

**ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ СЕТЧАТКИ С РАЗРЫВАМИ
В ПОСТЭКВАТОРИАЛЬНОЙ ЗОНЕ**

Малиновский Г.Ф., Сиденко Н.Н., Ярута Л.А., Чернушевич О.М.,

Введение. Отслойка сетчатки – одна из наиболее тяжелой патологии органа зрения, являющейся частой причиной слепоты и инвалидности у лиц работоспособного возраста, что делает эту проблему актуальной и социально значимой. Наиболее частыми причинами регматогенной отслойки сетчатки во всем мире являются: миопия, афакия, артрафакия, травма глаза. Около 40-50% пациентов с отслойкой сетчатки страдали миопией, 30-40% - перенесли операцию по удалению хрусталика, 10-20% - имели в анамнезе проникающее ранение глаза.

Основным методом лечения пациентов с регматогенной отслойкой сетчатки является хирургический. Неудовлетворенность результатами хирургического лечения отслойки сетчатки, в особенности при локализации разрывов в постэкваториальной зоне, обосновывает разработку новых подходов и совершенствование существующих методов операции при данной патологии.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения пациентов с регматогенной отслойкой сетчатки путем усовершенствования способа экстрасклерального пломбирования (ЭСП) разрывов сетчатки.

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 21 пациента с регматогенной отслойкой сетчатки, которые были прооперированы в УЗ «10-й ГКБ» в 2019 г. Средний возраст пациентов составил 57,7 лет, самому молодому – 30 лет, самому старшему – 70 лет. Мужчин – 7 (33,3%), женщин – 14 (66,7%).

По распространенности отслойки сетчатки: отслойка сетчатки, занимающая один квадрант – у 2 (9,5%) пациентов, два квадранта – у 6 (28,6%), три (субтотальная) – у 5 (23,8%), тотальная – у 8 (38,1%). Отслойка сетчатки с захватом макулярной зоны (МЗ) – у 18 пациентов (85,7%), без захвата МЗ – у 3 (14,3%) случаев. Отслойка сетчатки с одним разрывом диагностирована у 16 пациентов (76,2%), с несколькими разрывами – у 4 (19,04%), не обнаружено разрывов у 1 пациента (4,76%). С учетом пролиферативной витреоретинопатии (ПВР) отслойка сетчатки в стадии А отмечена у 8, стадия В – у 13 пациентов. Факторы риска отслойки сетчатки: миопия высокой степени наблюдалась у 11 пациентов, ВХРПДС – у 21, артрафакия – у 3 пациентов.

Острота зрения до операции составляла: движение руки у лица до 0,08 у 11 (52,4%) пациентов, от 0,09 до 0,4 – у 8 (38,1%); от 0,5 до 0,8 – у 2 (9,5%) пациентов.

Результаты и обсуждение. Учитывая высокий процент неблокированных разрывов сетчатки при выполнении экстрасклерального пломбирования традиционным способом, при далеко расположенных разрывах сетчатки, нами избран способ ЭСП путем расположения экстрасклеральной конструкции в меридио-

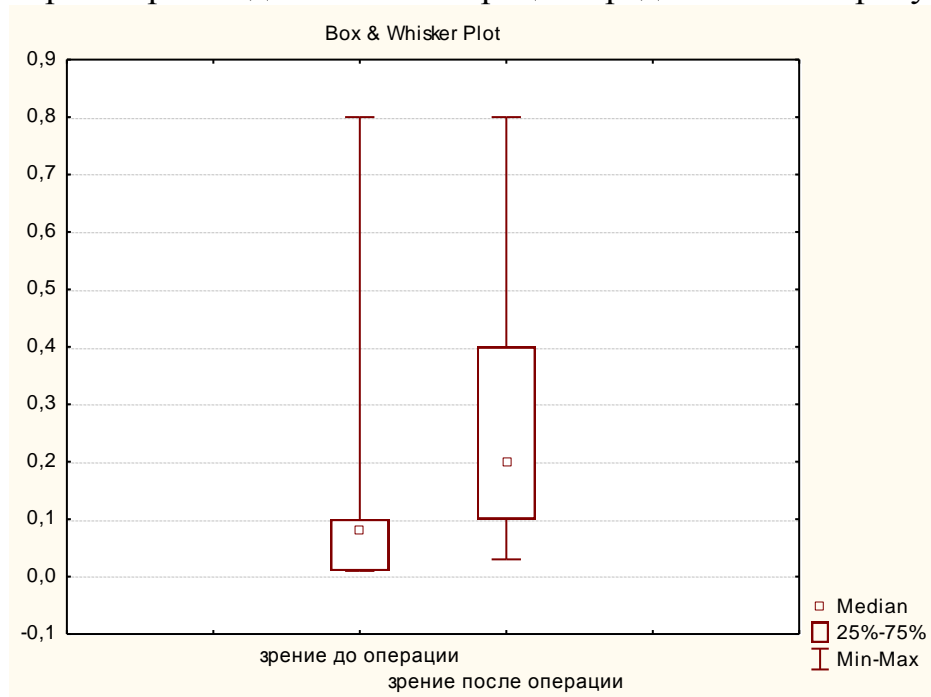
Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

нальном направлении, что положительным образом сказалось на исходы операции.

Основной метод хирургического лечения пациентов исследуемой группы – экстрасклеральное пломбирование в сочетании с циркулярным элементом у 17 (81%) пациентов, только ЭСП – у 4 (19%) пациентов. У 13 (61,9%) пациентов с тотальной и субтотальной отслойкой сетчатки и высотой более 5 мм выполнялось дренирование субретинальной жидкости. Криоретинопексия произведена в 8 (38%) случаях у пациентов со старой отслойкой сетчатки и при повторных операциях.

В сроки наблюдения от 6 месяцев до 1 года полное прилегание отслойки сетчатки отмечено у 18 пациентов (85,7%), частичное – у 2 (9,5%) случаев, не было прилегания сетчатки у 1 (4,7%) пациента

Состояние остроты зрения до и после операции представлено на рисунке



Острота зрения после операции составила: движение руки у лица до 0,08 у 2 (9,5%) пациентов; от 0,09 до 0,4 – у 15 (71,5%); от 0,5 до 0,8 – у 4 (19%) пациентов.

Выводы. 1. Основным методом хирургического лечения регматогенной отслойки сетчатки в стадии А и В при локализации разрывов в постэкваториальной зоне является экстрасклеральное пломбирование в меридиональном направлении в сочетании с циркулярным элементом.

2. Дренирование субретинальной жидкости следует выполнять при субтотальной и тотальной отслойке сетчатки высотой более 5 мм.

3. Дозированная криоретинопексия, с интраоперационным контролем время экспозиции криоаппликаций, обоснована при старой отслойке сетчатки и рецидивах, когда нет плотного контакта сосудистой оболочки с сетчаткой.