

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент, Козина Е.В.

Реферат

Тема: Регматогенная отслойка сетчатки

Выполнила: Осипова Т.А.,
ординатор 1 года обучения

Проверила: Козина Е.В.,
зав.кафедрой, д.м.н., доцент

Красноярск, 2020

Отслойка сетчатки -это отделение слоя нейросенсорных клеток сетчатки от нижележащего слоя пигментного эпителия. Выделяют 3 вида отслойки сетчатки: регматогенную (связанную с ее разрывом), тракционную и серозную (экссудативную). Тракционная и серозная отслойки сетчатки не связаны с разрывом и называются нерегматогенными.

Регматогенная отслойка встречается наиболее часто. Выделяют следующие факторы риска:

- Миопия
- Предшествующее хирургическое лечение катаракты
- Травма глаза
- Решетчатая дегенерация сетчатки
- Отслоение сетчатки в семейном анамнезе

Тракционная отслойка может возникать при натяжении в области витреоретинальных сращений, образующихся при пролиферативной диабетической или серповидно-клеточной ретинопатии.

Серозная отслойка возникает при трансудации жидкости в субретинальное пространство. Причины включают тяжелый увеит, особенно при болезни Фогта – Каянаги – Харада, хориоидальные гемангиомы, а также первичный или метастатический рак сосудистой оболочки глаза

Регматогенная отслойка сетчатки

Первичная регматогенная отслойка сетчатки (РОС) – тяжелое заболевание, характеризующееся скоплением субретинальной жидкости через разрыв сетчатки между нейросенсорными слоями и подлежащим пигментным эпителием и требующее срочного хирургического лечения. Без проведения операции РОС приводит к полной необратимой слепоте.

Этиология и патогенез

Ведущая роль в возникновении РОС принадлежит периферическим витреохориоретинальным дистрофиям (ПВХРД), среди которых выделяют наиболее опасные: решетчатая дистрофия, изолированные разрывы сетчатки и ретиношизис.

Основной патогенетический фактор в развитии РОС – разрыв или отрыв сетчатки от зубчатой линии, через которые поступает жидкость из разжиженного СТ в субретинальное пространство. Разрыв формируется действием динамической витреоретинальной тракции при наличии дистрофий сетчатки, при миопиях разных степеней, а также вследствие травмы. Регматогенная отслойка сетчатки обычно сочетается с острой задней отслойкой сетчатки. Даже при наличии разрыва сетчатки отслойка не произойдет, если нет тракции и деструкции стекловидного тела

Классификация

По площади распространенности РОС выделяют: локальную (1 квадрант), распространенную (2 квадранта), субтотальную (3 квадранта) и тотальную (4 квадранта)

По высоте - плоская, высокая и пузыревидная.

По давности заболевания: свежая, несвежая и старая.

По отношению к макулярной зоне: с захватом макулярной области и без захвата макулярной области.

Так как РОС всегда сопровождается развитием пролиферативной витреоретинопатии (ПВР), в 1983 на заседании The Retina society Terminology Committee была принята **классификация ПВР**.

В настоящее время используется **классификация ПВР**, предложенная R.Machemer et al в 1991г., в которой выделяют переднюю и заднюю ПВР в зависимости от ее анатомической локализации по отношению к задней границе витреального базиса (таблица 1) [2].

Таблица1 - Классификация ПВР

Степень	Локализация	Характерные изменения	
А	Стекловидное тело	Пигментные гранулы, располагающиеся преимущественно в нижних отделах	
В	Поверхность сетчатки	Сморщивание внутренних слоев сетчатки, заворачивание краев разрыва, извитость сосудов, снижение подвижности сетчатки и стекловидного тела	
С	Позади Экватора	Фокальный тип (СР-I)	Звездчатая складка сетчатки
		Диффузный Тип (СР-II) (1-12)*	Множественные звездчатые складки сетчатки, окружающие ДЗН, иногда закрывая его
	Позади или кпереди от Экватора	Субретинальный тип (III) (1-12)*	Пролиферация под сетчаткой вокруг ДЗН
	Кпереди от Экватора	Круговой тип (СА-IV) (1-12)*	Контракция вдоль заднего края основания

			ст. тела, сетчатка натягивается к центру, формируя радиальные складки
		Переднее смещение (CA – V)	Основание ст. тела натянута кпереди, периферическая часть сетчатки вогнута в виде желоба, цилиарные отростки деформированы, гипотония

*- распространение патологического процесса выражается по количеству часовых меридианов от 1 до 12.

Клиническая картина

Появление «вспышек» или фотопсий, возникающих при задней отслойке стекловидного тела, может явиться предвестниками развития РОС. При прохождении разрыва сетчатки по сосуду развивается гемофтальм различной интенсивности: от частичного до тотального. При локальной отслойке сетчатки, особенно в нижней половине глазного дна, заболевание может протекать бессимптомно. При распространении отслойки сетчатки на большей площади появляются жалобы на выпадение в поле зрения с последующим резким снижением остроты зрения. При РОС отмечается снижение ВГД в среднем на 5 мм рт ст, однако бывают случаи снижения ВГД до 6-7 мм рт ст. При офтальмоскопии отслойка сетчатки имеет выпуклую поверхность, нечеткие границы, рисунок сосудистый не дифференцируется. При движении глаза в случаях свежих отслоек сетчатка подвижная, при «старых» ригидных отслойках сетчатка не меняет свою конфигурацию.

Разрывы сетчатки офтальмоскопируются, как ярко-красные дефекты различной формы и размеров, как одиночные, так и множественные. При локализации разрывов в верхней половине глазного дна отслойка сетчатки распространяется быстро книзу, захватывая макулярную область. При нижних разрывах отслойка сетчатки медленно прогрессирует по площади и в таких случаях часто отграничивается мощным отложением пигмента, формируя линию самоотграничения. При длительно существующих отслойках сетчатки возможно развитие вторичных дистрофических изменений, таких как пигментные и атрофические очажки, интравитреальные фиброзные изменения.

Диагностика

Тщательный сбор анамнеза, при котором надо учитывать:

1. жалобы больного, длительность их существования, связь с физической нагрузкой;
2. наличие миопии, особенно высокой степени;
3. наличие ПВХРД и проведение ЛК в анамнезе;
4. наличие РОС на парном глазу;
5. наличие афакии или артификакии;
6. профессиональная деятельность больного;
7. наличие РОС у ближайших родственников.

Первыми симптомами формирующегося разрыва сетчатки являются фотопсии («вспышки света», «молнии», «искры»), появляющиеся за счет задней отслойки стекловидного тела (ЗОСТ). Если разрыв сетчатки проходит через ретинальный сосуд, у больного появляются жалобы на плавающие помутнения за счет частичного гемофтальма. Эти жалобы являются очень важными, так как на этом этапе заболевания возможно проведение отграничительной лазеркоагуляции сетчатки (ЛК) вокруг разрыва, что предотвращает в дальнейшем развитие РОС.

При развитии РОС появляются жалобы на «завесу» или выпадение в поле зрения, однако возможно сохранение высокой остроты зрения, если РОС не распространилась на макулярную зону. Резкое снижение зрения свидетельствует о распространении РОС на центральную часть глазного дна.

Инструментальная диагностика

Рекомендуется провести традиционное комплексное офтальмологическое обследование, включающее визометрию, рефрактометрию, тонометрию, периметрию, биомикроскопию, прямую и непрямую бинокулярную офтальмоскопию, осмотр глазного дна с 3-х зеркальной линзой Гольдмана, с линзами 60Д, 78Д и 90Д.

Проводится ультразвуковое исследование (УЗИ) для исключения объемного образования хориоидеи, а при помутнении преломляющих сред глаза – для определения площади, высоты и конфигурации РОС.

Рекомендуется провести электрофизиологические методы исследования (ЭФИ) при отсутствии предметного зрения, при «старых» РОС для решения вопроса о целесообразности проведения операции и прогноза зрительных функций после лечения.

Лечение

При локальных отслойках сетчатки рекомендуется проведение отграничительной лазеркоагуляции сетчатки. При локальных плоских РОС

преимущественно в нижних отделах глазного дна с маленьким разрывом сетчатки возможно проведение ЛК вдоль границ отслойки сетчатки в 3 ряда в шахматном порядке. Если при динамическом наблюдении выявляется распространение РОС за пределы лазеркоагулятов, повторно ЛК не проводится, а больной направляется на оперативное лечение.

При РОС проводятся следующие методы оперативного лечения: эписклеральные, интравитреальные и комбинированные (эписклеральные в сочетании с интравитреальными вмешательствами).

Операции проводятся под: тотальной внутривенной анестезией или комбинированным эндотрахеальным наркозом или комбинированным ингаляционным наркозом (в том числе с применением ксенона).

Эписклеральные операции: локальное эписклеральное пломбирование, круговое эписклеральное пломбирование и их сочетание - показаны при РОС в сочетании с ПВР «С2» включительно. Данный вид вмешательства осуществляется с помощью специальных силиконовых жгутов и пломб разных диаметров, губчатое вещество которых позволяет моделировать пломбы необходимых размеров и формы.

Показания к проведению кругового эписклерального пломбирования

1. РОС с множественными разрывами сетчатки небольших размеров в разных квадрантах глазного дна.
2. РОС на афакичном/артифакичном глазу, когда затруднен осмотр периферических отделов глазного дна или когда осмотр периферических отделов глазного дна затруднен из-за преломляющих сред.

Показания к проведению локального эписклерального пломбирования:

1. Ограниченная или обширная РОС сетчатки с одиночным разрывом;
2. РОС с двумя и более разрывами в смежных квадрантах глазного дна;
3. РОС с отрывом её от зубчатой линии.

Показания к круговому и локальному эписклеральному пломбированию склеры:

1. РОС с множественными разрывами разных размеров, в разных квадрантах глазного дна;
2. РОС с разрывами, расположенными в одном квадранте, но на разном расстоянии от лимба.

Показания к интравитреальным операциям:

1. РОС в сочетании с ПВР стадии «С3» - «Д3».

2. РОС с множественными или большими, или гигантскими разрывами, которые не могут быть блокированы локальным пломбированием из-за их размеров, а также выраженной ПВР.

В послеоперационном периоде проводится местная и системная противовоспалительная терапия по утвержденным стандартам.

Рекомендовано соблюдение полупостельного режима в течении первого месяца после операции, проведение местной противовоспалительной терапии, ограничение физической нагрузки.

Кратность осмотров определяется индивидуально в зависимости от течения заболевания. Обязательно диспансерное наблюдение пациентов, перенесших операцию по поводу РОС, у офтальмолога по месту жительства для раннего выявления новых зон периферических витреохориоретинальных дистрофий (ПВХРД), рецидива РОС, проведения необходимых мероприятий.

Литература

Федеральные клинические рекомендации «Регматогенная отслойка сетчатки». Москва – 2015

Офтальмология : иллюстрированное руководство / Питер К. Кайзер, Нил Дж. Фридмэн, Роберто Пинеда ; пер. с англ. Под ред. Х.П.Тахчиди. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 784 с. : ил.

Kanski's Clinical Ophthalmology. A systematic approach. 9th edition/John F. Salmon - 2020, Elsevier Limited. ISBN: 978-0-7020-7711-1

Атлас по офтальмологии <https://www.atlasophthalmology.net/frontpage.jsf>