

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Pan, C. W. Worldwide prevalence and risk factors for myopia. *Ophthalmic Physio / C. W. Pan, D. Ramamurthy, S. M. Saw // Opt.* — 2012. — С. 3–16.
2. Киваев, А. А. Контактная коррекция зрения / А. А. Киваев, Е. И. Шапиро. — М.: ЛДМ Сервис, 2000. — 224 с.
3. Егорова, Г. Б. Влияние многолетнего ношения контактных линз на состояние роговицы по данным конфокальной микроскопии / Г. Б. Егорова, А. А. Федоров, Н. В. Бобровских // *Вестник офтальмологии.* — 2008. — Вып. 124. — С. 25–29.
4. Даниличев, В. Ф. Контактные линзы / В. Ф. Даниличев, С. А. Новиков, Н. А. Ушаков. — СПб: РА «ВЕКО», 2008. — 270 с.

**УДК 617.735-007.281-089**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКСТРА- И ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ПОДХОДОВ**

**Евдокимова А. В., Шабусова Д. Н.**

**Научный руководитель: ассистент О. В. Ларионова**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

**Введение**

В Беларуси и России регистрируется до 10 случаев регматогенной отслойки сетчатки (РОС) на 100 тыс. населения в год (без травм или офтальмологических операций в анамнезе). В мире регистрируется около 12 случаев РОС на 100 тыс. жителей в год [1]. РОС — это отслойка, обусловленная разрывами сетчатки, через которые жидкость из стекловидного тела, проходит в субретинальное пространство, в результате чего происходит отслоение нейросенсорного эпителия от ретинального пигментного [2]. Возраст является одним из основных факторов риска, предрасполагающих к РОС. К другим общепризнанным факторам относятся миопия, афакия, артификация, травмы [3].

Проблема лечения РОС одна из самых актуальных в современной офтальмологии. РОС основная причина слабовидения, слепоты и инвалидизации лиц трудоспособного возраста. В настоящее время существует три патогенетически ориентированных подхода к хирургическому лечению РОС: витреоретинальный, склеропластический и сочетанный. Основная цель операции — восстановление нормального анатомо-топографического положения сетчатки путем блокирования разрыва сетчатки и ликвидации витреоретинальных сращений. Эффективность хирургического лечения во многом зависит от разработки и применения инновационных хирургических методов с учетом возраста пациента, этиологии и патогенеза заболевания, длительности и характера существования отслойки сетчатки, ее стадии, вида, наличия предшествующих оперативных вмешательств, площади РОС и других факторов [4].

**Цель**

Провести анализ эффективности хирургического лечения первичной РОС с использованием экстра- и интраокулярных подходов.

**Материал и методы исследования**

Нами был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и протоколов стационарного лечения 85 пациентов (85 глаз) с диагнозом первичная РОС в возрасте от 21 до 79 лет (средний возраст  $53,6 \pm 15,9$  года), среди них 44 (52 %) мужчины и 41 (48 %) женщина, находившихся на диспансерном наблюдении и лечении в офтальмологическом отделении учреждения «Гомельская областная специализированная клиническая больница» с января 2019 по декабрь 2020 гг. Средняя продолжительность лечения составила  $5 \pm 0,9$  дней.

В зависимости от метода хирургического лечения пациенты были разделены на 2 группы.

В 1-ю группу вошли 8 пациентов (8 глаз), которым выполнялась экстра-склеральная хирургия (таблица 1). Давность РОС: 1–7 дней — 2 (25 %) случая, 8–15 дней — 4 (50 %) пациента, 1–6 месяцев — 2 (25 %) случая.

По рефракции пациенты разделились следующим образом: миопия слабой степени — 1 (12,5 %) пациент, средней степени — 3 (37,5 %) пациента, высокой степени — 4 (50 %) пациента.

Средняя продолжительность лечения составила  $5 \pm 0,95$  дней.

2-ю группу составили 77 пациентов (77 глаз), которым проводилась интраокулярная хирургия с эндолазеркоагуляцией сетчатки и введением силиконового масла или газо-воздушной смеси (таблица 1). Давность РОС: 1–7 дней — 34 (44 %) случая, 8–15 дней — 23 (30 %) пациента, 1–6 месяцев — 20 (26 %) случаев.

У 2 (26 %) пациентов выявлена миопия слабой степени, у 45 (58 %) пациентов — средней степени, 12 (16 %) пациентов — с миопией высокой степени.

Средняя продолжительность лечения составила  $5 \pm 1,0$  дней.

Таблица 1 — Варианты хирургического лечения в исследуемой совокупности глаз с первичной РОС

Методы хирургического лечения			
Экстраокулярная хирургия		Интраокулярная хирургия	
виды пломбирования	число операций n (%)	варианты тампонады витреальной полости	число операций n (%)
Циркляж по Арруга	7 (87,5 %)	ПФОС заменен на газо-воздушную смесь	42 (55 %)
Локальное пломбирование	1 (12,5 %)	ПФОС замен на силиконовое масло	35 (45 %)

\*ПФОС — перфторорганическое соединение.

Критерии оценки эффективности лечения: анатомическое прилегание сетчатки, наличие и частота рецидивов отслойки сетчатки, сроки их возникновения. Анализ клинической эффективности лечения всей совокупности глаз осуществлялась на 5–6 сутки послеоперационного периода.

Всем пациентам до и после лечения проводилось стандартное офтальмологическое обследование. Для проведения корреляционного анализа использовали t-test для независимых выборок. Различия расценивались как статистически значимые при  $p < 0,05$ . Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 10.0.

#### **Результаты исследования и их обсуждения**

У пациентов 1 группы при поступлении средние значения некоррегированной остроты зрения (НКОЗ) составили  $0,07 \pm 0,06$ , средняя коррегированная острота зрения (КОЗ) —  $0,27 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ).

Клиническая картина течения отслоечного процесса у пациентов осложнялась наличием: периферической витреохориоретинальной дистрофии сетчатки (ПВХРД) — 1 (12,5 %) пациент, первичной открытоугольной глаукомы — 1 (12,5 %) случай, возрастной осложнённой катарактой — 2 (25 %) пациента, врождённой катарактой — 2 (25 %) пациента.

Уровень внутриглазного давления (ВГД) до хирургического лечения составлял  $19,1 \pm 0,7$  мм рт. ст. (от 18 до 20 мм рт. ст.).

Чаще локализация отслойки была обнаружена в верхненаружном квадрате сетчатки — 3 (37,5 %) пациента, нижненаружном — 2 (25 %) глаза, верхневнутреннем — 1 (12,5 %) пациент, нижневнутреннем — 2 (25%) случая.

После хирургического лечения РОС в 1-й группе средние значения НКОЗ составили  $0,07 \pm 0,07$ , средняя КОЗ —  $0,28 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ).

Во 2-й группе пациентов при поступлении средние значения НКОЗ составили  $0,33 \pm 0,5$ , средняя КОЗ —  $0,51 \pm 0,4$  ( $p < 0,05$ ).

Клиническая картина течения РОС у пациентов осложнялась наличием: начальной осложнённой катарактой — 19 (25 %) пациентов, ПВХРД — 7 (9 %) пациентов, гемофтальмом в 1 (1 %) случае, артифакцией — 8 (10 %) пациентов.

Уровень ВГД до хирургического лечения составлял  $19,6 \pm 3,5$  мм рт. ст. (от 14 до 25 мм рт. ст.).

Чаще локализация отслойки выявлена в верхненаружном квадрате сетчатки — 37 (48 %) глаз, верхневнутреннем — 23 (30 %) глаза, нижненаружном — 11 (14 %) глаз, нижневнутреннем — 6 (8 %) глаз.

После хирургического лечения РОС среднее значение НКОЗ составили  $0,37 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ), средняя КОЗ —  $0,58 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ).

Рецидивы отслойки сетчатки наблюдались у 4 пациентов (4 глаза) 2-й группы — 5,2 %, в течение  $25 \pm 2,3$  дней после хирургии первичной РОС, что можно объяснить наличием у пациентов большего количества морфометрических изменений структур глаза.

### **Выводы**

При хирургическом лечении первичной РОС у 85 пациента (85 глаз) с использованием экстра- и интраокулярных методов лечения удалось достичь анатомического прилегания сетчатки в 95,3 % (81 глаз).

Показатели КОЗ характеризовались достоверным увеличением в 1-й группе пациентов на 0,01 и на 0,07 во 2-й группе ( $p < 0,05$ ).

Риск возникновения первичной РОС наибольший у лиц трудоспособного возраста, средний возраст пациентов  $53,6 \pm 15,9$  лет, с миопической рефракцией средней степени (58 % пациентов 2-й группы) и высокой степени (50 % пациентов 1-й группы).

Наиболее частой локализацией отслойки в 1-й и 2-й группе был верхненаружный квадрат сетчатки (37,5 и 48 % случаев соответственно).

Наибольшее количество обратившихся 1-й группы с давностью, случившейся РОС 8–15 дней — 4 (50 %) человека, во 2-й группе пациенты чаще обращались за помощью на 1–7 сутки — 34 (44 % человека).

Рецидивы первичной РОС после ее хирургического лечения возникли у 4 пациентов (4 глаза) 2 группы — 5,2 %.

Таким образом, проведенный анализ эффективности хирургического лечения пациентов с РОС показал, что применение современных экстра- и интраокулярных подходов хирургических технологий позволило добиться медицинской реабилитации у 95,3 % пациентов (с восстановлением высокой остроты зрения, анатомическим прилеганием сетчатки, уменьшением количества рецидивов).

По полученным данным каждый из анализируемых методов хирургии первичной регматогенной отслойки сетчатки имеет свои показания, ведущими из которых является длительность РОС и личный опыт витреоретинального хирурга.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Ярмак, О. А. Регматогенная отслойка сетчатки, патогенез и факторы риска развития / О. А. Ярмак // Рецепт, 2008. — № 4. — С. 77–81.
2. Заболевания глазного дна / Дж. Дж. Кански [и др.]; под ред. С. А. Аветисова. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 617 с.
3. Van de Put, M. A. Dutch Rhegmatogenous Retinal Detachment Study Group. The incidence of rhegmatogenous retinal detachment in the Netherlands / M. A. Van de Put, J. M. Hooymans, L. I. Los; edited by M. A. Van de Put // Netherlands. — 2013. — P. 616–622.
4. Толстик, С. И. Особенности и прогнозирование восстановления зрительных функций после эписклеральной хирургии отслойки сетчатки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 15.05.12 / С. И. Толстик; НМИЦ ГБ им. Гельмгольца. — М., 2012. — 25 с.