

# Первый опыт трансквитреальной хирургии центральной хориоретинальной дистрофии, осложненной экссудативной отслойкой сенсорной сетчатки и пигментного эпителия

Всесоюзный НИИ глазных болезней (дир. Минздрава СССР, Москва  
акад. АМН СССР проф. М.М. Краснов)

Заболевания сетчатки, протекающие с образованием в макулярной области отслоек нейроэпителия (ОНЭ) и отслоек пигментного эпителия (ОПЭ), прежде всего дистрофия Кунта-Юниуса, занимают одно из ведущих мест в структуре неизлечимой слепоты и слабовидения в развитых странах. Возможности лекарственной терапии при этой патологии очень незначительны [2]. Аргонлазерная коагуляция ОПЭ также существенно не меняет течение патологического процесса [3]. Серозные ОПЭ могут осложняться развитием ОНЭ, отложением в сетчатке и под ней липидных экссудатов, субретинальной неоваскулярной мембраной с рецидивирующими субретинальными геморрагиями. Несмотря на то, что в ряде публикаций [1, 4] указывается на положительное действие аргонлазерной коагуляции неоваскулярной мембраны, у большинства больных процесс достаточно скоро заканчивается формированием в области макулы плотного фиброваскулярного комплекса с утратой центрального зрения.

Нами была предпринята попытка разработать методику хирургического лечения ОПЭ и ОНЭ на фоне центральной хориоретинальной дистрофии. В настоящем сообщении приводятся результаты трансквитреального хирургического лечения центральной хориоретинальной дистрофии, осложненной ОПЭ и ОНЭ, у трех больных, у которых лекарственная и лазерная терапия была расценена как бесперспективная на фоне продолжающегося снижения зрительных функций.

## Техника операции

Подготовка операционного поля и мест введения в полость глазарабочих наконечников не отличалась от таковой при обычной трансклиарной задней витреоэктомии с применением витреотомагильотинного действия с отдельной подачей замещающей жидкости. Производили преретинальную витреоэктомию над областью центральной отслойки сетчатки, после чего с височной стороны ОНЭ визуально определяли место с наибольшим количеством субретинальных отложений или место наибольшего выстояния пузыря отслойки, в которых с помощью ножа Сато выполняли пункцию полости ОНЭ. С помощью легкого массажа обушком ножа Сато субретинальную жидкость через пункционное отверстие выводили в полость стекловидного тела. После этого, как правило, начинал контурироваться пузырь ОПЭ, который трансквитреально пунктировался с выведением содержимого на внутреннюю поверхность сетчатки, откуда оно легко аспирировалось витреотомом. Для более полного выведения субретинального экссудата иногда производили пункции в 3-4 местах. В конце операции в полость стекловидного тела вводили 0,6-0,8 см<sup>3</sup> воздуха и на 1-е сутки больному придавали положение «лицом вниз».

Больная Н., 1912 г.р. Зрение обоих глаз стало постепенно снижаться 15 лет назад, больше на левом глазу. Диагностированы центральная хориоретинальная дистрофия, начальная катаракта обоих глаз. Больная ежегодно получала курсы медикаментозного лечения во Всесоюзном НИИ глазных болезней, однако зрение продолжало снижаться. 4 мая 1987 г. острота зрения правого и левого глаза 0,01, не корригируется. На глазном дне правого глаза (рис. 1а) – обширная зона центральной отслойки сетчатки с большим количеством липидных интратретинальных и субретинальных отложений. На левом глазу – область макулы занимает плотный фиброваскулярный очаг с пигментными включениями. 22 июня на правом глазу произведена операция по описанной методике. В послеоперационном периоде отслойка сетчатки значительно уплостилась, стало существенно меньше субретинального экссудата. Однако зрительные функции остались без изменений. Через

1989  
г. **Столяренко  
Г.Е.**  
Д.М.Н.,  
профессор,  
генеральный  
директор  
[Центра  
диагностики  
и хирургии  
заднего  
отдела  
глаза](#)  
Впервые  
опубликован  
в  
журнале  
«Вестник  
офтальмолог  
№4

3 мес. сетчатка полностью прилегла к хориоидее, субретинального экссудата стало еще меньше (рис. 1б). Отмечено уменьшение площади центральной скотомы с повышением остроты зрения на 0,01. Через 6 мес. отмечено продолжение рассасывания субретинальных липидных отложений при стабилизации зрительных функций (рис. 1в).

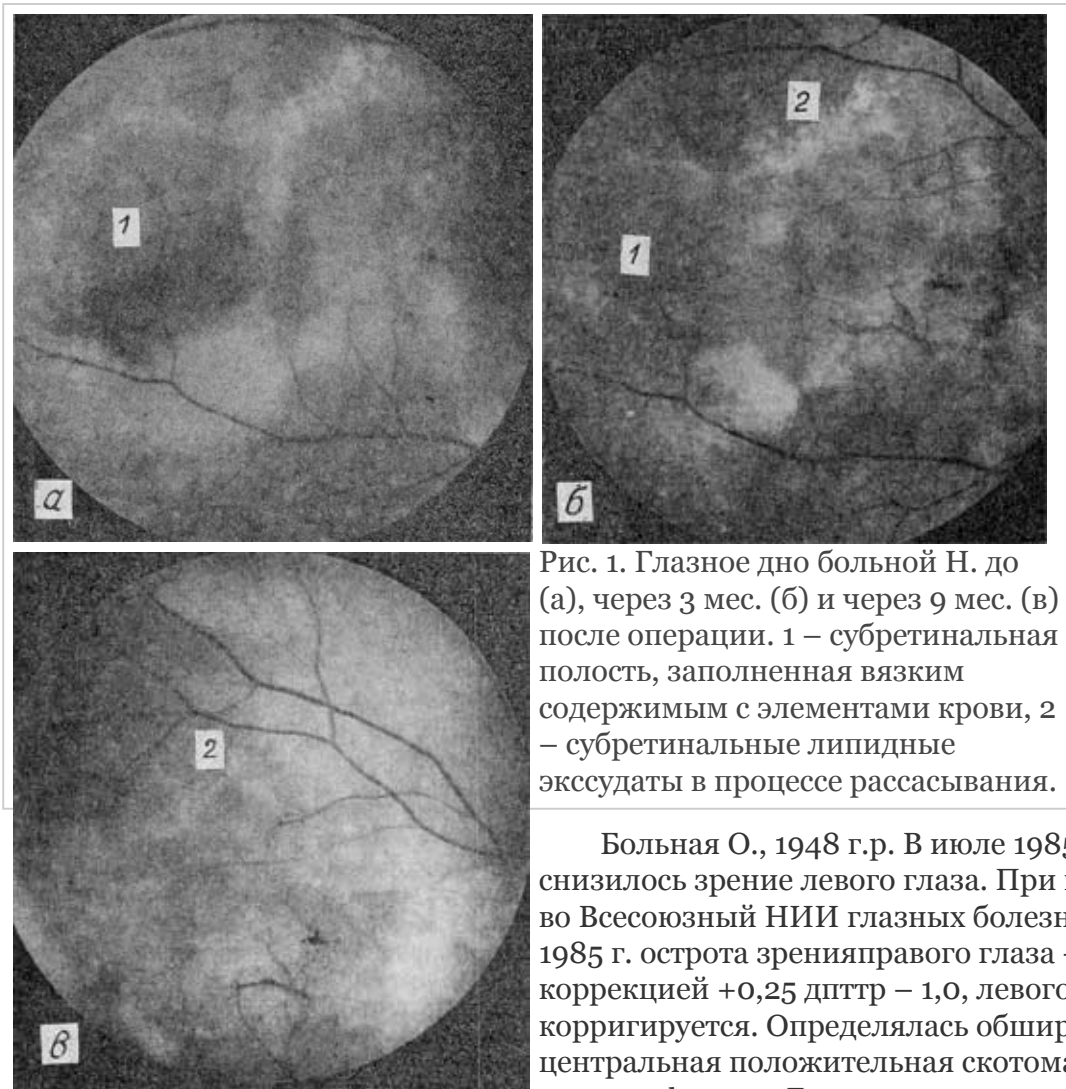


Рис. 1. Глазное дно больной Н. до (а), через 3 мес. (б) и через 9 мес. (в) после операции. 1 – субретинальная полость, заполненная вязким содержимым с элементами крови, 2 – субретинальные липидные экссудаты в процессе рассасывания.

Больная О., 1948 г.р. В июле 1985 г. внезапно снизилось зрение левого глаза. При поступлении во Всесоюзный НИИ глазных болезней в сентябре 1985 г. острота зрения правого глаза – 0,7 с коррекцией +0,25 дптр – 1,0, левого – 0,04, не корригируется. Определялась обширная центральная положительная скотома, выраженные метаморфозии. Был установлен диагноз – разрыв

сетчатки в макулярной области, центральная отслойка сенсорной сетчатки, ОПЭ (рис. 2а). Определялось также выраженное уплотнение заднегидалоидной мембраны над разрывом сетчатки. 17 сентября 1985 г. на левом глазу выполнена преретинальная витреоректомия над областью отслойки сетчатки. Через разрыв сетчатки стал хорошо виден туго натянутый купол ОПЭ. После его пункции было получено очень вязкое содержимое зеленоватого цвета. Через 2 недели ОПЭ и ОНЭ полностью прилегли (рис. 2б). Отмечено лишь перераспределение пигмента на месте бывшей ОПЭ; острота зрения левого глаза – 0,2, не корригируется. Через 2 года после операции на левом глазу – небольшая диспигментация в области фовеа, очень слабо контурируется разрыв сетчатки, полное хориоретинальное прилегание; острота зрения – 0,2, не корригируется (рис. 2в).

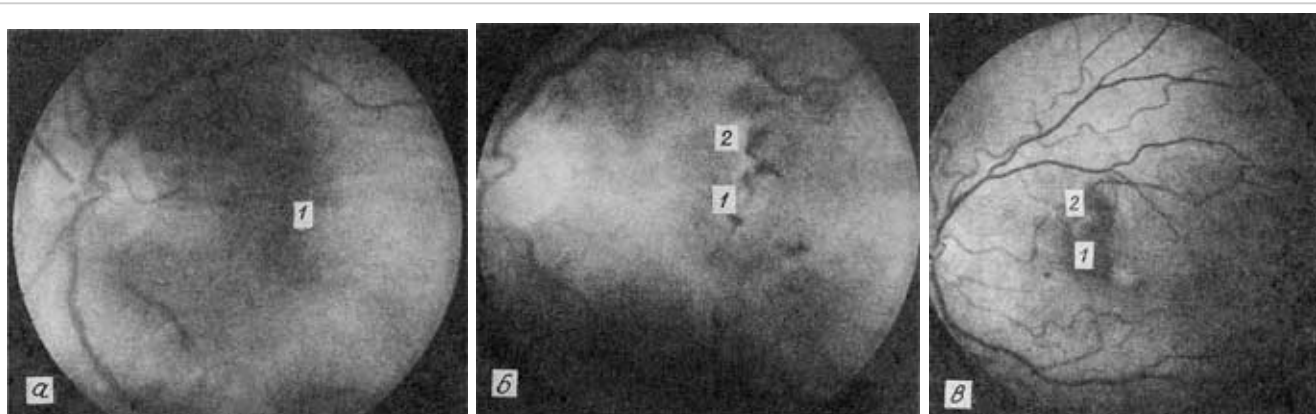


Рис. 2. Глазное днобольной О. до (а), через 2 недели (б) и через 2 года (в) после операции. 1 – слабоконтурирующийся разрыв сетчатки, 2 – участок сетчатки, на котором проецировалась ОПЭ.

Больная Л., 1937 г.р. В течение 23 лет страдает сахарным диабетомлегкого течения (инсулин не принимает). Зрение левого глаза стало снижаться 1,5 года назад. Больной проводилась аргонлазерная коагуляция сетчатки левого глаза, однако пигментированных коагулятов добиться не удалось. 23 января 1987 г. острота зренияправого глаза – 0,5, с коррекцией + 1,0 дптр – 1,0; левого глаза – 0,04, не корригируется. На глазном дне левого глаза – обширная зона центральной отслойки сетчатки с отложением большого количества интравитреальных и субретинальных экссудатов, отек сетчатки (рис. 3а), 10 декабря 1987 г. на левом глазу произведена операция по описанной методике. Получено вязкое зеленовато-желтое содержимое пузыря ОПЭ (жидкость под сенсорной сетчаткой существенно более жидкая). Через 2 недели – отслойка сетчаткизначительно меньше по площади и высоте, однако полностью не исчезла.

Зрительныефункции левого глаза не изменились. Через 1 мес. ОНЭ и ОПЭ полностью прилегли, острота зренияповысилась до 0,06. 28 апреля 1988 г. на месте бывшей ОПЭсформирован пигментированный очаг. Острота зрения левого глаза – 0,15. Ретинальные экссудаты продержають рассасываться (рис. 3б).

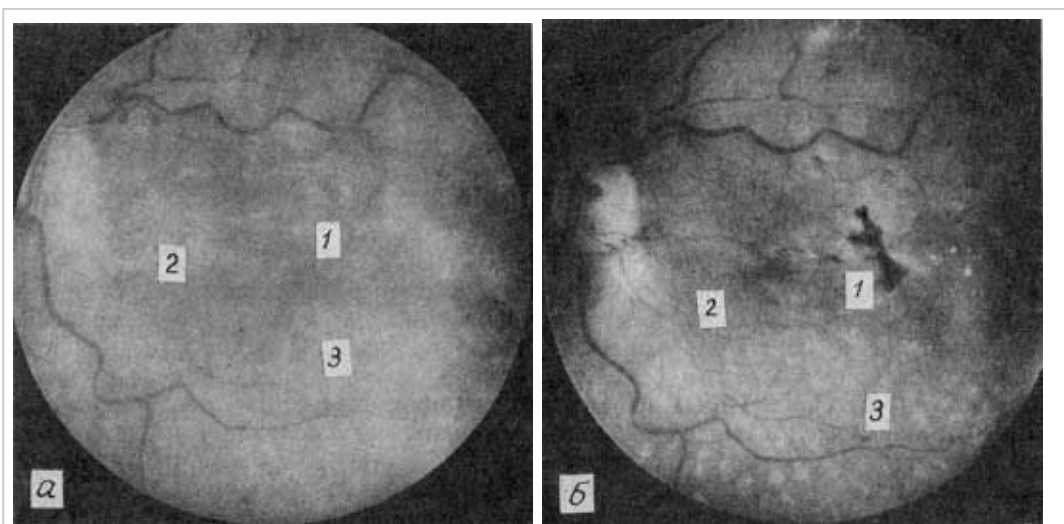


Рис. 3. Глазное дно больной Л. до (а) и через 14 мес (б) после операции. 1 – зона ОПЭ, 2 – субретинальные экссудаты в процессе рассасывания, 3 – участок сетчатки, на котором видны ранее нанесенные лазерные коагуляты сетчатки.

## Обсуждение результатов

В процессе развития сенильной макулярной дистрофии фаза серозной ОПЭ [5] представляет особый интерес. Она является как бы переходным периодом между этапом постепенного снижения остроты зрения и быстрым необратимым распадом центрального зрения. С одной стороны, ОПЭ может оставаться в стабильном состоянии достаточно долго, а при экстрафовеальной локализации даже практически не снижать остроту зрения. Более того, при естественном течении процесса у 19 % больных ОПЭ могут спонтанно прилегать [6]. С другой стороны, при отсутствии прилегания ОПЭ у 61,9 % пациентов в течение 1 года формируется субретинальная неоваскулярная мембрана [6] с резким снижением зрения. Если в этот период лечение обеспечивает прилегание ОПЭ, то, по данным тех же авторов, неоваскуляризация развивается лишь спустя годы, если же прилегание не достигается, то достаточно быстро, т. е. именно эта фаза течения центральной хориоретинальной дистрофии определяет судьбу больного. Есть мнение [7], что образование ОПЭ связано с накоплением перед мембраной Бруха продуктов фагоцитоза клеток пигментного эпителия. Можно представить, что, скапливаясь по каким-либо причинам в большом количестве на этой мембране в одном месте, указанные продукты, являясь высокомолекулярными соединениями, оказываются сильными осмотическими раздражителями для окружающих тканей и удерживают около себя воду, вызывая ОПЭ, увеличение ее размеров вплоть до разрыва стенки полости и в конечном итоге

рост новообразованных сосудов и соединительной ткани из хориоидеи в качестве защитной биологической реакции организма. В таком случае удаление из под пигментного эпителия этого источника осмотического раздражения до начала неоваскуляризации может являться в принципе патогенетически ориентированным методом лечения центральной хориоретинальной дистрофии и, возможно, других заболеваний сетчатки, протекающих с образованием интравитреальных и субретинальных полостей, в частности сопровождающихся отложением большого количества липидных и прочих экссудатов, также являющихся осмотически активной субстанцией.

Выраженная вязкость экссудата под ОПЭ, выявленная в ходе операции, делает проблематичной возможность иного, кроме механического, способа выведения этого экссудата из зоны отслойки, например путем перфорации сенсорной сетчатки и пигментного эпителия энергией ИАГ-лазера, хотя в принципе на ранних стадиях, при небольших неосложненных ОПЭ, это, вероятно, и может дать положительный эффект.

Очень интересен и пока непонятен факт продолжения рассасывания экссудата из-под сетчатки спустя месяцы после операции.

Таким образом, операция транзитреальной эвакуации субретинального и субпигментного экссудата по мере ее технического совершенствования может занять определенное место в системе лечебных мероприятий при таком тяжелом заболевании, как центральная хориоретинальная дистрофия.

## Литература

1. Иванишко Ю.А. // Вестник офтальмологии– 1983.– № 5,– С . 42–44.
2. Argon laser photocoagulation for the senile macular degeneration // Arch. Ophthalmology– 1982.–Vol. 100.–P. 6–18.
3. Braunstein R.A., Gass J.D.M. // Amer. J. ophthalmology–1979.–Vol. 88.–P. 652–660.
4. Gass J.D.M. // Ibid.– 1967.– Vol. 63.– P. 617–644.
5. Havender W.H., Benes S. C // Ann. Ophthalmology– 1986.– Vol. 18.– P. 271–272.
6. Но P. C, Namperumalsamy P., Pruett R. C // Ibid.– 1984.–Vol. 16.–P. 271–272.
7. Retinal pigment epithelial detachments in the elderly // Brit. j. Ophthalmology– 1982.– Vol. 66,– P. 1 – 16.

Поступила 22.04.1988 г.

G.E. Stolyarenko. Transvitreal surgery of central chorioretinal dystrophy, complicated with exudative detachment of the sensor retina and pigmented epithelium: the first experience

**Summary.** Transvitreal removal of viscous exudates from under the detached sites of the pigmented epithelium and sensor retina results in a gradual stable adjoining of these sites, associated with improvement of the visual function, this improvement depending on the period of the existence of a central retinal detachment. Intra and sub retinal solid exudates resolve within several months post operation.