

Тахчиди Х.П., Метаев С.А., Тилляходжаев С.С., Чеглаков П.Ю., Морозенко Е.Л.
ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова
Росмедтехнологии», г. Москва

ТЕХНОЛОГИИ 25G В ЛЕЧЕНИИ ЭПИМАКУЛЯРНЫХ ФИБРОЗОВ В УСЛОВИЯХ СИЛИКОНОВОЙ ТАМПОНАДЫ

Авторами у 10 больных при осложненных формах отслоек сетчатки проведено удаление эпимакулярной мембраны с использованием технологии 25G в условиях силиконовой тампонады. На эффективность методики указывает улучшение центрального зрения, связанное с прилеганием сетчатки.

Актуальность

Введение силиконового масла (СМ) в полость стекловидного тела в качестве тампонирующего агента при хирургическом лечении осложненных форм отслоек сетчатки, является на данный момент наиболее эффективным способом длительной фиксации сетчатки [1,2]. Наиболее обоснованным является введение силикона при отслойках сетчатки осложненных пролиферативной витреоретинопатией, рецидивах регматогенной отслойки сетчатки, при гигантских разрывах и отрывах от зубчатой линии.

Одной из причин низкого зрения у больных с силиконовой тампонадой является формирование эпимакулярных мембран, вызывающих локальную тракционную отслойку сетчатки. Их образование происходит в сроки от 2 недель до 2 месяцев после введения силикона [3]. Удаление силикона обычно проводится в сроки 1-2 месяца. Но у ряда больных, особенно в случаях осложненных отслоек сетчатки (выраженная пролиферативная витреоретинопатия, неоднократные рецидивы, обширные дефекты сетчатки), решение об удалении СМ может быть отложено до 3-6 мес. У данной категории больных в случае формирования эпимакулярного фиброза с тракционной отслойкой макулярной области, может быть проведено хирургическое лечение по удалению фиброзной ткани без удаления силиконового масла, что и явилось **целью настоящего исследования.**

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 10 больных, ранее оперированных с введением СМ. Все больные предъявляли жалобы на снижение зрения на оперированном глазу. Все больные были осмотрены, в среднем, через

1-1,5 мес. после введения силикона. Офтальмоскопически и по данным оптической когерентной томографии было выявлено наличие эпимакулярного фиброза, вызывающего локальную тракционную отслойку сетчатки. Острота зрения у всех больных не превышала 0,1. У данных больных в ближайшие сроки не планировалось удаление силикона из-за высокого риска развития рецидива отслойки сетчатки.

С целью повышения зрения, у данной категории больных, было выполнено удаление эпимакулярной мембраны без удаления СМ. Все операции проводились с использованием технологии 25G. Техника операции: операцию начинали с установки 2-х портов 25G для эндоосветителя и эндовитреального пинцета. По ходу операции один из портов при необходимости использовали для ирригации силиконового масла 1300 cSt.

Результаты

Во всех случаях мембрана была удалена единым блоком. Сложностей при захвате мембраны не обнаруживалось. Удаление проходило легко. Во всех случаях отмечалось незначительное диapedезное кровотечение, которое останавливалось самостоятельно.

На следующий день после операции отмечалось прилегание сетчатки в макулярной области. Объективно больные с первых дней после операции отмечали улучшение центрального зрения.

Период наблюдения составил в среднем 6,5 мес. Офтальмоскопически и по данным оптической когерентной томографии наличие отека и отслойки сетчатки в макулярной области не выявлялось. Толщина сетчатки соответствовала таковой в норме. У 6 больных острота зрения повысилась до 0,5 (с кор-

рекции), у трех больных – до 0,2, в одном случае осталась неизменной.

Выводы

После введения силикона при формировании эпимакулярного фиброза, вызывающего снижение остроты зрения, выполнение дополнительного эндовитреального вмешательства в минимальном объеме, позволяет добиться улучшения остроты зрения. Сохранение эндо-

витреальной тампонады СМ после удаления эпимакулярной мембраны создает оптимальные условия для скорейшего рассасывания субретинальной жидкости и прилегания сетчатки в макулярной области. Технология 25G является эффективным методом удаления эпимакулярных фиброзов, обеспечивая за счет минимизации хирургического вмешательства существенное сокращение сроков реабилитации данного контингента больных.

Список использованной литературы:

1. Тахчиди Х.П., Казайкин В.Н., Рапопорт А.А. Завершение тампонады витреальной полости силиконовым маслом при лечении отслойки сетчатки. // Офтальмохирургия.– 2005.– №5.– С. 28-32.
2. Gallenmore R.P., McGuen B.W., Silicon oil in vitreoretinal surgery // Retina/ Ed. By S.J. Ryan.– St. Louis, M.O: Mosby, 2001.– P. 2195-2220.
3. Federman J.L., Schubert H.D. Complication associated with use of silicon oil in 150 eye after retinal-vitreous surgery // Ophthalmology.– 1998.– V.95.– №7.– P.870-876.