



Регматогенная отслойка сетчатки на фоне сенильного ретиношизиса

П.В. Назаров, Е.Н. Митяева, А.А. Переборов

Адрес для переписки: Павел Васильевич Назаров, pvvu@yandex.ru

Для цитирования: Назаров П.В., Митяева Е.Н., Переборов А.А. Регматогенная отслойка сетчатки на фоне сенильного ретиношизиса. Эффективная фармакотерапия. 2022; 18 (11): 72–73.

DOI 10.33978/2307-3586-2022-18-11-72-73

Представлен редкий случай регматогенной отслойки сетчатки на фоне сенильного ретиношизиса. Определена эффективность витрэктомии в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: регматогенная отслойка сетчатки, сенильный ретиношизис, витрэктомия, ранний послеоперационный период

Введение

Сенильный ретиношизис обусловлен интратетинальной кистозной дегенерацией периферической сетчатки и нередко носит двусторонний характер. Если на одном глазу имела место отслойка сетчатки вследствие сенильного ретиношизиса, то на другом, как правило, – плоский, периферический процесс с признаками рубцевания и самоограничения [1]. Разрывы во внешнем слое ретиношизиса имеют первостепенное значение в развитии отслойки сетчатки. Площадь такой отслойки редко превышает границы ретиношизиса, что может быть связано с ограниченным проникновением жидкости из полости ретиношизиса из-за ее повышенной вязкости [2].

Разрывы в обоих слоях ретиношизиса обычно приводят к увеличению площади отслойки сетчатки из-за проникновения жидкости из стекловидного тела в полость ретиношизиса и субретинальное пространство [2].

При ретиношизисе, осложнившимся регматогенной отслойкой сетчатки, проводится витрэктомия при более центральном расположении наружного разрыва сетчатки или эписклеральное пломбирование при более периферическом расположении [3].

Методика эписклерального пломбирования при данной патологии имеет свои особенности. Речь идет об обязательной эвакуации субретинальной и хориоидальной жидкости, отграничении всей зоны расслоения криоили диатермокоагулятами. Кроме того, из всех видов постоянного эписклерального пломбирования наилучшим при ретиношизисе считается аппланационное [4].

Основной целью витрэктомии является закрытие наружного разрыва сетчатки. В то же время устранение полости ретиношизиса и внутреннего разрыва необязательно [3]. Половина случаев рецидива отслойки сетчатки связана с формированием новых разрывов сетчатки. Удаление хрусталика при выполнении витрэктомии делает возможным более полное удаление базиса стекловидного тела, так как его последующее сокращение приводит к формированию новых разрывов сетчатки [5].

Клинический случай

Пациентка П. 1958 года рождения (64 года) проходила лечение в офтальмологическом отделении ГБУЗ МО «Мытищинская городская клиническая больница» в 2022 г. За два месяца до госпитализации у нее на левом глазу снизилось зрение, появилась темнота, «шторка» вверху, последний месяц этим глазом ничего не видела.

Проведены стандартное офтальмологическое обследование, оптическая когерентная томография (ОКТ) на приборе RTVue-100 XR (Optovue, США) и исследование на фундус-камере Visucam 500 (Carl Zeiss, Германия).

Максимально корригированная острота зрения (МКОЗ) при поступлении – 0,04. Офтальмоскопически выявлена субтотальная отслойка сетчатки в наружных и нижних секторах с захватом макулярной области и зоной ретиношизиса в наружном секторе. Разрыв во внешнем слое ретиношизиса больших размеров от 1 до 3 часовых меридианов в области экватора глаза, разрыв во внутреннем слое ретиношизиса мелкий дырчатый на 3 часовых меридианах в области экватора глаза. На парном глазу ретиношизис с локальной отслойкой сетчатки и разрывом только во внешнем слое, по размерам и расположению симметрично другому глазу. Края разрыва во внешнем слое ретиношизиса желтоватого оттенка, несколько напоминающие субретинальный пролиферат.

Дооперационная ОКТ периферии сетчатки невозможна из-за высокой отслойки сетчатки, в макулярной зоне отслойка нейроэпителлия сетчатки и кистозный макулярный отек (рис. 1), на парном глазу ретиношизис с расщеплением во внутренних слоях сетчатки, разрывом в наружных слоях сетчатки и локальной отслойкой нейроэпителлия сетчатки (рис. 2).

С учетом большого размера разрывов расположения далеко от зубчатой линии их пломбирование было бы более травматично, чем витрэктомия. Проведены витрэктомия 23G и факэмульсификация с имплантацией интраокулярных линз на микрохирургической системе Faros (Oertli, Швейцария). Отслойки задней гиалоидной мембраны (ЗГМ) не выявлено. ЗГМ и базис стекловидно-

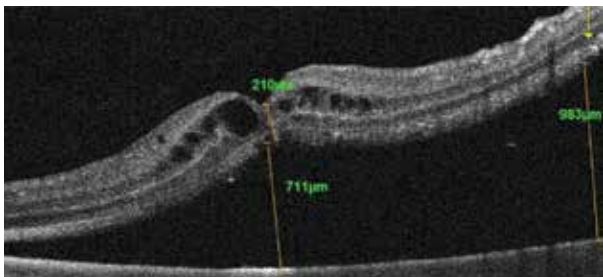


Рис. 1. ОКТ: макулярная зона до операции

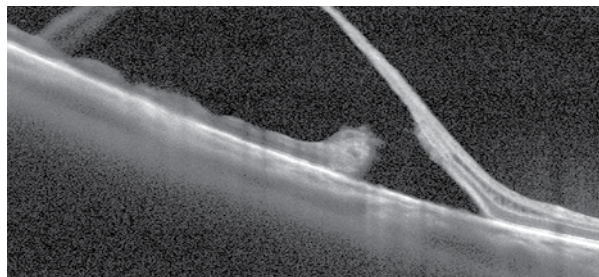


Рис. 2. ОКТ: ретиношизис с локальной отслойкой сетчатки на парном глазу

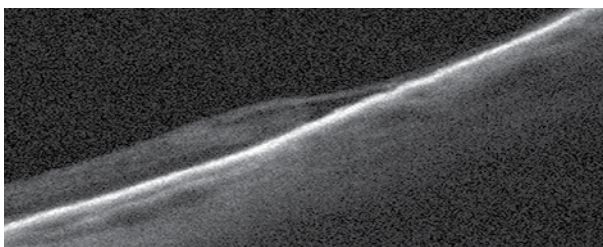


Рис. 3. ОКТ: щелевидная полость на уровне разрыва наружных слоев ретиношизиса на первые сутки

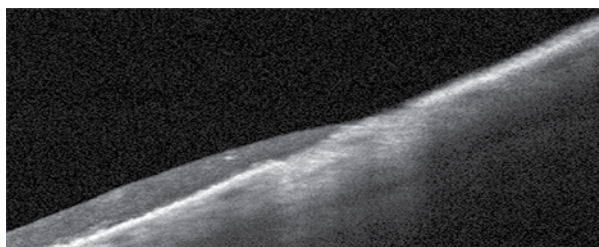


Рис. 4. ОКТ: закрытие щелевидной полости на третьи сутки после операции

го тела удалены, перфтордекалин введен до уровня разрыва во внутреннем слое ретиношизиса. Осуществлены замена жидкости воздухом выше уровня разрыва с дренированием субретинальной жидкости через разрыв, эндолазеркоагуляция по границам разрывов во внешнем и внутреннем слое ретиношизиса и замена перфтордекалина силиконовым маслом. Субретинальная жидкость имела густой характер.

Обсуждение

Прилегание сетчатки и закрытие полости ретиношизиса достигнуты на первые сутки. ОКТ показала наличие щелевидной полости на уровне разрыва наружных слоев ретиношизиса на первые сутки (рис. 3). На третьи

сутки щелевидная полость полностью закрылась (рис. 4). МКОЗ при выписке – 0,15. Через месяц все лазеркоагуляты имели хорошую пигментацию, МКОЗ – 0,2.

Следует отметить формирование хорошей пигментации лазеркоагулятов сетчатки вокруг разрыва внутренних слоев ретиношизиса, то есть в месте, где отсутствует большая часть наружных слоев сетчатки. Применение витрэктомии в данном случае позволяет достигнуть полного прилегания сетчатки и закрытия полости ретиношизиса в первые дни. Остается открытым вопрос формирования разрыва во внутренних слоях ретиношизиса, поскольку ЗГМ в этом месте полностью прилежала к сетчатке и не оказывала тракционного воздействия на разрыв сетчатки, форма разрыва была дырчатой. ●

Литература

1. Луковская Н.Г., Астахов Ю.С. Сенильный ретиношизис. РМЖ. Клиническая офтальмология. 2001; 4: 159.
2. Byer N.E. Perspectives on the management of the complications of senile retinoschisis. Eye. 2002; 16 (4): 359–364.
3. Reed D.C., Gupta O.P., Garg S.J. Managing complications of retinoschisis. Retina today. 2014.
4. Луковская Н.Г. Ретиношизис (диагностика, клиника, лечение): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2003.
5. Beatson B., Pham A., Ong S.S., et al. Repair of progressive retinal detachment complicating degenerative retinoschisis: surgical management and outcomes in phakic eyes. Int. J. Retina Vitreous. 2021; 7 (1): 69.

Regmatogenic Retinal Detachment on the Background of Senile Retinoschisis

P.V. Nazarov, Ye.N. Mityaeva, A.A. Pereborov

City Clinical Hospital, Mytishchi

Contact person: Pavel V. Nazarov, npvu@yandex.ru

A rare case of regmatogenic retinal detachment against the background of senile retinoschisis is presented. The effectiveness of vitrectomy in the early postoperative period was determined.

Key words: regmatogenic retinal detachment, senile retinoschisis, vitrectomy, early postoperative period