

УДК 617.736

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКИХ МАКУЛЯРНЫХ РАЗРЫВОВ БОЛЬШОГО ДИАМЕТРА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ТАМПОНАДЫ ВИТРЕАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

Самойлов А.Н., Хайбрахманов Т.Р., Фазлеева Г.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, e-mail: tim2317@mail.ru

Изучены результаты хирургического лечения 30 пациентов (30 глаз) с идиопатическим макулярным разрывом большого диаметра на базе ГАУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница МЗ РТ» г. Казани. Всем пациентам выполняли оптическую когерентную томографию до операции и спустя 14 дней после операции. В зависимости от способа тампонады витреальной полости пациенты были разделены на 2 группы (по 15 человек в каждой): I группа – тампонада газозооной смесью, II группа – тампонада силиконовым маслом (СМ) 5700 сСт. В ходе исследования получены следующие данные: в I группе анатомическое закрытие разрыва произошло у 11 (73%) пациентов, во II группе – у 12 (80%) пациентов. После операции острота зрения в I группе увеличилась с $0,11 \pm 0,06$ до $0,21 \pm 0,08$, во II группе – с $0,12 \pm 0,06$ до $0,19 \pm 0,08$. Статические показатели в группах достоверно не отличались ($p > 0,05$).

Ключевые слова: Идиопатический макулярный разрыв, газовая тампонада, тампонада силиконовым маслом, витрэктомия, макулярная хирургия

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF IDIOPATHIC MAKULAR BREAKS OF A LARGE DIAMETER DEPENDING ON THE METHOD OF THE TAMPONADE OF THE VITREAL CAVITY

Samoilov A.N., Khaybrakhmanov T.R., Fazleeva G.A.

Kazan SMU MOH Russia, Kazan, e-mail: tim2317@mail.ru

The results of surgical treatment of 30 patients (30 eyes) with idiopathic macular hole of large diameter on the basis of Republican Clinical Ophthalmologic Hospital in Kazan were studied. All patients underwent optical coherence tomography before the operation and 14 days after the operation. Depending on the method of tamponade vitreal cavity patients were divided into 2 groups (15 people each): Group I – tamponade gas-air mixture, Group II – tamponade with silicone oil (CM) 5700 sSt. In the course of the study, the following data were obtained: in Group I, anatomical closure of the hole occurred in 11 (73%) patients, in Group II – in 12 (80%) patients. After the operation, visual acuity in the I group increased from 0.11 ± 0.06 to 0.21 ± 0.08 , in the II group – from 0.12 ± 0.06 to 0.19 ± 0.08 . Static indices in the groups did not differ significantly ($p > 0.05$).

Keywords: Idiopathic macular hole, gas tamponade, tamponade with silicone oil, vitrectomy, macular surgery

Патология макулярной области сетчатки играет важную роль в развитии слабовидения взрослого населения развитых стран. Одним из таких нарушений, приводящих к необратимому ухудшению зрения, является идиопатический макулярный разрыв.

Идиопатический макулярный разрыв (ИМР) – это дефект фовеолярной области сетчатки, приводящий к снижению центрального зрения, возникновению метаморфопсий и центральной скотомы.

Распространенность идиопатических макулярных разрывов составляет примерно 3 случая на 1000 человек в возрасте старше 55 лет, чаще возникает у женщин в возрасте 60-70 лет. В 80% случаев состояние является односторонним [1, с.2; 4, с.259; 3, с. 645].

Согласно концепции, предложенной J. Gass в 1988 г., ведущую роль в патогенезе ИМР отводят тангенциальным витреомакулярным тракциям. Суть концепции заключается в том, что радиальные волокна

стекловидного тела, оставшиеся на перимакулярной поверхности после задней отслойки стекловидного тела, сокращаются, что постепенно приводит к разрыву сетчатки округлой формы в макулярной зоне [5, с.256]. На основе этой теории была разработана наиболее используемая в настоящее время классификация макулярных разрывов с выделением 4 стадий:

стадия 1а – характеризуется появлением желтого пятна в фовеоле с уменьшением глубины центральной ямки;

стадия 1б – проявляется образованием желтого кольца в фовеоле с исчезновением нормального фовеолярного рефлекса;

стадия 2 – характеризуется формированием сквозного дефекта сетчатки диаметром менее 400 мкм с прикреплением задней гиалоидной мембраны к поверхности сетчатки;

при стадии 3 – сквозной дефект сетчатки увеличивается в диаметре более 400 мкм,

прикрепление задней гиалоидной мембраны сохраняется;

стадия 4 – это сквозной дефект сетчатки диаметром более 400 мкм с полностью отслоившейся от поверхности сетчатки задней гиалоидной мембраной [6, с.13].

На сегодняшний день основным методом диагностики ИМР является оптическая когерентная томография (ОКТ), которая позволяет оценить морфологическое состояние сетчатки (размер макулярного разрыва, толщину сетчатки, высоту краев разрыва и др.), следить за анатомией макулярной области в динамике до и после проведения оперативного лечения. К тому же данные ОКТ служат прогностическими критериями анатомического и функционального результатов лечения идиопатических макулярных разрывов.

Общепринятым методом лечения идиопатических макулярных разрывов является эндовитреальное хирургическое вмешательство. Первыми витрэктомия с удалением задней гиалоидной мембраны и газовой тампонадой для лечения макулярных разрывов предложили N.E. Kelly и R.T. Wendel в 1991 году [6, с. 15].

Для повышения эффективности закрытия ИМР в качестве заменителя газа Goldbaum в 1997 г. предложил использовать силикон. Применение тяжелого силикона при лечении ИМР описано Kirchoff E.B., Wong D. в 2007 г.

В дальнейшем с целью улучшения анатомических результатов оперативного лечения было предложено удаление внутренней пограничной мембраны (ВПМ) сетчатки в окружности разрыва.

В настоящее время хирургическое лечение макулярных разрывов диаметром до 500-700 мкм, по данным большинства исследователей, прогнозируемо и высокоэффективно; наибольшую проблему вызывают вопросы обоснованности и эффективности хирургического лечения макулярных разрывов диаметром более 800 мкм [4, с. 260].

На данный момент «золотым стандартом» в лечении идиопатических макулярных разрывов является эндовитреальное вмешательство с удалением внутренней пограничной мембраны. Основными этапами операции являются проведение субтотальной витрэктомии, пилинг внутренней пограничной мембраны, тампонада витреальной полости силиконовым маслом (СМ) или газозвушной смесью. При тампонаде витреальной полости силиконовым маслом проводится 2 этап операции (удаление СМ).

Наиболее сложным этапом операции по поводу ИМР является выполнение кругового пилинга ВПМ. Данная процедура может выполняться с применением контрастирующих веществ или без них. В качестве контрастирующих веществ в витреоретинальной хирургии применяются разнообразные красители [2, с.71].

Цель данного исследования: оценить влияние способа тампонады витреальной полости на исход оперативного лечения идиопатических макулярных разрывов большого диаметра.

Материалы и методы исследования

Изучены результаты хирургического лечения 30 пациентов (30 глаз) с ИМР большого диаметра на базе ГАУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница МЗ РТ» г. Казани. Средний возраст пациентов составил $67,8 \pm 4,53$ (60-75) лет. Всем пациентам наряду с традиционными методами исследования выполняли оптическую когерентную томографию (ОКТ) до операции и спустя 14 дней после операции. В зависимости от способа тампонады витреальной полости (ВП) пациенты были разделены на 2 группы (по 15 человек в каждой): I группа – тампонада газозвушной смесью, II группа – тампонада силиконовым маслом (СМ) 5700 сСт.

Острота зрения с коррекцией до операции в I группе составила $-0,11 \pm 0,06$, во II – $-0,12 \pm 0,06$. Средний диаметр разрыва в I группе – $906,7 \pm 64,32$ мкм, во II группе – $908,4 \pm 64,22$ мкм. Группы сопоставимы по возрасту, полу, диаметру разрыва и остроте зрения до операции.

Всем пациентам проведено хирургическое лечение ИМР. Операции выполнены на факичных глазах одним хирургом. Произведена трехпортовая 25G+ витрэктомия по стандартной методике на аппарате «Constellation» фирмы Alcon (США). Тампонада витреальной полости проводилась газозвушной смесью или силиконовым маслом. После операции пациентов позиционировали лицом вниз: на 3 суток – при тампонаде газозвушной смесью (I группа), на 3-4 часа – при тампонаде силиконовым маслом (II группа). Хирургические вмешательства выполнены в полном объеме без осложнений во всех случаях.

Статистическая обработка данных проводилась в программе «Microsoft Office Excel 2010»; данные представлены в виде $M \pm \sigma$. Для оценки достоверности различий между группами использовался t-критерий Стьюдента. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Положительный результат хирургического лечения идиопатического макулярного разрыва считался достигнутым при полном закрытии разрыва, восстановлении анатомии фовеа и улучшении зрения пациентов.

По результатам проведенного исследования получены следующие данные:

в I группе анатомическое закрытие разрыва произошло у 11 (73%) пациентов, во II группе – у 12 (80%) пациентов. После операции острота зрения в I группе составила $0,21 \pm 0,08$, во II группе – $0,19 \pm 0,08$. Статистические показатели в группах достоверно не отличались ($p > 0,05$).

Полное закрытие макулярного разрыва в I и II группах не достигнуто у пациентов с отверстиями максимального диаметра и наибольшей длительностью заболевания (по данным анамнеза).

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о том, что нет достоверных различий в исходах операции с применением газовой тампонады или тампонады силиконовым маслом 5700 сСт.

Тампонада витреальной полости силиконовым маслом позволяет облегчить послеоперационный период для пациентов: позиционирование лицом вниз лишь на 3 часа. Однако силиконовая тампонада может приводить к таким осложнениям, как повышение внутриглазного давления, развитие катаракты, эпиретинального фиброза, нейропатии. Кроме того, данный метод предполагает второе хирургическое вмеша-

тельство для удаления силиконового масла, что увеличивает затраты на лечение.

Газовая тампонада, в отличие от силиконовой, не требует проведения повторной операции, приводит к меньшим послеоперационным осложнениям (развитие катаракты, повышения внутриглазного давления). Однако послеоперационный период протекает для пациентов сложнее: позиционирование лицом вниз на 3 суток.

Список литературы

1. Белый Ю.А., Терещенко А.В., Шкворченко Д.О., Ерохина Е.В., Шилов Н.М. Хирургическое лечение больших идиопатических макулярных разрывов // Практическая медицина. – 2015. – № 2 (87). – 119-123.
2. Жигулин А.В., Худяков А.Ю., Машенко Н.В. Анализ результатов хирургического лечения макулярных разрывов большого диаметра // Современные технологии в офтальмологии. – 2014. – №2. – 62-63.
3. Кански Д. Клиническая офтальмология: систематизированный под. Пер с англ./ Д. Кански. – М.: Логосфера, 2006, – 744 с. : ил.
4. Самойлов А.Н., Мухаметзянова Г.М. Опыт хирургического лечения идиопатических макулярных разрывов большого диаметра // Современные технологии в офтальмологии. – 2017. – № 1. – 259-261.
5. Чарльз С. Микрохирургия стекловидного тела и сетчатки: иллюстративное руководство / Стив Чарльз, Хорхе Кальсада, Байрон Вуд; пер. с англ.; под ред. проф. А.Н. Самойлова. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 400 с.: ил.
6. Юханова О.А. Прогнозирование исходов и оценка результатов лечения идиопатического макулярного разрыва: автореф. дис. канд. Мед. Наук: 14.01.07. – Москва, 2015. – 23 с.: ил. – Библиогр.: с. 21-22. – 120 экз.