

УДК 617.735-002-02

ББК 56.7

ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ: ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ СРАЗУ ХИРУРГИЯ?

Кузнецов А.С.¹, Экгардт В.Ф.², Скребков А.И.¹, Шакмаков Э.А.¹

¹ МБУЗ ГКБ №11, г. Челябинск, Россия

² ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, кафедра офтальмологии ФДПО, г.
Челябинск, Россия

Актуальность. Проблема лечения больных диабетической ретинопатией (ДР) с каждым годом встает все острее, что обусловлено нарастающей распространенностью сахарного диабета среди населения. К сожалению, не редки случаи запущенных состояний. Приходится сталкиваться с больными, направленными с пролиферативной стадией ДР с неоваскуляризацией, глиозом в сочетании или без гемофтальма. При этом, у кого-то ранее была выполнена лазерная коагуляция сетчатки, а у кого-то нет. Перед врачом встает вопрос: «С чего начать лечение, чтобы достичь максимального результата? Провести предварительно лазерное лечение (если его не было) или выполнить витреальное пособие».

Цель. Сравнить результаты задней витрэктомии у больных пролиферативной ДР с предварительной лазеркоагуляцией сетчатки и без нее.

Материал и методы. Мы проанализировали результаты задней витрэктомии у 35 больных (35 глаз) с пролиферативной стадией ДР в фазе неоваскуляризации, с развитием глиальной ткани, фиксированной к сетчатке по ходу сосудистых аркад и у диска зрительного нерва. На всех глазах имелся фиброз стекловидного тела после гемофтальма, различной степени выраженности, при этом была возможность осмотра глазного дна с линзами и проведение лазеркоагуляции сетчатки. Средний возраст составил 57 лет. Длительность сахарного диабета у всех больных превышала 10 лет, срок давности последнего гемофтальма составил не менее 3 месяцев. Всем пациентам проведено стандартное обследование: визометрия, кераторефрактометрия, тонометрия, тонография, биомикроскопия, непрямая офтальмоскопия, двумерная эхография. Также все больные поступили в отделение с хорошей коррекцией гликемии и достигнутым целевым уровнем гликированного гемоглобина менее 7,5%. Исходная острота зрения у всех больных была низкой и не превышала 0,1 с максимальной коррекцией. Далее больные были распределены на 2 группы. В первую вошли 16 больных (16 глаз), обратившихся за специализированной помощью впервые, лазерная коагуляция сетчатки им ранее не проводилась. Вторую группу составили 19 больных (19 глаз), которым проведено предварительное лазерхирургическое

вмешательство. Необходимо отметить, что лазерное лечение в большинстве случаев было проведено в поздние сроки и не в полном объеме, а лишь по свободным от геморрагий и глиоза зонам, и было прекращено с усилением фиброза стекловидного тела. В обеих группах хирургическое лечение проводилось с использованием стандартной методики 23 G на микрохирургической системе «Stellaris PC». В большинстве случаев операция завершалась тампонадой витреальной полости силиконовым маслом 1300.

Результаты. В ходе операции в первой группе удалось достаточно просто удалить все стекловидное тело и заднюю гиалоидную мембрану (ЗГМ). Умеренный геморраж купирован временным введением перфторорганического соединения. Во второй группе выделение ЗГМ было связано с большими трудностями, особенно в макулярной зоне и по ходу сосудистых аркад. У 6 больных второй группы ЗГМ удалена лишь частично. Удаление ЗГМ в ходе задней витрэктомии важный этап, поскольку эта мембрана играет важную роль в развитии ДР и ее осложнений. В послеоперационном периоде осложнений не зафиксировано, глазное дно хорошо офтальмоскопировалось, проводилась стандартная противовоспалительная терапия. В ближайшие 3 дня после операции у больных обеих групп фиксировалось повышение уровня гликемии от 7,8 до 20,6 ммоль/л, что связано с хирургическим стрессом и применением инъекции кортикостероидов. Через 1-3 месяца всем пациентам было произведено удаление силиконового масла. Через 3 месяца после оперативного лечения все больные прошли диагностическое обследование. В таблице 1 представлены данные по остроте зрения спустя 3 месяца после операции.

Таблица 1. Распределение по остроте зрения после витрэктомии у больных ДР

Острота зрения с коррекцией	Группа 1 (количество глаз)	Группа 2 (количество глаз)
0,04-0,1	5	14
0,2-0,4	7	4
0,5-0,6	4	1
0,8-1,0	-	-

Как следует из таблицы, у больных второй группы были получены худшие визуальные результаты. Это можно объяснить большей травматизацией фовеолярной области в результате затрудненного удаления ЗГМ или ее сохранением в указанной зоне. В течение 3 месяцев после удаления силиконового масла в обеих группах было по 3 случая гемофтальма, которые купированы консервативно. Рецидивы гемофтальма возможны и после витреальных операций, отличительная их особенность – быстрое рассасывание. Более того, у 4 больных (4 глаза) из второй группы при обследовании было выявлено развитие локальной неоваскуляризации на сетчатке, что потребовало дополнительной

лазеркоагуляции. У больных первой группы лазеркоагуляция в течение 6 месяцев наблюдения не потребовалась.

Выводы.

1. У больных, направленных на специализированное офтальмологическое лечение с пролиферативной ДР, проведение незамедлительной задней витрэктомии без предварительной лазеркоагуляции сетчатки, дает более высокий функциональный результат.

2. Проведение предварительной лазеркоагуляции сетчатки при пролиферативной ДР, подходящей для задней витрэктомии приводит к затягиванию лечения, провоцированию более грубого сращения ЗГМ с сетчаткой и усилению глиоза, что создает определенные трудности при проведении задней витрэктомии.