

Раннее вмешательство не всегда оправдано в связи с возможностью спонтанного регресса и побочными эффектами, ведущими к поздним осложнениям (ишемизация тканей, усилением сосудистой реакции, реакцией тканей на стресс-усиление перикисного окисления).

Важным фактором, влияющим на прогноз и эффективность лечения, является наличие сопутствующей патологии глаз. Сопутствующая патология по нашим данным встречается в 21% случаев и включает зрачковую мембрану, первичное персистирующее стекловидное тело, врождённую катаракту, а также внутриутробную инфекцию, при которой персистирует длительная сосудистая активность, сопровождающаяся в ряде случаев отёком, экссудативной стекловидного тела, гемофтальмом. Ухудшение прогноза в этих случаях реализуется как за счёт большей тяжести заболевания, так и в связи с ограниченными возможностями применения ряда методик.

При определении показаний, сроков проведения и выбора метода коагуляции необходимо учитывать отдаленные функциональные результаты, возможность развития рефракционных аномалий, поздних витреоретинальных осложнений, нарушение электрогенеза сетчатки, поля зрения после профилактического лечения. Влияние различных методик коагуляции на формирование зрительных функций обсуждается.

Заключение

Таким образом, на эффективность профилактической коагуляции активной РН влияет комплекс факторов, что необходимо учитывать при сравнении результатов различных исследователей. С целью оптимизации подходов к лечению активной РН следует развивать два направления:

1) При обычном течении РН 2-3 зоны – шадящий подход, учёт сосудистой активности, уменьшение травматизации, что снижает частоту поздних осложнений и улучшает функциональные результаты.

2) При задней агрессивной РН недостаточно изменение самой методики (ранние сроки, коагуляция перед валом и др.), необходима разработка принципиально новых подходов к лечению.

С.А. Коротких, М.А. Карякин

НАШ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ V СТАДИИ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ

*ГУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум» ГОУ ВПО УГМА Росздрава,
кафедра глазных болезней, г. Екатеринбург*

Актуальность проблемы. Ретинопатия недоношенных (РН) – это вазопротрофиеративное заболевание, развивающееся у недоношенных

детей и в терминальных стадиях приводит к тотальной отслойке сетчатки. В настоящее время это заболевание занимает лидирующее положение среди причин слепоты и слабовидения с детства во всем мире. Чем меньше масса тела при рождении и срок гестации, тем более вероятно развитие терминальных стадий ретинопатии недоношенных и, в итоге, слепоты или слабовидения у ребенка. Особенностью Российской Федерации является развитие РН у детей, рожденных в сроке от 30 до 35 недель беременности и массой тела от 1500 г до 2500 г [1, 4, 5, 7].

По данным литературы в результате проведения витреоретинального лечения V стадии ретинопатии недоношенных частичное или полное прилегание сетчатки достигается в 20%-50% случаев, но, к сожалению, функциональные результаты очень часто оставляют желать лучшего: остаточное зрение (движение руки у лица и выше) возвращается не более, чем у 14% [1, 5, 6].

В центре ретинопатии недоношенных НПЦ «Бонум» на диспансерном учете состоит 944 ребенка с данной патологией, из них 151 пациент (16,0%) с терминальными стадиями, характеризующимися слабовидением или слепотой.

Результат хирургического лечения 5 стадии РН зависит от предоперационного состояния глаза – типа отслойки сетчатки (открытая воронка, закрытая воронка, отрыв сетчатки от зубчатой линии), выраженности фиброзного перерождения стекловидного тела, наличия плотной ретролентальной мембраны (РЛМ) и её связь с сетчаткой. Чем менее выражены сопутствующие изменения в анатомическом строении глаза, тем более перспективным считается хирургическое лечение РН.

Общепринятая в настоящее время методика хирургического лечения 5 стадии РН [3] не исключает ятрогенного повреждения сетчатки во время разреза фиброзной ретролентальной пластины и дальнейшего разделения РЛМ и сетчатки. Также возникают определенные технические трудности полного выделения и рассечения РЛМ, а от полного её выделения и отделения от сетчатки во многом зависит результат операции.

Цель работы. Анализ результатов хирургического лечения V стадии ретинопатии недоношенных с выраженной ретролентальной мембраной по классической и модернизированной методикам закрытой витректомии.

Материалы и методы

На базе ГУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум» хирургическое лечение (ленсвитршвартэктомия, витршвартэктомия) было оказано 50 пациентам (61 глаз) с 5 стадией ретинопатии недоношенных. Из них 29 мальчиков и 21 девочка.

Срок гестации на момент рождения этих детей составлял от 24 до 34 нед. (средний срок 29 ± 2 нед.). Масса тела при рождении коле-

балась от 700 гр. до 2250 гр. (средняя 1421 ± 356 гр.). Лазеркоагуляция аваскулярных зон сетчатки была проведена у 43 (55,8%) пациентов. В большинстве случаев такой низкий процент лазерного хирургического лечения в анамнезе объясняется поздним обращением за медицинской помощью.

До и послеоперационное обследование включало в себя: офтальмоскопию, биомикроскопию, А-В сканирование, тонометрию и исследование глазного дна с помощью системы широкопольного цифрового изображения Retcam II, в десяти случаях проведено электро-физиологическое исследование (зрительные вызванные потенциалы).

Оперативное лечение по классической методике описано в литературе [3] и включает следующие этапы: трансклеральный доступ в 0,5-1,5 мм от лимба с подшиванием ирригации, ленсэктомии (если не проведена ранее), выделение и удаление плотной ретролентальной мембраны при помощи интраокулярных микропинцетов и микроножниц, тотальную витрэктомия, швартэктомия, мембранопилинг и, по необходимости, высокочастотную эндокоагуляцию новообразованных сосудов. По такой методике проведено 33 операции.

В нашем центре применяется модифицированная методика выделения и удаления плотной ретролентальной мембраны. Мы предлагаем после точечного прокола ретролентальной мембраны в пространство за РЛМ вводить вискоэластик, что позволит провести более качественное выделение мембраны, снизить риск ятрогенного повреждения сетчатки и облегчить хирургу полное иссечение ретролентальной мембраны. Введение выполняли под визуальным контролем до явлений незначительного обмеления передней камеры (в среднем 0,2-0,3 мл). Дальнейшее секторальное выделение РЛМ, мембранопилинг, при необходимости, заднюю витрэктомия и эндокоагуляцию сосудов проводили ранее описанным способом. По данной методике проведено 28 операций.

Группы детей определялись методом случайной выборки, предоперационное состояние глаз в обеих группах сопоставимо по выраженности изменений анатомических структур глаза. Также не имели достоверных отличий гестационный возраст и масса тела при рождении этих детей.

Сроки наблюдения после операции от 1 месяца до 2-х лет.

Результаты

В результате оперативного лечения V стадии ретинопатии недоношенных по классической методике полное прилегание сетчатки достигнуто в 2 случаях (6,1%), частичное прилегание сетчатки достигнуто в 11 случаях (33,3%), отсутствие прилегания наблюдалось в 20 случаях (60,6%). В одном случае в момент выделения сетчатки получен ятрогенный её разрыв и выход субретинальной жидкости в преретинальное пространство.

После проведения операций по нашей модернизированной методике полное прилегание сетчатки достигнуто в 4 случаях (14,3%), частичное прилегание сетчатки – в 13 случаях (46,4%), отсутствие прилегания наблюдалось в 11 случаях (39,3%). Введение вискоэластика позволило выделить сетчатку из РЛМ на том или ином протяжении у всех пациентов, позволило полностью исключить травматизацию сетчатки и её сосудов на этом этапе.

В ходе операций в обеих группах были выявлены ранее не диагностированные разрывы сетчатки в двух случаях и один отрыв сетчатки от зубчатой линии, вследствие ригидности сетчатки мобилизовать и достигнуть ее прилегания не представлялось возможным.

Выводы

Применение витреоретинальных операций в лечении тяжелых форм РН показано на V стадии, в основном, с органосохранной целью. При этом можно достигнуть хорошего анатомического эффекта, избежать осложнений терминальных стадий ретинопатии недоношенных – вторичной глаукомы, бельма роговицы, субатрофии глазного яблока, сохранить глаз и даже в некоторых случаях создать предпосылки для частичного восстановления зрения.

Результаты хирургического лечения ретинопатии недоношенных значительно лучше с применением нашей модификации классической методики оперативного лечения V стадии заболевания. Данная методика не только позволяет достоверно улучшить анатомические результаты витреальных операций по поводу V стадии РН, но и снизить риск интраоперационных осложнений.

Литература

1. Асташева И.Б., Аксенова И.И., Березина Е.В., Ежова Н.Ю., Павлюк Е.Ю. Особенности течения ретинопатии недоношенных у глубоконедоношенных детей // Детская офтальмология. Итоги и перспективы // Материалы научно-практической конференции. – М., 2006. – С. 103-104.
2. Дискаленко О.В., Бржеский В.В. Хирургическое лечение ретинопатии недоношенных, методика и тактика // Мат. научн.-практ. конфер. «Современные проблемы детской офтальмологии». – Спб., 2005. – С. 155-156.
3. Захаров В.Д. Витреоретинальная хирургия. – М., 2003. – С. 102-109.
4. Сайдашева Э.И., Азнабаев М.Т., Ахмадеева Э.Н. Ретинопатия недоношенных детей. – Уфа, 2000. – 180 с.
5. Степанова Е.А., Кулакова М.В. Результаты различных вариантов лазерного лечения ретинопатии недоношенных // Детская офтальмология. Итоги и перспективы. Материалы научно-практической конференции. – М., 2006. – С. 143-144.
6. Christine R. Gonzales, Md, * Julie Boshra, Bs, T Steven D. Schwartz, Md / 25-Gauge Pars Plicata Vitrectomy For Stage 4 And 5 Retinopathy Of Prematurity/ Retina, the journal of retinal and vitreous diseases. – Vol. 26. – S. 42-46, p. 2006.
7. M. Cusic, M. Charles et al. / Anatomical and visual results of vitreoretinal surgery for stage 5 retinopathy of prematurity / Retina, the journal of retinal and vitreous diseases. – Vol. 26. 729-735, p. 2006.