

Ахундова Л.А., Керимов М.И.

ПЕРВИЧНАЯ 23-GAUGE ТРАНСКОНЪЮКТИВАЛЬНАЯ БЕСШОВНАЯ ХИРУРГИЯ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ.

Национальный Центр Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой, г. Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *регматогенная отслойка сетчатки, 23-gauge трансконъюнктивальная витрэктомия, склеропластические операции*

Регматогенная отслойка сетчатки (РОС) является одним из тяжелейших заболеваний органа зрения, которая приводит к полной или частичной утрате зрительных функций. Популяционная частота встречаемости РОС составляет от 10 до 15 случаев в год на 100000 человек. В последнее время в офтальмологии произошел существенный технический прогресс, создавший условия для повышения эффективности лечения отслойки сетчатки. Этому способствовал качественно новый уровень диагностического и хирургического оборудования, оптических систем и эндопломбирующих соединений.

Склеропластические операции долгие годы оставались практически единственным признанным «золотым стандартом» хирургии РОС. Фундаментальные идеи, заложенные в склеропластической хирургии (Jess A., 1937; Arruga H. в 1952; Schepens C. et al., 1957), с годами совершенствовались за счет детальной проработки всех этапов операции, поиска оптимальных материалов для изготовления пломб и постоянного совершенствования их фиксации. Это позволяло более полувека использовать эту технологию практически без особых принципиальных изменений и добиваться значительных успехов. Современный технический прогресс позволил сформировать интраокулярное направление в лечении больных РОС, которое принципиально по-новому решало эту проблему: удаление патологически измененного стекловидного тела, полноценное устранение витреоретинальных тракций, высокоэффективное расправление сетчатки эндотампонадой, полное устранение субретинальной жидкости эндодренированием, надежное блокирование ретинальных разрывов на операционном столе. Накопленный положительный опыт в эндоокулярной хирургии осложненных форм РОС, дальнейшее технологическое совершенствование аппаратуры, создание широкоугольных оптических систем визуализации и разработка микроинвазивной витрэктомии создали почву для первичного применения эндовитреальных методов лечения неосложненных форм РОС вместо «традиционных» склеропластических методов. Этот подход получил название «первичная витрэктомия» [1]. Расширение показаний к PPV привело к увеличению количества витреоретинальных операций. Так, в Соединенном Королевстве первичная PPV применяется в 30- 63% случаев РОС. Основная причина популярности PPV связана с более низким количеством интраоперационных осложнений, что позволяет улучшить контроль в более осложненных случаях РОС [2, 3].

С 2002 года в офтальмологии начали использовать технологии бесшовной витрэктомии инструментом, калибр которого составляет 23-, 25- и даже 27-gauge. Это весьма перспективное направление, повышающее комфорт больных после операции и сокращающее период их реабилитации. Так, 23 –gauge PPV имеет преимущества перед 25-gauge PPV (трансконъюнктивальный троакар, отсутствие швов, сниженная хирургическая травма) и комбинируется с преимуществами 20-gauge PPV (несгибаемые инструменты, более эффективная PPV, легкий доступ к основанию стекловидного тела) [4, 5].

Таким образом, в течении последних 10-15 лет произошло качественное переоснащение витреоретинального оборудования, расширились возможности для совершенствования хирургии РОС. В то же время анализ эффективности лечения РОС при применении современного оборудования и новых технологий отражен в незначительном числе публикаций и до настоящего времени не решен вопрос о выборе витреоретинального, склеропластического или сочетанного метода лечения РОС в каждом случае. Решение этого вопроса во многом еще остается субъективным, зависит от оснащенности офтальмологического центра и опыта хирурга; имеется мало работ по сравнительному анализу эффективности этих методов; не изучены возможные осложнения того или другого метода; остаются открытыми аспекты оптимального выбора метода эндотампонады; не изучена роль и эффективность современной микроинвазивной витрэктомии в оптимизации метода эндовитреальной хирургии РОС.

Целью нашего исследования является изучение эффективности 23-gauge трансконъюнктивальной бесшовной хирургии регматогенной отслойки сетчатки с / или без применения дополнительного склеропластического метода.

Материалы и методы. Мы провели проспективное, нерандомизированное исследование 137 глаз 136 пациентов с первичной РОС, которым при лечении применяли 23-gauge трансконъюнктивальную бесшовную витрэктомию (PPV) с / или без дополнительного склеропластического метода (SB). Все пациенты обратились в Национальный Центр Офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой с 2009 по 2012 годы. Операции проводились 2 витреоретинальными хирургами (КМ, ЛАА). Критериями для включения в данное исследование явились: 1) пациенты с диагнозом первичной РОС; 2) с минимальным периодом наблюдения до 3 месяцев; 3) возраст старше 16 лет.

Из историй болезни мы выбрали следующие данные: возраст, пол, правый/ левый глаз, продолжительность симптомов, обращая внимание на наличие в анамнезе криопексии или лазерного лечения, состояние хрусталика (факичный, псевдофакичный), интраокулярное давление и его повышение во время периода наблюдения, рефракцию (эметропия, миопия ≥ 5 диоптрий, миопия < 5 диоптрий), локализацию и количество разрывов сетчатки, наличие невыявленных разрывов, локализацию и размеры РОС, наличие пролиферативной витреоретинопатии (ПВР), пациентов с высоким риском развития ПВР, состояние макулы, вид операции (PPV или PPV с SB), с/ или без комбинированной хирургии катаракты, тип тампонады (газ или силиконовое масло), после первичной операции анатомический успех, конечный анатомический успех, причины повторных РОС, наилучшую корригируемую остроту зрения (BCVA) до и после операции. Остроту зрения по десятичной системе мы переводили на логарифм минимального угла разрешения (LogMAR – logarithm of minimum angle of resolution), предложенный Ferris и коллегами [19]. При этом за остроту зрения 0,01 или счет пальцев на расстоянии 50 см- мы принимали -2 LogMAR, а при остроте зрения 0,001 или движении руки -3 LogMAR. Нижние разрывы отмечались как разрывы, расположенные между 4 и 8 часами. После первичной операции анатомический успех- мы обозначили как анатомический успех после первой операции за исключением дополнительной операции по поводу удаления силиконового масла или операции катаракты, которую мы считаем не является операцией с целью лечения рецидива РОС.

Техника операции: Операция производилась под общей или локальной анестезией с применением 23-gauge 3-х портовой трансконъюнктивальной бесшовной витрэктомии (PPV) с / или без дополнительного склеропластического метода (SB) с использованием бесконтактной wide- angle viewing system (широкоугольной визуальной системы) с инвертором изображения (BIOM; Oculus, Lynnwood, Washington, USA). При PPV с SB использовали циркулярную ленту шириной с 2.5 мм (#240- DORC, Microvision, Latician). При PPV вмешательство начинали с отметки циркулем на конъюнктиве и склере расстояния в 3.5- 4.0 мм от лимба. Далее, сместив конъюнктиву относительно метки, специальными одноразовыми троакарами (Alcon Laboratories, Inc., Fort Worth, TX, USA) одновременно перфорировали конъюнктиву и склеру в проекции плоской части цилиарного тела. Затем троакары удаляли, а пластиковые микроканюли оставляли в плоской части цилиарного тела несколько выступающими над конъюнктивой. Accugus система для PPV с пневматическим витреотомом и галогеновым источником света (Alcon Laboratories, Inc., Fort Worth, TX, USA) применялась при всех операциях. Через микроканюли в витреальную полость вводили инструменты. Перфлорокарбонные жидкости применялись почти во всех операциях для стабилизации сетчатки (Arcad Ophtha, Alcon, DORC, Micromed). В качестве эндотампонады в зависимости от предпочтения хирурга использовали газы (C3F8-perfluoropropane и SF6- sulfur hexafluoride) и силиконовое масло (Arcad Ophtha, Alcon, DORC, Micromed, Bausch & Lomb). После окончания всех витреоретинальных манипуляций извлекали инструменты и микроканюли, фиксируя склеру пинцетом или шпателем.

В процессе микроинвазивной эндовитреальной хирургии РОС в некоторых случаях мы использовали также новейшие технологические приемы:

1-«3D витрэктомия». Проведение витрэктомии с использованием технологии Dual Dinamic Drive (3D) позволяла с ножной педали одновременно линейно и независимо изменять частоту резов и величину аспирационного вакуума.

2-«VGFIтехнология». Использование технологии Vented Gas Forced Infusion (VGFI) обеспечивала необходимый ирригационный поток в витреальную полость автоматически по заданным цифровым параметрам.

Все **статистические исследования** были выполнены с версией IBM SPSS 20 программного обеспечения. Во всех случаях значение $p < 0.05$ был взят за статистическую значимость.

Результаты. 137 глаз (112 факичных, 18 псевдофакичных и 7 афакичных) 136 пациентов (64 женщин, 72 мужчин) с средним возрастом $47,62 \pm 15,73$ года (в диапазоне 16- 77 лет), которым при лечении применяли 23-gauge трансконъюнктивальную бесшовную витрэктомию (PPV) с / или без дополнительного склеропластического метода (SB). В группу PPV входило 80 глаз, а в группе PPV с SB – 57 глаз. РОС обнаружена в 79 правых и 57 левых глазах. Средний период наблюдения составил $13,21 \pm 9,49$ месяцев.

Предоперационные сравнительные характеристики двух групп больных указаны в таблице 1.

Таблица 1.

Сравнение предоперационных характеристик пациентов при PPV и PPV с SB при РОС.

	Группа PPV (n=80)	Группа PPV с SB (n=57)	Значение P
Средний возраст (годы)	50.86	42.7	0.002
Аргифакция (%)	16.3	21.1	0.473
ВГД (mmHg)	14.98	14.99	0.998
Геморетиналь (%)	5	7.1	0.108
Продолжительность симптомов (дни)	37.68	70.13	0.198
Высокий риск ПВР (%)	51.2	66.7	0.072
LogMAR	2.16 ± 0.97	2.3 ± 0.89	0.412
Отслоенная макула (%)	93.8	94.7	0.808
Среднее количество разрывов	1.43	1.94	0.034
Разрывы невидны (%)	8.9	15.8	0.09
Нижние разрывы (%)	13.8	47.4	<0.001
Среднее количество квадрантов РОС	2.8	3.02	0.220

Макула была отслоена в 75 глазах (93,8%) в группе PPV и в 54 глазах (94,7 %) в группе PPV с SB и прилежала в 5 глазах (6,3%) в группе PPV и в 3 глазах (5,3%) в группе PPV с SB. Отслойка сетчатки охватывала в среднем $2,89 \pm 1,02$ квадранта. Основное количество обнаруженных в обеих группах предоперационных разрывов $1,61 \pm 1,12$ (в диапазоне от 0 до 6). Необнаруженные разрывы наблюдались в 13 случаях, нижние разрывы выявлены до операции в 38 случаях. Гигантские разрывы сетчатки отмечались в 6 глазах. Периферическая решетчатая дегенерация наблюдалась в 22 глазах. Внутриглазное давление (ВГД) до операции в среднем отмечалось $14,99 \pm 5,53$ mmHg (в диапазоне 2,4-29,3 mmHg). Миопия ≥ 5 диоптрий наблюдалось в 44 глазах, миопия < 5 диоптрий в 8 глазах. Высокий риск развития ПВР отмечался в 78 глазах. ПВР наблюдался в 19 в глазах.

Одномоментная хирургия катаракты на 1-ой операции была проведена на 13 глазах. Силиконовую тампонаду использовали в 97 глазах, а тампонаду газом в 40 глазах. Силиконовое масло удалили во всех глазах, в среднем спустя $5,83 \pm 3,31$ месяцев (в диапазоне 1-17 месяцев). Сравнительные характеристики двух групп больных в интра- и послеоперационном периоде указаны в таблице 2.

Таблица 2.

Сравнение интра- и послеоперационных характеристик пациентов при PPV и PPV с SB при РОС

	Группа PPV (n=80)	Группа PPV с SB (n=57)	Значение P
Тампонада газом (%)	45.1	7.1	<0.001
Тампонада силиконовым маслом (%)	55.1	93.1	<0.001
На 1-ой операции хирургия катаракты (%)	12.5	7.0	0.109
Удаление силиконового масла (месяцы)	5.53	6.1	0.408
Первичный анатомический успех (%)	80.0	89.5	0.137
Окончательный анатомический успех (%)	91.3	98.2	0.085

Первичный анатомический успех операции отмечался в 80% и в 89,5% случаев, соответственно в группе PPV и в группе PPV с SB ($p=0,137$). В факичной группе первичный анатомический успех операции наблюдался в 79,1% и в 88,9 % случаях и в псевдофакичной или афакичной группе в 84,6 % и в 91,7% случаях, соответственно в группе PPV и в группе PPV с SB ($p=0,137$). Рецидив отслойки сетчатки отмечался в 26,3 % случаев в группе PPV и в 8,8%- в группе PPV с SB ($p=0,01$).

Окончательный анатомический успех операции отмечался в 91,3 % случаев в группе PPV и 98,2 % в группе PPV с SB ($p=0,085$). При РОС вызванной нижними разрывами окончательный анатомический успех наблюдался в 72,7 % случаев в группе PPV и 100% случаев в группе PPV с SB ($p=0,005$).

Предоперационная BCVA отмечался в группе PPV $2,16\pm 0,97$ logMAR и в группе PPV с SB $2,3\pm 0,89$ logMAR ($p=0,412$). Окончательный BCVA отмечался в группе PPV $1,25\pm 0,84$ logMAR и в группе PPV с SB $1,2\pm 0,66$ logMAR ($p=0,109$). В обеих группах отмечалось улучшение зрения после операции ($p<0,001$) (Диаграмма 1).

Основное количество операций, включая удаление силиконового масла и операцию катаракты составляет $1,97\pm 0,83$ в группе PPV и $2,05\pm 0,51$ в группе PPV с SB ($p=0,531$). В группе с высоким развитием ПВР окончательный анатомический успех операции отмечался в 85,4% в группе PPV и 97,4% в группе PPV с SB ($p=0,061$).

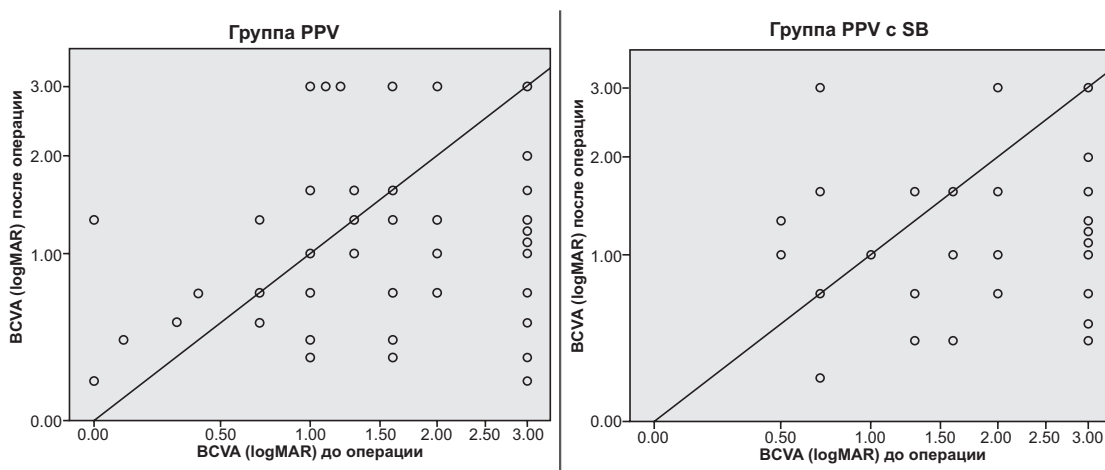


Диаграмма 1. Предоперационная и постоперационная острота зрения в группе PPV и в группе PPV с SB.

Обсуждение. За последние годы 23-gauge трансконъюнктивальная бесшовная хирургия стала популярной хирургической техникой. Трансконъюнктивальная бесшовная витрэктомия имеет потенциальные преимущества перед традиционной 20-gauge витрэктомией, включая быстрое заживление раны, сниженное рубцевание конъюнктивы, уменьшение воспаления, снижение постоперационного астигматизма, уменьшение времени операции и закрытия склеротомий [6, 7]. Тем не менее, некоторые авторы указывали на потенциальный риск при бесшовной хирургии и необходимости тщательной подборки пациентов. Lewis даже поставил под сомнение технику бесшовной хирургии, утверждая, что общепринятые преимущества 23-gauge трансконъюнктивальной бесшовной хирургии неправдоподобны и не подтверждены достаточным количеством необходимых клинических исследований, имеют меньшее значение в отдаленном периоде и, что потенциальные недостатки этой техники могут быть настолько тяжелыми, что могут подвергнуть риску успешный конечный исход операции [4, 5]. В этом исследовании, мы представили анатомический и функциональный исход первичной 23-gauge трансконъюнктивальной бесшовной хирургии регматогенной отслойки сетчатки.

Наше исследование показало, что 23-gauge трансконъюнктивальная бесшовная витрэктомия (PPV) с применением дополнительного склеропластического метода (SB) приводит к улучшению первичного и окончательного анатомического успеха операции. Вопрос касательно применения SB или PPV для лечения РОС остается открытым и по сей день и обсуждается в проспективных, рандомизированных, мультицентровых исследованиях [8, 9, 10, 11, 12]. Однако, как только PPV выбирается как метод хирургии вопрос о применении дополнительного SB остается все еще спорным [13]. Некоторые авторы утверждают, что применение

дополнительного SB улучшает результаты операции, но другие отмечают, что при тщательной витрэктомии в области основания стекловидного тела необходимость SB становится ненужной или даже может принести вред. Rougas и Karetanios сравнивали PPV и PPV с SB в псевдофакичных РОС и обнаружили отсутствие статистической разницы между двумя группами [14]. Ретроспективное исследование, изучающее PPV и PPV с SB, при неосложненных псевдофакичных РОС показало одинаковые результаты первичного анатомического успеха между двумя операциями, но окончательный BCVA был лучше в PPV группе [15]. Kіnоgі и др., при ретроспективном сравнении PPV и PPV с SB, показали, что применение дополнительного SB при РОС не меняет результаты операции и слегка снижает остроту зрения, чем при применении только PPV. Согласно другим авторам добавление SB к PPV не влияет на хирургический исход и сочетается с удлинением времени операции и более частым использованием общей анестезии [16].

В нашем исследовании, первичный анатомический успех операции отмечался в 80 % в группе PPV и в 89,5 % случаев в группе PPV с SB ($p=0,137$). В целом, первичный анатомический успех операции выше в группе PPV с SB независимо от состояния хрусталика ($p=0,137$). Эти результаты намного превышают результаты, отмеченные в SPR Study (Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment)- это проспективное, рандомизированное исследование путем сравнения SB и PPV, при котором первичный анатомический успех операции отмечался при PPV в 64 % и в 53% случаев соответственно у факичных и псевдофакичных пациентов [8].

В нашем исследовании, рецидив отслойки сетчатки отмечался намного меньше при PPV с SB: в 26,3 % случаев в группе PPV и в 8,8%- в группе PPV с SB ($p=0,01$). При SPR Study дополнительный SB не снижает риск рецидива РОС (41% без SB и 11% с SB) [8]. Окончательный анатомический успех операции в нашем исследовании отмечался в 91,3 % случаев в группе PPV и 98,2 %- в группе PPV с SB ($p=0,085$).

При ретроспективном обследовании 512 пациентов, которым была произведена PPV при РОС Heimann и др. отмечают высокий процент повторной отслойки у пациентов с нижней РОС [3]. Поэтому некоторые авторы предлагают использование SB с PPV при нижних РОС, хотя этот вопрос все еще остается спорным [17]. При РОС, вызванной нижними разрывами окончательный анатомический успех в нашем исследовании наблюдался в 72,7 % случаев в группе PPV и 100% случаев в группе PPV с SB ($p=0,005$). Однако, согласно Schneider W. и др. при PPV хороших анатомических результатов при нижних разрывах можно достигнуть и без применения SB и/или 360 градусной лазерной ретинопексии [18].

Выводы.

1. 23-gauge трансконъюнктивальная бесшовная витрэктомия (PPV) с/ или без применения дополнительного склеропластического метода (SB) приводит к улучшению первичного и окончательного анатомического успеха операции.
2. Рецидив отслойки сетчатки отмечается намного меньше в группе PPV с SB.
3. При РОС вызванной нижними разрывами PPV с SB является более эффективным хирургическим методом .

ЛИТЕРАТУРА:

1. Kloti R. Amotio-Chirurgie ohne Skleraeindellung. Primare Vitrektomie // Klin Monatsbl Augenheilkd, 1998; v.182, p.474-478.
2. Schwartz S.G., Flynn H.W. Pars plana vitrectomy for primary rhegmatogenous retinal detachment // Clinical Ophthalmology, 2008, v.2(1), p.57-63.
3. Heimann H., Zou X., Jandek C. et al. Primary vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachment: an analysis of 512 cases // Graefe's Arch Clin Ophthalmol., 2006, v.244, p.69-78.
4. Lewis S.A., Miller D.M., Riemann C.D. et al. Comparison of 20-, 23-, and 25- gauge pars plana vitrectomy in pseudophakic rhegmatogenous retinal detachment repair // Ophthalmic Surg. Lasers Imaging, 2011, v.42, p.107-113.
5. Romano M.R., Das R., Groenwald C. et al. Primary 23-gauge sutureless vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachment // Indian J. Ophthalmol., 2012, v.60 (1), p.29-33.
6. Tsang C-W., Cheung B.T., Lam R.F. et al. Primary 23-gauge transconjunctival sutureless vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachment // Retina, 2008, v.28, p.1075-1081.
7. Fine F.H., Iranmanesh R., Itturalde D. et al. Outcomes of 77 consecutive cases of 23-gauge transconjunctival vitrectomy surgery for posterior segment disease // Ophthalmology, 2007, v.114, p.1197-1200.

8. Heimann H., Bartz-Schmidt K.U., Bornfeld N. et al. Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment. A prospective randomized multicenter clinical study // Ophthalmology, 2007, v.114, p.2142-2154.
9. Heussen N., Feltgen N., Walter P. et al. Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment study (SPR Study): predictive factors for functional outcome. Study report no. 6. // Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol., 2011, v.249, p.1129-1136.
10. Feltgen N., Weiss C., Wolf S. et al. Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment study (SPR Study): recruitment list evaluation. Study report no.2 // Graefe's Arch. Clin. Exp. Ophthalmol., 2007, v.245, p.803-809.
11. Heussen N., Hilgers R-D., Heimann H. et al. Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment study (SPR Study): Multiple- event analysis of risk factors for reoperations. SPR Study report no.4 // Acta Ophthalmol., 2011, v.89, p.622-628.
12. Falkner-Radler C.I., Myung J.S., Moussa S. et al. Trends in primary retinal detachment surgery. Results of a bicenter study // Retina, 2011, v. 31, p.928-936.
13. Stangos A.N., Petropoulos I.K., Brozou C.G. et al. Pars-plana vitrectomy alone vs vitrectomy with scleral buckling for primary rhegmatogenous pseudophakic retinal detachment // Am. J. Ophthalmol., 2004, v.138, p.952-958.
14. Pournaras C.J., Kapetanios A.D. Primary vitrectomy for pseudophakic retinal detachment: a prospective non-randomized study // Eur. J. Ophthalmol., 2003, v.13 (3), p.298-306.
15. Weichel E.D., Martidis A., Fineman M.S. et al. Pars plana vitrectomy versus combined pars plana vitrectomy-scleral buckle for primary repair of pseudophakic retinal detachment // Ophthalmology, 2006, v.113(11), p.2033-2040.
16. Kinori M., Moisseiev E., Shoshany N. et al. Comparison of pars plana vitrectomy with and without scleral buckle for the repair of primary rhegmatogenous retinal detachment // Am. J. Ophthalmol., 2011, v.152, p.291-297.
17. Alexander P., Ang A., Poulson A., Snead M.P. Scleral buckling with vitrectomy for the management of rhegmatogenous retinal detachment associated with inferior retinal breaks // Eye, 2008, v.22, p.200-203.
18. Schneider E.W., Geraets R.L., Johnson M.W. Pars plana vitrectomy without adjuvant procedures for repair of primary rhegmatogenous retinal detachment // Retina, 2012, v.32, p.213-219.
19. Ferris F.L., Kassof A., Bresnick G.H. et al. New visual acuity charts for clinical research // Am. J. Ophthalmol., 1982, v.94, p.91-96.

Axundova L.Ə., Kərimov M.İ.

TORLU QIŞANIN REQMATOQEN QOPMASININ İLKİN 23-GAUGE TRANSKONYUKTİVAL TİKİŞSİZ CƏRRAHİYƏSİ

Akademik Zərifə Əliyeva adına Mill Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı ş., Azərbaycan

Açar sözlər: torlu qişanın reqmatogen qopması, 23-gauge transkonyuktival vitrektomiya, skleral sirklyaj əməliyyatları.

XÜLASƏ

İşin məqsədi. Torlu qişanın reqmatogen qopmasının 23-gauge transkonyuktival tikişsiz cərrahiyyəsinin əlavə/ əlavəsiz skleral sirklyaj ilə effektivliyinin öyrənilməsi.

Material və metodlar. Bizim mərkəzə 2009-2012-ci illərdə torlu qişanın ilkin reqmatogen qopması diaqnozu ilə müraciət etmiş 136 xəstənin (137 göz) müalicəsi üçün 23-gauge transkonyuktival tikişsiz vitrektomiya (PPV) əlavə skleral sirklyaj (SB) ilə və ya onsuz tətbiq edilmişdir.

Endotamponada işə qaz və ya silikon yağı istifadə edilmişdir. Minimal müşahidə periodu 3 ay olmuşdur. PPV qrupunda 80 göz, PPV SB ilə qrupunda xəstələrin 57 gözü qeydə alınmışdır.

Nəticə. PPV və PPV SB ilə ($p=0.137$) qruplarında uyğun olaraq 80% və 89.5% hallarda əməliyyatın ilkin anatomik müvəffəqiyyəti qeyd olunmuşdur. Əməliyyatın son anatomik müvəffəqiyyəti isə PPV qrupunda 91.3% halda və PPV SB ilə ($p=0.085$) qrupunda isə 98.2% halda qeydə alınmışdır. Aşağı cırılmaların törətdiyi torlu qişanın reqmatogen qopması üçün əməliyyatın son anatomik müvəffəqiyyəti PPV qrupunda 72.7%, PPV SB ilə ($p=0.005$) qrupunda isə 100% hallarda müşahidə edilmişdir. PPV 1.25 ± 0.84 logMAR qrupu və PPV SB ilə 1.2 ± 0.66 logMAR ($p=0.109$) qrupunda son BCVA qeyd olunmuşdur.

Yekun. Aşağı cırılmaların törətdiyi torlu qişanın reqmatogen qopması halında PPV SB ilə birlikdə daha effektiv cərrahiyyə metodu təşkil edir və əməliyyatın ilkin anatomik müvəffəqiyyətini yaxşılaşdırır.

Akhundova L.A., Karimov M.I.

PRIMARY 23-GAUGE TRANSCONJUNCTIVAL SUTURELESS VITRECTOMY FOR RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT.

National Ophthalmology Centre named after acad. Zarifa Aliyeva, Baku, Azerbaijan

Key words: *rhegmatogenous retinal detachment, 23-gauge transconjunctival vitrectomy, scleral buckle procedure*

SUMMARY

Purpose. To describe the efficacy of primary 23-gauge transconjunctival sutureless vitrectomy with/without supplementary encircling scleral buckling procedure for rhegmatogenous retinal detachment (RRD).

Methods. All 137 eyes of 136 consecutive patients with primary rhegmatogenous retinal detachment presented to our service between 2009 and 2012 were offered either stand-alone vitrectomy (PPV group) or vitrectomy with supplementary encircling scleral buckling procedure (PPV plus SB group). All patients underwent gas or silicon oil tamponade. The follow-up was at least 3 months. There were 80 eyes in the PPV group and 57 eyes in the PPV plus SB group.

Results. Single-surgery anatomic success was achieved in 80% and 89.5% in the PPV and PPV plus SB groups, respectively ($p=0.137$). Final reattachment was achieved 91.3% in PPV and 98.2% in PPV plus SB group ($p=0.085$). In RRD caused by inferior breaks single-surgery anatomic success were 72.7 % and 100% in the PPV and PPV plus SB groups, respectively ($p=0.005$). The final BCVA ($p=0.109$) was in PPV group 1.25 ± 0.84 logarithm of the minimum angle of resolution [logMAR] and in PPV plus SB group 1.2 ± 0.66 logMAR.

Conclusions. The study shows benefit of vitrectomy with supplementary encircling scleral buckling procedure for the treatment of primary rhegmatogenous retinal detachment with respect to inferior tears and single-surgery anatomic success.

Для корреспонденции:

Ахундова Лала Алекпер кызы, врач-офтальмолог отдела патологии сетчатки и зрительного нерва

E-mail: lala.akhundova@yahoo.com

Телефон: +99450-3565181