

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ СЕТЧАТКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

Г.В. Левицкая, Мохаммад Абдулхади

*ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии
им. В.П. Филатова НАМН Украины» (Одесса)*

Введение

Известно, что рематогенная отслойка сетчатки (РОС) возникает в результате попадания жидкости под сетчатку через ее разрыв (Н.33.0), что является основанием относить данную форму отслойки к дистрофическим заболеваниям глаза. Однако, в 2,0-4,5% случаев, по неизвестным причинам, РОС осложняется развитием внутриглазного воспаления и отслойкой сосудистой оболочки (ОСО). Клинически это проявляется развитием болевого синдрома, конъюнктивальной инъекцией, углублением передней камеры, иридо- и факодонезом, образованием задних синехий, помутнением стекловидного тела, выраженной гипотонией (иногда менее 5 мм рт. ст.), отслойкой сосудистой оболочки, появлением зеленоватого оттенка радужки на светлых глазах. В литературе принято обозначать описанную форму как РОС, осложненную отслойкой сосудистой оболочки [5, 7, 9, 11, 12].

Это особо тяжелый тип отслойки сетчатки, подтверждением тому служит тот факт, что таких больных обязательно исключают при проведении клинических исследований по изучению эффективности лечения РОС. Так, эффективность однократного вмешательства при эписклеральных пломбированиях составляет всего лишь 32,4 - 52,1%, несколько повышается при витрэктомии - до 66,7% [4-7].

Особенностью хирургии у таких пациентов является высокая частота осложнений, в т.ч. кровоизлияний, экссудативной реакции в раннем послеоперационном периоде, а в последующем - пролиферативной витреоретинопатии, которая проявляется в развитии эпимакулярных мембран (до 24%) и более массивных эпиретинальных мембран, что приводит к рецидивированию отслойки (до 45% случаев) [4-7].

Причиной описанных осложнений считается наличие исходного внутриглазного воспаления, на фоне которого проводится хирургическое вмешательство. В связи с этим, некоторые авторы считают целесообразным перед витрэктомией проведение глюкокортикоидной терапии в виде субконъюнктивальных инъекций и системно в дозе 1 мг на кг массы тела в течение от 1 до 3 недель [4, 10]. Однако, это удлиняет сроки существования макулярной отслойки, неблагоприятно сказывается на функциональных результатах, имеет ряд существенных побочных эффектов.

Мы предложили метод лечения, включающий проведение перед витрэктомией первым этапом интравитреальное введение триамцинолона ацетонида (ТА) или сочетание ТА с перфторпропаном (СЗФ8) [3], что позволило добиться у всех пациентов устранения признаков внутриглазного воспаления через 1-2 суток, отслойки сосудистой оболочки в сроки от 1 до 4 дней перед витреоретинальным вмешательством [1, 2, 8].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности предложенного метода лечения больных РОС, осложненной отслойкой сосудистой оболочки.

Материал и методы исследования

В исследование включены 63 больных (63 глаза) РОС, осложненной ОСО, которым была выполнена витрэктомия с целью устранения отслойки сетчатки. В зависимости от вида проводимой предоперационной подготовки пациенты разделены на основную (39 пациентов) и контрольную (24 пациента) группы. У 39 пациентов основной группы предоперационная подготовка проводилась предложенным способом, т.е. путем интравитреального введения 4 мг отмытых кристаллов ТА или 4 мг ТА+СЗФ8 (до нормотонии) в зависимости от тяжести исходного состояния [2]. Интравитреальные инъекции выполняли по стандартной методике: в 3,5-4 мм от лимба в проекции наименьшей высоты отслойки сосудистой оболочки, введение перфторпропана предпочитали выполнять в верхней половине (с 10 до 2 час) условного циферблата. Контрольную группу составили 24 пациента, которым проводилась традиционная предоперационная подготовка, включающая по 40 мг дексаметазона в виде субконъюнктивальных (или парабульбарных инъекций) и системно, 75 мг диклофенака натрия внутримышечно однократно в сутки на протяжении 4-10 дней. Перед витрэктомией пациентам обеих групп проводили стандартную циклоплегию двукратными инстилляциями цикломеда, пациентам с наличием синехий выполняли

субконъюнктивальные инъекции мезатона № 1-3 с целью разрушения иридохрусталиковых спаек. Кроме того, пациентам обеих групп проводилась также местная противовоспалительная терапия путем инстилляций стероидных и нестероидных противовоспалительных капель.

Основная и контрольная группы были сопоставимы по полу, возрасту, признакам, характеризующим состояние глаз больных, а также тяжесть клинического течения отслойки сетчатки (табл. 1). Не отличались группы также и по признакам тяжести исходного увеита, характерного для данной формы РОС.

Комплексное интравитреальное вмешательство в обеих группах производилось по стандартной методике 20-G трехпортовой витрэктомии. Хрусталик был сохранен у 25 из 26 факических пациентов (96,2 %) основной и 16 из 17 пациентов (94,1 %). Расправление сетчатки выполняли в большинстве случаев пневмогидравлически на 36 глазах (92,3 %) основной и 20 глазах (83,3 %) контрольной групп. Во всех случаях была выполнена круговая диодная эндолазеркоагуляция с одновременным блокированием всех разрывов и зон периферической дегенерации сетчатки, у большинства больных осуществляли перфторпропановую внутреннюю тампонаду сетчатки – у 37 из 39 человек (94,5 %) основной и у 22 из 24 человек 91,7 %) контрольной групп соответственно; силиконовую тампонаду – у 2 человек каждой группы. У всех пациентов обеих групп в конце витрэктомии достигнуто прилегание сетчатки.

В послеоперационном периоде проводилась консервативная терапия стероидными и нестероидными противовоспалительными средствами в течение 3-7 дней в условиях стационара в зависимости от наличия и степени тяжести послеоперационных осложнений. При выписке из стационара все пациенты получали общепринятое противовоспалительное лечение в виде инстилляций стероидных и нестероидных капель на протяжении 2-3 недель.

Эффективность лечения оценивалась по достижению анатомического результата (частоте прилегания сетчатки) в результате однократной витрэктомии, по степени восстановления ВГД, по степени повышения послеоперационной остроты зрения, по частоте, видам и степени тяжести осложнений, развившихся в раннем послеоперационном периоде, а также через 3 и 6 месяцев после вмешательства. Все перечисленные критерии оценки эффективности изучались у пациентов с учетом различного вида предоперационной подготовки. Статистический анализ проводился при помощи пакета STATISTICA-8.

Исходное клиническое состояние больных РОС, осложненной ОСО, основной и контрольной групп

Клинический признак	Группы больных	
	Основная группа, n = 39 человек (%)	Контрольная группа, n=24 человека (%)
Средний возраст, лет, (SD)	56,5 (14,0)	51,4 (9,9)
Степень миопии:		
слабая	8 (20,5)	2 (8,3)
средняя	2 (5,1)	4 (16,7)
высокая	23 (59,0)	13 (54,2)
Афакия артифакия	2 (5,1) 11 (28,2)	2 (8,3) 7 (29,2)
Длительность РОС, дней, (SD)	20,6 (11,1)	18,1 (6,9)
Протяженность РОС:		
2 квадранта	2 (5,1)	2 (8,3)
3 квадранта	11 (28,2)	12 (50,0)
4 квадранта	26 (66,7)	10 (40,0)
Вид разрыва:		
клапанный	16 (41,0)	13 (54,2)
атрофический	-	2 (8,3)
атрофический + клапанный	13 (33,3)	5 (20,8)
гигантский	1 (2,6)	----
не обнаружен	----	1 (4,2)
3 и более разрыва	7 (17,9)	3 (12,5)
ПВР в стадии:		
А	3 (7,7)	2 (8,3)
В	25 (64,1)	18 (75,0)
СР 1 – 3 тип 1,2	11 (28,2)	4 (16,7)
Протяженность отслойки сосудистой оболочки		
2 квадранта	2 (5,1%)	3 (12,5)
3 квадранта	11 (28,2%)	9 (37,5)
4 квадранта	26 (66,7%)	12 (50,0)
Среднее значение ВГД, мм рт. ст., (SD)	6,4 (1,5)	7,5 (1,1)
Острота зрения:		
неправильная светопроекция	5 (12,8)	1 (4,2)
правильная светопроекция	22 (56,4)	9 (37,5)
определяемая	12 (30,8)	14 (58,3)
средняя острота зрения, (SD)	0,023 (0,014)	0,029 (0,013)

Полученные результаты и их обсуждение

В раннем послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: гифема, экссудативная реакция различной степени выраженности, проявляющаяся отложением единичных нитей фибрина на поверхности хрусталика или ИОЛ (легкая степень), образованием зрачковой мембраны (средняя степень), формированием массивной зрачковой мембраны, затрудняющей биомикроскопию глублежащих отделов, а также сопровождающаяся отложениями фибрина в передней камере (тяжелая степень). Частичная гифема развилась у 2 пациентов (8,3 %) контрольной группы и не требовала хирургического вмешательства. Экссудативная реакция имела место у пациентов обеих групп, при чем достоверно реже встречалась у пациентов с интравитреальной предоперационной терапией: у 7 пациентов (17,9 %) против 16 пациентов (66,7 %) ($p=0,0002$). Анализ степени выраженности экссудативной реакции показал, что тяжелая степень проявления данного осложнения отмечена только у пациентов контрольной группы (табл. 2).

Таблица 2

Вид и частота ранних послеоперационных осложнений у пациентов основной и контрольной групп

Вид ранних послеоперационных осложнений	Основная группа, n=39 глаз (%)	Контрольная группа, n=24 глаз (%)	Достоверность отличия, p
гифема	-	2 (8,3)	
степень экссудации:			
легкая	5 (12,8)	5 (20,8)	0,0002
средняя	2 (5,1)	4 (16,7)	
тяжелая	-	7 (29,2)	
Всего	7 (17,9)	18 (75,0)	0,0001

Суммарная частота ранних послеоперационных осложнений у больных основной группы была в 2,6 раза ниже по сравнению с контрольной группой ($\chi^2=28,4$, $p=0,0001$) (см. табл. 2).

Через 3 месяца после витрэктомии прилегание сетчатки отмечено у 97,3 % (у 38/39 человек) основной группы и у 79,2 % (у 19/24 пациентов) контрольной группы ($p=0,004$).

За этот период у одного пациента (2,6 %) основной и у 5 пациентов (20,8%) контрольной группы развился рецидив отслойки сетчатки. Причиной рецидива у всех пациентов обеих групп стало прогрессирование ПВР. После повторно выполненных интравитреальных

вмешательств, сетчатка прилегла у 1 пациента основной и у 4 пациентов контрольной групп. Особенности клинического состояния глаз больных через 3 месяца после витрэктомии были следующие. Дистрофия роговицы развилась в одном случае (2,6 %) у пациентки с афакией основной группы и в одном случае с предшествующей ЭЭК с ИОЛ (4,7 %) в контрольной группе.

Помутнения хрусталика усилились на 16 из 25 глаз (64,0 %) пациентов основной группы, в контрольной группе прогрессирование помутнений хрусталика отмечено на 9 из 16 глаз (56,3 %).

В контрольной группе отмечена также периферическая отслойка сетчатки, не распространяющаяся за пределы фотоциркуляжа, в 3 случаях (12,5%), при этом на 2 глазах (8,3 %) она сопровождалась гипотонией, на одном глазу в последующем - развитием рубеоза радужки, рецидивирующего гемофтальма и вторичной глаукомы, что потребовало выполнения повторной витрэктомии, в результате которой достигнуто прилегание сетчатки периферичнее вала вдавления, уменьшение, а последующем купирование рубеоза радужки, геморрагических осложнений. Кроме этого, у двух пациентов контрольной группы имела место гипотония на фоне прилегания сетчатки, хирургическое вмешательство не проводилось, выполняли курс медикаментозного стимулирующего лечения.

В основной группе у одной пациентки сохранялась выраженная гипотония (9,0-10,0 мм рт. ст.) при полном прилегании сетчатки и сосудистой оболочки, однако по данным УЗ исследования сохранялась щелевидная отслойка цилиарного тела, в связи с чем с органно-сохранной целью выполнено введение силиконового масла.

Эпимакулярные мембраны на фоне устойчивого прилегания сетчатки развились у 1 пациента (2,6 %) основной и 3 пациентов (12,5 %) контрольной групп. Явления преретинальной пролиферации на периферии сетчатки в области фотоциркуляжа и/или основания стекловидного тела наблюдались у 2 пациентов (5,1%) основной и у 4 пациентов (16,7 %) контрольной групп соответственно, однако к рецидивированию отслойки они не привели.

Таким образом, анализ достигнутых результатов через 3 месяца после витрэктомии показал, что в группе с интравитреальной противовоспалительной подготовкой суммарная частота осложнений, включая периферическую преретинальную пролиферацию, развитие эпимакулярных мембран, наличие гипотонии, рецидива от-

слойки сетчатки или наличие периферической отслойки сетчатки, была статистически значимо ниже и составила 12,8 % против 70,8 % у пациентов, которым выполнялись традиционная подготовка ($\chi^2 = 23,7, p=0,0025$) (табл. 3).

Таблица 3

Вид и частота послеоперационных осложнений у пациентов основной и контрольной групп через 3 месяца

Вид послеоперационных осложнений	Основная группа, n=39 глаз (%)	Контрольная группа, n=24 глаза (%)	Достоверность отличия
периферическая преретинальная пролиферация	2 (5,1)	4 (16,7)	$\chi^2 = 23,7$ $p = 0,0025$
эпимакулярная мембрана	1 (2,6)	3 (12,5)	
гипотония на фоне прилегания сетчатки	1 (2,6)	2 (8,3)	
периферическая отслойка сетчатки (прилегание сетчатки центральнее фотоциркуляжа)	-----	3 (20,8)	
рецидив отслойки сетчатки	1 (2,6)	5 (25,0)	
Всего	5 (12,8)	17 (70,8)	

Учитывая факт, что наиболее неблагоприятным в отношении отдаленного прогноза прилегания сетчатки и степени возможного восстановления остроты зрения являются пролиферативные процессы, проявляющиеся после витрэктомии в виде развития рубцовой ткани чаще на внутренней поверхности сетчатки, в области основания стекловидного тела, интересным и информативным представляется анализ суммарной частоты проявлений витреоретинальной пролиферации, таких как развитие эпимакулярных мембран, ПВР в области лазеркоагуляционных очагов, рецидивирования отслойки. Общая частота пролиферативных осложнений была существенно ниже в основной группе и составила 10,3% (у 4 пациентов) против 50,0 % (у 12 человек) контрольной группы, $\chi^2 = 22,1, p = 0,002$.

У всех пациентов с достигнутым прилеганием сетчатки отмечена статистически значимая положительная динамика остроты зрения по сравнению с таковой до операции.

Число пациентов с неопределяемой остротой зрения уменьшилось с 27 человек (69,2 %) до 1 человека (2,7 %) в основной и с 10 человек (41,7

%) до 5 человек (16,7 %). Данный факт объясняется большим числом рецидивов, а следовательно и соответствующей им крайне низкой остроте зрения, в контрольной группе по сравнению с основной.

Показатель определяемой остроты зрения изменился следующим образом. В основной группе средняя острота зрения повысилась с $0,023 \pm 0,014$ до $0,17 \pm 0,1$ (Minimum = 0,01, Maximum = 0,40, Median = 0,12, N = 37). В контрольной группе средняя острота зрения повысилась с $0,029 \pm 0,013$ до $0,09 \pm 0,04$ (Minimum = 0,01, Maximum = 0,17, Median = 0,10, N = 19), разница статистически значима, представлена на рис. 1.

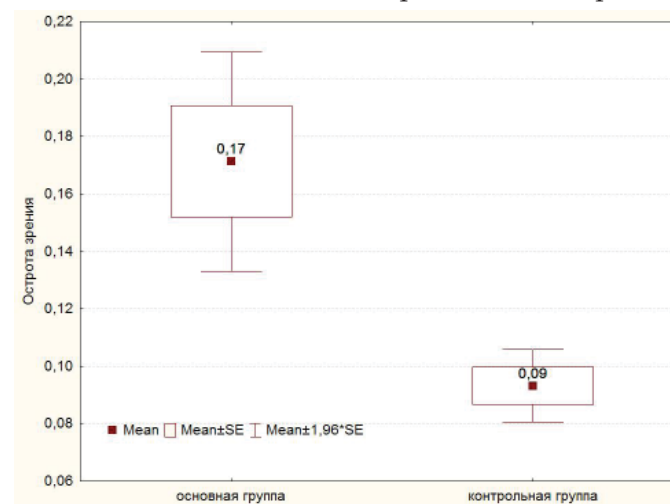


Рис. 1. Средняя острота зрения у пациентов основной и контрольной групп через 3 месяца после витрэктомии.

При контрольном осмотре через 6 месяцев после витрэктомии прилегание сетчатки отмечено у 38 пациентов (97,4 %) основной и у 21 пациента (87,5%) контрольной групп (разница частоты положительного результата достоверно значимая, $\chi^2 = 8,03, p=0,018$). Рецидив отслойки сетчатки за период от 3 до 6 месяцев развился у одного пациента основной и двух пациентов контрольной групп. У всех пациентов выполнено успешное повторное вмешательство с имплантацией силиконового масла.

Всего для достижения прилегания сетчатки за период 6 месяцев после витрэктомии выполнены 2 повторных витрэктомии в основной группе и 6 повторных вмешательств в контрольной группе. Вероятной причиной более частого рецидивирования отслойки

сетчатки в контрольной группе послужила большая выраженность пролиферативных осложнений по сравнению с основной, которые отмечались уже в периоде 3 месяца после витрэктомии (10,3% против 50,0% основной и контрольной групп соответственно, $p = 0,002$).

Таким образом, эффективность однократной витрэктомии, т.е. частота прилегания сетчатки, в основной группе была достоверно выше и составляла 94,8% (37/39 человек) по сравнению с 70,8% (17/24 пациента) контрольной группы, $\chi^2 = 8,02$, $p = 0,018$.

Существенное повышение частоты прилегания сетчатки лечения в контрольной группе (с 70,8% до 87,5%) достигнуто в результате повторно выполненной успешной витрэктомии у 6 человек за период 6 месяцев. В основной группе этот показатель мало изменился – с 94,8% до 97,4%, так как повторная витрэктомия выполнена у 2 пациентов за весь период наблюдения.

Таким образом, частота повторных вмешательств для достижения устойчивого прилегания сетчатки в основной группе составила 5,1% (2 человека), в контрольной группе – 25% (6 человек) ($p = 0,05$).

Анализ частоты и видов осложнений показал, что суммарная частота наиболее прогностически неблагоприятных – пролиферативных осложнений (эпимакулярных мембран, ПВР в области лазеркоагуляционных очагов, рецидивирования отслойки) составила в основной группе 12,8% (у 5 пациентов) против 58,3% (у 12 человек) контрольной группы, $\chi^2 = 25,4$, $p = 0,00001$.

У всех пациентов с прилеганием сетчатки отмечена положительная динамика восстановления ВГД, которая представлена в таблице 4.

Таблица 4

Изменение ВГД в результате проведенного лечения у пациентов основной и контрольной групп

ВГД	Основная группа, n=39 глаз, M (SD)	Контрольная группа, n=24 глаза, M (SD)
исходное	6,4 (1,5)	7,5 (1,1)
через 3 месяца	16,9 (0,4)	15,5 (0,4)
через 6 месяцев	17,5 (0,4)	15,6 (0,4)

Как видно из данных представленных в таблице 4, в основной группе ВГД повысилось от исходного уровня 6,4 до 16,9 через 3 месяца и до 17,5 мм рт. ст. через 6 месяцев после лечения ($p = 0,0001$ по сравнению с исходным ВГД).

В контрольной группе ВГД повысилось от исходного уровня 7,5 до 15,5 через 3 месяца и до 15,6 мм рт. ст. через 6 месяцев после лечения ($p = 0,0001$ по сравнению с исходным ВГД).

У всех пациентов с достигнутым прилеганием сетчатки через 6 месяцев после лечения отмечена статистически значимая положительная динамика остроты зрения по сравнению с таковой до операции. В основной группе средняя острота зрения повысилась с $0,023 \pm 0,014$ до $0,24 \pm 0,09$, в контрольной группе средняя острота зрения повысилась с $0,029 \pm 0,013$ до $0,13 \pm 0,06$ ($p = 0,0001$ по сравнению с исходной остротой зрения в каждой группе).

Выводы

Предложенный комплексный метод лечения пациентов с РОС, осложненной ОСО, заключающийся в интравитреальном введении триамцинолона ацетонида или триамцинолона ацетонида в сочетании с перфторпропаном с последующей витрэктомией, позволяет повысить частоту прилегания сетчатки после однократной витрэктомии до 94,8% по сравнению с 70,8% в контрольной группе, снизить количество повторных вмешательств в 4,9 раз, частоту послеоперационных ранних осложнений в 2,6 раза, поздних послеоперационных осложнений в 4,6 раз, повысить остроту зрения в 1,9 раз.

Литература

1. Абдулхадид Мохаммад. Эффективность интравитреального введения стероидного препарата перед витрэктомией у больных регматогенной отслойкой сетчатки, осложненной отслойкой сосудистой оболочки / Мохаммад Абдулхадид, Г.В. Левицкая, А.Г. Ковальчук // Офтальмол. журн. – 2013. – № 5. – С. 41-45.
2. Левицкая Г.В. Показания и схема проведения предоперационной подготовки, в комбинированном лечении больных рос, осложненной отслойкой сосудистой оболочки / Г.В. Левицкая, Мохаммад Абдулхадид // Oftalmologiya: Elmi – Praktik jurnal. – 2013. – № 2 (12). – С.58-64.
3. Патент № 81704 Украины (51) МПК А61F 9/00. Спосіб лікування регматогенного відшарування сітківки, ускладненого відшаруванням судинної оболонки / Левицька Г.В., Путиєнко О.О., Абдулхадид Мохаммад(ІА). - № и20130026; заявл. 08.01.2013; опубл. 10.07.2013, Бюл. № 13.
4. Путиенко А.А. Результаты сравнительной эффективности вдавленной склеры и интравитреальных вмешательств у больных с первичной регматогенной отслойкой сетчатки, осложненной отслойкой сосудистой оболочки / А.А. Путиенко // Офтальмол. журн. – 2006. – № 4. – С. 15–19.

5. Azad R. Choroidal detachment in association with retinal detachment / R. Azad, H.K. Tewari, P.K. Khosla // *Indian. J. Ophthalmol.* – 1984. – Vol. 32. – P. 143-147.
6. Ghoraba H.H. Primary vitrectomy for management of rhegmatogenous retinal detachment associated with choroidal detachment / H.H. Ghoraba // *Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.* – 2001. – Vol. 239, № 10. – P. 733-736.
7. Gungel H. 23 Gauge pars plana vitrectomy in patients with retinal detachment and choroidal detachment / H.Gungel // *13th EVRS Meeting, (7-10 September 2013).* – Rodes, Greece, 2013. – P. 209.
8. Levytska G. Triamcinolone acetonide and C3F8 intravitreal injection for retinal detachment associated with severe choroidal detachment / G. Levytska, A. Putienko, M. Abdulhadi [Electronic resource] // *13th EURETINA Congress (26-29 September 2013, Hamburg).* – Access mode: <http://www.euretina.org/abstracts.asp>
9. Loo A. Pars plana vitrectomy with silicone oil in the management of combined rhegmatogenous retinal and choroidal detachment / Angela Loo, Alan Fstt, Manesh Ramghndali [et al.] // *KIRKBY.* – 2001. – № 15. – P. 612-615.
10. Primary vitrectomy for combined rhegmatogenous retinal detachment and choroidal detachment with or without oral corticosteroids: a pilot study / T. Sharma, L. Gopal, R.K. Reddy [et al.] // *Retina.* – 2005. – Vol. 25, № 2. – P. 152-157.
11. William H. Jarrett. Rhegmatogenous retinal detachment complicated by severe intraocular inflammation, hypotony, and choroidal detachment // *William H. Jarret // Tr. Am. Ophth. Soc.* – 1981. – Vol. LXXIX. – P. 678-679.
12. Yang C.M. Pars plana vitrectomy in the treatment of combined rhegmatogenous retinal detachment and choroidal detachment in aphakic or pseudophakic patients / C.M. Yang // *Ophthalmic Surg. Lasers.* – 1997. – Vol. 28, № 4. – P. 288-293.
13. Zhao X. Primary vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachment associated with choroidal detachment / X. Zhao, Y.Xing, Y.Chen // *Eye science.* – 2006. – Vol. 22, № 3. – P. 123-126.

Резюме

Левицкая Г.В., Абдулхаді Мохаммад. Эффективность нового метода лечения больных регматогенной отслойкой сетчатки, осложненной отслойкой сосудистой оболочки.

У 63 больных регматогенной отслойкой сетчатки, осложненной отслойкой сосудистой оболочки, оценена эффективность хирургического лечения в зависимости от типа проводимой преоперационной подготовки: у 39 человек с интравитреальным введением 4 мг триамцинолона ацетонида (ТА) или ТА в сочетании с перфторпропаном, и у 24 человек с традиционной противовоспалительной терапией (контрольная группа). Разработанный метод с интравитреальным введением позволил повысить частоту прилегания сетчатки после однократной витрэктомии до 94,8 % по сравнению с 70,8 % в контрольной группе, снизить количество повторных витрэктомий в

4,9 раз, частоту послеоперационных ранних осложнений в 2,6 раза, поздних послеоперационных осложнений в 4,6 раз, повысить остроту зрения в 1,9 раз.

Ключевые слова: регматогенная отслойка сетчатки, отслойка сосудистой оболочки, ВГД, триамцинолона ацетонид, перфторпропан, прилегание сетчатки, послеоперационные осложнения, острота зрения.

Резюме

Левицька Г.В., Абдулхаді Мохаммад. Ефективність нового методу лікування хворих на регматогенне відшарування сітківки, ускладнене відшаруванням судинної оболонки.

У 63 хворих на регматогенне відшарування сітківки, ускладнене відшаруванням судинної оболонки, оцінено ефективність хірургічного лікування залежно від типу проведеної преоперационної підготовки: у 39 чоловік з інтравітреальним введенням 4 мг триамцинолону ацетоніду (ТА) або ТА в поєднанні з перфлюоропропаном, і у 24 осіб з традиційною протизапальною терапією (контрольна група). Розроблений метод з інтравітреальним введенням дозволив підвищити частоту прилягання сітківки після одноразової витрєктомії до 94,8% порівняно з 70,8% у контрольній групі, знизити кількість повторних витрєктомій в 4,9 раз, частоту ранніх післяопераційних ускладнень в 2,6 рази, пізніх післяопераційних ускладнень в 4,6 раз, підвищити гостроту зору в 1,9 разів.

Ключові слова: регматогенне відшарування сітківки, відшарування судинної оболонки, ВОГ, триамцинолону ацетонід, перфлюоропропан, прилягання сітківки, послеоперационні ускладнення, гострота зору.

Summary

Levytska Galina, Abdulhadi Mohammad. Efficacy of a new method of treatment of patients with rhegmatogenous retinal detachment complicated by choroidal detachment.

63 patients with rhegmatogenous retinal detachment complicated by choroidal detachment, evaluated the efficacy of treatment depending on the type of preoperative preparation: in 39 people with 4 mg of intravitreal triamcinolone acetonide (TA) or TA in combination with, perfluoropropane, and 24 people with traditional anti-inflammatory therapy (control group). The new developed method with intravitreal injection to increase attachment of the retina after a single vitrectomy to 94.8% compared with 70.8% in the control group, to reduce the number of repeat vitrectomy 4.9 times, the rate of postoperative complications in the early 2.6 times, later postoperative complications in 4.6 times, increase in visual acuity of 1.9.

Key words: rhegmatogenous retinal detachment, choroidal detachment, IOP, triamcinolone acetonide, perfluoropropane, attachment of the retina, postoperative complications, visual acuity.

Рецензент: д.мед.н., проф. А.М. Петруня