

УДК 617.736–001.4–003.215–031.4–085

Лечение макулярного разрыва и субмакулярного кровоизлияния, наблюдающихся на одном том же глазу

В. С. Асланова, Т. А. Красновид

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова НАМН Украины»

Мета. Показати ефективність малоінвазивної хірургії при субмакулярному крововиливі та макулярному розриві, які спостерігаються у хворого в одному і тому ж оці.

Матеріал і методи. Для лікування двох хворих з наявністю травматичного субмакулярного крововиливу та макулярного розриву в одному і тому ж оці, було застосовано запропонований авторами малоінвазивний метод лікування, який полягає в інтравітреальному введенні 0,6 мл C3F8.

Результати. В обох випадках спостерігалось закриття макулярного розриву та зміщення субмакулярного крововиливу в нижні відділи очного дна. При контрольному обстеженні через 4 роки та 12 місяців в обох випадках зберігаються стабільні анатомо-функціональні результати з підвищенням гостроти зору до 0,14 в першому та до 1,0 в другому випадку відповідно. Дані підтверджені ОКТ

Висновок. Здійснене малоінвазивне втручання дало можливість досягти на одному і тому ж оці повного зміщення субмакулярного крововиливу з макулярної ділянки та закриття макулярного розриву. Ефективність здійсненого втручання підтверджена даними ОКТ.

Переваги такого малоінвазивного втручання в тому, що воно являється більш щадним, дозволяє уникнути інтраопераційних ускладнень, які можливі при інтравітреальних маніпуляціях під час проведення вітректомії, а також впливу тканевого активатора плазміногену у випадку його застосування. Проведення запропонованого втручання не потребує дорогоцінного обладнання, а соціально-медична реабілітація настає в більш короткі строки, що є важливою перевагою в економічному плані.

Ключевые слова: субмакулярные кровоизлияния, макулярные разрывы малоинвазивный метод лечения

Ключові слова: субмакулярний крововилив, макулярний розрив, малоінвазивний метод лікування

The treatment of the submacular hemorrhage and macular hole in the same eye

Aslanova VS, Krasnovid TA

SI «The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy NAMS of Ukraine», Odessa

Purpose. To show efficiency minimal invasive surgery in the submacular hemorrhage and macular hole in the same eye.

Material and methods. The treatment was undertaken in the 2 patients. For the treatment was employment intravitreal introduction 0,6 ml C3F8

Results. In the both cases we observed closing of the macular hole and displacement of submacular hemorrhage.

Conclusion. Advantages of this method: miniinvasion, prevents complication associated with PPV

Ключевые слова: submacular hemorrhage, macular hole, treatment

Введение. Проблема лечения больных с субмакулярными кровоизлияниями (СМК) и макулярными разрывами (МР), являющимися причиной резкого снижения центрального зрения, вплоть до его необратимой потери, продолжает оставаться актуальной [1, 2, 4]. Применение современных технологий витреоретинальных вмешательств (ВРВ)

позволяет в значительном проценте случаев добиться положительных результатов как при СМК, так и при МР. Имеющиеся в литературе сведения касаются лечения каждой из указанных патологий в

© В. С. Асланова, Т. А. Красновид, 2013

отдельности. Однако выполнение ВРВ, требующих использования дорогостоящего оборудования, сопряжено с риском развития в ряде случаев серьезных интра- и послеоперационных осложнений — как при СМК, так и при МР [1, 4].

Цель данного сообщения представить эффективность малоинвазивной хирургии при СМК и МР, наблюдающихся в одном и том же глазу.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились два больных с наличием СМК и МР в одном и том же глазу, для лечения которых была успешно применена предложенная нами методика [3].

Случай № 1. Больная С., 25 лет, обратилась в отдел посттравматической патологии глаз ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова НАМН Украины» 27.04. 2009 года с диагнозом: Контузия левого глазного яблока. Субмакулярное кровоизлияние. Макулярный разрыв. Разрыв сосудистой оболочки. Офтальмогипертензия.

В анамнезе удар по левому глазу 31.03. 2009 «выстрелившей» пробкой при открывании бутылки с шампанским. При поступлении острота зрения левого глаза — 0,01 не корр. При офтальмоскопии: субмакулярное кровоизлияние, МР, подтвержденные данными ОКТ, центрально расположенный разрыв сосудистой оболочки. Периферические разрывы сетчатки, а также тракции стекловидного тела отсутствуют.

Внутриглазное давление 18 мм рт. ст. по Маклакову (под 0,5 % арутимолом 2 раза в день).

На правом глазу — миопия слабой степени. Острота зрения правого глаза 0,3 с корр. — 1,0 = 0,8. Преломляющие среды и глазное дно без видимых патологических изменений. Внутриглазное давление 18 мм рт. ст. по Маклакову.

29.04.09 под эпibuльбарной инстилляционной анестезией 0,5 % раствором алкаина по разработанной нами методике [3] произведено интравитреальное введение 0,6 мл СЗФ8.

При осмотре на следующий день и при выписке глаз спокойный, в витреальной полости газ.

Случай № 2. Больной Ш-ко, 25 лет, поступил на стационарное лечение в отдел витреоретинальной и лазерной хирургии института им. акад. В. П. Филатова 31.01.12 года с диагнозом: Контузия глазного яблока с разрывом склеры. Макулярный разрыв. Субмакулярное кровоизлияние. В анамнезе удар по глазу крючком багажной сумки. По месту жительства на следующий день после травмы была произведена первичная хирургическая обработка разрыва склеры. Острота зрения при поступлении — 0,1 не корр. Офтальмоскопически: макулярный разрыв, субмакулярное кровоизлияние, подтвержденные данными ОКТ (Рис.1). Тракции стекловидного тела, а также периферические разрывы сетчатки отсутствуют.

Под эпibuльбарной инстилляционной анестезией 0,5 % раствором алкаина по предложенной нами методике произведено интравитреальное введение 0,6 мл СЗФ8. При осмотре на следующий день глаз спокойный, в витреальной полости газ. Кровоизлияние из макулярной области почти полностью сместилось книзу от макулы.

При контрольном осмотре через 2 месяца в обоих случаях наблюдается закрытие МР. В смещенном книзу от макулы сустке кровоизлияния видны отложения фибрина. Острота зрения повысилась до 0,12 в первом и до 0,7 во втором случае.

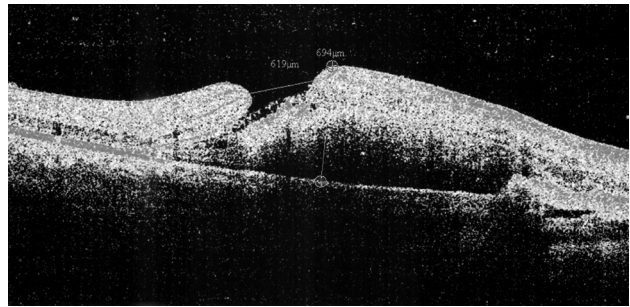


Рис 1. Больной Ш-ко. ОКТ при поступлении. Визуализируется макулярный разрыв с расхождением краёв до 619 мкм, субмакулярное кровоизлияние



Рис. 2. ОКТ больного Ш-ко через 6 мес. Макулярный разрыв закрыт. Кровоизлияние из субмакулярного пространства смещено книзу

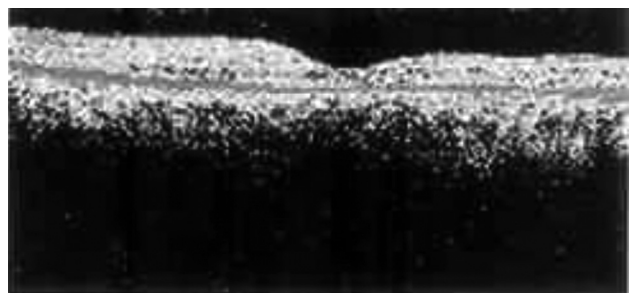


Рис. 3. ОКТ этого же больного через 12 мес.

При осмотре через 6 месяцев острота зрения повысилась до 0,14 в первом и до 1,0; при исследовании на ОКТ сохраняется полное закрытие МР (рис 2.).

В обоих случаях при осмотре через 4 года и 12 месяцев соответственно сохраняются стабильные анатомо-функциональные результаты. На ОКТ МР закрыт. (рис.3).

Обсуждение полученных результатов

В литературе имеется лишь одно сообщение, касающееся одномоментного лечения СМК и МР в одном и том же глазу у двух больных [6]. У одного из них СМК развилось на фоне возрастной макулодистрофии, а МР — в результате субретинального введения тканевого активатора плазминогена. У второго пациента причиной СМК был разрыв ретинальной артериальной макроаневризмы; МР был обнаружен после пилинга внутренней пограничной мембраны, прикрывающей СМК. В обоих случаях

была произведена витрэктомия, субретинальная инъекция тканевого активатора плазминогена, газовая тампонада. У первого больного с возрастной макулодистрофией после смещения СМК из макулярной области и закрытия МР для лечения хориоидальной неоваскуляризации была применена фотодинамическая терапия. Спустя 7 месяцев острота зрения равнялась 0,1.

У второго больного была произведена витрэктомия в комбинации с факоэмульсификацией и имплантацией ИОЛ. Спустя 4 месяца после вмешательства острота зрения улучшилась с 0,05 до 0,1

Заключение

Особенность представленных нами случаев в том, что у больных с наличием травматического МР и СМК на одном и том же глазу применена малоинвазивная хирургия в виде интравитреального введения 0,6 мл СЗФ8, оказавшаяся эффективной, как в плане дислокации СМК из области макулы, так и в плане закрытия МР. В первом случае вмешательство сопровождалось значительным повышением остроты зрения; во втором — полным его восстановлением. Неполное восстановление зрения в первом случае обусловлено наличием центрально расположенного разрыва сосудистой оболочки.

Литература

1. **Асланова В. С., Красновид Т. А.** Субмакулярные кровоизлияния (клиника, диагностика, лечение). — Одесса: Астропринт, 2010. — 176 с.
2. **Красновид Т. А.** О клинике и лечении посттравматических макулярных разрывов // Офтальмол. журн. — 2003. — № 3. — С.54–59.
3. **Логай І. М., Красновид Т. А., Родін С. С., Асланова В. С.** Спосіб хірургічного лікування субмакулярних крововиливів. — Декл. Патент України 55160 А від 17.03. 2003.
4. **Нероев В. В., Гундорова Р. А., Рябина М. В., Андреев А. А.** Опыт лечения посттравматических макуляр-

Предпринятое нами малоинвазивное вмешательство в виде интравитреального введения 0,6 мл СЗФ8 позволило у обоих больных добиться одномоментного полного смещения СМК из области макулы и закрытия МР, наблюдавшихся в одном и том же глазу. Наличие МР и СМК в одном и том же глазу, а также эффективность предпринятого вмешательства подтверждены данными ОКТ.

Преимуществом предпринятого нами малоинвазивного вмешательства, заключающегося в интравитреальном введении СЗФ8, при наличии СМК и МР в одном и том же глазу в том, что оно является более щадящим, позволяет избежать интраоперационных осложнений, возможных при интравитреальных манипуляциях во время проведения витрэктомии, а также связанных с действием тканевого активатора плазминогена (в случае его применения).

Для проведения рекомендуемого нами вмешательства не требуется применения дорогостоящей аппаратуры, а социально-медицинская реабилитация больных происходит в более короткие сроки, что является важным преимуществом в экономическом плане.

При применении предлагаемого нами метода необходимо убедиться в отсутствии периферических разрывов сетчатки и тракций стекловидного тела.

- ных разрывов // Росс. офтальмол. журн. — 2009. — № 1.
5. **Родин С. С., Асланова В. С., Красновид Т. А.** Эффективность пневматической дислокации субмакулярных кровоизлияний различной этиологии, без тканевого активатора плазминогена // Офтальмохирургия. — 2008. — № 2. — С.14–19.
6. **Bakri S. J., Sears J. E., Lewis H.** Management of macular hole and submacular hemorrhage in the same eye // Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. — 2007, Apr; 245(4). — P. 609–611.

Поступила 07.11.2013

References

1. **Aslanova VS, Krasnovid TA.** Submacular hemorrhages (clinic, diagnostics, and treatment). Odessa: Astroprint; 2010. 176 p.
2. **Krasnovid TA.** On clinic and treatment of post traumatic macular breaks. Ophthalmol Zh. 2003; 3: 54–9.
3. **Logai IM, Krasnovid TA, Rodin SS, Aslanova VS.** A method of surgery for submolecular hemorrhages. Decl. Patent of Ukraine 55160 A from 17.03.2003.
4. **Neroev VV, Gundorova RA, Ryabina MV, Andreev AA.** The experience of treatment for post traumatic

- macular breaks. Rossiiskii Oftalmologicheskii Zhurnal. 2009;1.
5. **Rodin SS, Aslanova VS, Krasnovid TA.** The effectiveness of the pneumatic dislocation of submacular hemorrhages of different etiologies without tissue plasminogen. Oftalmokhirurgiiia. 2008; 2: 14–9.
6. **Bakri SJ, Sears JE, Lewis H.** Management of macular hole and submacular hemorrhage in the same eye. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2007 Apr; 245(4): 609–11.

Received 07.11.2013