

---

## **Возможные прогностические факторы рецидива гемофтальма после витрэктомии у больных сахарным диабетом**

**Тимофеев Н. Н., Устименко С. Б., Березнюк Л. Г., Гавура М. А.**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», КУ  
«Днепропетровская областная офтальмологическая больница» (Днепропетровск,  
Украина)*

**Актуальность.** Гемофтальм – одно из частых и тяжелых осложнений пролиферативной ретинопатии у больных сахарным диабетом (СД), требующий проведения витрэктомии. Частота рецидивов гемофтальма после витрэктомии колеблется от 11 до 50% случаев.

**Цель** исследования: оценить возможные прогностические факторы рецидивов гемофтальма после витрэктомии у больных сахарным диабетом.

**Материал и методы.** Первую группу составили 100 пациентов (100 глаз) обоего пола с пролиферативной диабетической ретинопатией после первичной витрэктомии по методике 20 га по поводу гемофтальма. Возраст пациентов колебался от 33 до 74 лет, в среднем составляя 54 года. У 81% больных диагностирован СД 2 типа, у 19% - СД 1 типа при стаже заболевания от 2 до 20 лет. У всех пациентов отмечалась декомпенсация СД, при этом у 92,3% СД был инсулинозависимым. Вторую группу составили 75 пациентов (75 глаз) сопоставимого возраста, которым произведена витрэктомия по поводу гемофтальма по методике 25 га. В этой группе СД 2 типа имел место в 85% случаев, СД 1 типа - в 15% при стаже заболевания от 1 до 12 лет. Декомпенсация СД имела место в 56%, субкомпенсация – в 44% случаев. В 89% случаев СД был инсулинопотребным.

Оценивали частоту рецидивов гемофтальма, стаж заболевания диабетом, время возникновения рецидива гемофтальма после первичной витрэктомии, индекс массы тела (ИМТ). Выборка больных произведена за период 2014-2016 гг.

**Результаты.** В первой группе рецидив гемофтальма произошел в 25 глазах ( $25 \pm 4,33\%$ ) в сроки от 1 мес. до 1 года после первичной витрэктомии, в среднем, через  $4,8 \pm 0,53$  мес, т. е. был поздним. Индекс массы тела колебался от 18,8 до 33,9 кг/м.кв., составляя в среднем  $27,98 \pm 0,898$  кг/м.кв., стаж заболевания диабетом составил в среднем  $13,8 \pm 0,96$  лет. Во второй группе рецидив гемофтальма имел место в 13 глазах ( $13,3 \pm 3,92\%$ ) в сроки от 2 до 9 мес в среднем через  $4,67 \pm 0,62$  мес. ИМТ составил  $23,43 \pm 0,785$  кг/м.кв., стаж заболевания –  $9,4 \pm 0,76$  лет. Время возникновения рецидивов гемофтальма в обеих группах было практически одинаковым (критерий достоверности различий меньше 95%). При сопоставлении групп оказалось, что частота рецидивов гемофтальма была ниже при меньшем стаже заболевания ( $t = 3,6$ ), более низком значении ИМТ ( $t = 5,0$ ), и более щадящей методике витрэктомии ( $t = 2,0$ ).

**Выводы.** 1. При выполнении витрэктомии по поводу гемофтальма у больных СД для профилактики его рецидива желательно применять наиболее щадящую технологию (25 га). 2. На частоту рецидивов гемофтальма после первичной витрэктомии существенно влияют индекс массы тела и стаж заболевания сахарным диабетом.

## **Possible prognostic factors of haemophthalmos recurrence after vitrectomy in patients with diabetes**

*Timofeev N. N., Ustimenko S. B., Beresnuk L. G., Gavura M. A.*

*Dnepropetrovsk Medical Academy of MoH of Ukraine, Dnepropetrovsk Regional Ophthalmological Hospital (Dnepr, Ukraine)*

Haemophthalmos is one of the frequent and severe complications of proliferative retinopathy requiring vitrectomy. Frequency of haemophthalmos recurrence after vitrectomy ranges from 11 to 50%. When performing a vitrectomy on the occasion of hemophthalmos in diabetic patients, it is desirable to apply the most sparing technology (25 ga) to prevent its recurrence. The frequency of hemophthalmus recurrence after primary vitrectomy is significantly influenced by the body mass index and duration of diabetes.

---

## **Вазопрولیферативні опухолі сітчатки – клініка, діагностика лікування**

**Уманец Н. Н.**

*ГУ «Інститут очних захворювань і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН  
України» (Одеса, Україна)*

Вазопрولیферативні опухолі (ВПО) – це доброкачественні новоутворення, які мають ангиомоподібне строення і вовлекають сітчатку і хоріоїдею. Термін «вазопрولیферативна опухоль сітчатки» (ВОС) був запропонований С. Shields і соавт. в 1995 г. На сьогоднішній день відсутні стандарти лікування даної патології.

**Цель.** Оценить возможность применения поэтапного лечения, заключающегося в интравитреальном введении триамцинолона (4 мг) с последующей диодной лазерной коагуляцией и транспупиллярной термотерапией, а также хирургической резекции у больных ВПО сетчатки.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 6 пациентов (2 мужчин, 4 женщины), 6 глаз с диагнозом ВПО сетчатки. Возраст – от 38 до 55 лет. В 4-х случаях – первичная ВПО, в 2-х на фоне вялотекущего увеита. Размер новообразования сетчатки – до 2 ДД – 3 глаза, более 3 ДД – 3 глаза. Экссудативная отслойка сетчатки – 6 глаз. Локализация – нижний или ниже-наружный квадрант. Острота зрения от правильной светопроекции до 1,0. Выполняли офтальмологические исследования, а также оптическую когерентную томографию, ультразвуковое исследование глаз (Cine Scan) всем пациентам. Интравитреальное введение триамцинолона (4 мг) с последующей (от 2 недель до 1 месяца) диодной ЛК и ТТТ выполнялось при размерах опухоли до 3 ДД, локальной ВОС, и высоких зрительных функциях. 25 G витрэктомия с резекцией ВПО – при размерах ВПО более 3 ДД, наличии эпимакулярной мембраны, макулярного отека и снижении остроты зрения. С целью гемостаза выполнялась высокочастотная электросварка биологических тканей (ВЭБТ) (24-30 В, сила тока – до 0,3 А, частота - 66,0 кГц, экспозиция – до 1,0 с). Срок наблюдения до двух лет.

**Результаты.** Через 2 месяца после и/в введения триамцинолона (4 мг) с последующей диодной ЛК и ТТТ отмечался регресс ВПО с уменьшением высоты отслойки сетчатки в сроки от 2-х месяцев после лечения. ОЗ с максимальной коррекцией оставалась стабильной в течение всего периода наблюдения (0,8, 0,85 и 1,0). Повторные вмешательства на протяжении 1 года не проводились. Резекция ВПО – без интраоперационных осложнений. Тампонада витреальной полости в 2-х случаях – перфторпропаном (20%), в 1 случае – силиконовым маслом. Повышение остроты зрения - 2 больных. Отмечалась резорбция твердых экссудатов в макуле. Рецидива отслойки сетчатки не было.

**Заключение.** Интравитреальное введение кеналога с последующей диодной ЛК и ТТТ является эффективным методом лечения при небольших размерах вазопрлиферативных новообразований сетчатки (до 2 ДД). Резекция ВПО является альтернативным методом лечения при больших размерах ВПО, сопровождающихся витреомакулярной патологией, макулярным отеком или в случаях резистентности к вышеуказанному лечению.

## **Анализ рефракционных результатов имплантации интраокулярных линз у пациентов с силиконовой тампонадой витреальной полости**

**Фокина С. Н., Щербаков Б. Д., Гавура М. А.**

*(Днепр, Украина)*

**Актуальность.** Одним из поздних осложнений витрэктомии с тампонадой силиконовым маслом и эндолазеркоагуляцией, является развитие катаракты. По литературным данным, это происходит в 70-100% случаев. Оперативное лечение осложненной катаракты сопряжено с целым рядом проблем, и одна из них – это точный расчет оптической силы интраокулярной линзы и соответствующее достижение целевой рефракции.

**Цель работы** – анализ послеоперационных рефракционных результатов у пациентов, оперированных по поводу осложненной катаракты после витрэктомии с тампонадой силиконовым маслом.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 58 пациентов (58 глаз) с осложненной катарактой после витрэктомии с тампонадой витреальной полости силиконовым маслом. Сроки тампонады колебались от 3 до 12 месяцев и в среднем составили  $8 \pm 1,6$  месяца (пациенты с миопией слабой степени, гиперметропией, астигматизмом слабой степени). Всем пациентам расчет ИОЛ проводился по формуле SRKT с помощью ультразвукового А-сканера с иммерсионной камерой EZ Scan™ AB5500+ и дублировался на оптическом когерентном биометре IOL Master 500 в тех случаях, где это позволяла оптическая плотность хрусталика.

Первую группу наблюдения составили 28 человека (28 глаз), которым расчет ИОЛ проводился до витрэктомии. Вторую группу наблюдения составили 30 пациентов (30 глаз), из которых 24 расчет ИОЛ проводился после витрэктомии с силиконовой тампонадой.

Факоэмульсификация проводилась по стандартной методике одновременно с выведением силиконового масла через разрез 2,75 мм на аппарате Stellaris (B&L, США), имплантировались заднекамерные модели ИОЛ Adapt AO (B&L США). Достоверность различий в группах определялась при помощи дисперсионного анализа. Контроль рефракции в послеоперационном периоде проводился на авторефрактометрах Reichert RK 600 и HUVITZ HRK 7000. Срок наблюдения – 1 месяц.

**Результаты и их обсуждение.** При осмотре пациентов 1 группы через 1 месяц было установлено, что полученная рефракция колебалась в пределах от +0.5 до -0.75 Д, и в среднем составила стандартное отклонение  $0,45 \pm 0,16$  Д.

При осмотре пациентов 2 группы через 1 месяц было установлено, полученная рефракция колебалась в пределах от -1.5Д до +1,25Д и в среднем составила  $0,88 \pm 0,47$  Д.

Скорость звука в силиконе выше, чем в стекловидном теле либо в воде, поэтому необходимо делать поправку глубины витреальной полости, измеренной при помощи А-скана. Также следует обратить внимание, что при неполном заполнении витреальной полости силиконом образуется дополнительный эхо-пик на границе силикона и внутриглазной жидкости, который часто ошибочно воспринимается как задний полюс глаза. Удлинение переднезаднего размера на 0,4 мм мы связываем с растяжением фиброзной капсулы на глазах с авитрией и тампонадой силиконовым маслом (изменение гидродинамики и повышение внутриглазного давления).