

*T. С. Стальмашко*  
**ХИРУРГИЯ ПЕРВИЧНОЙ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ**

*Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Л. Н. Марченко*

*Кафедра глазных болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*T. S. Stalmashka*

**SURGERY OF PRIMARY RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT**

*Tutors: professor L. N. Marchenko*

*Department of Eye Diseases*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Ключевые слова:** регматогенная отслойка сетчатки, экстрасклеральная, интравитреальная операция, пролиферативная витреоретинопатия, острота зрения.

**Резюме.** Отслойка сетчатки – это экстренная патология, которая при отсутствии лечения приводит к слепоте. Поэтому она требует немедленного хирургического вмешательства. В настоящее время существует два разных вида оперативного лечения. В статье представлен результат анализа частоты экстрасклеральных и витреоретинальных операций среди 257 глаз, выявлены тенденции применения каждого из подходов, представлены результаты фоторегистрации сетчатки до и после операций.

**Resume:** Retinal detachment is an urgent pathology that in absence of treatment can lead to total blindness. Therefore, it requires fast surgical care. Nowadays, exist two different types of operations. This study represents the results of the incidence of scleral buckling and vitrectomy among 257 patients (eyes), the tendency in development of each type of surgical intervention, the ocular fundus photomontage before and after operation.

**Keywords:** rhegmatogenous retinal detachment, scleral buckling, vitrectomy, proliferative vitreoretinopathy, visus.

**Актуальность.** Согласно данным ВОЗ в 2018 году, у 1,3 млрд человек встречалась та или иная форма нарушения зрения. В Беларуси около 2 тыс. человек в год становятся инвалидами по зрению.

Отслойка сетчатки составляет 9% всех причин инвалидности по зрению в мире. Чаще всего она встречается в возрасте 35 – 50 лет (что имеет социально-экономическую значимость) и возникает при миопии, травмах, диабетической ретинопатии и др. [1]. Более 80% всех случаев нарушений зрения являются предотвратимыми и их можно корректировать, применяя инновационные технологии современной медицины. Лечение регматогенной отслойки сетчатки (РОС) заключается в хирургическом блокировании ретинального разрыва. В зависимости от конкретного формирования элевации сетчатой оболочки осуществляют выбор между витреоретинальной и экстрасклеральной операцией.

Достижения современной офтальмологии постепенно смещают предпочтения хирургов в пользу применения внутриглазных вмешательств при первичной РОС [3]. Однако до сих пор существуют разногласия в тактике оперативного лечения при од-нотипных проявлениях данной патологии.

**Цель:** выяснить какой из вариантов хирургического лечения регматогенной ОС является приоритетным при персонализированной тактике ведения пациента в УЗ «З

ГКБ им. Е. Клумова».

### Задачи:

1.определить показания и противопоказания к интравитреальным и экстрасклеральным операциям при первичной РОС;

2.выявить приоритетный вид хирургического лечения и обосновать причины такого выбора.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 257 пациентов (257 глаз), прооперированных в отделениях мик-рохирургии УЗ «3 ГКБ им. Е. Клумова» г. Минска в период с 1 января 2014 по 31 декабря 2017 гг. по поводу регматогенной отслойки сетчатки. Средний возраст пациентов составил  $60 + 0,9$  года. Распределение по году рождения варьировало от 1926 до 1996 гг. (рис. 1). Мужчин было 134 (52,1 %), женщин – 123 (47,9 %).

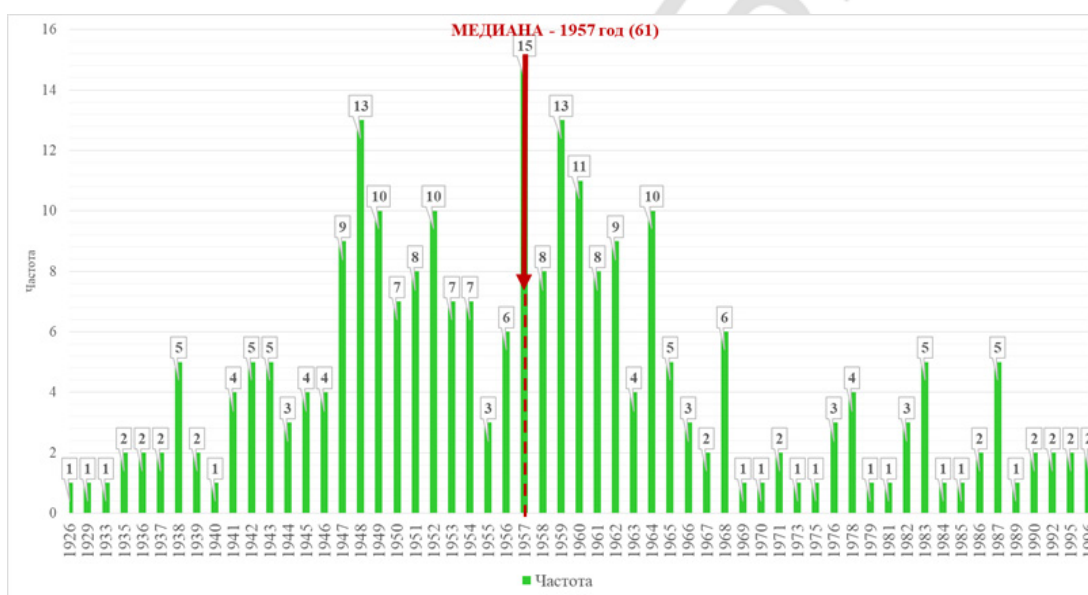


Рис. 1 – Распределение пациентов по году рождения

Все пациенты были разделены на две группы в соответствии с проведенными им операциями: 1 группу составили 137 (53,3%) пациентов, которым была выполнена экстрасклеральная хирургия, мужчин было 66 (48,2%), женщин - 71 (51,8%); во 2 группу вошли 120 (46,7%) пациентов, которым была произведена интравитреальная операция, мужчин было 69 (57,5%), женщин - 51 (42,5%).

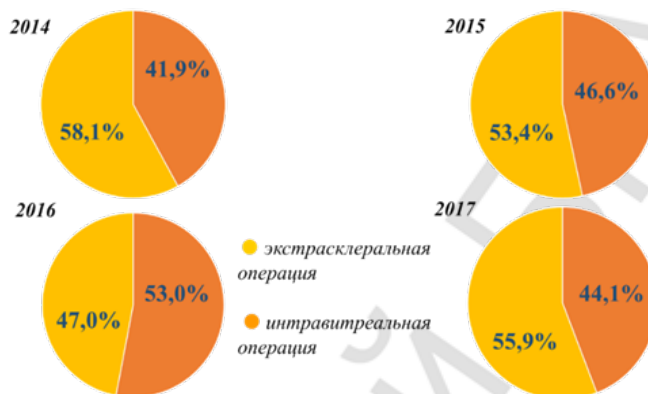
Средний возраст пациентов 1 группы составил  $62 + 1,3$  года, средний возраст пациентов 2 группы -  $59 + 1,4$  года ( $p < 0,05$ ).

Всем им было выполнено следующее офтальмологическое обследование: проверка остроты зрения (ОЗ), поля зрения кинетическим методом, В-сканирование, исследование с фундус-линзой, фотомонтаж сетчатки, оптическая когерентная томография (ОКТ).

Выполнена статистическая обработка результатов в Microsoft Office Excel и IBM SPSS Statistics 23 с расчётом вероятности ошибки и критерия значимости Стьюдента  $p < 0,05$ .

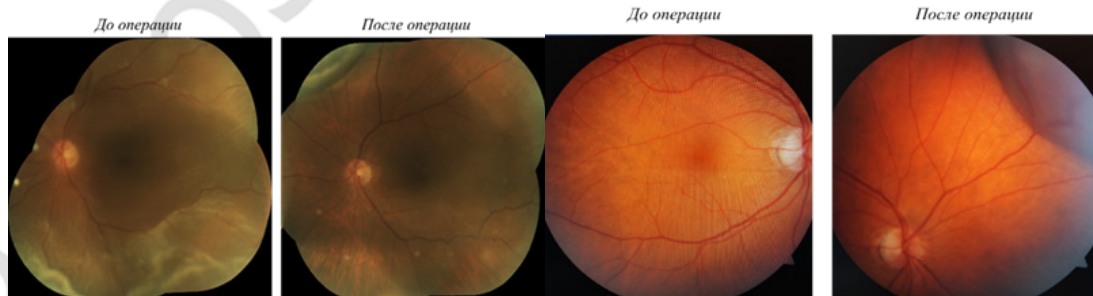
**Результаты и их обсуждение.** В 2014 году частота проведения экстрасклераль-

ных операций составила 58,1% (18 глаз), интравитреальных – 41,9% (13 глаз). В 2015 году соответственно 53,4% (31 глаз) и 46,6% (27 глаз). В 2016 году пломбирование было выполнено 47,0% пациентов (31 глаз), а витреоретинальная операция – 53,0% (35 глаз). В 2017 году значительно увеличилось число самих пациентов, но принципы лечения РОС существенно не изменились: процент пациентов, которые перенесли экстрасклеральную хирургию составил 55,9% (57 глаз), витрэктомия – 44,1% (45 глаз) (рис. 2).



**Рис.2** – Частота выполнения экстрасклеральных и интравитреальных операций при РОС в 2014-2017гг.

Экстрасклеральные операции были выполнены 137 (53,3%) пациентам, с локальным радиальным или секторальным пломбированием – у 32,9% пациентов, циркляж – у 19,7%, а их сочетание – у 47,4%. В зависимости от величины разрыва пломбу выбирали в 1,5-2,0 раза больше разрыва, укладывали её точно над ним и погружали в склеру на 1/2 своей толщины (рис. 3 и 4). Секторальное пломбирование было выполнено тем пациентам, у кого имелось несколько рядом расположенных разрывов или были отрывы от зубчатой линии. Круговое – при множественных разрывах сетчатки в нескольких квадрантах или обширных зонах периферической дегенерации сетчатки с единичным разрывом.

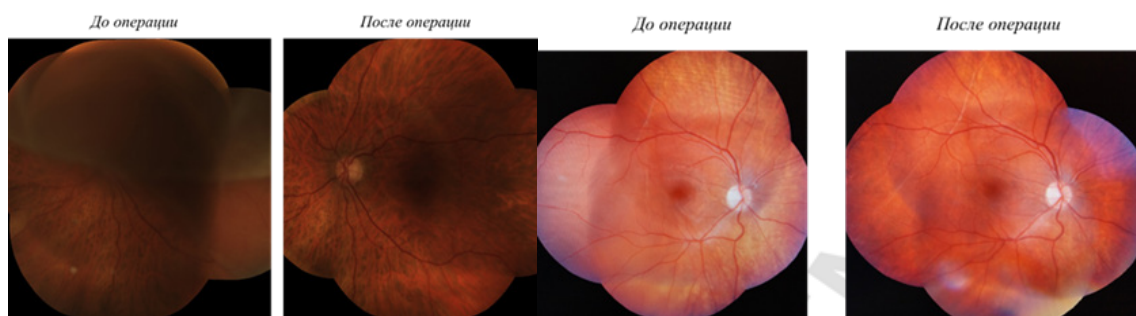


**Рис. 3** - Фото глазного дна пациентов с РОС до операции

**Рис. 4** – Фото глазного дна пациентов с РОС после экстрасклеральной операции

Интравитреальные операции были выполнены у 120 (46,7%) пациентов (рис. 5 и 6). Пролонгированную тампонаду витреальной полости силиконовым маслом использовали у 73 (82,0%) пациентов с локальными ОС и пролиферативной витреоретинопатией незначительной степени. Для кратковременного заполнения полости

стекловидного тела использовали газы SF<sub>6</sub> и C<sub>3</sub>F<sub>8</sub> – у 16 (18,0%) пациентов. В зависимости от вида применяемого газа тампонада осуществлялась в течение 10 –65

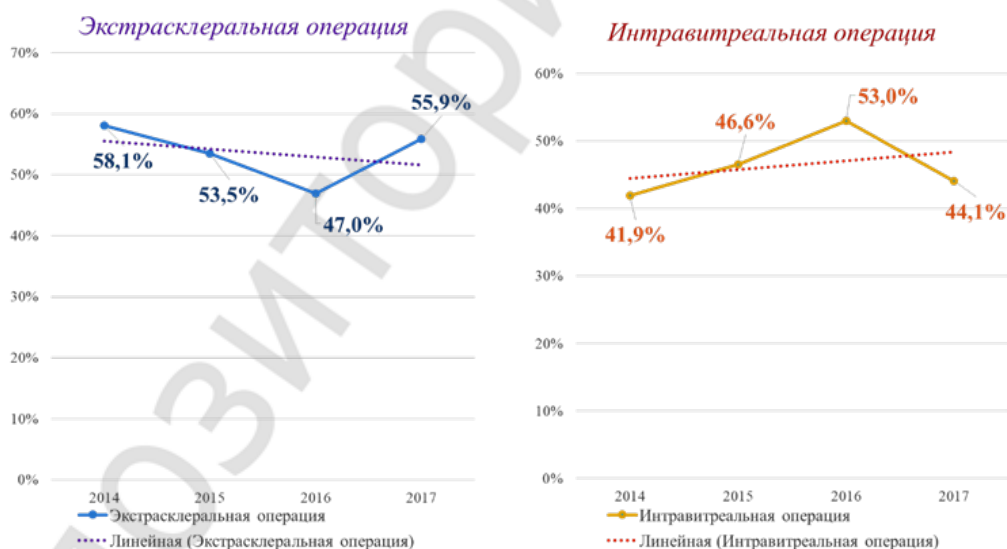


**Рис.5** – Фото глазного дна пациентов с РОС до операции

**Рис. 6** – Фото глазного дна пациентов с РОС после интравитреальной операции

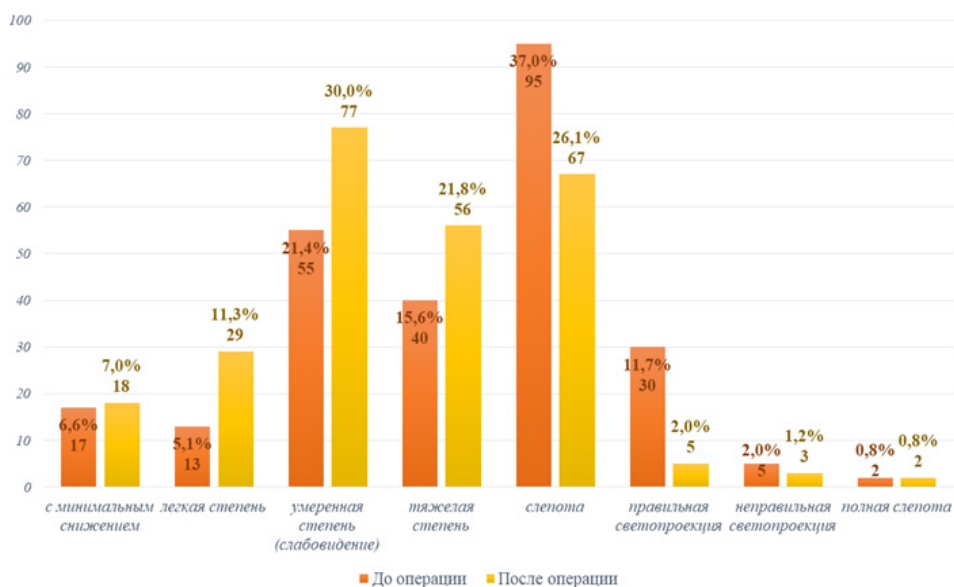
дней. Показания: свежие ОС с небольшим размером разрыва (менее 1/2 диаметра ДЗН) в верхней половине глаза.

Приведенные данные свидетельствуют о преобладании экстрасклеральных вмешательств в первичной хирургии РОС в УЗ «3 ГКБ им. Е.Клумова» г. Минска в течение четырех лет (2014-2017гг.). Однако линия тренда отражает тенденцию к увеличению частоты интравитреальных операций в этот период (рис. 7).



**Рис. 7** – Тенденция к изменению частоты экстрасклеральных и интравитреальных вмешательств при хирургии РОС в 2014-2017гг. в УЗ 3 ГКБ г. Минска

По степени снижения остроты зрения все пациенты были разделены на 8 групп, которые были сформированы по международной классификации нарушений зрения ВОЗ [2]: с минимальным снижением ОЗ –0,5 - 1,0; легкая степень снижения ОЗ –0,3 - 0,49; умеренная степень снижения ОЗ –0,1 - 0,29; тяжелая степень снижения ОЗ –0,05 - 0,09; слепота <0,05; правильная светопроекция; неправильная светопроекция; полная слепота (рис. 8). Было установлено, что наибольшее количество пациентов с отслойкой сетчатки имели остроту зрения менее 0,05 – слепота. У 44,4% из них было зарегистрировано улучшение зрения после оперативного лече-



**Рис. 8** – Острота зрения пациентов до и после оперативного вмешательства

ния. Наибольшая по численности группа имела умеренную степень снижения зрения (0,1 – 0,29). После прилегания сетчатки с 5,1% до 11,3% возрос процент пациентов с остротой зрения от 0,3 – 0,49. Не было положительной динамики только в группе «полная слепота» при наличии необратимой функциональной потери (рис. 8).

Из сопутствующей патологии у наших пациентов ИБС диагностирована у 37,0%, артериальная гипертензия различной степени – у 40,9%. Сочетание этих диагнозов – у 31,9% из 100%.

#### **Выводы:**

1. В хирургии первичной регматогенной отслойки сетчатки в УЗ «3 ГКБ им. Е. Клумова» г. Минска в 2014 – 2017 гг. доминировали экстрасклеральные воздействия (64,6%), что, согласно критериям выбора оперативного вмешательства, свидетельствовало о преобладающем количестве пациентов, обращавшихся в ранний период развития заболевания, у них диагностировались единичные разрывы и отсутствовали клинические проявления витреоретинальных пролиферативных процессов.

2. Статистические данные говорят о преобладании экстрасклеральных вмешательств (64,6%) в УЗ «3 ГКБ им. Е. Клумова». Линия тренда отражает тенденцию к увеличению частоты интравитреальных операций.

3. Наибольшая частота первичной регматогенной отслойки была диагностирована в возрасте 60 + 0,9 года.

4. До операции доминирующая острота зрения при РОС была меньше 0,05 (37,0%). В результате проведенного хирургического вмешательства у 44,4% пациентов зрение улучшилось и у 30,0% из них преобладала острота зрения – 0,1 – 0,29 (30,0%).

#### **Литература**

1. Аванесова, Т. А. Регматогенная отслойка сетчатки: современное состояние проблемы / Т. А. Аванесова // Офтальмология. – 2015. – Т. 12, № 1. – С. 24 – 32
2. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – Режим

доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment> (Дата доступа: 29.01.2019 г.)

3.Захаров,В.Д. Современная хирургия рецидива отслойки сетчатки. Обзор литературы / В. Д. Захаров, Н. С. Ходжаев, И. М. Горшков и др. // Офтальмология. – 2012. – Т. 9, № 1. – С. 10 – 13.

Репозиторий БГМУ