

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВИТРЕОМАКУЛЯРНОГО ТРАКЦИОННОГО СИНДРОМА**

**В настоящей статье показан наш опыт длительного применения местной стероидной и нестероидной терапии у пациентов после хирургии с витреомакулярным тракционным синдромом. Выявлены преимущества комплексного подхода к лечению данного заболевания.**

**Ключевые слова:** витреомакулярная тракция, кистозный отек, нестероидная терапия, оптическая когерентная томография.

### **Актуальность**

В настоящее время, одной из значимых причин снижения зрения у пациентов в возрасте старше 50 лет становится витреомакулярный тракционный синдром (ВМТС) с формированием эпиретинального фиброза, провоцирующего хронический макулярный отек сетчатки. Одним из основных способов лечения ВМТС является задняя витрэктомия с удалением эпиретинальных мембран в комплексе с внутренней пограничной мембраной (ВПМ). Однако проведение данной операции не всегда гарантирует быстрый результат, а именно уменьшение отека и толщины нейросенсорной сетчатки с повышением зрительных функций. Часто возникает необходимость длительного наблюдения и проведения интенсивной консервативной терапии хронического макулярного отека.

### **Цель**

Сравнить результаты задней витрэктомии у больных с витреомакулярным тракционным синдромом, в качестве самостоятельного метода, и в сочетании с пролонгированной местной стероидной и длительной нестероидной терапией.

### **Материал и методы**

Нами проанализированы результаты лечения 45 пациентов (45 глаз) в возрасте от 52 до 73 лет с ВМТС. У всех пациентов давность жалоб не превышала 6 месяцев. По данным оптической когерентной томографии у всех пациентов выявлен эпиретинальный фиброз различной степени адгезии к сетчатке с тракцией и формированием радиальной складчатости и утолщения нейроретина. В 85% случаев также на уровне нейроретина определялись полостные образования различного объема, что свидетельствовало о длительности кистозно-

го отека макулярной зоны. Острота зрения у пациентов с максимальной коррекцией варьировала от 0,08 до 0,4, среднее значение составило  $0,24 \pm 0,03$ . Толщина нейроретина в фовеа по данным ОКТ составляла от 380 мкм. до 690 мкм. среднее значение  $480 \pm 15$  мкм. Всем пациентам также проведено стандартное обследование: визометрия, кераторефрактометрия, тонометрия, тонография, биомикроскопия, непрямая офтальмоскопия, двумерная эхография. В группу наблюдения вошли пациенты как с факичными так и артификачными глазами, с давностью проведенной операции по замене хрусталика более 12 мес. Так же у пациентов не было в анамнезе сахарного диабета. Два этих условия, по нашему мнению, имеют большое значение, т. к. могут вносить в результат дополнительные факторы.

Далее пациенты были распределены на 2 группы. В первую вошли 20 пациентов (20 глаз), которым за 7–14 дней до проведения задней витрэктомии субтеноново введено 0,5 мл триамцинолона. В послеоперационном периоде назначены инстилляции нестероидного противовоспалительного препарата с кратностью применения 4 раза в день в течение первых 14 дней, далее 3 раза в сутки на 14 дней, и последние 30 суток 2х-кратные инстилляции. Необходимо отметить, что нами был рекомендован пациентам препарат «Неванак», т. к. есть данные клинических исследований о длительном его применении при лечении макулярного отека, его эффективном воздействии на задние отделы глаза и отсутствии побочных эффектов. Вторую группу составили 25 пациентов (25 глаз), которым до оперативного вмешательства никакой терапии не назначалось. В послеоперационном периоде проводилась стандартная противовоспалительная терапия с применением глюкокор-

тикостероидов и нестероидных препаратов длительностью не более 30 суток.

В обеих группах, в качестве основного лечения проводилась задняя витрэктомия по стандартной методике 23 и 25 G на микрохирургической системе «Stellaris-PC» с удалением эпиретинальной мембраны в комплексе с ВПМ. Вмешательство завершалось тампонадой стерильным воздухом.

### Результаты и обсуждение

Оценка результатов лечения у пациентов основывалась на данных оптической когерентной томографии и корригированной остроты зрения. Определяли толщину нейрорепителія в фовеа на седьмые сутки после проведения хирургического вмешательства, через 30 и 60 суток. На рис. 1 представлены графики изменения среднего значения толщины нейрорепителія в группах.

Из рисунка следует, что в первые 7 суток после хирургического вмешательства различий в динамике уменьшения толщины сетчатки нет. Через месяц средняя толщина сетчатки в первой группе составила  $254 \pm 15$  мкм, тогда как во второй  $326 \pm 15$  мкм. К двум месяцам структура центральной ямки практически пришла к норме только в первой группе и средняя толщина сетчатки составила  $198 \pm 15$  мкм, во второй группе  $270 \pm 15$  мкм. Необходимо отметить, что в обеих группах по данным ОКТ в толще сенсорной сетчатки сохранялись единичные гипозоногенные полости, а у ряда пациентов сохранялась радиальная складчатость в макулярной зоне. При этом пациенты первой группы при осмотре на сроке 30 дней чаще отмечали улучшение зрения, что было подтверждено определением максимальной корригированной остроты зрения в те же сроки (таблица 1).

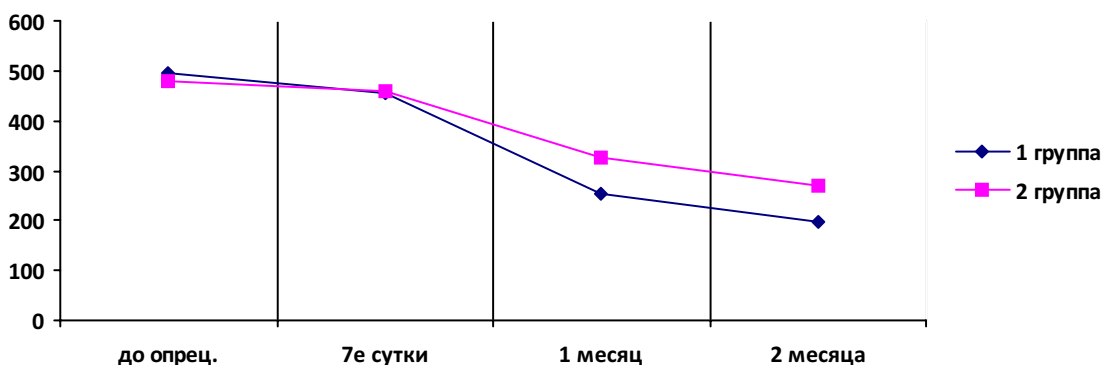


Рисунок 1. Динамика средних значений толщины сетчатки в группах за период наблюдения

Как следует из таблицы, у пациентов второй группы были получены худшие визуальные результаты. Это можно объяснить замедлением темпа резорбции макулярного отека у пациентов во второй группе в течение периода наблюдения. Введение триамцинолона до операции у пациентов в первой группе по нашему мнению снижает повреждающее воздействие на сетчатку в ходе удаления эпиретинальных мембран. Применение нестероидного противовоспалительного препарата в инстилляциях в течение 60 суток после витреального вмешательства ускоряет темпы уменьшения толщины нейрорепителія и значительно повышает визуальный исход операции.

### Заключение

1. В лечении пациентов с ВМТС недостаточно лишь хирургического устранения эпиретинального фиброза, как основного звена этиопатогенеза. Для максимального восстановления структуры сетчатки, повышения функциональных результатов операции необходимо проведение пролонгированной местной глюкокортикоидной, а главное и нестероидной терапии сроком до 60 дней.

Таблица 1. Динамика корригированной остроты зрения в группах за период наблюдения

Средняя острота зрения	Группа 1	Группа 2
До операции	$0,15 \pm 0,03$	$0,15 \pm 0,03$
7-е сутки	$0,27 \pm 0,07$	$0,19 \pm 0,07$
1 месяц	$0,49 \pm 0,09^*$	$0,31 \pm 0,09^*$
2 месяца	$0,62 \pm 0,09^* \#$	$0,43 \pm 0,09^* \#$

Примечание: \* –  $p < 0,05$  – достоверное отличие в сравнении с до операции и на 7 сутки; # –  $p < 0,05$  – достоверное отличие в сравнении со 2 группой

2. Длительная послеоперационная терапия нестероидными противовоспалительными препаратами в хирургическом лечении ВМТС мо-

жет способствовать сокращению сроков купирования кистозного макулярного отека и повышению зрительных функций.

30.09.2014

**Список литературы:**

1. Захаров, В.Д. Особенности витреоретинальной хирургии при отслойках сетчатки, осложненных передней пролиферативной витреоретинопатией / В.Д. Захаров, М.И. Хусейн // Офтальмохирургия. – 2007. – №1. – С. 38–42.
2. Кацнельсон, Л.А. Клинический атлас патологии глазного дна / Л.А. Кацнельсон, В.С. Лысенко, Т.И. Балишанская. – 4-е изд. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 117 с.
3. Gallemore, R.P. Diagnosis of vitreoretinal adhesion in macular disease with optical coherence tomography / R.P. Gallemore, J.M. Jumper, B.W. McCuen [et al.] // Retina. – 2000. – Vol. 20, №2. – P. 115–120
4. Kishi, S. Vitreous cortex remnants at the fovea after spontaneous vitreous detachment / S. Kishi, C. Demaria, K. Shimizu // Int. Ophthalmol. – 1986. – Vol. 9. – P.253–260.
5. Gass J.D.M. Stereoscopic atlas of macular diseases: diagnosis and treatment / J.D.M. Gass; 3 rd ed. – St: Louis: Mosby, 1987. – Vol. 2. – 26 p.

Сведения об авторах:

**Кузнецов Андрей Сергеевич**, врач-офтальмолог, заведующий офтальмологическим отделением  
Городской клинической больницы №11 г. Челябинск

**Скребков Артем Игоревич**, врач-офтальмолог офтальмологического отделения  
Городской клинической больницы №11 г. Челябинск

**Шакмаков Эдуард Анатольевич**, врач-офтальмолог офтальмологического отделения  
Городской клинической больницы №11 г. Челябинск