

РЕТИНОШИЗИС: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКА, СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ.

Чекина А.Ю., Романовская Н.И., Савич А.В., Кривоносов В.В.,

Чекин С.В., Джумова М.Ф.

Белорусский государственный медицинский университет», 3-я клиническая
больница, Клиника «Новое зрение», Минск, Беларусь

Тематический раздел: диагностика, лечение и профилактика
витреоретинальной патологии у взрослых и детей (дистрофии и дегенерации
сетчатки).

Аннотация

Ретиношизис является редким заболеванием, заключающимся в расслоении сетчатки и носящим в большинстве случаев благоприятное течение. В то же время дегенеративный ретиношизис может быть причиной отслойки сетчатки, при наличии разрывов в обоих его слоях. Выявление ретиношизиса порой представляет для врача-офтальмолога определенные трудности. Данные литературы свидетельствуют о том, что дегенеративный ретиношизис встречается чаще, чем его выявляют.

В представленной работе отражены результаты исследования, целью которого был анализ статистических данных пациентов с дегенеративным ретиношизисом, обследовавшихся в отделении микрохирургии глаза 3 ГКБ; особенности клинического проявления и диагностики. Приведены клинические случаи, подтверждающие необходимость проведения профилактической лазеркоагуляции ретиношизиса в случае наличия факторов риска его прогрессирования.

Введение

Ретиношизис (одна из форм витреоретинальной дистрофии) - разделение сенсорной сетчатки на два слоя: наружный (хориоидальный) и внутренний (витреальный), видимое офтальмоскопически в виде полости.

Возникает как следствие пороков ее развития или дистрофических процессов [1, 2].

В соответствии с современной классификацией выделяют три типа ретиношизиса: дегенеративный, врожденный и вторичный. Дегенеративный ретиношизис встречается примерно у 5% населения земного шара старше 20 лет, преимущественно при гиперметропии (70% пациентов составляют гиперметропы) и почти всегда протекает бессимптомно. Врожденный ретиношизис характеризуется двусторонней макулопатией в сочетании с периферическим ретиношизисом (у 50% пациентов). Основным дефектом локализован в мюллеровых клетках и приводит к отделению слоя нервных волокон от остальной части нейросенсорной сетчатки. В этом состоит отличие от дегенеративного (сенильного) ретиношизиса, при котором расщепление происходит в наружном плексиформном слое. Имеется около 18 глазных заболеваний, которые могут быть причиной вторичного ретиношизиса: травмы; тромбоз центральной вены сетчатки; после операций по поводу отслойки сетчатки; при диабетической ретинопатии, увеите, ангиоматозе Гиппеля-Линдау и т.д. (2,3).

Определенные трудности представляет диагностика ретиношизиса. В 66% случаев жалобы у больных ретиношизисом отсутствуют и заболевание диагностируется случайно [4].

Учитывая возможность тяжелых осложнений ретиношизиса в виде отслойки сетчатки и высокую частоту встречаемости у пациентов с патологией рефракции необходимо проводить тщательное обследование и профилактику осложнений ретиношизиса у данного контингента.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный статистический анализ лазерных офтальмологических операций в отделении лазерной микрохирургии глаза 3 ГКБ г. Минска в 2007-2008 г.г. Изучены особенности клинических проявлений дегенеративного ретиношизиса; показания и эффективность проведения лазерного лечения; диагностическая значимость современных

офтальмологических методов исследования. Приведены клинические случаи пациентов с дегенеративным ретиношизисом. Лазеркоагуляция проводилась на офтальмологическом лазере «Visulas-YAG II plus» по границе ретиношизиса – 3-4 ряда коагулятов ($t=0,2$ сек; $D=300$ мкм; $P=140-220$ мВт). При плоском ретиношизисе, с отсутствием разрывов в его слоях, лазеркоагуляцию проводили по границе ретиношизиса (1-2 ряда) и по всей его площади.

Полученные результаты

Из 11764 пациентов, пролеченных в отделении лазерной микрохирургии глаза 3 ГКБ г. Минска в 2007-2008 г.г., с дегенеративным ретиношизисом было 129 пациентов. Удельный вес лазеркоагуляций по поводу ретиношизиса среди всех проведенных в 2007 году составил 1,06 % (62 на 5828 пациентов), а в 2008 году – 1,12% (67 на 5936 пациентов), что свидетельствует о небольшом увеличении количества пациентов с данной патологией. У 76% обследуемых с ретиношизисом выявлялась гиперметропическая рефракция; у 97 пациентов из 129 (75%) процесс носил двусторонний характер. О высокой частоте выявления ретиношизиса на обоих глазах (до 82,5%) сообщают многие офтальмологи, объясняя этот факт тем, что дегенеративные изменения в сетчатке, сосудистой оболочке и стекловидном теле, предрасполагающие к возникновению заболевания, чаще всего бывают на обоих глазах, однотипны по форме и симметричны по локализации (5,7). В связи с этим тщательное исследование второго глаза у больных с односторонним ретиношизисом имеет особое значение, так как позволяет диагностировать начальные изменения и своевременно провести лечение с целью профилактики осложнений (6).

Характерная типичная локализация – чаще в н/наружных сегментах; у женщин регистрировался в 58% случаев, у мужчин – в 42% случаев.

В 58 % случаев ретиношизис выявлен в возрасте от 26 до 60 лет. У молодых людей до 25 лет встречался редко, только в 2% случаев; у пожилых, старше 60 – в 40% случаев. Т.е., можно сказать, что ретиношизис является

заболеванием в основном людей зрелого, трудоспособного возраста. Эти результаты совпадают с данными других исследователей, которые полагают, что в основе ретиношизиса лежат расстройства кровообращения в периферической и макулярной зонах сетчатки и это приводит сначала к отеку ткани с расслаиванием элементов сетчатки, а затем к дегенерации и гибели ретинальных структур. Лабильность в кровообращении сравнительно часто наблюдается у людей в возрасте старше 50 лет, которые нередко подвержены стрессовым ситуациям. Эта лабильность существует в скрытой форме и, как показывает диспансерное наблюдение, может объяснить повышение заболеваемости среди лиц этой возрастной группы (4,6).

У 122 пациентов (95% случаев) ретиношизис носил благоприятное течение; осложнения в виде разрывов внутреннего и наружного листков сетчатки были выявлены у 4% (5 чел.), отслойка сетчатки – 1% (2 чел.). Полученные результаты подтверждают литературные данные о стабильности заболевания и отсутствии осложнений в большинстве случаев.

В основе ретиношизиса лежит периферическая кистозная дегенерация сетчатки. Слияние микрокист может привести к образованию больших шелевидных пространств, иногда расслаивающих сетчатку почти на всем ее протяжении. Зона расслоения может оставаться цельной, но может и разрываться в одном или даже в обоих листках (2,3).

Всем 129 больным в целях профилактики прогрессирования процесса ретиношизиса была произведена барьерная лазеркоагуляция сетчатки; в случае плоского ретиношизиса дополнительно проводилась лазеркоагуляция по всей его площади, что способствовало слипанию листков ретиношизиса, предупреждало дальнейшее циркулярное расслоение по периферии сетчатки. В процессе наблюдения за 97 пациентами с двусторонним ретиношизисом проводилась барьерная лазеркоагуляция на парном глазу (у 31 пациентов - в 32% случаев) при увеличении кистозных полостей на периферии сетчатки; при появлении дырчатых разрывов в листках ретиношизиса, ухудшении зрения и даже незначительных изменениях в макулярной области,

регистрируемые с помощью ОКТ; при гиперметропической рефракции в случае большой зрительной нагрузке и при миопической рефракции, если профессиональная деятельность связана с физической нагрузкой. Осложнений, при проведении лазеркоагуляции сетчатки, а также в послеоперационный период у пациентов с ретиношизисом не наблюдалось.

Приводим клинические случаи выявления ретиношизиса у пациентов с жалобами на ухудшение зрения, страдающих патологией рефракции.

Исследуемый К., 1950 г. р., направленный в 3 ГКБ для проведения дополнительной судебно-медицинской экспертизы по поводу травмы (удар пальцами руки по левому глазу), полученной 14.03.2007 года. Ранее обследовался в 10-й ГКБ и в клинике «Новое зрение» г. Минска.

Из анамнеза известно, что у пациента имеется гиперметропия слабой степени, гипертоническая ангиопатия сетчатки обоих глаз. В марте 2007 года получил бытовую травму левого глаза (контузия, с небольшим разрывом конъюнктивы глазного яблока, не требующий наложения шва). В декабре 2007 года в Витебской областной клинической больнице при обследовании фундус-линзой обоих глаз, в связи с жалобами на ухудшение зрения, был выявлен плоский ретиношизис в н/наружном квадранте левого глаза, по поводу чего произведена лазеркоагуляция.

Острота зрения сохраняется высокая: OD = 0,1 с корр. +1,75D = 0,8;

OS = 0,1 с корр. +1,75D = 0,7 и соответствует результатам рефрактометрии:

Внутриглазное давление обоих глаз в норме: БТМ 10 мм.рт.ст.
Гониоскопия: угол передней камеры среднеширокий на обоих глазах.

При биомикроскопии определяется деструкция пигментной зрачковой каймы, псевдоэксфолиативные отложения на капсуле хрусталика и по зрачковому краю; начальная возрастная катаракта обоих глаз, выявляемая при мидриазае (тропикамид 1%) в виде единичных нежных помутнений в коре хрусталика на периферии. При исследовании глазного дна фундус-линзой в клинике «Новое зрение» и в отделении лазерной микрохирургии глаза 3 ГКБ г. Минска выявляются участки плоского ретиношизиса в

н/наружном и верхнем сегментах OD; ретиношизис в верхнем сегменте и ограниченный л/коагулятами. участок ретиношизиса в н/наружном сегменте OS. Исследования полей зрения (объект белый 5 мм, 2008 год) выявляет умеренное сужение по периферии до 10° симметрично на обоих глазах. Суммарные размеры поля зрения: OD 445°; OS 440°.

При В – сканировании OU обнаруживаются единичные плавающие зернистые помутнения в стекловидном теле; сетчатка прилежит; «+» ткань не выявляется. Оптическая когерентная томография OU не выявила патологии в заднем полюсе глаза: имеется физиологическая экскавация ДЗН обоих глаз; слои макулярной сетчатки хорошо дифференцируются, рельеф не нарушен; в целом толщина нейроглии не нарушена. Таким образом, периферический плоский ретиношизис у пострадавшего был обнаружен случайно и только при исследовании фундус-линзой.

Однозначно сказать, что выявленная офтальмопатология обусловлена тупой травмой глаз, полученной в 2007 году, невозможно, так как пострадавший страдает дальнозоркостью при которой часто выявляется бессимптомный дегенеративный ретиношизис. Кроме того, обнаружены возрастные дистрофические заболевания глаз: начальная катаракта, псевдоэксфолиативный синдром. Не исключено, что полученная травма глаза может отрицательно повлиять на течение ретиношизиса и дистрофические возрастные заболевания глаз, в связи с чем с профилактической целью и была произведена лазеркоагуляция плоского дегенеративного неосложненного ретиношизиса на травмированном левом глазу.

Пациент В., 1964 г. р. имеет миопию высокой степени обоих глаз. В 1997 году при осмотре фундус-линзой был диагностирован периферический плоский ретиношизис правого глаза. Профилактическая лазеркоагуляция не проводилась. В 1998 году развилась регматогенная отслойка сетчатки правого глаза, по поводу чего была произведена операция: экстрасклерального пломбирование, циркуляр, выпускание субретинальной

жидкости, криопексия. Отслойка прилегла. Периодически больной получает курсы медикаментозной терапии. При обследовании в 3 ГКБ в 2008 году установлено: Острота зрения: OD =0,05 с корр. -6,0 D= 0,08 (с корр. -12,0 D= 0,2); OS =0,1 с корр. -6,0 D=0,9-1,0. Авторефрактометрия: OD sph -11,0 D cyl -3,5 ax 13; OS sph -7,0 D cyl -0,5 ax 34. БТМ ОД= 22 мм.рт. ст. ; OS=24 мм.рт.ст. ОКТ заднего отрезка ОУ: толщина слоя нервных волокон перипапиллярной сетчатки не нарушена. ОД: имеется «ступенчатая» деформация fovea, нейроэпителий значительно истончен в проекции foveola, в области ПЭС (над ним) формирование СНМ, в целом слои дифференцируются. В - сканирование ОУ: оболочки прилежат; «+» ткань не выявлена. При кинетической периметрии ОУ отмечается концентрическое сужение полей зрения по периферии, больше выраженное на оперированном глазу.

Таким образом, плоский ретиношизис был выявлен у пациента с миопией и носил односторонний характер. Так как барьерная лазеркоагуляция сетчатки не проводилась, - ретиношизис осложнился регматогенной отслойкой сетчатки, по поводу которой было произведено экстрасклеральное пломбирование. В течение 10 лет пациенту регулярно проводят курсы медикаментозного лечения, благодаря чему зрение на ОД сохраняется в пределах 0,1-0,2 с миопической коррекцией (-12,0 Д). Данный пример свидетельствует, что наличие плоского ретиношизиса на фоне близорукости высокой степени требует обязательного профилактического лазерного лечения с целью предупреждения тяжелого осложнения в виде отслойки сетчатки.

Выводы

1. Ретиношизис протекает бессимптомно, выявление данной патологии часто случайно при обследовании сетчатки пациентов фундус-линзой по поводу других офтальмологических заболеваний: травма, патология рефракции и т. д.

2. Ретиношизис характеризуется стабильным течением и редким возникновением осложнений в виде разрывов слоев ретиношизиса и отслойки сетчатки; является в большинстве случаев двусторонним процессом и чаще встречается при гиперметропической рефракции.

3. На ранних стадиях заболевания ретиношизис выглядит как кистовидная дегенерация сетчатки, локализуемая чаще в нижневисочном и верхневисочном квадрантах периферичнее экватора.

4. Профилактическая барьерная лазерная коагуляция сетчатки показана при выявлении факторов риска: обнаружении разрывов во внутренних и наружных листках ретиношизиса; циркулярном прогрессировании микрокистозной дегенерации сетчатки; жалоб на ухудшение зрения, особенно при отсутствии другой офтальмологической патологии; наличии задней отслойки стекловидного тела.

Литература

1. Бирич. Т.А., Марченко Л.Н., Чекина А.Ю. Офтальмология. – Минск «Вышэйшая школа», 2007. - С. 400-401.
2. Астахов Ю.С., Луковская Н.Г. Ретиношизис. 1. Диагноз, классификация, методы исследования //Вестник офтальмологии. 2004 - 120(1).- С. 26-29.
3. Lewis H. Peripheral retinal degenerations and the risk of retinal detachment. Am. J. Ophthalmol. 2003 Jul; 136(1):155-160.
4. Byer NE. Perspectives on the management of the complications of senile retinoschisis. Eye. 2002 Jul; 16(4):359-364.
5. Madjarov B, Hilton GF, Brinton DA, Lee SS. A new classification of the retinoschises. Retina. 1995; 15(4):282-5.
6. Jossen AM, Kirchhof B. Peripheral retinal degenerations-treatment recommendations. Ophthalmologie, 2004; 101(10): 1035-47; quiz 1048-9.
7. Hoerauf H, Joachimmeyer E, Laqua H. Senile schisis detachment with posterior outer layer breaks. Retina. 2001; 21(6): 602-12.