

Т.С. Старкова, Е.В. Козина, В.Т. Гололобов, В.В. Кузовников, Г.А. Хомуха

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОТСЛОЕК СЕТЧАТКИ****Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
(Красноярск)
Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница им. проф. П.Г. Макарова
(Красноярск)**

Проведена сравнительная оценка эффективности экстрасклеральных и эндовитреальных методов хирургического лечения тяжелых форм отслоек сетчатки. Показано, что совершенствование хирургической техники, использование современных заменителей стекловидного тела не оказывает принципиального влияния на исходы оперативного вмешательства при отслойках сетчатки, осложненных пролиферативной витреоретинопатией $C_3 - D_1$ степени, в связи с чем необходим поиск нового подхода к оценке результатов хирургии при данной патологии.

Ключевые слова: отслойка сетчатки, витреоретинальная хирургия.

THE EFFICIENCY OF SURGERY FOR COMPLICATED FORMS OF RETINAL DETACHMENT**T.S. Starkova, E.V. Kozina, V.T. Gololobov, V.V. Kuzovnikov, G.A. Chomucha****Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky (Krasnoyarsk)
Krasnoyarsk regional ophthalmological clinical hospital named after prof. P.G. Makarov (Krasnoyarsk)**

The comparative estimation of efficiency of extrac scleral and endovitre al methods of surgical treatment of complicated retinal detachments was made. It is shown, that perfection of surgical technique and technical equipment, use of modern substitutes of vitreous body does not render basic influence on outcomes of operative intervention in complicated retinal detachment. In this connection search of the new approach to an estimation of surgical results is necessary at the given pathology.

Key words: retinal detachment, vitreoretinal surgery

По мере развития возможностей офтальмохирургии, появились, если можно так обозначить, «операции выбора» в лечении отслоек сетчатки (ОС). Широкое внедрение метода витрэктомии, использование современных заменителей стекловидного тела позволяет активно бороться с витреоретинальной пролиферацией, лечить, так называемые ранее, «иноперабельные» случаи тяжелых отслоек сетчатки [2]. Важность этого возрастает в связи с тем, что страховые компании «придирчиво» оценивают исходы любого лечения, ориентируясь на новые методы и способы терапии.

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка эффективности экстрасклерального и эндовитреального методов хирургического лечения больных с тяжелыми отслойками сетчатки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты операций, выполненных в 1998 – 2000 гг. 86 больным (1-я группа) со «свежей» отслойкой сетчатки с множественными или гигантскими ее разрывами и минимальными признаками пролиферативной витреоретинопатии (ПВР) — 29 глаз, а также рецидивами (35 глаз) и ранее оперированными, но не прилегшими отслойками сетчатки (22 глаза) с ПВР $C_3 - D_1$ степени [5]. Исходно всем пациентам проводили круговое динамическое вдавление склеры, эктра- или интрасклеральное пломбирование, дренирование субретинальной жидкости, круговую склерохо-

риоретинопексию. При рецидивах или неполном прилегании сетчатки выполняли дополнительное эктра- или интрасклеральное пломбирование, усиление циркуляжа, дренирование субретинальной жидкости.

Результаты лечения сравнивали с исходами операций, выполненных в 2008 – 2010 гг. у 111 больных (2-я группа) с аналогичной патологией, что у лиц первой группы. Группу составили 41 пациент со свежей ОС с гигантскими или множественными разрывами, 47 больных с рецидивами ОС и 23 пациента с неполным прилеганием сетчатки после проведенных ранее оперативных вмешательств экстрасклерального типа. Им проводили заднюю закрытую витрэктомия с замещением стекловидного тела жидкими перфторорганическими соединениями, силиконовым маслом. Во время операции или в последующем выполняли лазеркоагуляцию сетчатки. Исходно группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности существования отслойки сетчатки (табл. 1).

Комплекс офтальмологического обследования включал визометрию, рефрактометрию, периметрию, офтальмобиомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, исследование порога электрической чувствительности сетчатки (ПЭЧ), лабильности зрительного нерва, критической частоты слияния мельканий (КЧСМ), ультразвуковое исследование глазного яблока.

Об эффективности проведенного лечения традиционно судили по достижению анатомического

Таблица 1

Характеристика больных, оперированных по поводу отслойки сетчатки

Показатели	Группа I % Me [P ₁₀ ; P ₉₀]	Группа II % Me [P ₁₀ ; P ₉₀]	Статистическое различие, p
Пол:			
мужчины	53,48 %	48,65 %	> 0,05
женщины	46,52 %	51,35 %	> 0,05
Средний возраст (лет)	48 [32; 68]	52 [46; 62]	> 0,05
Длительность существования ОС (мес.)	8 [3; 17]	10 [5; 16]	> 0,05

прилегания сетчатки, по динамике центрального и периферического зрения.

Статистическую обработку данных выполняли с использованием пакета программ Statistica for Windows 6.0. Использовали значения медианы (Me), 10-й и 90-й процентиля [P₁₀; P₉₀]. Для оценки значимости межгрупповых различий применяли критерии Манна-Уитни, Вилкоксона. При сравнении независимых групп по качественному признаку использовали метод углового преобразования Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На протяжении многих десятилетий основным критерием успешности лечения отслоек сетчатки считается ее анатомическое прилегание [1, 2, 3, 6]. По результатам нашего исследования полное анатомическое прилегание сетчатки у больных первой группы достигнуто в 76,7 % случаев, то есть однократное либо повторное применение экстрасклеральных способов вмешательства позволило добиться успеха более чем у половины пациентов. Самый высокий процент прилегания сетчатки (79,3 %) отмечен у лиц с первичной ОС с множественными и гигантскими разрывами, что обусловлено, по-видимому, небольшой давностью ее возникновения — 2,5 [1,5; 4,0] месяца и отсутствием выраженной витреальной пролиферации.

Исходная острота зрения у пациентов 1-й группы колебалась в пределах 0,01–0,08 и, в среднем, составила 0,03 [0,01; 0,05]. После оперативного лечения ее среднее значение достигло 0,2 [0,05; 0,3] ($p < 0,001$). Представленные результаты под-

тверждают существующее мнение о том, что «... при остроте зрения перед операцией менее 0,1 улучшение ее не превышает 0,2–0,3 даже при успешном анатомическом прилегании отслоенной сетчатки» [1]. Проведение курсов неспецифической противовоспалительной и метаболической терапии в течение первых шести месяцев после операции способствовало повышению остроты зрения до 0,2–0,4 в течение года у половины пациентов. Суммарно по восьми меридианам поле зрения в среднем расширилось на 245° [205; 276]°.

Несмотря на «невысокое послеоперационное зрение», которое при наличии здорового парного глаза вызвало у ряда пациентов (13,9 %) некоторые неудобства, все больные отмечали значимое для них расширение границ поля зрения.

Исходный офтальмологический статус лиц второй группы был сопоставимым с таковым лиц первой группы (табл. 2).

После эндовитреальных хирургических вмешательств полное прилегание сетчатки в раннем послеоперационном периоде было достигнуто у 85,6 % пациентов, что сделало основным результатом лечения больных обеих групп статистически неразличимым ($p > 0,05$). Однако как и у лиц первой группы максимальный эффект операции отмечен при «свежих» отслойках сетчатки с множественными или гигантскими разрывами — прилегание в 82,9 % случаев.

Послеоперационная острота зрения у лиц второй группы в среднем составила 0,15 [0,01; 0,2], поле зрения оперированного глаза расширилось на 183°

Таблица 2

Исходные значения основных офтальмологических показателей у больных с тяжелыми формами отслоек сетчатки

Показатели	Группа I Me [P ₁₀ ; P ₉₀]	Группа II Me [P ₁₀ ; P ₉₀]	Статистическое различие, p
Острота зрения	0,03 [0,01; 0,05]	0,03 [0,005; 0,04]	> 0,05
Рефракция	–3,5 [–1,5; –4,75]	–4,0 [–2,0; 5,0]	> 0,05
Поле зрения (по 8 меридианам)	216 [98; 284]	198 [94; 296]	> 0,05
Внутриглазное давление	21,0 [14; 24]	19,0 [13; 23]	> 0,05
ПЭЧ	345 [180; 520]	421 [240; 510]	> 0,05
Лабильность зрительного нерва	35 [31; 40]	35 [29; 40]	> 0,05
КЧСМ	30 [28; 34]	31 [27; 33]	> 0,05

[146; 218]°. То есть в целом, среди больных данной группы отмечалось менее выраженное повышение зрительных функций в сравнении с результатами экстрасклеральных способов лечения «отслоечных» пациентов ($p < 0,05$). Отчасти это было обусловлено наличием более грубых изменений в макулярной зоне сетчатки, а также быстрым развитием или прогрессированием катарактального процесса.

Помимо этого в различные сроки после операции в 38,7 % случаев возникли рецидивы отслойки сетчатки, что было обусловлено, прежде всего, выведением заменителей стекловидного тела при их эмульгировании и развитии офтальмогипертензии.

Таким образом, полученные данные подтверждают известный факт влияния на исходы лечения отслойки сетчатки длительности ее существования и выраженности пролиферативной витреоретинопатии. Низкую же остроту зрения обуславливает, в основном, наличие фиброза макулярной области сетчатки.

Однако результаты проведенного нами анализа свидетельствуют и о том, что совершенствование витреоретинальной хирургической техники, использование современных заменителей стекловидного тела не оказывает принципиального влияния на эффективность хирургии в лечении выше названных форм отслоек сетчатки.

Подтверждением сказанному служат результаты оперативного лечения 34 больных с тяжелыми формами отслоек сетчатки, направленных нами по различным причинам в Федеральные центры эндовитреальной хирургии в 2007–2009 гг. Средний возраст больных составил 52 [34; 67] года. В подавляющем большинстве случаев (73,5 %) это были лица с неоднократно оперированными рецидивами отслойки сетчатки. У девяти больных при направлении была диагностирована свежая отслойка сетчатки с множественными и гигантскими разрывами или отрывами от зубчатой линии.

Анатомическое прилегание достигнуто в случаях свежих отслоек сетчатки у 100 % пациентов (давность существования ОС 1,25 [0,25; 3,0] мес.), в случаях неоднократно оперированных рецидивов ОС – у 76 % больных. Наблюдение за остротой зрения выявило ее отрицательную динамику ($\Delta = -0,05 [-0,1; 0,01]$), что связано с вышеуказанными причинами.

Таким образом, наиболее целесообразно применение эндовитреальных методов лечения в хи-

рургии «относительно свежих» без выраженного пролиферативного компонента отслоек сетчатки, в частности, при ОС с множественными и гигантскими разрывами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целом результаты сравнительного анализа эффективности экстрасклерального и эндовитреального методов хирургического лечения больных с отслойками сетчатки не показали явного преимущества одного над другим. Считаем, что в настоящее время требуется разработка нового подхода к формированию стандарта оценки исходов оперативного лечения отслоек сетчатки. Традиционная их оценка по состоянию остроты зрения, поля зрения и зачастую визуально регистрируемому анатомическому прилеганию сетчатки, по нашему мнению, недостаточна, так как не учитывает состояния зрительной системы в целом, что важно с точки зрения, как клиники, так и условий страховой медицины.

Для более эффективного решения рассматриваемого вопроса целесообразно ввести в комплекс обязательных методов обследования «отслоечных» больных методики, позволяющие на более тонком уровне фиксировать мельчайшие изменения в заднем отрезке глазного яблока, что позволит осуществить дифференцированный подход к проведению медицинских мероприятий, направленных на повышение функционального результата витреоретинальной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антелава Д.Н., Пивоваров Н.Н., Сафоян А.А. Первичная отслойка сетчатки. — Тбилиси: Сабчота Сакартвело, 1986. — 159 с.
2. Захаров В.Д. Витреоретинальная хирургия. — М., 2003. — 173 с.
3. Крейссиг И. Минимальная хирургия отслойки сетчатки: Практическое руководство / Пер. с англ. — М., 2005. — Т. 1. — 289 с.
4. Крейссиг И. Минимальная хирургия отслойки сетчатки: Практическое руководство / Пер. с англ. — М., 2005. — Т. 2. — 356 с.
5. Хаппе В. Офтальмология. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — С. 183–186.
6. Шевалев В.Е., Бабанина Ю.Д. Оперативное лечение отслойки сетчатой оболочки. — М.: Медицина, 1965. — 143 с.

Сведения об авторах

Старкова Тамара Сергеевна – врач-офтальмолог, Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница; аспирант кафедры офтальмологии с курсом ПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Козина Елена Владимировна – доктор мед. наук, зав. кафедрой офтальмологии с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; (660049, г. Красноярск, ул. Парижской коммуны, 31–61; тел. (раб.): 8-3912-28-06-18; e-mail: el.kozina@yandex.ru)

Гололобов Владимир Трофимович – доктор мед. наук, профессор кафедры офтальмологии с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кузовников Владимир Витальевич – врач-офтальмолог, Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница
Хомуха Галина Александровна – заведующая 1-м офтальмологическим отделением микрохирургии глаза, Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница