

УДК 617.711 – 002 : 615.2

## ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ОТСЛОЙКЕ СЕТЧАТКИ

**Мальшев А.В., Порханов В.А., Аль-Рашид З.Ж., Лысенко О.И.**

*ГБУЗ «Краснодарская краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского»  
Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, e-mail: jak-7@mail.ru*

Цель работы – оценка качества жизни (КЖ) при проведении витрэктомии у пациентов с отслойкой сетчатки (ОС). Всего было обследовано 67 пациентов, которым было проведено оперативное лечение ОС. Состояние КЖ пациентов оценивалось по опроснику VFQ-25 до операции, а также спустя 1 неделю и 6 месяцев от ее проведения. При исследовании показателя КЖ до операции у пациентов отмечали достоверное по отношению к группе контроля снижение суммарного индекса КЖ в среднем на 35% ( $p < 0,001$ ). В отдаленном послеоперационном периоде фиксировалось прогрессивное увеличение суммарного индекса КЖ и зрительных функций пациентов. Проведение витрэктомии для лечения отслойки сетчатки улучшает состояние зрительных функций и качество жизни пациентов. При проведении оперативного лечения отслойки сетчатки показатели качества жизни целесообразно исследовать однократно в отдаленном послеоперационном периоде спустя 3–6 месяцев от выполнения операции после полного завершения послеоперационной зрительной и связанной с нею социальной реабилитации больного.

**Ключевые слова:** стекловидное тело, отслойка сетчатки, качество жизни, витрэктомия

## THE IMPACT OF SURGICAL TREATMENT ON QUALITY OF LIFE IN RETINAL DETACHMENT

**<sup>1</sup>Malyshev A.V., <sup>1</sup>Porkhanov V.A., <sup>1</sup>AlRashid Z.Z., <sup>1</sup>Lysenko O.I.**

*<sup>1</sup>GBUZ «Krasnodar Regional Clinical Hospital № 1 prof. Ochapovsky»  
Ministry of Health of the Krasnodar Territory, Krasnodar, e-mail: jak-7@mail.ru*

Purpose – assessment of quality of life during vitrectomy in patients with retinal detachment. Methods. All Were examined 67 patients who underwent surgical treatment of retinal detachment. State of quality of life was assessed by questionnaire VFQ-25 before surgery and at 1 week and 6 months of its implementation. In the study of quality of life indicators in patients before surgery had significantly relative to the control group, reduction of the total quality of life index by an average of 35% ( $p < 0,001$ ). In the late postoperative period recorded a progressive increase in the total index of quality of life and visual function of patients. Vitrectomy to treat the retinal detachment improves the visual function and quality of life of patients. During the surgical treatment of retinal detachment indicators of quality of life appropriate to examine once in the late postoperative period, after 3–6 months of operation, after the completion of postoperative visual and related social rehabilitation of patients.

**Keywords:** corpus vitreous, retinal detachment, quality of life, vitrectomy

По данным различных авторов, ежегодные показатели инвалидизации пациентов с ОС достигают 2–9% [1, 2, 3]. При своевременно проведенном оперативном лечении с использованием новейших микроинвазивных методик анатомическое прилегание сетчатки обычно достигается в 90–95% случаев. Однако у 30% прооперированных пациентов острота зрения остается на достаточно низком уровне (0,4 или ниже), а послеоперационный период характеризуется развитием воспалительных и пролиферативных процессов в стекловидном теле (СТ) и длительным временем реабилитации [5, 8, 9].

Начало XXI века ознаменовалось значительным ростом числа медицинских публикаций, посвященных оценке качества жизни (КЖ), в том числе у пациентов с различными глазами заболеваниями [10]. Одним из самых распространенных офтальмологических опросников для оценки КЖ является NEI-VFQ (NEI-VFQ – National Eye Institute

Visual Function Questionnaire). Он был разработан в середине 90-х годов прошлого века учеными Национального Института Глаза (National Eye Institute, США) и включает 51 вопрос [11]. В последующем были предложены сокращенные варианты опросника VFQ, состоящие из 25 или 39 вопросов, которые нашли широкое применение при исследовании пациентов с возрастной макулярной дегенерацией, диабетической ретинопатией, ретинитами различной этиологии, глаукомой, катарактой и т.д. [10].

В последние годы за рубежом опубликовано большое количество работ, посвященных исследованию КЖ пациентов при проведении различных видов офтальмологических хирургических вмешательств, в том числе и при ОС [4, 6]. В исследовании японских авторов установлена зависимость между уровнем КЖ пациентов и сохранностью функции контрастной чувствительности в послеоперационном периоде [7].

В связи с этим **целью** нашего исследования явилась оценка качества жизни при проведении витрэктомии у пациентов с отслойкой сетчатки.

### Материал и методы исследования

Всего было обследовано 67 пациентов (67 глаз) в возрасте от 38 до 72 лет (средний возраст составил  $54,3 \pm 17,8$  года) с ОС различной этиологии. Распределение обследованных пациентов по половому признаку показало подавляющее преобладание мужчин (49 пациентов, 73,1%) по сравнению с женщинами (18 пациентов, 26,9%). Критериями исключения из исследования служили наличие у пациентов сахарного диабета или тяжелой системной сопутствующей патологии (цирроз печени, терминальные стадии почечной недостаточности и т.д.). В анамнезе у пациентов наиболее часто встречались: миопия высокой степени (26 пациентов, 38,8%), травма глазного яблока (12 пациентов, 17,9%) и хориоретинальные дистрофии (10 пациентов, 14,9%). Оперативное вмешательство включало проведение стандартной трехпортовой витрэктомии с применением инструментов калибра 25–29 Ga, по показаниям осуществляли эндоскопическую лазеркоагуляцию сосудов сетчатки. Интраоперационно проводили контрастирование суспензией кортикостероида кортикальных слоев СТ, их удаление, а также, в зависимости от показаний, удаление кровяного сгустка, шварт, тракций, внутренней пограничной мембраны сетчатки с применением ретинального красителя. Для расправления сетчатки применяли введение перфтордекалина, который в конце операции заменяли на газоздушную смесь.

В зависимости от особенностей проводимого лечения все пациенты методом случайной выборки были разделены на 3 группы. В I группе ( $n = 23$ ) при проведении оперативного лечения использовались сбалансированные солевые растворы (Balanced Salt Solution – BSS) без антиоксидантов и не проводилось дополнительное назначение антиоксидантных препаратов *per os*; во II группе ( $n = 24$ ) при проведении оперативного вмешательства использовались BSS с антиоксидантами (глутатионом) – BSS plus; в III группе ( $n = 20$ ) – в послеоперационном периоде дополнительно *per os* назначались антиоксидантные препараты сроком на 3 месяца.

Методы обследования пациентов включали визометрию, тонометрию, биомикроскопию передних и задних отделов глаза с помощью бесконтактных линз, в том числе и на фоне медикаментозного мидриаза, а также ультразвуковое сканирование глазного яблока и витреальной полости в частности. Дополнительно всем пациентам проводилось исследование качества жизни на основании сокращенного русифицированного варианта опросника VFQ-25. Как следует из названия, опросник VFQ-25 включает 25 вопросов, разделенных по 12 основным разделам: общее состояние здоровья (ОЗ), общая оценка зрения (ООЗ), глазная боль (ГБ), зрительные функции вблизи (ЗФБ), зрительные функции вдаль (ЗФД), социальное функционирование (СФ), психическое здоровье (ПЗ), ролевые трудности (РТ), зависимость от посторонней помощи (ЗПП), вождение автомобиля (ВА), цветное зрение (ЦЗ), периферическое зрение (ПЗр). В каждой из шкал числовой показатель выражался в пределах от 0 до 100 баллов и тем самым отражал процентное отношение к максимально возможному позитивному

результату. Исходя из отдельных результатов по всем разделам, за исключением ОЗ, рассчитывали общий показатель тестирования (ОПТ), соответствующий показателю VFQ-25 Composite. Исследования выполняли до операции, а также спустя 1 неделю и 6 месяцев от ее проведения.

Группу контроля составили 20 пациентов соответствующего возраста и пола, социально-культурной и национальной принадлежности, не имеющих показаний к оперативному лечению витреальной полости.

Статистическая обработка полученных результатов была выполнена с помощью пакета прикладных программ статистического анализа AnalystSoft, BioStat 2007.

### Результаты исследования и их обсуждение

Основной жалобой пациентов на момент обращения к врачу являлось выраженное снижение остроты зрения. Для уточнения характера возникших нарушений всем пациентам с ОС проводилось УЗИ, которое позволило оценить размеры, форму, расположение и подвижность отслойки, а также выявить сопутствующие изменения глазного яблока. Из сопутствующей патологии глаза почти у 1/2 пациентов отмечали наличие начальных субкортикальных помутнений хрусталика. Следует учитывать, что у части пациентов адекватный осмотр глазного дна был затруднен из-за экранирующего действия отслоенной сетчатки, шварт, внутриглазного кровоизлияния и т.д.

После проведения оперативного вмешательства в ранние сроки (через 1 неделю) практически не наблюдалось увеличения остроты зрения по отношению к исходным данным ( $p > 0,05$ ), что было связано с введением в полость глазного яблока различных заменителей СТ. В отдаленном периоде послеоперационного наблюдения, спустя 6 месяцев, отмечалось достоверное повышение остроты зрения по сравнению с первоначальными значениями ( $p < 0,001$ ). Наиболее высокие конечные показатели визометрии наблюдались во II группе, минимальные значения были у пациентов I группы, дополнительно не получавших антиоксидантную терапию. Также в отдаленные сроки после оперативного вмешательства оценивалась частота развития/прогрессирования катаракты в различных группах. Минимальное прогрессирование катаракты наблюдалось у пациентов II группы (в послеоперационном периоде возникла только у 4 человек), в I группе отмечалось увеличение частоты встречаемости катаракты в 1,7 раз (с 47,8 до 82,6%), в III группе – в 1,5 раза (с 5 до 85%). При исследовании показателя КЖ до операции у пациентов с ОС отмечали достоверное по отношению к группе контроля снижение суммарного индекса ОПТ более чем на 35% ( $p < 0,001$ ). В раннем после-

операционном периоде ОПТ незначительно возрастал по сравнению с исходными данными, в основном за счет увеличения количественных значений отдельных показателей, но также достоверно отличался от уровня нормы ( $p < 0,001$ ). При тестировании спустя 6 месяцев фиксировалось прогрессивное увеличение ОПТ, который при этом достигал значений группы контроля только у пациентов II группы ( $p > 0,05$ ) (табл. 1). При сопоставлении данных ОПТ у всех пациентов до операции и в отдаленном послеоперационном периоде отмечалась высокая линейная корреляция показателей (коэффициент корреляции  $r = 0,8046$ , при  $p < 0,001$ ).

При обследовании перед оперативным вмешательством уменьшение суммарного индекса ОПТ происходило за счет снижения всех входящих в него показателей по отношению к группе контроля ( $p < 0,001$ ), за исключением ГБ. В раннем послеоперационном периоде отмечалось незначительное увеличение значений ООЗ, ЗФБ, ЗФД, ЦЗ и ПЗр с сохранением достоверной разницы по отношению к норме ( $p < 0,001$ ). Показатели ООЗ, ЗФД и ЗФБ сохраняли тенденцию к повышению и в отдаленном послеопера-

ционном периоде, однако во всех группах данные функции не достигали нормальных значений ( $p < 0,001$ ;  $p < 0,05$ ). В то же время спустя 6 месяцев после оперативного вмешательства у больных II группы уровень ЦЗ и ПЗр достигал значений нормы ( $p > 0,05$ ); в остальных группах сохранялось достоверное различие по отношению к группе контроля ( $p < 0,05$ ), несмотря на положительную динамику показателя. Оценка пациентами показателей СФ, ПЗ, ЗПП, РТ и ВА в раннем послеоперационном периоде практически не отличалась от первоначальных данных, что мы связываем, прежде всего, с невозможностью уловить весь спектр изменений КЖ в ограниченных условиях стационара. В отдаленном послеоперационном периоде отмечалось практически полное восстановление показателей СФ, ПЗ и ЗПП у всех пациентов по отношению к группе контроля ( $p > 0,05$ ). Показатели РТ и ВА даже в отдаленном послеоперационном периоде не достигали значений нормы во всех трех группах ( $p < 0,001$ ;  $p < 0,05$ ). Из всех составляющих индекса ОПТ только показатель ГБ достоверно не отличался от нормы как до операции, так и в послеоперационном периоде ( $p > 0,05$ ) (таблица).

Динамика качества жизни у пациентов с ОС при проведении витректомии ( $M \pm m$ )

Показатель	I группа (n = 23)			II группа (n = 24)			III группа (n = 20)			Контроль (n = 20)
	До операции	1 нед.	6 мес.	До операции	1 нед.	6 мес.	До операции	1 нед.	6 мес.	
ОСЗ	39,2±16,4*	41,8±17,5*	50,5±15,8***	38,1±13,6*	40,7±12,9*	51,4±14,2***	37,3±11,5*	39,8±15,5*	50,6±15,3***	60,4±18,0
ООЗ	38,4±14,9*	43,4±16,5*	60,2±15,4*	39,5±11,9*	44,8±17,6*	70,5±15,8**	38,4±17,9*	41,5±16,8*	62,4±14,3*	82,3±14,6
ГБ	78,3±15,5***	76,8±14,9***	79,4±13,6***	76,7±14,8***	76,3±17,1***	79,2±10,6***	78,5±13,2***	76,0±16,4***	77,1±15,4***	84,8±12,2
ЗФБ	43,8±11,4*	54,3±16,4*	60,4±13,6*	42,9±12,5*	53,7±15,9*	68,6±14,3**	45,3±16,1*	53,2±11,8*	63,5±14,9*	81,8±14,1
ЗФД	45,6±17,4*	55,1±12,8*	63,5±14,9*	44,8±10,2*	53,6±15,0*	71,4±15,6**	45,9±12,9*	55,2±15,1*	65,9±14,7*	83,3±13,5
СФ	60,9±17,6*	61,3±13,9*	83,4±18,5***	62,1±15,4*	64,0±14,2*	86,7±16,5***	60,3±11,6*	61,4±15,2*	83,8±17,6***	92,9±11,1
ПЗ	57,2±17,4*	60,8±13,9*	80,4±16,9***	58,1±17,2*	59,4±13,8*	85,6±10,7***	59,4±12,8*	62,3±16,1*	81,6±16,2***	89,6±13,4
РТ	49,8±15,2*	52,4±12,1*	66,9±14,8*	50,9±14,4*	53,6±16,7*	72,5±10,2**	50,6±14,9*	54,8±10,5*	69,4±13,6**	84,7±15,0
ЗПП	66,4±14,7*	68,2±11,5*	87,5±17,4***	67,5±10,1*	69,4±12,3*	88,6±17,5***	65,8±13,9*	65,9±14,6*	87,9±16,0***	96,4±10,2
ВА	51,9±12,4*	50,7±14,6*	62,4±13,6*	51,7±16,0*	50,9±13,5*	68,3±12,1**	50,6±11,4*	50,9±12,7*	64,8±14,2*	80,3±12,3
ЦЗ	64,7±11,8*	69,1±17,6*	77,2±15,4*	62,5±16,7*	72,6±14,0*	87,3±16,9***	62,3±13,5*	70,4±14,9*	79,5±14,6*	95,2±10,2
ПЗр	52,9±17,4*	63,7±15,8*	68,2±14,1*	50,6±12,8*	65,9±11,3*	79,1±13,5***	51,4±13,7*	63,1±15,2*	72,1±13,7**	86,9±19,4
ОПТ	56,4±13,3*	59,9±15,2*	71,7±12,7*	55,8±12,4*	60,5±16,4*	78,1±16,9***	55,3±15,7*	59,6±14,5*	73,4±14,2**	87,4±13,2

Примечания: n – количество пациентов;  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p > 0,05$  – достоверность различий по сравнению с результатами, полученными в группе контроля.

В последние годы отмечается большой интерес к изучению КЖ в медицине и, в частности, в офтальмологии. Исследования, проведенные к настоящему времени, выявили значительное влияние патологии зрения на уровень КЖ пациента, сравнимое с развитием угрожающих жизни забо-

леваний – сердечно-сосудистых, онкологических и т.д. [10, 11]. Следует отметить, что очень короткий срок, который использовался нами для первой оценки КЖ после операции (1 неделя), не позволил больным определиться в изменениях качества зрительных и социальных функций, поскольку

проведение оперативного вмешательства при ОС даже в современных условиях относительно минимального травматизма требует определенного восстановительного периода. Поэтому оптимальным мы считаем исследование КЖ не в раннем послеоперационном периоде, а по прошествии определенного количества времени (3–6 месяцев), которое необходимо больному для полной оценки изменившегося состояния его здоровья и связанных с этим социальных и поведенческих возможностей.

### Выводы

1. Развитие отслойки сетчатки приводит к достоверному снижению всех аспектов качества жизни больного, как непосредственно связанных со зрительными функциями, так и отражающих общее состояние здоровья.

2. Оптимальным в отношении функциональных результатов и достижения высокого уровня качества жизни в послеоперационном периоде является применение во время хирургического вмешательства средств антиоксидантной защиты, которое имеет преимущество как по сравнению с традиционным способом лечения, так и с системным назначением антиоксидантных препаратов.

3. При проведении оперативного лечения отслойки сетчатки показатели качества жизни целесообразно исследовать неоднократно в отдаленном послеоперационном периоде, спустя 3–6 месяцев от выполнения операции, после полного завершения послеоперационной зрительной и связанной с ней социальной реабилитации больного.

4. Раннее оперативное лечение отслойки сетчатки приводит не только к достижению оптимальных функциональных результатов, но и положительно влияет на сохранение высокого уровня качества жизни, препятствуя формированию у пациента негативной психической доминанты при длительном течении заболевания.

### Список литературы

1. Кривошеина О.И. Локальные и системные нарушения иммунитета при пролиферативной витреоретинопатии // *Вестн. офтальмол.* – 2007. – № 4. – С. 51–54.
2. Berman E.R., Michaelson J.C.: The chemical composition of the human vitreous body as related to age and myopia // *Exp. Eye Res.* – 1964. – Vol. 3. – P. 9–15.
3. Coppe A.M., Lapucci G. Posterior vitreous detachment and retinal detachment following cataract extraction // *Curr. Opin. Ophthalmol.* – 2008. – № 19. – P. 239–242.
4. Fabian I.D., Abudy A., Kinori M., Skaat A., Glovinsky Y., Farkash I., Zohar J., Moisseiev J. Diagnosis of posttraumatic stress disorder after surgery for primary rhegmatogenous retinal detachment. *Retina.* – 2013 Jan. – № 33(1). – P. 111–9.
5. Ghazi N.G., Green W.R. Pathology and pathogenesis of retinal detachment // *Eye.* – 2002. – № 16. – P. 411–421.

6. Mozaffarieh M., Krepler K., Heinzl H., Sacu S., Wedrich A. Visual function, quality of life and patient satisfaction after ophthalmic surgery: a comparative study // *Ophthalmologica.* – 2004 Jan-Feb. – № 218(1). – P. 26–30.

7. Okamoto F., Okamoto Y., Hiraoka T., Oshika T. Vision-related quality of life and visual function after retinal detachment surgery // *Am J Ophthalmol.* – 2008 Jul. – № 146(1). – P. 85–90.

8. Schwartz S.G., Flynn H.W. Pars plana vitrectomy for primary rhegmatogenous retinal detachment. *Clin Ophthalmol.* 2008 Mar; 2(1):57-63.

9. Sun Q., Sun T., Xu Y., Yang X.L., Xu X., Wang B.S., Nishimura T., Heimann H. Primary vitrectomy versus scleral buckling for the treatment of rhegmatogenous retinal detachment: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials // *Curr Eye Res.* – 2012 Jun. – № 37(6). – P. 492–9.

10. Whitehouse R. Measure of outcome in current clinical trials of eyecare // NIH. – 2001. – P. 98–201.

11. Yelin E. Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace // NAP. – 1999. – P. 100–161.

### References

1. Krivosheina O.I. Lokal'nye i sistemnye narusheniya immuniteta pri proliferativnoj vitreoretinopatii [Local and systemic immune dysfunction in proliferative vitreoretinopathy] // *Vestnik oftal'mologii* [Gazette ophthalmology], 2007, no. 7, pp. 51–54.
2. Berman E.R., Michaelson J.C.: The chemical composition of the human vitreous body as related to age and myopia // *Exp. Eye Res.*, 1964, Vol. 3, pp. 9–15.
3. Coppe A.M., Lapucci G. Posterior vitreous detachment and retinal detachment following cataract extraction // *Curr. Opin. Ophthalmol.* 2008. 19. 239–242.
4. Fabian ID, Abudy A, Kinori M, Skaat A, Glovinsky Y, Farkash I, Zohar J, Moisseiev J. Diagnosis of posttraumatic stress disorder after surgery for primary rhegmatogenous retinal detachment. *Retina.* 2013 Jan; 33(1): 111–9.
5. Ghazi N.G., Green W.R. Pathology and pathogenesis of retinal detachment // *Eye.* 2002. 16. 411–421.
6. Mozaffarieh M., Krepler K., Heinzl H., Sacu S., Wedrich A. Visual function, quality of life and patient satisfaction after ophthalmic surgery: a comparative study. *Ophthalmologica.* 2004 Jan-Feb; 218(1): 26–30.
7. Okamoto F., Okamoto Y., Hiraoka T., Oshika T. Vision-related quality of life and visual function after retinal detachment surgery. *Am J Ophthalmol.* 2008 Jul; 146(1): 85–90.
8. Schwartz S.G., Flynn H.W. Pars plana vitrectomy for primary rhegmatogenous retinal detachment. *Clin Ophthalmol.* 2008 Mar; 2(1): 57–63.
9. Sun Q., Sun T., Xu Y., Yang X.L., Xu X., Wang B.S., Nishimura T., Heimann H. Primary vitrectomy versus scleral buckling for the treatment of rhegmatogenous retinal detachment: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Curr Eye Res.* 2012 Jun; 37(6): 492–9.
10. Whitehouse R. Measure of outcome in current clinical trials of eyecare // NIH. 2001. pp. 98–201.
11. Yelin E. Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace // NAP. 1999. pp.100–161.

### Рецензенты:

Быков И.М., д.м.н., профессор, декан стоматологического факультета, ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар;  
Туманова А.Л., д.м.н., профессор кафедры «Физиология», Сочинский институт (филиал) ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», г. Сочи.

Работа поступила в редакцию 24.11.2014.