процесс расправления сетчатки после ее круговой ретиномии очень сложен, и порой может сохраняться некоторая ротация сетчатки.

При ротации макулы возникает аномальная корреспонденция сетчатки. Участок сетчатки косящего глаза, на который падает изображение фиксируемого предмета, становится псевдомакулой, которая корреспондирует с макулой ведущего глаза. Это приводит к нарушению нормальной корреспонденции сетчаток, развитию косо-

глазия и главному тортиколису, а также возникновению жалоб на отклонение предметов, двоение и искажение изображений. Поэтому для устранения циклофории необходимо развернуть глазное яблоко на такой же угол в обратную сторону, проведя операцию на глазодвигательных мышцах [2]. Перед операцией необходимо определить угол ротации сетчатки, который может колебаться в пределах 10-45° [3]. Соответственно на такой же угол, но в обратном направлении должно быть развернуто глазное яблоко.

Цель работы — оценить на примере клинического случая эффективность методики хирургической транспозиции внутренней прямой к нижней прямой мышце для устранения глазного тортиколиса и вертикального косоглазия, связанного с транслокацией макулы после круговой ретиномии.

Материалы и методы

Под наблюдением находился пациент В., 45 лет, обратившийся в ЧФ ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» в феврале 2013 года с жалобами на низкое зрение на правом глазу и смещение изображения на 45 градусов вниз и кнаружи, что затрудняло ориентацию больного в пространстве.

В сентябре 2012 г. в офтальмологическом отделении многопрофильной больницы по месту жительства пациенту была произведена на единственном правом глазу ультразвуковая фактоэмульсификация с имплантацией ИОЛ. Через 2 месяца после операции он обратился в ЧФ ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» с ригидной отслойкой сетчатки на прооперированном глазу. При осмотре отслоенная сетчатка была фибринозно изменена, сморщена с фиксированными складками и ротирована кнаружи. Для ее анатомического расправления была проведена витрэктомия с круговой ретиномией, эндотампонадой силиконовым маслом, эндолазеркоагуляцией сетчатки и круговым вдавлением склеры. Сразу после операции пациент не отмечал особых жалоб на наклон изображения предметов ввиду низкой остроты зрения, которая соответствовала 0,03 (эксцентрично).

Через 1 месяц после проведенного лечения отмечалось субъективное улучшение зрения на единственном глазу, несмотря на то, что объективно острота зрения оставалась прежней. Однако появились жалобы на смещение изображения на 45 градусов книзу и кнаружи, которое он может компенсировать за счет вынужденного положения головы (рис.1). При повторном осмотре через 3 месяца пациент продолжал отмечать те же жалобы. Острота зрения 0,03 (эксцентрично). При осмотре отмечалась девиация кверху и кнутри на 13 градусов по Гиршбергу, поле зрения было ограничено сверху, снизу и с носа на 90 градусов, а с виска на 20 градусов, движения глаз в полном объеме.

По результатам обследования был выставлен диагноз: OD — Вертикальное косоглазие, глазной тортиколиз, горизонтальный нистагм, оперированная прилежащая отслойка сетчатки, состояние после витрэктомии, круговой ретиномии, эндолазеркоагуляции сетчатки, хориоретинальная дистрофия сетчатки, субатрофия зрительного нерва, артерифакция, силиконовое масло в полости стекловидного тела. OS — Субатрофия глазного яблока, амавроз.

Учитывая наличие жалоб на смещение изображения на 45 градусов вниз и кнаружи и ротацию макулы, было принято решение провести операцию на глазодвигательных мышцах с помощью транспозиции внутренней прямой к нижней прямой мышце. Ход хирургического вмешательства осложнялся наличием круговой силиконовой пломбы. В ходе операции проведен разрез конъюнктивы во внутреннем квадранте в 4 мм от лимба, выделены внутренняя и нижняя прямые мышцы. Отсту-

пив 1-2 мм от места прикрепления мышцы к склере, на сухожилие внутренней прямой мышцы наложены две лигатуры. Мышца отсечена от места прикрепления и фиксирована двумя швами к медиальному краю нижней прямой мышцы. На разрез конъюнктивы наложен непрерывный шов.

Рисунок 1.
Пациент В. с вынужденным положением головы до операции



Рисунок 2.
Пациент В. с нормальным положением головы после операции



Результаты и обсуждение

В послеоперационном периоде острота зрения правого глаза повысилась с 0,03 до 0,05 н/к. Пациент отметил правильное расположение предметов и отсутствие угла наклона изображения. Это позволило ему самостоятельно передвигаться и ориентироваться в пространстве (рис. 2). Но вертикальный угол косоглазия 13 градусов при этом сохранялся, что было связано с отсутствием правильной фиксации. Диплопия не отмечалась из-за отсутствия зрения на парном глазу. Имелось некоторое ограничение движения правого глаза вниз и кнутри, связанное с непосредственным подшиванием внутренней прямой мышцы к нижней прямой. Поле зрения расширилось на 20 градусов к виску и кверху. Пациент был удовлетворен результатом операции.

Обычно в офтальмологической практике транслокация макулы возможна вследствие смещения фиброзно измененной сетчатки, а также после хирургического

перемещения макулярной зоны с патологически измененным участком хориоидеи на здоровый с интактным пигментным эпителием при различных формах возрастной дегенерации желтого пятна [4].

В.Д. Захаров в 2003 и 2011 г. предложил метод оперативного лечения на косых глазодвигательных мышцах с целью разворота глазного яблока для устранения циклофории [5, 6]. Для этого он проводил рецессию двух косых мышц следующим образом: мышцу прошивал у места ее прикрепления к склере одной нитью (мерсилен 6-0) в трех местах с затягиванием узлов и отсекал ножницами. В зависимости от того угла, на который нужно было развернуть глазное яблоко, мышцу подшивал к склере, отступив на 3-6 мм от места ее прикрепления. Если возникала необходимость смещения макулы вверх, то глазное яблоко разворачивалось в противоположную сторону [7].

Так как после ротации макулы на одном из глаз пациентов начинают беспокоить жалобы на двоение изображения, то для коррекции диплопии на кафедре офтальмологии Университета Ахена и на кафедре витреоретинальной хирургии Университета Кельна в Германии в 2003 г. была предложена транспозиция не только двух косых мышц, а всех шести экстраокулярных мышц, причем прямые мышцы были перемещены по часовой стрелке, соответственно, на 3, 6, 9 и 12 часов, верхнюю косую мышцу резецировали 14 мм и подшивали к склере, в нижней косой мышце делали дубликатуру на 7 мм в сочетании с транспозицией спереди. После транспозиции мышц у 15 пациентов (56%) не было диплопии, у 7 пациентов (26%) диплопия отмечалась попеременно или в незначительной степени, а у 5 пациентов (18%) сохранялась выраженная диплопия. Некоторые пациенты жаловались на двоение в глазах, несмотря на положительные тесты Bagolini [8].

Также положительные результаты для устранения диплопии, возникшей после транслокации макулы в результате круговой ретиномии, были получены в офтальмологическом отделении Университета Лейпцига в Германии с помощью транспозиции двух косых и четырех прямых экстраокулярных мышц [9].

ЛИТЕРАТУРА

1. Захаров В.Д., Курцхалидзе К.Д. Лечение тяжелых отслоек сетчатки, осложненных ПВР, требующих применения круговой ретиномии и ретиноктомии // Офтальмохирургия. — 2009. — № 2. — С. 51-53.
2. Scaber J.H., Machamer R. Adaption to monocular torsion after macular translocation // Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. — 1999. — Vol. 235. — P. 76-81.
3. Eckardt U., Eckardt C., Conrad H.G. Macular rotation with and without counter — rotation of the globe in patient with age-related macular degeneration // Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. — 1999. — Vol. 237, № 4. — P. 313-325.
4. Macher R., Steinhorst U.H. Retinal separation, retinotomy and macular relocation: II. A surgical approach for age-related macular degeneration? // Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. — 1993. — Vol. 231 — P. 635-641.
5. Eckardt U., Eckardt C., Orthoptic problems after macular rotation with and without muscle surgery // Klin. Monstbl. Augenheilkd. — 1998. — Vol. 212, № 4. — P. 212-217.
6. Seaber J.H., Macher R. Adaptation to monocular after macular translocation // Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. — 1997. — Vol. 235. — P. 76-81.

Аналогичные результаты коррекции глазного тортикописа были получены при транспозиции шести экстраокулярных мышц глаза в Медицинском университете Северной Каролины в 2003 г. Транспозиция экстраокулярных мышц позволила успешно устранить косоглазие и диплопию, возникшие после транслокации макулы при хирургическом лечении возрастной макулярной дегенерации [10].

Однако в Турции в 2002 г. врачи представили сравнительные результаты устранения циклофории после ротации макулы на 360 градусов, в которых транспозиция двух косых мышц оказалась более эффективной, чем сочетанное перемещение двух косых, внутренней и наружной прямой мышц [11].

В Медицинском университете Северной Каролины в 2007 г. полностью устранить нарушение фиксации и диплопии на слабовидящем глазу после транслокации макулы не удалось, несмотря на прекрасный анатомический результат в прооперированном глазу [12]. По данным исследований, проведенных в том же университете в 2008 г. вертикальный угол косоглазия, сохраняющийся после транслокации макулы и транспозиции экстраокулярных мышц глаза, успешно устранялся с помощью упражнений на синоптофоре [13].

Таким образом, в литературе описаны всевозможные методы устранения циклофории, но единого мнения по поводу лечения данной патологии не существует.

По нашему мнению, для устранения глазного тортикописа и вертикального косоглазия, связанного с транслокацией макулы после круговой ретиномии, возможно менее объемное и менее травматичное для глаза оперативное вмешательство в виде транспозиции внутренней прямой мышцы к нижней прямой.

Заключение

Транспозиция внутренней прямой мышцы к нижней прямой позволяет устранить угол наклона изображения, приводит к повышению остроты зрения и расширению поля зрения, что значительно повышает качество жизни пациента.

7. Захаров В.Д. Витреоретинальная хирургия. — М., 2003. — С. 151-152.
8. Abdel-Meguid A., Lappas A., Hartmann K. One year follow up of macular translocation with 360 degree retinotomy in patients with age related macular degeneration // Br. J. Ophthalmol. — 2003. — Vol. 87, № 5. — P. 615-621.
9. Sterker I., Wolf S., Wiedemann P. Strabological results in patients with macular translocation surgery and counterrotation of the globe as a secondary procedure // Strabismus. — 2002. — Vol. 10, № 2. — P. 111-117.
10. Freedman S.F., Holado S., Enyedi L.D. Management of ocular torsion and diplopia after macular translocation for AMD // Am. J. Ophthalmol. — 2003. — Vol. 136, № 4. — P. 640-648.
11. Akyurt A. Cyclotropia and surgical treatment after macular translocation // Klin Monbl Augenheilkd. — 2002. — Vol. 219, № 1-2. — P. 50-54.
12. Holado S., Toth C.A., Freedman S.F. Fixation switch and diplopia after macular translocation surgery // J. AAPOS. — 2007. — Vol. 11, № 2. — P. 114-119.
13. Holado S., Toth C.A., Freedman S.F. Quantifying vertical after translocation surgery: a new use for the synoptophore // Strabismus. — 2008. — Vol. 16, № 4. — P. 139-143.

WWW.PMARCHIVE.RU
САЙТ ЖУРНАЛА «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»