

Возможности микроинвазивной хирургии в лечении отслоек сетчатки при ямке диска зрительного нерва на примере двух клинических случаев



С. В. Сдобникова



Н. А. Троицкая



Н. Ю. Малакян

ФГУ «НИИ глазных болезней РАМН», Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Описаны два клинических случая ямки диска зрительного нерва (ДЗН). В первом случае развился отек центральной области сетчатки, а во втором — центральная отслойка сетчатки. Представлен опыт лечения данной патологии методом интравитреального введения препарата Луцентис в первом случае и пневморетинопексии во втором. В обоих случаях наблюдалось рассасывание субретинальной жидкости и повышение зрительных функций, что позволяет нам считать микроинвазивную хирургию достаточно эффективной в лечении данной патологии.

Ключевые слова: ямка диска зрительного нерва, центральная отслойка сетчатки, пневморетинопексия, Луцентис

ABSTRACT

S. V. Sdobnikova, N. A. Troitskaya, N. Yu. Malakyan

Microinvasive surgery in the treatment of retinal detachment associated with an optic disk pit: 2 cases report

We report two cases of an 18-year-old boy with a left optic disc pit and associated retinal edema of the macula and 47-year-old woman with an optic disk pit and associated retinal detachment of the macula. First was treated by intravitreal injection of Lucentis. Woman was treated by gas tamponade as a primary procedure. Both procedures resulted in complete resolution of subretinal fluid and increase of visual acuity. We conclude that microinvasive surgery can be effective treatment of this disease.

Key words: optic disc pit, macular detachment, pneumatic retinopexy

Офтальмология. — 2012. — Т. 9, № 1. — С. 73–77.

Поступила 21.01.12. Принята к печати 20.02.12

Ямка диска зрительного нерва (ДЗН) — редкая врожденная аномалия, чаще всего является монолатеральным поражением, локализуется в темпоральной, назальной или центральной области ДЗН, а ее размер варьирует от 1/3 до 1/8 диаметра ДЗН. Заболевание может проходить бессимптомно до появления центральной отслойки сетчатки, которая возникает в 45–75% случаев [1]. В литературе опубликованы результаты лечения этой патологии методом пневморетинопексии [5] и методом витрэктомии с последующей газовой тампонадой и барьерной лазерной коагуляцией сетчатки [3, 4].

В данной работе представлены два клинических случая, демонстрирующих эффективность микроинвазивной хирургии в лечении отслоек сетчатки при ямке ДЗН.

Клинический случай 1 интересен тем, что ямка ДЗН привела не к отслойке сетчатки, а к отеку в макулярной зоне. Пациент Г., 18 лет, обратился в НИИ глазных болезней РАМН с жалобами на снижение центрального зрения левого глаза. В ходе проведенного обследования получены данные: острота зрения правого глаза = 1.0 н/к, острота зрения левого глаза с коррекцией сферическими линзами в –0,5 D = 0.2; внутриглазное давление (ВГД) методом пневмотонометрии: OD=17,4 мм рт.ст., ВГД OS=18,2 мм рт.ст. При офтальмоскопии выявляется кистозный макулярный отек OS (рис. 1). Точная локализация и протяженность ямки была выявлена на исследовании 3D оптической когерентной томографией (ОКТ), согласно которому проекция ямки соответствует нижневисочной половине ДЗН.



Рисунок 1. Глазное дно левого глаза пациента Г. до операции.

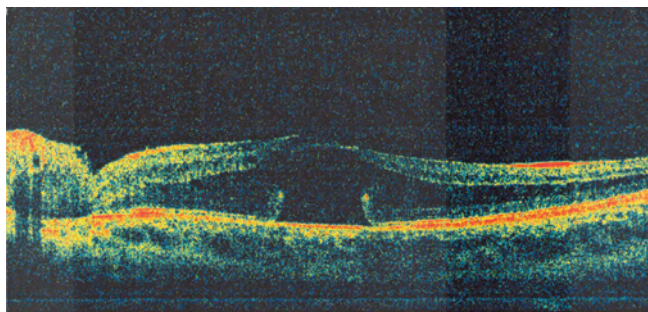


Рисунок 2. ОКТ левого глаза до операции.

По данным ОКТ: OD — без явной патологии. OS — киста в макулярной зоне без разрыва, высотой 562 мкн, отек вокруг кисты (рис. 2).

22.06.10 была проведена микроинвазивная операция — введение препарата Луцентис (Ранибизумаб) в полость стекловидного тела левого глаза. Манипуляцию проводили в условиях операционной. После стандартной обработки операционного поля в конъюнктивальную полость двукратно инстиллировали 5% раствор повидон-йода (Бетадин, Egis) и 0,5% раствор проксиметакаина (Алкаин, Alcon). Затем хирургическим циркулем в меридиане 10 часов отмечали расстояние 4 мм от лимба, соответствующее проекции плоской части цилиарного тела. После этого производили сквозной прокол оболочек глазного яблока и интравитреально вводили 0,23 мл препарата Луцентис.

30.06.2010 г. была выполнена отграничительная лазерная коагуляция сетчатки концентрично нижневисочному краю ДЗН — в проекции ямки (рис. 3, белая стрелка). Далее пациент наблюдался один раз в месяц в течение

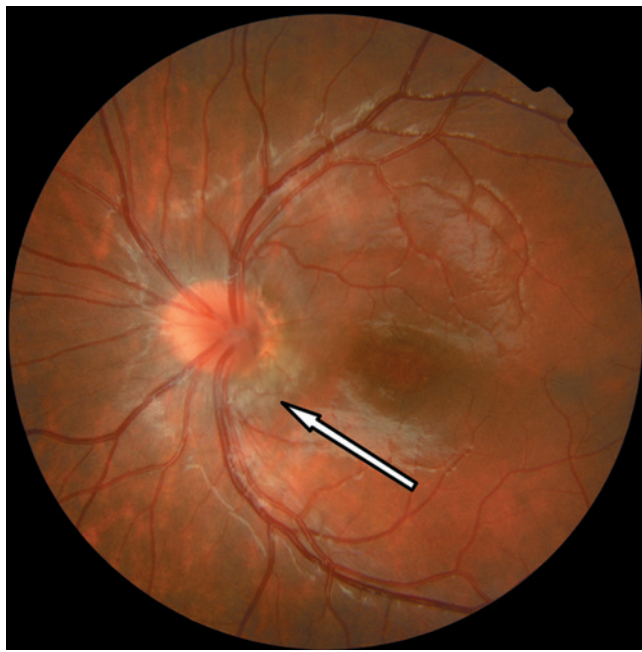


Рисунок 3. Глазное дно после лазерной коагуляции.



Рисунок 4. Глазное дно через 15 месяцев после операции.

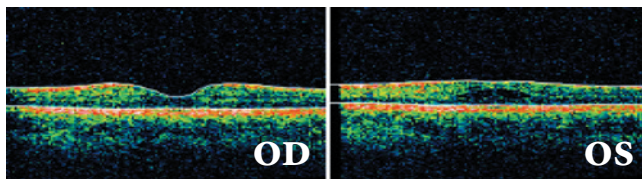


Рисунок 5. Результаты ОКТ через 15 месяцев после операции. Visus OS=0,5 н/к.

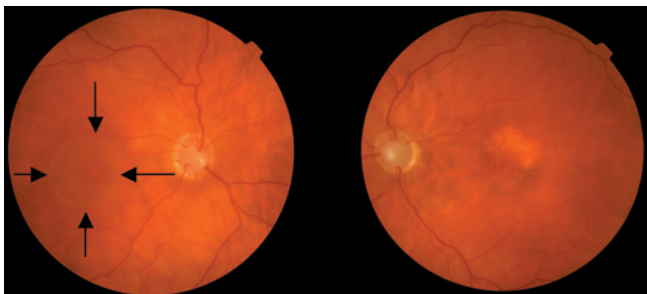


Рисунок 6. Картина глазного дна правого и левого глаза пациентки О. Границы отслойки пигментного эпителия на OD показаны стрелками.

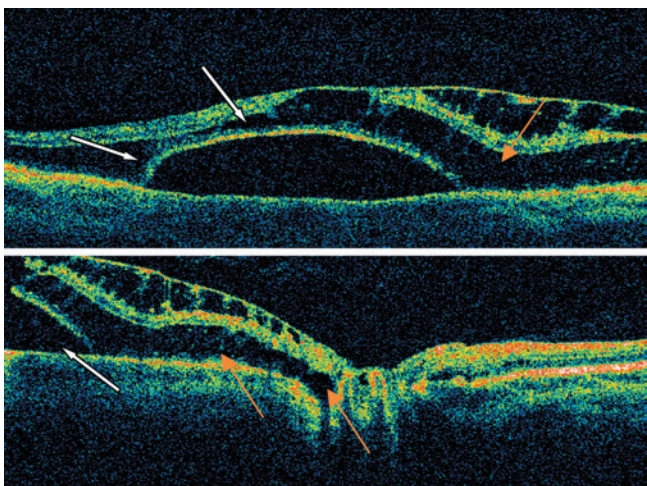


Рисунок 7. ОКТ: связь ретиношизиса с ямкой ДЗН (красные стрелки), отслойка пигментного эпителия, не связанная с ямкой ДЗН (белые стрелки).

3 месяцев, затем один раз в 6 месяцев. Динамика изменения остроты зрения левого глаза после операции: через 15 дней с коррекцией 0.2 н/к, через 3 месяца 0.3 н/к, через 7 месяцев 0.33 н/к, через 11 месяцев 0.5 н/к (рис. 4).

Повторная ОКТ проведена через 15 месяцев после операции (рис. 5): толщина центральной области левого глаза — 264 мкн (толщина центральной области здорового глаза — 139 мкн).

Клинический случай 2. Пациентка О., 47 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на снижение центрального зрения правого глаза. После проведенного обследования на обоих глазах выявлена ямка ДЗН, макулярный отек и отслойка пигментного эпителия правого глаза и атрофия пигментного эпителия левого глаза (возможно, исход макулярного отека) (рис. 6). Острота зрения правого глаза = 0.4 н/к, зрение левого глаза 0.1 н/к. ВГД (пневмотонометрия) правого глаза 15,6 мм рт.ст., левого — 11,7 мм рт.ст.

ОКТ выявила двухслойную структуру макулопатии: ретиношизис, имеющий связь с ямкой ДЗН (красные стрелки) и локальную отслойку пигментного эпителия, не связанную с ямкой ДЗН (белые стрелки) (рис. 7). Больной также была выполнена 3D ОКТ

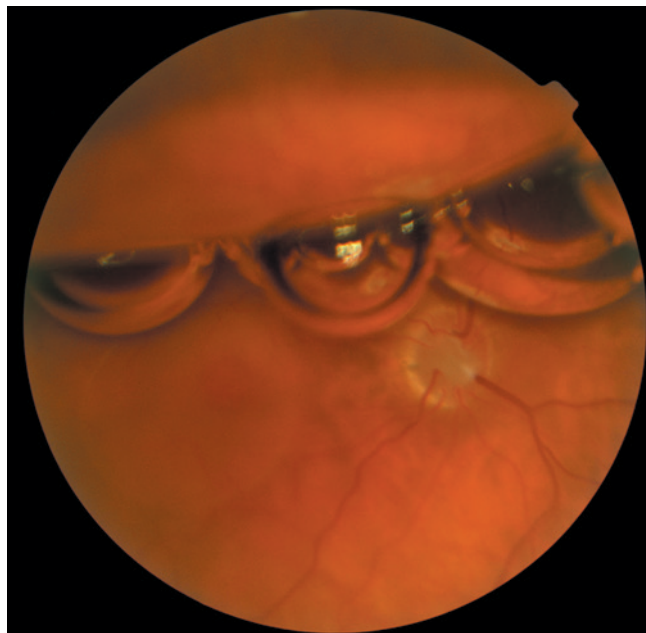


Рисунок 8. Картина глазного дна сразу после пневморетинопексии.

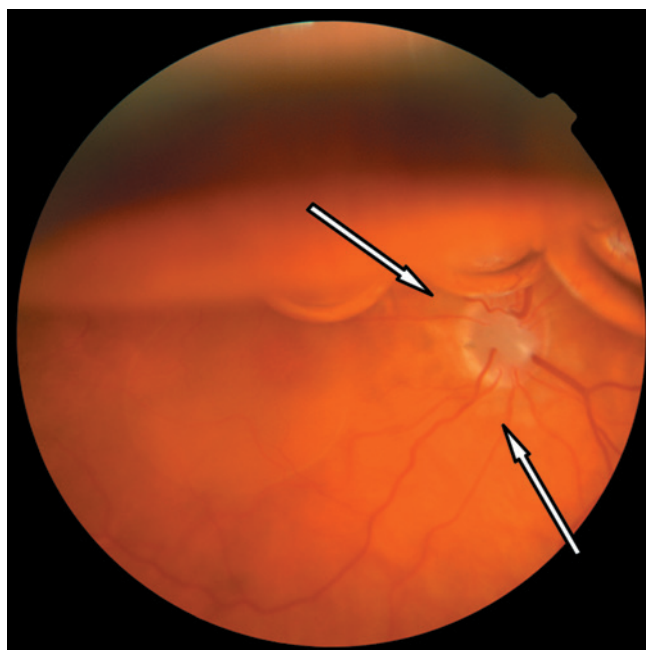


Рисунок 9. Состояние после лазерной коагуляции.

для определения точной локализации и протяженности ямки ДЗН.

18.07.2011 г. была произведена пневморетинопексия: после стандартной обработки операционного поля в меридиане 10 часов на расстояние 4 мм от лимба интравитреально вводили 1,0 мл перфторциклобутана. Затем производили пункцию передней камеры для восстановления ВГД. После введения газа пациентка соблюдала положение вниз лицом в течение 7 дней, пока в полости стекловидного тела был достаточный объем газа (рис. 8).

20.07.2011 г. после достижения ретинопексии была произведена лазерная коагуляция сетчатки концентрично ниже-височному и верхне-височному краю ДЗН (белые стрелки) (рис. 9).

Острота зрения правого глаза после полного рассасывания газа составляла 0,66 н/к. ВГД (пневмотонометрия) правого глаза 15,4 мм рт.ст., левого глаза 14,4 мм рт.ст. Срок наблюдения больной составил 4 месяца.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Крайне редко ямка ДЗН может быть причиной кистозного макулярного отека, и наш первый опыт ле-

чения данной патологии методом введения Луцентиса с последующей лазерной коагуляцией сетчатки оказался эффективным.

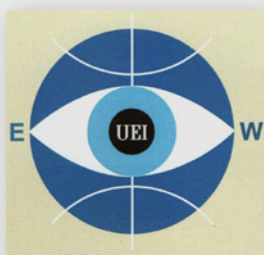
Микроинвазивная хирургия в лечении центральных отслоек сетчатки при ямках ДЗН может быть достаточно эффективной при условии тщательного обследования пациента до операции с использованием ОКТ для исключения тракции со стороны стекловидного тела. Данная операция не исключает также возможности выбора более радикального метода лечения (витрэктомии) в случае неудачи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганиченко И.Н. Лечение ямки зрительного нерва и ее осложнений методом фото- и лазеркоагуляции // Офтальмол. журнал. – 1986. – № 4. – С. 199-203.
2. Трон Е.Ж. Заболевания зрительного пути. – Л., 1968. – С. 313-322.
3. Barz-Schmidt KU, Heimann K, Esser P. Vitrectomy for macular detachment associated with optic nerve pits // Int. Ophthalmol. – 1995-1996. – Vol. 19, № 6. – P. 323-329.
4. Ghosh YK., Banerjee S., Konstantinidis A. et al. Surgical management of optic disc pit associated maculopathy // Eur J Ophthalmol. – 2008 – Vol. 18, № 1. – P. 142-146.
5. Rosa AA., Primiano HP Jr., Nakashima Y. Pneumatic retinopexy and laser photocoagulation for treatment of optic disc pit detachment: case report // Arg Bras Oftalmol. – 2006. – Vol. 69, № 1. – P. 101-105.

Научно-практическая конференция с международным участием по офтальмохирургии

«ВОСТОК-ЗАПАД – 2012»



Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе научно-практической конференции с международным участием по офтальмохирургии

«Восток-Запад – 2012»

посвященной 85-летию Уфимского научно-исследовательского института глазных болезней, которая состоится 7-8 июня 2012 г. в Уфе.

Место проведения: Деловой центр столицы «Конгресс-холл» (Уфа, ул. Заки Валиди, 2)

Адрес института: 450077, г. Уфа, ул. Пушкина, 90

Тел.: (347) 273-51-08. **Факс:** (347) 272-08-52

Адрес сайта института: www.ufaeyeinstitute.ru

E-mail научной части: ufaeyenauka@mail.ru

Основные направления работы конференции:

1. «Живая хирургия»
2. Организация офтальмологической помощи
3. Хирургия роговицы и рефракционная хирургия
4. Диагностика и лечение глаукомы
5. Воспалительные заболевания глаз
6. Детская офтальмопатология
7. Новые технологии факэмульсификации катаракт
8. Витреоретинальные вмешательства
9. Травмы органа зрения. Реконструктивные и пластические операции

Материалы конференции будут изданы в виде сборника статей – бесплатно.

В рамках конференции «Восток-Запад 2012» будут проведены:

- Международные курсы по витреоретинальной хирургии, возрастной макулярной дегенерации и офтальмологическим проявлениям сахарного диабета;
- сателлитные симпозиумы, доклады и презентации;
- постерная сессия с проведением конкурса на лучшие стендовые доклады;
- выставка офтальмологического оборудования и инструментария.

ДОСТОВЕРНО ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИАБЕТА 2 ТИПА

Всего 1 таблетка в сутки
В любое удобное время

ТРАЙКОР 145 мг
ФЕНОФИБРАТ

Видимые эффекты терапии

● На **79%** замедляет
прогрессирование
диабетической
ретинопатии¹



Краткая инструкция по применению препарата Трайкор:

Трайкор (Tricor®) (МНН): фенофибрат. Регистрационный номер: ЛСР-002450/08. Фенофибрат (микронизированный) 145,0 мг. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Фармакотерапевтическая группа: гиполипидемическое средство – фибрат. Фармакологические свойства: Активируя рецепторы PPARα (альфа-рецепторы, активируемые пролифератором пероксисом), фенофибрат усиливает липолиз и выведение из плазмы атерогенных липопротеинов с высоким содержанием триглицеридов путем активации липопротеинлипазы и уменьшения синтеза апопротеина СIII. Активация PPAR-α также приводит к усилению синтеза апопротеинов AI и AII. Описанные выше эффекты фенофибрат на липопротеиды приводят к уменьшению содержания фракции липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП), к числу которых относится апопротеин B, и увеличению содержания фракции липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), к числу которых относятся апопротеины AI и AII. В ходе клинических исследований было отмечено, что применение фенофибрат снижает уровень общего холестерина на 20 - 25% и триглицеридов на 40 - 55% при повышении уровня ЛПВП-холестерина на 10 - 30%. У пациентов с гиперхолестеринемией, у которых уровень ЛПНП-холестерина снижается на 20 - 35% использование фенофибрат приводило к снижению соотношений: "общий холестерин/ЛПВП-холестерин", "ЛПНП-холестерин/ЛПВП-холестерин" и "Апо B/Апо AI", являющихся маркерами атерогенного риска. Применение препарата эффективно у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. Учитывая влияние фенофибрат на уровень ЛПНП-холестерин и триглицериды, применение препарата эффективно у пациентов с гиперхолестеринемией, как сопровождающейся, так и не сопровождающейся гипертриглицеридемией, включая вторичную гиперлипидотемию, например при сахарном диабете 2-го типа. Во время лечения фенофибратом могут значительно уменьшиться и даже полностью исчезнуть внесосудистые отложения холестерина. У пациентов с повышенным уровнем фибриногена отмечено значительное снижение данного показателя, так же как и у пациентов с повышенным уровнем Lp(a). Урикозурический эффект фенофибрат, приводит к снижению концентрации мочевой кислоты приблизительно на 25%. Показания к применению: гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия изолированная или смешанная (дислипидемия тип IIa, IIb, III, IV, V) у пациентов, для которых диета или другие немедикаментозные лечебные мероприятия (например, снижение веса или увеличение физической активности) оказались неэффективными, особенно при наличии связанных с дислипидемией факторов риска, таких как артериальная гипертония и курение. Для лечения вторичной гиперлипидотемию препарат применяется в тех случаях, когда гиперлипидотемию сохраняется несмотря на эффективной лечение основного заболевания (например дислипидемия при сахарном диабете). Противопоказания: повышенная чувствительность к фенофибрату или другим компонентам лекарственного средства; печеночная недостаточность (включая цирроз печени); тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина < 20мл/мин); возраст до 18 лет; наличие в анамнезе фотосенсибилизации или фототоксичности при лечении фибратами или кетопрофеном; заболевания желчного пузыря; период кормления грудью; врожденная галактоземия, фруктоземия; аллергическая реакция на арахис, арахисовое масло, соевый лецитин или родственные продукты в анамнезе. Способ применения: взрослые и пожилые пациенты: Таблетки Трайкора 145 мг следует проглатывать целиком, не разжевывая, запивая стаканом воды. Трайкор 145 мг можно принимать в любое время дня, независимо от приема пищи. Побочное действие: Боль в животе, тошнота, рвота, повышение сывороточных трансаминаз. Условия отпуска из аптек: по рецепту.

Полную информацию о препарате
см. в Инструкции по применению препарата Трайкор 145 мг

1. FIELD study investigators. Lancet 2007; 370: 1687-97

119334, Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5
Тел.: (495) 411-69-11; факс: (495) 411-69-10
E-mail: info@abbottproducts.ru
www.abbott-products.ru

Abbott
A Promise for Life