Современные технологии в офтальмологии

Научно-практический журнал

№ 1 (26) / 2019 г.

Современные технологии лечения витреоретинальной патологии

cover_166x275_2018.indd 1 20.03.19 12:09

DOI: https://doi.org/10.25276/2312-4911-2019-1-145-146

П шт ев Н.П.[1, 2, 3], Поздеев Н.А.[1, 2],Зотов В.В.[1]

Клинический случ й использов ния бог той тромбоцит ми пл змы при хирургическом лечении миопического фовеошизис

[1] *ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия гл з » им. к д. С.Н. Федоров » Минздр в России, Чебокс рский фили л;*

[2] *АУ ЧР «Институт усовершенствов ния вр чей»;*

[3] *ФГБУ ВПО «Чув шский госуд рственный университет им. И.Н. Ульянов »*

Pashtayev N.P.[1, 2, 3], Pozdeyeva N.A.[1, 2], Zotov V.V.[1]

Clinical case of the use of platelet-rich plasma in the surgical treatment of myopic foveoschisis

[1] *Eye Microsurgery Institution named by academician S. Fyodorov, Cheboksary;*

[2] *The Institute of Advanced Medical Training of the Ministry of Health and Social Development of the Chuvash Republic, Cheboksary;*

[3] *The I. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary*

РЕФЕРАТ

Акту льность. Миопический фовеошизис все ч ще призн ется в к честве одной из основных причин потери зрения в гл з х с высокой миопией. Несмотря н р зличные методики опер тивного лечения миопического фовеошизис , нет техники, д ющей высокий процент фовеолярной репл нт - ции.

Цель. Оценк возможности применения бог - той тромбоцит ми пл змы при хирургическом лечении миопического фовеошизис .

М тери л и методы. Под н блюдением н ходил сь п циентк З., 50 лет, с миопическим фовеошизисом, р спростр няющимся з зону сосудистых рк д. М ксим льно корригиров нн я острот зрения (МКОЗ) при поступлении сост вил 0,005, длин оси гл з 32,34 мм, ВГД 18 мм рт.ст. Толщин м кулярной сетч тки по д нным ОСТ сост вил 1200 мкм. Проводил сь ст нд ртн я трехпортов я витрэктомия 25G с введением в субретин льное простр нство бог той тромбоцит ми пл змы.

Результ ты. Через 1 мес. после витреоретин льной хирургии по д нным ОКТ отмечено отсутствие р сслоения сетч тки в фовеолярной обл сти, толщин сост вил 250 мкм. Н блюд лось лок льное утолщение сетч тки в зоне нижней сосудистой рк ды. МКОЗ сост вил 0,05.

Выводы. Использов ние бог той тромбоцит - ми пл змы при хирургическом лечении миопического фовеошизис является эффективным и безоп сным методом лечения и позволяет сохр нить и повысить центр льную остроту зрения. Отд ленн я эффективность метод может быть оценен при увеличении срок н блюдения и количеств вмеш тельств.

Ключевые слов : *миопический фовеошизис, бог т я тромбоцит ми пл зм .*

Акту льность

Миопический фовеошизис (МФ) все ч ще призн ется в к честве одной из основных причин потери зрения в гл з х с высокой миопией [1-3]. Термин «миопический фове льный ретиношизис» был введен Takano M. в 1999 г. для опис ния р сщепления внутренних слоев м кулы у п циентов с миопией высокой степени и з дней ст филомой склеры [8]. Хотя подобное з болев ние было опис но еще Phillips C. в 1958 г., общее призн ние осложнения высокой миопии в виде фовеошизис пришло с появлением оптической когерентной томогр фии

(ОСТ) [7]. Хирургические методы лечения МФ в основном включ ют трехпортовую витрэктомию 25G с или без пилинг внутренней погр ничной мембр ны (ВПМ), т кже с или без г зо-воздушной т мпон ды [9]. Ряд второв в своих сообщениях пок з ли, что после уд ления тр кций стекловидного тел и ВПМ определенные ф кторы могут стимулиров ть д льнейшее р звитие фовеошизис [4-6]. З дняя ст филом склеры счит ется одним из н иболее в жных ф кторов, ответственных з рецидив МФ. Несмотря н р зличные методики опер тивного лечения МФ, нет техники, д ющей высокий процент фовеолярной репл нт ции.

Цель

Оценк возможности применения бог той тромбоцит ми пл змы при хирургическом лечении миопического фовеошизис .

М тери л и методы

Под н блюдением н ходил сь п циентк З., 50 лет, с МФ, р спростр няющимся з зону сосудистых рк д. Сопутствующ я офт льмологическ я п тология был предст влен ф кией, ст филомой склеры и миопической хориоретин льной дистрофией. Р нее п циентке был выполнен ф коэмульсифик ция к т р кты без импл нт ции ИОЛ. Н ряду с тр диционными метод ми обследов ния выполняли спектр льную оптическую когерентную томогр фию н приборе RTVue – 100 CA (Optovue Inc., США). М ксим льно корригиров н н я острот зрения (МКОЗ) при поступлении сост вил 0,005, длин оси гл з 32,34 мм, ВГД 18 мм рт.ст. Толщин м кулярной сетч тки по д нным ОСТ сост вил 1200 мкм.

Непосредственно перед опер цией готовили бог тую тромбоцит ми пл зму (БТП) путем центрифугиров ния крови п циент . Проводил сь ст нд ртн я трехпортов я витрэктомия 25G, послойное уд ление з днеги лоидной и внутренней погр ничной мембр н после их предв рительного окр шив ния. В верхне-височной обл сти в зоне введения БТП проводили лок льный пилинг ВПМ. К сетч тке подводил сь игл 41G и под д влением в субретин льное простр нство вводил сь БТП в количестве 0,1-0,2 мл. Опер ция з верш л сь пневморетинопексией. П циентке непосредственно после опер ции н зн ч лось вынужденное положение головы «вниз лицом».

Результ ты

В р ннем послеопер ционном периоде у п циентки отмеч лось уменьшение ретин льного отек , ч стичное восст новление н томического профиля фове льной обл сти. МКОЗ увеличил сь с 0,005 до 0,05. Субъективно п циентк отмеч л снижение мет морфопсий и повышение контр стной чувствительности. Через 1 мес. после витреоретин льной хирургии по д нным ОКТ отмечено отсутствие р сслоения сетч тки в фовеолярной обл сти, толщин сост вил 250 мкм. Н блюд лось лок льное утолщение сетч тки в зоне нижней сосудистой рк ды. МКОЗ сост вил 0,05, ВГД – 16 мм рт.ст.

З ключение

Использов ние бог той тромбоцит ми пл змы при хирургическом лечении миопического фовеошизис является эффективным и безоп сным методом лечения и позволяет сохр нить и повысить центр льную остроту зрения. Отд ленн я эффективность метод может быть оценен при увеличении срок н блюдения и количеств вмеш тельств.

Литер тур

1. Gohil R., Sivaprasad S., Han L.T., Mathew R., Kiousis G., Yang Y. Myopic foveoschisis: a clinical review // Eye (Lond.). – 2015. – 29 (5). – 593-601.
2. Maalej A., Wathek C., Khallouli A., Rannen R., Gabsi S. Foveoschisis in highly myopic eyes: clinical and tomographic features // J Fr Ophtalmol. – 2014. – 37 (1). – 42-46.
3. Mii M., Matsuoka M., Matsuyama K., Otsu Y., Nishimura T. Favorable anatomic and visual outcomes with 25-gauge vitrectomy for myopic foveoschisis // Clin Ophthalmol. – 2014. – 8. – 1837-1844.
4. Huang Y., Huang W., Ng D.S., Duan A. Risk factors for development of macular hole retinal detachment after pars plana vitrectomy for pathologic myopic foveoschisis // Retina. – 2017. – 37 (6). – 1049-1054.
5. Iacono P., Battaglia Parodi M., Iuliano L., Bandello F. How vitreomacular interface modifies the efficacy of anti-vegf therapy for myopic choroidal neovascularization // Retina. – 2017.
6. Germano R.A., Zacharias L.C., Takahashi W.Y. Recurrent myopic foveoschisis: resolution after internal limiting membrane removal // Arq Bras Oftalmol. – 2015. – 78 (1). – 44-46.
7. Phillips C. Retinal detachment at the posterior pole. // Br J Ophthalmol. – 1958. – Vol. 42. – P. 749-753.
8. Takano M., Kishi S. Foveal retinoschisis and retinal detachment // Am. J. Ophthalmol. – 1999. – Vol. 128. – P. 472-476.
9. Uchida A., Shinoda H., Koto T., Mochimaru H., Nagai N., Tsubota K., Ozawa Y. Vitrectomy for myopic foveoschisis with internal limiting membrane peeling and no gas tamponade // Retina. – 2014. – 34 (3). – 455-460.