

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕМОФТАЛЬМОМ

Л.Н. Марченко, А.А. Далидович, Т.А. Чекан

Белорусский государственный медицинский университет

Диабетическая ретинопатия (ДР), основное осложнение со стороны органа зрения у пациентов с сахарным диабетом (СД), развивается у 70–90% больных в разные сроки от начала заболевания и остается одной из ведущих причин слабовидения и слепоты среди лиц работоспособного возраста [1].

Фотокоагуляция сетчатки является основным методом лечения данного осложнения, но у пациентов, которым не проводилось лазерное лечение или его результаты оказались неудовлетворительными, прогрессирование диабетического поражения глаз приводит к появлению

ретиальной неоваскуляризации, т.е. развитию пролиферативной диабетической ретинопатии (ПДРП), представляющей наибольшую угрозу зрению. Одной из причин резкого падения зрительных функций у пациентов с СД является гемофтальм, который занимает второе место среди осложнений ПДРП (встречается у 23% пациентов) [2].

Небольшие кровоизлияния могут подвергаться самопроизвольному рассасыванию, массивные требуют хирургического лечения, а именно проведения закрытой витрэктомии (ЗВЭ), позволяющей не только удалить патологические образования из стекловидного тела, восстановить его прозрачность и улучшить зрительные функции, но и предупредить возникновение рецидивирующих внутриглазных кровоизлияний, а также развитие необратимой фиброзной пролиферации [3].

Цель исследования: оценить эффективность закрытой витрэктомии при гемофтальме у пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатией.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ 26 историй болезни пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатией, осложненной гемофтальмом, которым была выполнена ЗВЭ на базе офтальмохирургических отделений УЗ 3 ГКБ за период с января 2009 г. по май 2011 г. Из исследования были исключены пациенты, у которых гемофтальм сочетался с тракционной отслойкой сетчатки.

Сахарный диабет I типа имелся у 6 человек (23,1%), II типа — у 20 человек (76,9%). Возраст пациентов с диабетом I типа варьировал от 23 до 65 лет, у пациентов с диабетом II типа от 50 до 81 года (средний возраст 61,5 лет). Среди прооперированных пациентов женщины составили 20 человек (76,9%), мужчины — 6 человек (23,1%).

Во время операции были введены: расширяющийся газ SF₆ (серный гексафторид) в 6 случаях (23,1%), расширяющийся газ C₃F₈ (перфторпропан) в 3 случаях (11,5%), силикон в 5 случаях (19,2%). Эндолазеркоагуляция была выполнена на 19 глазах (73,1%). Введение препарата против сосудистого эндотелиального роста авастина (бевацизумаба) в стекловидное тело было проведено у 9 пациентов (34,6%): 7 из них получили инъекцию за 1–6 дней до хирургического лечения (26,9%), 1 пациент (3,8%) на следующий день и 1 (3,8%) через 7 дней после операции.

Результаты и их обсуждение. Показатели остроты зрения до операции были следующими: *pr.l. incerta* — в одном глазу (3,8%), *pr.l. certa* — в десяти глазах (38,5%), движение руки у лица — в семи (26,9%), счет пальцев у лица — в трех (11,5%), 0,01 — в двух (7,7%), 0,03–0,04 — в двух (7,7%), 0,08 — в одном глазу (3,8%). Следовательно, практическая слепота (острота зрения < 0,01) до хирургического лечения была диагностирована у 23 пациентов (88,5%). Это определило особую важность проведения оперативного вмешательства по медицинским и социальным показателям.

После операции острота зрения в одном глазу составила: *pr.l. incerta* (3,8%), в двух — *pr.l. certa* (7,7%), в пяти (19,2%) — движение руки у лица, в двух (7,7%) — счет пальцев у лица, в восьми (30,8%) — 0,01–0,02, в одном (3,8%) — 0,03–0,04, в двух (7,7%) — 0,1, в трех (11,5%) — 0,2–0,3, в трех (11,5%) — 0,4–0,6.

Таким образом в результате лечения повышение остроты зрения наблюдалось у 17 пациентов (65,4%), визус соответствовал исходному дооперационному значению — у шести (23,1%), снижение остроты зрения было отмечено у трех пациентов (11,5%). Отсутствие положительной динамики было связано с рецидивом кровоизлияния в стекловидное тело, которое отмечалось у 9 больных (34,6%). Следует отметить, что рецидива гемофтальма не отмечено ни у одного пациента, получившего интравитреально авастин [4].

Рекомендуемые сроки проведения витрэктомии у разных авторов варьируют от 1 до 6 месяцев, при этом корреляционный анализ выявляет обратную значимую связь между длительностью существования гемофтальма и остротой зрения в послеоперационном периоде [5]. Анализируя полученные результаты следует отметить, что наибольший зрительный эффект наблюдался в глазах, в которых кровоизлияния произошли не ранее как за 3–6 месяцев до проведения закрытой витрэктомии. Известно, что сами по себе новообразованные сосуды не вызывают зрительных нарушений, но характеризуются быстрым ростом, массивной транссудацией плазмы крови и повышенной ломкостью, приводя к развитию осложнений в стекловидном теле и на поверхности сетчатки.

Выводы.

1. Среди пациентов, прооперированных по поводу пролиферативной диабетической ретинопатии, осложненной гемофтальмом без тракционной отслойки сетчатки, преобладали больные с сахарным диабетом II типа (76,9%).

2. Закрытая витрэктомия (ЗВЭ) позволяет очистить полость, предназначенную для стекловидного тела, тем самым восстановив прозрачность заднего отдела глаза, а так же предупредить возникновение рецидива заболевания, а также возникновение необратимой фиброзной пролиферации.

3. В результате хирургического лечения повышение остроты зрения достигнуто в 65,4% глаз.

4. Одним из наиболее частых осложнений в послеоперационном периоде закрытой витрэктомии является рецидив гемофтальма, отмеченный в 34,6% глаз. Этому осложнению удается избежать при введении интравитреально авастина.

SURGICAL TREATMENT OF PROLIFERATIVE DIABETIC RETINOPATHY COMPLICATED BY VITREOUS HEMORRHAGE

L.N. Marchanka, A.A. Dalidovich, T.A. Chekan

Proliferative Diabetic Retinopathy can have serious vision threatening complications. Panretinal laser photocoagulation therapy is the common standard treatment. However, the use of photocoagulation not always results to regression of new blood vessels. Neovascularization can leads to vision loss with vitreous hemorrhage. Vitrectomy helps to restore vision but it is characterized by a high risk of operation and postoperative complications. Recurrent vitreous hemorrhage is the most common complication of vitrectomy for PDR.

The article analyses the results of vitrectomy of 26 patients with proliferative diabetic retinopathy.

Литература.

1. Марченко, Л.Н. Нейропротекция при заболеваниях сетчатки и зрительного нерва / Л.Н. Марченко. – Минск. – 2003.- 364с.
2. Балашевич, Л.И. Глазные проявления диабета / Л.И. Балашевич. – С-Петербург. – 2004.- 382с.
3. Spaide R.F., Fisher Y.L. Intravitreal bevacizumab (Avastin) treatment of proliferative diabetic retinopathy complicated by vitreous hemorrhage. *Retina* 2006; 26:275-278.
4. Zhao L-Q., Zhu P-Q., Zhao P-Q., Hu Y-Q. A systematic review and meta-analysis of clinical outcomes of vitrectomy with or without intravitreal bevacizumab pretreatment for severe diabetic retinopathy. *Br J Ophthalmol* 2011; 95: 1216-1222.
5. Cooper B., Shah G.K., Grand M.G., Bakal J., Sharma S. Visual outcomes and complications after multiple vitrectomies for diabetic vitreous hemorrhage. *Retina* 2004; 24:19-22.