

ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТИФАКИЕЙ (по данным городского офтальмологического центра за 2004–2008 гг.)

© Ю. С. Астахов¹, Н. Г. Луковская², А. Д. Щукин²

¹Кафедра офтальмологии с клиникой СПбГМУ им. академика И. П. Павлова, Санкт-Петербург

²Городской офтальмологический центр (ГМПБ № 2), Санкт-Петербург

✧ **Цель работы:** изучить результаты лечения отслойки сетчатки на глазах с артификацией.

Материалы и методы: исследованы 225 пациентов с отслойкой сетчатки на артификачном глазу, средний возраст пациентов — 64 года. Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое исследование, В-сканирование.

Результаты и обсуждение: на глазах с артификацией пролиферативные изменения сетчатки и стекловидного тела более выражены, чем на факичных глазах. Хирургическое лечение артификачной отслойки сетчатки не столь эффективно, как лечение отслойки на факичном глазу (процент прилегания сетчатки после операции ниже).

✧ **Ключевые слова:** отслойка сетчатки, артификация.

ВВЕДЕНИЕ

Наблюдая пациентов с отслойкой сетчатки при артификации, можно отметить более быстрое и выраженное проявление пролиферативных изменений сетчатки и стекловидного тела, чем на факичных глазах [1]. Это зачастую затрудняет выбор метода и объема хирургического пособия и во многом предопределяет результаты лечения. Наряду с этим послеоперационные изменения переднего отрезка глаза у пациентов с артификацией (ригидность зрачка, развитие вторичной катаракты) нередко представляют определенные затруднения при осмотре глазного дна и диагностике разрывов отслоенной сетчатки [2].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Целью данной работы явилось изучить результаты и проанализировать тактику лечения отслоения сетчатки на глазах с артификацией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2004–2008 гг. в городском офтальмологическом центре ГМПБ № 2 находилось на лечении 225 пациентов с отслойкой сетчатки на артификачном глазу, из них 115 мужчин (51 %) и 110 женщин (49 %). Средний возраст пациентов — 64 года.

У 52 % пациентов артификация была односторонней, у 48 % пациентов оба глаза были артификачными. У 8 больных с двусторонней артификацией в разные сроки возникло отслоение сетчатки на обоих глазах, а у 6 больных, оперированных ранее по поводу отслойки сетчатки

на факичном глазу, после оперативного лечения катаракты на другом глазу развилось отслоение сетчатки.

Согласно нашим данным, отслойка сетчатки на артификачном глазу наиболее часто развивается в срок до 2 лет после операции по поводу катаракты (45 % пациентов) и от 3 до 5 лет (32 %), далее с течением времени частота развития отслойки сетчатки у таких пациентов снижается. Развитие отслоения сетчатки в первые месяцы после катарактальной хирургии указывает, как правило, на наличие интра- или послеоперационных осложнений. Сроки возникновения отслойки сетчатки после операции по поводу катаракты представлены в таблице 1.

Основными факторами риска, способствующими возникновению отслойки сетчатки у пациентов с артификацией, являются:

1. **Миопия высокой или средней степени** (у 68 пациентов, или 30 % в группе наблюдения).
2. **Лазерная дисцизия вторичной катаракты** (у 38 больных, или 17 %). У 22 больных отслойка сетчатки развилась в срок до 1 года после лазерной дисцизии, у 16 больных — от года до 4 лет.
3. **Осложнения во время или после операции по поводу катаракты** (30 человек, или 13 %). В этих слу-

Таблица 1

Сроки развития отслойки сетчатки после хирургии катаракты

Сроки	менее 1 года	1–2 года	3–5 лет	6–10 лет	более 10 лет
Количество больных	49	52	72	42	10

Таблица 2

Результативность методов хирургического лечения

Вид хирургического вмешательства	Анатомический результат		
	Прилегание	Неприлегание	Всего
Циркляж + пломбирование + диатермокоагуляция (+ пункция СРЖ, + введение газа)	99	22	121
Циркляж жгутом + диатермокоагуляция (+ пункция СРЖ, + введение газа)	43	10	53
Циркляж + Витрэктомия + ПФД с заменой на силикон или газ (одномоментно или в 2 этапа)	19	3	22
Двойной циркляж	0	1	1
Диатермокоагуляция + пункция СРЖ	1	0	1
ЗТС + введение газа	1	2	3
БЛК	1	3	4
Всего	164	39	203

чаях была имплантирована переднекамерная ИОЛ (у 10 больных), зрачковая ИОЛ (у 4 больных), либо ИОЛ с трансклеральной шовной фиксацией (у 1 пациента). В послеоперационном периоде наблюдались: дислокация ИОЛ (у 10 больных), явления увеита (у 4 больных), у 1 пациента произведена замена заднекамерной ИОЛ на зрачковую.

4. Периферическая хориоретинодистрофия, выявляемая у значительного количества пациентов. По данным анамнеза, только у 5 % больных до оперативного лечения катаракты выполнена барьерная лазеркоагуляция сетчатки с профилактической целью.

Всем пациентам, поступившим в стационар, проводилось стандартное офтальмологическое обследование, тщательный осмотр глазного дна с широким зрачком (при необходимости в положении лежа), В-сканирование.

Выявлена определенная закономерность локализации разрыва сетчатки у пациентов с данной патологией. Примерно у половины больных при обследовании определялся одиночный разрыв сетчатки в одном из квадрантов глазного дна. По нашим наблюдениям, наиболее часто разрыв сетчатки при искусственной отслойке располагается в верхненосовом квадранте, далее по убыванию частоты следуют верхневисочный и нижневисочный квадранты. В нижненосовом квадранте разрывов найдено не было. У четверти больных были выявлены несколько разрывов, которые могли располагаться как группой в одном квадранте, так и по отдельности в разных квадрантах глазного дна. При первичном осмотре пациента не всегда представлялось возможным обнаружить разрыв сетчатки. У таких пациентов, как правило, выявлялась старая отслойка сетчатки с выраженными явлениями пролиферативной витреоретинопатии (ПВР), грубыми ригидными складками, а иногда и «закрытая воронка».

При выборе метода хирургического вмешательства (или их сочетания) у пациентов с отслойкой

сетчатки на искусственном глазу считаем важным руководствоваться следующими критериями:

1. Стадей пролиферативной витреоретинопатии.
2. Количеством, величиной и расположением разрывов.
3. Площадью и высотой отслоения сетчатки.
4. Вовлечением макулярной области.
5. Возможностью и степенью прилегания отслоенной сетчатки после постельного режима с бинocularной повязкой и осмотерапии.
6. Возможностью проведения диагностически полноценной офтальмоскопии на дооперационном этапе.

По поводу отслойки сетчатки на искусственных глазах прооперировано 203 пациента. Один пациент от оперативного лечения отказался. В 9 случаях от операции было решено воздержаться из-за выраженных пролиферативных изменений сетчатки и стекловидного тела, признаков увеита, когда отсутствие шанса на какое-либо улучшение после оперативного лечения было очевидным, причем возраст этих больных был более 80 лет. Остальные 12 пациентов в возрасте старше 70 лет не были прооперированы в силу общих противопоказаний при наличии тяжелой сопутствующей патологии (некомпенсированный сахарный диабет, сердечно-сосудистая недостаточность и др.). В упомянутых случаях проводилась противовоспалительная, осмотерапия, при наличии периферической дегенерации сетчатки на другом глазу выполнялась профилактическая барьерная лазеркоагуляция (БЛК).

За 2004–2008 гг. в офтальмологическом центре при ГМПБ № 2 выполнены следующие хирургические вмешательства пациентам с искусственной отслойкой сетчатки (см. таблицу 2).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Как видно из таблицы, основное количество пациентов было прооперировано с использованием экстрасклеральных методов хирургии отслойки

сетчатки — с применением силиконовых пломб или жгута из пористой силиконовой губки. При необходимости проводилась пункция субретинальной жидкости (СРЖ) и/или введение расширяющего газа в полость стекловидного тела при наличии верхних разрывов. У некоторых пациентов с миопией нередко наблюдались характерные истончения или стафиломы склеры серовато-голубоватого цвета, когда применение обычных пломбировочных материалов было затруднительным или же могло привести в дальнейшем к возникновению пролежней склеры. В этих случаях мы использовали пломбы, смоделированные из политетрафторэтилена (ПТФЭ), или выполняли пластику склеры, подкладывая пластинки из ПТФЭ необходимых размеров под основной пломбировочный материал.

Экстрасклеральное пломбирование в сочетании с циркуляжем применялось у пациентов с относительно подвижной сетчаткой с разной площадью и высотой отслоения, с одним или несколькими разрывами (в том числе и в разных квадрантах глазного дна), без выраженных тракций со стороны стекловидного тела.

Эндовитреальные вмешательства выполнялись при наличии центрально расположенных или гигантских разрывов, выраженных пролиферативных изменений сетчатки и стекловидного тела, при затрудненной офтальмоскопии глазного дна. После выполнения циркулярного компонента силиконовым жгутом или лентой проводилась витрэктомия по классической трехпортовой методике, сетчатка расправлялась введением перфтордекалина (ПФД), выполнялась эндолазер- или эндокриокоагуляция вокруг разрыва сетчатки. В зависимости от степени выраженности пролиферативных изменений проводилась одномоментная или отсроченная (через 7–10 дней) замена ПФД на силиконовое масло или газозооусную смесь. Выполнение циркуляжа при проведении подобных вмешательств, по нашему мнению, является необходимым, т. к. циркулярный компонент способствует механическому укреплению склеры, ее лучшей конгруэнтности внутренних оболочек (учитывая укорочение сетчатки по мере прогрессирования ПВР), а также препятствует развитию субатрофии глазного яблока при отсутствии прилегания сетчатки после вмешательства. На не-

обходимость проведения кругового вдавления склеры указывают также В. Д. Захаров, А. О. Аксенов (1982), Д. О. Шкворченко, О. В. Каштан (2002).

В 4 случаях выполнена барьерная лазеркоагуляция сетчатки при условии ее прилегания на дооперационном этапе (у 1 пациента) или наличии периферической плоской отслойки (у 3 пациентов).

У 3 пациентов при поступлении в стационар наблюдалось сочетание отслойки сетчатки с отслойкой сосудистой оболочки, гипотонией, увеитом. В таких случаях производилась задняя склерэктомия с дренированием субхориоидальной жидкости с одновременным введением расширяющегося газа в стекловидную камеру через плоскую часть цилиарного тела.

По нашим данным, успешность хирургического лечения отслойки сетчатки на факичных глазах составляет 92–94 %. Анатомическое прилегание сетчатки у пациентов с артифакцией (видимое офтальмоскопически) с улучшением зрительных функций наблюдалось у 164 из 203 прооперированных пациентов, что составило 81 %, и отсутствие прилегания у 39 (19 %).

За период наблюдения выполнено 33 повторных вмешательства — при рецидивах отслоения после прилегания сетчатки, и операций, выполненных повторно при отсутствии прилегания сетчатки после первого вмешательства, см. таблицу 3.

Прилегания сетчатки удалось добиться в 24 случаях из 33.

Данные визометрии приведены в таблице 4. Острота зрения оценивалась при выписке больного из стационара.

Как видно из таблицы, после хирургического лечения отслойки сетчатки у 28 % пациентов с артифакцией острота зрения достигла 0,1–0,5, а в ряде случаев превысила 0,5 (8 %). Однако у 38 % больных острота зрения осталась невысокой (от 0,01 до 0,1), а у 26 % больных не удалось добиться предметного зрения. Необходимо отметить, что далеко не всегда анатомический успех в результате операции сопровождался значительным улучшением зрения, что можно объяснить развитием эпиретинального фиброза, дистрофических изменений макулярной зоны, влиянием остаточной субретинальной жидкости (СРЖ).

Таблица 3

Виды повторных вмешательств

Вид вмешательства	Количество
Дополнительное пломбирование склеры (+ диатермокоагуляция+ пункция СРЖ)	8
Дополнительное наложение швов на пломбу	1
Витрэктомия + ПФД с заменой на силикон или газ	24
Всего	33

Таблица 4

Данные визометрии при выписке пациента из стационара

Вид вмешательства	Острота зрения			
	ниже 0,01	0,01–0,1	0,1–0,5	выше 0,5
Циркляж + пломбирование + диатермокоагуляция (+ пункция СРЖ)	15	52	40	13
Циркляж жгутом + диатермокоагуляция (+ пункция СРЖ)	19	12	20	2
Циркляж + витрэктомия + ПФД с заменой на силикон или газ	10	12	0	0
Витрэктомия + ПФД с заменой на силикон или газ	12	10	2	0
Двойной циркляж	1	0	0	0
ЗТС + введение газа	2	1	0	0
БЛК	0	0	2	2
Всего	59 (26 %)	87 (38 %)	64 (28 %)	17 (8 %)

ВЫВОДЫ

Подводя итоги работы, можно сделать следующие заключения:

1. Выбор метода хирургического лечения отслойки сетчатки у пациентов с артрафакцией требует индивидуального подхода в зависимости от клинической картины и предполагаемого прогноза заболевания. Основной причиной неудач при применении склеропластических и интравитреальных операций является прогрессирование ПВР, выбор метода лечения зависит от стадии ПВР у конкретного больного.
2. После оперативного лечения артрафакционной отслойки сетчатки с использованием тех или иных методов удается достичь желаемого анатомического результата у 81 % пациентов.
3. Несмотря на офтальмоскопически видимое прилегание сетчатки после операции, острота зрения нередко остается сниженной.
4. При планировании хирургии катаракты целесообразно проводить при наличии показаний профилактическую барьерную лазеркоагуляцию сетчатки (БЛКС) или трансклеральную криопексию (при недостаточной прозрачности оптических сред), особенно у пациентов с миопией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шкворченко Д. О., Каштан О. В. Тактика хирургического лечения отслоек сетчатки на артрафакционных глазах // Офтальмохирургия. — 2002. — № 1. — с. 44.

2. Захаров В. Д., Аксенов А. О. Лечение отслойки сетчатки у больных с артрафакцией // Трансцилиарная хирургия хрусталика и стекловидного тела. Сборник научных трудов. — М., 1982. — с. 194.

TACTICS AND RESULTS OF RETINAL DETACHMENT SURGICAL TREATMENT IN PSEUDOPHAKIC PATIENTS based on the data from St. Petersburg City Ophthalmology Center (Hospital # 2), 2004-2008

Astakhov Y. S., Lukovskaya N. G., Schukin A. D.

✧ **Summary. Purpose:** To investigate the results of retinal detachment treatment in pseudophakic patients. **Materials and methods:** 225 patients with retinal detachment in pseudophakic eyes were examined. The average age of patients was 64 years. All patients underwent standard ophthalmologic examination, including B-scan. **Results and discussion:** in pseudophakic eyes, proliferative changes in the retina and vitreous body were more pronounced than in phakic eyes. Surgical treatment of pseudophakic retinal detachments is not as effective, as that in phakic eyes (the percentage of retinal reattachment is lower).

✧ **Key words:** retinal detachment, pseudophakia.

Сведения об авторах:

Астахов Юрий Сергеевич, д. м. н., проф., заведующий, кафедра офтальмологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 197089, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6. корпус 16. E-mail: astakhov@spmu.rssi.ru.

Луковская Нина Григорьевна, к. м. н., заведующая, отделение микрохирургии глаза № 2, городской офтальмологический центр при ГМПБ № 2, 194354, Санкт-Петербург, Учебный пер., д. 5. E-mail: shchukin.ad@mail.ru.

Шукин Андрей Дмитриевич, врач, отделение микрохирургии глаза № 2, городской офтальмологический центр при ГМПБ № 2, 194354, Санкт-Петербург, Учебный пер., д. 5. E-mail: shchukin.ad@mail.ru.