

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИДРОРЕТИНОПЕКСИИ В ХИРУРГИИ ПЕРВИЧНОЙ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

Основными этапами экстрасклеральной хирургии первичной регматогенной отслойки сетчатки являются локализация её разрыва, создание контакта отслоенной сетчатки с хориоидеей, блокирование ретинального разрыва и обеспечение стойкой хориоретинальной адгезии вокруг разрыва сетчатки.

Ключевые слова: отслойка сетчатки, гидроретинопексия, дренирование СРЖ.

Регматогенная отслойка сетчатки является самым распространенным типом отслойки сетчатки, которая может привести к значительной потере зрения или слепоте. Ежегодно регистрируется 1/10000 случаев регматогенной отслойки сетчатки. Среди них 84% составляет население работоспособного возраста [3].

Основными этапами экстрасклеральной хирургии первичной регматогенной отслойки сетчатки являются: локализация её разрыва, создание интраоперационного контакта отслоенной сетчатки с хориоидеей, блокирование ретинального разрыва пломбой и обеспечение стойкой хориоретинальной адгезии вокруг разрыва сетчатки с помощью криопексии [3], [9].

Создание контакта между сетчаткой и хориоидеей при большой высоте отслойки возможно только при массивном вдавливании склеры пломбой, что приводит к грубой деформации капсулы глаза, в том числе роговицы [2]. Кроме того, в субретинальной жидкости (СРЖ) имеется высокая концентрация токсичных веществ которые, накапливаясь в субретинальном пространстве, вызывают дегенерацию колбочек и палочек [4], [6], [11], [12], [19]. Дренирование СРЖ перед наложением пломбы позволяет избежать этих проблем, но оно имеет многих противников, так как вызывает гипотонию и может осложняться геморрагиями, отслойкой сосудистой оболочки и разрывами в месте дренирования [17].

Безопасный способ дозированного дренирования СРЖ предложили Л. И. Балашевич и Т. М. Джусоев (1997) за счет использования косого клапанного прокола склеры алмазным лезвием [1]. Такая конфигурация прокола сводит к минимуму вероятность геморрагий и позволяет управлять и дозировать выпускание жидко-

сти, не допуская избыточной гипотонии, чреватой образованием отслойки сосудистой оболочки. Восстановление объема глаза и создание контакта сетчатки с сосудистой в зоне разрыва традиционно осуществлялось за счет введения воздуха в полость стекловидного тела (пневморетинопексии), применяемой с 1938 года [7], [13], [18]. Нужно учитывать, что введение воздуха затрудняет офтальмоскопию за счет искажений на границе контакта витреума и воздуха и создает неестественную для глаза сухую среду, которая может привести к таким осложнениям как, прогрессирование пролиферативной витреоретинопатии (ПВР) и рецидив отслойки сетчатки в послеоперационном периоде [5], [9], [10], [14], [15], [16]. Нами для этой цели использовано дозированное введение в стекловидное тело под контролем микроскопа физиологического раствора через склеру в зоне проекции плоской части цилиарного тела (гидроретинопексия).

Цель

Сравнить анатомические и функциональные результаты различных экстрасклеральных способов хирургии при первичной регматогенной отслойке сетчатки.

Материал и методы исследования

Материалом исследования послужили клинические наблюдения 86 пациентов с первичной регматогенной отслойкой сетчатки. Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа состояла из 41 пациента, оперированных способом дренирования СРЖ, экстрасклеральным пломбированием и криопексией разрыва сетчатки. Вторая группа состояла из 45 пациентов, опери-

рованных способом дозированного дренирования СРЖ с одномоментным введением в полость стекловидного тела сбалансированного физиологического раствора (гидроретинопексия), экстрасклеральное пломбирование и криопексия разрыва сетчатки.

Исходная острота зрения колебалась в обеих группах примерно в равном диапазоне и составляла от движения у лица до единицы в зависимости от вовлечения макулярной области и давности отслойки.

Техника операции первой группы пациентов: после местной ретробульбарной анестезии выполнялся круговой разрез конъюнктивы по лимбу с двумя горизонтальными надрезами с последующей её отсепаровкой от склеры, прямые мышцы брались на лигатуры. В начале проводилось дренирование СРЖ в преэкваториальной зоне в месте проекции наибольшей высоты отслойки сетчатки. Техника дренирования: после диатермокоагуляции эписклеральных сосудов алмазным скальпелем шириной 2 мм производили косой клапанный прокол склеры и сосудистой оболочки под углом 45°. Круглым микрошпателем надавливали на нижнюю губу склерального прокола и выпускали СРЖ. После уменьшения высоты отслойки сетчатки проводили криопексию краев разрыва сетчатки и подшивание эписклеральной пломбы на проекцию разрыва сетчатки.

Вторая группа пациентов оперировались так же, но дренирование СРЖ сопровождалось одномоментным введением физиологического раствора в полость стекловидного тела (гидроретинопексия). Техника операции: после ко-

сого прокола склеры и частично выпускание СРЖ, инсулиновой иглой через плоскую часть цилиарного тела в центр массива стекловидного тела под контролем микроскопа вводили физиологический раствор до достижения легкой гипертензии. Затем процедуру повторяли до полной эвакуации СРЖ и прилегания отслойки. После прилегания сетчатки, криопексия краев разрыва и подшивание эписклеральной пломбы минимальным вдавлением на проекцию разрыва сетчатки.

Результаты и обсуждение

У пациентов первой группы после эписклерального пломбирования с криопексией и дренированием СРЖ полное прилегание сетчатки удалось получить только у 38 из 41 паци-

Таблица 1. Давность существования отслойки сетчатки

| Группы | До 30 дней | От 30 до 60 дней | От 60 до 90 дней |
|----------|------------|------------------|------------------|
| 1-группа | 24 | 7 | 10 |
| 2-группа | 20 | 7 | 18 |
| Всего | 44 | 14 | 28 |

Таблица 2. Степень развития пролиферативной витреоретинопатии

| Степень ПВР | Группа-1 | Группа-2 |
|-------------|-----------|-----------|
| ПВР А | 19 (46%) | 29 (64%) |
| ПВР В | 10 (25%) | 3 (7%) |
| ПВР С | 12(29%) | 13 (29%) |
| ВСЕГО | 41 (100%) | 45 (100%) |

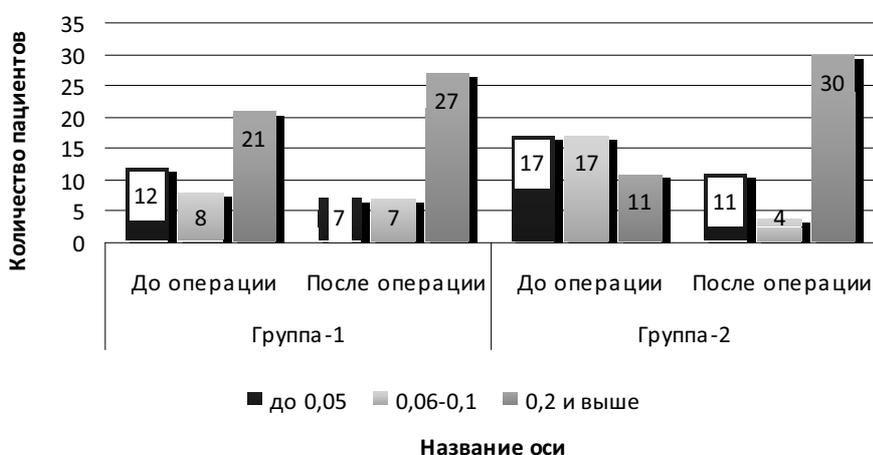


Рисунок 1. Острота зрения до и после операции

ентов. У второй группы пациентов после дренирования СРЖ с гидроретинопексией и эписклеральным пломбированием с криопексией полное прилегание сетчатки произошло у 42 пациентов из 45 в течение 7 дней.

Причиной неприлегания сетчатки у 7% пациентов первой группы была отслойка сосудистой оболочки связанная с дренированием СРЖ. Причиной не прилегания у 7% пациентов второй группы был большой размер разрыва сетчатки, через который жидкость проходила в субретинальное пространство вовремя введения физиологического раствора.

Острота зрения оценивалась через месяц после оперативного лечения (рис. 1).

Как видно на таблице значительный рост остроты зрения 0,2 и выше наблюдается у 4-группы пациентов.

Рецидивы отслойки сетчатки у пациентов первой группы наблюдались в – 13% (6 случаев). Сроки наступления рецидивов колебались от 30 до 90 дней после операции. Причиной рецидивов во всех случаях было прогрессирование пролиферативного процесса. У па-

циентов второй группы частота рецидивов регистрировалась в 9% (4 случая). Причиной рецидива в двух случаях недостаточная адгезия в зоне разрыва через 20–30 дней после операции, еще в двух случаях прогрессирующее пролиферативное процесса и появление новых разрывов в течении 4–5 месяцев после операции.

Выводы

Дренирование субретинальной жидкости без замещения потерянного объема стекловидного тела может привести к грозным осложнениям таким как отслойка сосудистой оболочки и геморрагии. Способ дозированного дренирования субретинальной жидкости и гидроретинопексии позволяет добиться прилегания сетчатки и блокирования разрыва с минимальным вдавлением склеры (кроме гигантских разрывов сетчатки). Способ гидроретинопексии более физиологичен для внутриглазных оболочек, что снижает вероятность прогрессирования ПВР, частоту и рецидив отслойки сетчатки.

14.10.2014

Список литературы:

1. Балашевич, Л.И. Методика дозированного дренирования субретинальной жидкости с одновременным введением физиологического раствора и воздуха в стекловидное тело / Л.И. Балашевич, Т.М. Джусоев // Сборник научных трудов, посвященный 10-летию Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» – М.: Изд. центр «Федоров» – 1997 – С. 171–174.
2. Изменение визометрических показателей после экстрасклеральных вмешательств / Л.И. Балашевич [и др.] // Лазерная рефракционная и интраокулярная хирургия: Сборник материалов / ГУ МНТК «Микрохирургия глаза». – Издательство «Человек». – 2002. – С. 83.
3. Захаров, В.Д. Витреоретинальная хирургия / В.Д. Захаров. – М. 2003. – 173 с.
4. Bakunowicz-Lazarczyk, A. Comparative studies of morphological changes and interleukin concentration in subretinal fluid of patients with retinal detachment / A. Bakunowicz-Lazarczyk, S. Sulkowski, T. Moniuszko // Ophthalmologica. – 1999. – Vol. 213. – P. 25–29.
5. Boeker, T. Results and prognostic factors in pneumatic retinopexy / T. Boeker, C. Schmitt, M. Mougharbel. – Ger J Ophthalmol, 1994. – P. 73–78.
6. Apoptotic photoreceptor degeneration in experimental retinal detachment / B. Cook [et al.] // Investigative Ophthalmology & Visual Science. – 1995 – Vol. 36. – P. 990–996.
7. Dominguez, D.A. Cirugia precoz y ambulatoria del desprendimiento de retina / D.A. Dominguez // Arch Soc Esp Oftalmol. – 1985. – P. 47–54.
8. Eter, N. Long-term results of pneumatic retinopexy / N. Eter, T. Boker, M. Spitznas // Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 2000.
9. Gonin, J. Le traitement operatoire du décollement rétinien / J. Gonin // Conference aux journées médicales de Bruxelles. – Bruxelles. – Medical, 1930. – V.23. – P. 17.
10. Gunduz, K. Pneumatic retinopexy with drainage of subretinal fluid / K. Gunduz, I. Gunalp // Int Ophthalmol, 1994.
11. Hammer, M.E. Retinal re-attachment forces created by absorption of subretinal fluid / M.E. Hammer // Doc Ophthalmol Proc Ser, 1981. – P. 61–75.
12. Relocalization of Apoptosis-Inducing Factor in Photoreceptor Apoptosis Induced by Retinal Detachment in Vivo / T. Hisatomi [et al.] // Am. J. Pathol. – 2001 – Vol. 158 – P. 1271–1278.
13. Hilton, G.F. Pneumatic retinopexy. A two-step outpatient operation without conjunctival incision / G.F. Hilton, W.S. Grizzard // Ophthalmology. – 1986. – 93 (5). – P. 626–641.
14. Management of persistent loculated subretinal fluid after pneumatic retinopexy / D. Howard [et al.]. – Br J Ophthalmol 2001. – 85. – P. 189–192.
15. Results of a temporary balloon buckle in the treatment of 500 retinal detachments and a comparison with pneumatic retinopexy / I. Kreissig [et al.]. – Am J Ophthalmol., 1989. – 107. – P. 381–389.
16. Mudvari S.S. Retinal detachment after primary pneumatic retinopexy / S.S. Mudvari, Z.B. Ravage, K.A. Rezaei. – Retina. – 2009. – 29(10). – P. 1474–1478.
17. O'Connor, P.R. External buckling without drainage for selected detachments in aphakic eyes / P.R. O'Connor // Am. J. Ophthalmol. – 1976 – Vol. 82 – P. 358–364.
18. Rosengren, B. Über die Behandlung der Netzhautablosung mittelst Diathermie und Luftinjektion in den Glaskörper / B. Rosengren // Acta Ophthalmol. – 1938. – 16. – P. 3–42.
19. Concentration of vascular endothelial growth factor in the subretinal fluid of retinal detachment / C.Y. Su [et al.] // J. Ocul. Pharmacol. Ther. – 2000. – Vol. 16 – P. 463–469.

Сведения об авторах:

Балашевич Леонид Иосифович, директор Санкт-Петербургского филиала
МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор

Джусоев Тамерлан Мелитонович, заведующий хирургическим отделением,
врач-офтальмохирург. Санкт-Петербургский филиала МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н.Федорова Минздрава России

192283, г. Санкт-Петербург, ул. Ярослава Гашека, 21, e-mail: mail@mntk.spb.ru

Нигматов Баходир Файзуллаевич, очный аспирант кафедры офтальмологии №2
Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова
Минздрава России

191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41, e-mail: rectorat@szgmu.ru