

Морхат М.В.\ Марченко Л.Н.<sup>2</sup>, Морхат В.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь

<sup>2</sup> Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Morkhat M.V.<sup>1</sup>, Marchenko LN.<sup>2</sup>, Morkhat V.I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Vitebsk State Medical University, Vitebsk, Belarus

<sup>2</sup> Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

## Современные подходы к ведению пациентов с периферическими витреоретинальными дистрофиями

### Current recommendations for management of patients with peripheral retinal degenerations

#### Резюме

Проведен обзор исследований касающихся подходов к ведению пациентов с периферическими витреоретинальными дистрофиями. Современные рекомендации сопоставлены с существующей клинической практикой на примере клинических случаев.

**Ключевые слова:** разрыв сетчатки, отслойка сетчатки, профилактика, лазерная коагуляция, периферические дегенерации сетчатки.

#### Resume

The literature review regarding management of patients with peripheral retinal degenerations was conducted. The current approach was compared with the existing clinical practice using examples of several case scenarios.

**Key words:** retinal tear, retinal detachment, prophylaxis, laser treatment, photo-coagulation, peripheral retinal degenerations.

---

#### ■ ВВЕДЕНИЕ

Наш интерес к проблеме профилактической лазерной коагуляции при периферических витреоретинальных дистрофиях был вызван исследованиями витреоретинального хирурга с мировым именем G.W. Aylward, консультанта в Moorfields Eye Hospital, г. Лондон, Великобритания, который активно пропаган-

дируют менее «агрессивный» подход к выполнению профилактической лазерной коагуляции при изменениях периферических отделов сетчатки.

Витреоретинальный хирург Р.М. Sullivan в этом отношении приводит примеры из своей практики, когда лазерная коагуляция в отсутствии отслойки стекловидного тела привела к витреоретинальной адгезии в этой зоне и явилась причиной разрыва сетчатки при последующей отслойке заднего гиалоида стекловидного тела. Таким образом, лазерная коагуляция, выполненная в случаях, когда отсутствуют убедительные показания и доказательства ее необходимости может быть не только не эффективной, но и не безопасной, так как возможно развитие эпиретинальной мембраны или возникновение новых разрывов сетчатки по границе нанесенных коагулятов [2, 7]. Более половины (59%) новых разрывов сетчатки развиваются позади границы лазерных коагулятов. Также в литературе описано формирование макулярного отверстия с последующей отслойкой у пациентов с миопией высокой степени, которым была ранее проведена коагуляция протяженностью 360° [3].

Профилактическая лазерная коагуляция не всегда может предотвратить отслойку сетчатки. Согласно W. Schroeder, из 3447 глаз с отслойкой сетчатки, наблюдаемых в течение 15 лет, в 245 (7,2%) была ранее выполнена профилактическая коагуляция при решетчатой дегенерации, ретиношизисе или разрывах сетчатой оболочки. Изменения сетчатки, которые привели к разрывам, в 66% глаз располагались в местах нанесенных лазеркоагулятов [11]. В своей практике мы также наблюдали случаи разрывов сетчатой оболочки на границе ранее выполненной профилактической лазерной коагуляции.

Отсутствие рандомизированных исследований по профилактической лазерной коагуляции изменений периферических отделов сетчатки привело к широкой вариативности клинического подхода в отношении данной патологии [2,9]. Представляется актуальным обзор наиболее значимых исследований и рекомендаций в этой области на примере конкретных клинических случаев.

#### ■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ современного подхода к ведению больных с периферическими витреоретинальными дистрофиями.

#### ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С письменного разрешения G.W. Aylward, приводим данные проведенного им опроса специалистов ретинологов в Великобритании, Швейцарии и Германии в отношении нескольких клинических случаев [9] с комментариями касательно клинического подхода к ведению таких пациентов.

#### ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациент, 69 лет (артифакция). Жалобы на незначительное количество плавающих помутнений, появившихся внезапно 2 месяца назад, фотопсий нет, новых симптомов в последнее время не отмечает, в анамнезе и среди членов семьи

отслойки сетчатки не было. На глазном дне: небольшой клапанный разрыв на 10 часах без субретинальной жидкости, имеется заднегиалоидная отслойка стекловидного тела.

В данном случае подавляющее большинство ретинологов из трех опрошенных стран (85%-90%) выбрали своей тактикой проведение барьерной лазерной коагуляции. Такой подход в отношении клапанных разрывов сетчатки является общепринятым в офтальмологии, т.к. создание посредством лазерной коагуляции хориоретинальной адгезии вокруг U-образного разрыва снижает риск отслойки сетчатки до 5%, однако не устраняет его. Поэтому пациентам необходимы контрольные осмотры (через 1-2 недели, затем 4-6 недель, 3-6 месяцев и затем один раз в год). Без лечения около половины симптоматических клапанных разрывов ведут к отслойке сетчатки.

Пациент, 61 год (миопия -12.5 D). Направлен на обследование перед экстракцией катаракты. На глазном дне: дырчатый разрыв с крышечкой на 9 часах без субретинальной жидкости, имеется заднегиалоидная отслойка стекловидного тела. У брата была отслойка сетчатки.

В этом случае также достаточно большой процент опрошенных ретинологов выполнили бы профилактическую лазерную коагуляцию: 55% специалистов из Великобритании, 40% - из Швейцарии и 84,4% - из Германии.

Однако многочисленные исследования свидетельствуют, что клинически значимая отслойка сетчатки, как правило, ассоциирована с остро развившимися, а не со старыми, давно существующими дефектами в сетчатке [8]. Таким образом, исследования указывают на отсутствие необходимости проведения профилактической лазерной коагуляции при бессимптомных разрывах без отслойки в анамнезе, так как риск отслойки очень мал (0-0,8%). Бессимптомные разрывы с крышечкой, когда участок сетчатки полностью оторван отслоенным стекловидным телом и разрыв обнаружен случайно, и атрофические дырчатые разрывы редко ведут к отслойке сетчатки, так как витреоретинальная тракция отсутствует [1]. Так, при наблюдении в течение 11 лет 46 глаз с «нелеченными» бессимптомными разрывами с крышечкой ни в одном случае не развилась отслойка сетчатки [6]. Лучшим подходом в таких случаях будут ежегодные профилактические осмотры при атрофических разрывах, а при бессимптомных разрывах с крышечкой - через 1 месяц, затем через 3 месяца, полгода и далее ежегодно [2, 6]. У лиц с «симптомными» разрывами с крышечкой и отслойкой сетчатки в анамнезе, как правило, выполняют коагуляцию.

Интересны подходы в отношении ведения пациентов в следующих клинических случаях.

Пациент, 22 года (миопия -3,5 D). Жалоб нет, направлен офтальмологом поликлиники. На глазном дне: в экваториальной области на 10 часах в большой по площади области решетчатой дегенерации два дырчатых дефекта, без субретинальной жидкости, заднегиалоидная отслойка стекловидного тела отсутствует. В анамнезе и среди членов семьи отслойки сетчатки не было. Пациент планирует 3-месячное путешествие через 2 недели.

Минск, 2013

В вышеназванном случае большинство ретинологов выбрали наблюдение такого пациента без лазеркоагуляции, профилактическую лазерную коагуляцию выполнили бы только 26% специалистов из Великобритании, 20% - из Швейцарии и 51,8% - из Германии. Автор также считает, что проведение коагуляции не оправдано в данном случае.

По данным разных авторов, решетчатая дегенерация достаточно распространенная патология, она обнаруживается в 6,0-10,7% глаз (чаще у пациентов с миопической рефракцией) преимущественно во 2-3-й декадах жизни, является двусторонней у 34,0-48,0% пациентов [10]. Эта дегенерация связана с наибольшим риском возникновения отслойки, так как над ее областью наблюдается разжижение стекловидного тела, с плотной фиксацией по краям дегенерации [1]. Но, согласно N. Вуег, которому принадлежит наиболее значимое и продолжительное исследование этой патологии, у большинства пациентов с данной дегенерацией не развивается отслойка сетчатки, и до 80% регматогенных отслоек не связаны с «решеткой» [4].

У большинства пациентов с решетчатой дегенерацией не возникает осложнения даже при наличии мелких дырчатых дефектов сетчатки. Риск отслойки при наличии таких изменений в участках дегенерации равен 0,274% [4]. Таким образом, решетчатая дегенерация не требует профилактической лазерной коагуляции в большинстве случаев. Пациентам с такими изменениями показан осмотр с фундус-линзой один раз в год [2]. Отслойка сетчатки может развиваться во время острой заднегидроидной отслойки стекловидного тела, если она приводит к возникновению тракционных разрывов. Разрывы обычно происходят по заднему краю дегенерации в результате динамической тракции в зоне повышенной витреоретинальной адгезии [1]. В таких случаях, при образовании клапанных разрывов, необходимо проведение барьерной лазерной коагуляции.

Пациент, 77 лет (миопия -3.0 D). Жалобы на наличие плавающих помутнений появившихся 1-2 месяца назад, новых симптомов в последнее время не отмечает, направлен офтальмологом поликлиники. В анамнезе отслойка сетчатки 2 года назад (оперирован, сетчатка прилежит). На глазном дне: решетчатая дегенерация сетчатки в экваториальной области с 2 до 3 часов, возможно, имеется заднегидроидная отслойка стекловидного тела. Пациент уезжает в трехнедельный круиз на следующей неделе.

В данном клиническом случае большинство ретинологов выбрали наблюдение такого пациента без лазеркоагуляции, но профилактическую лазерную коагуляцию выполнили бы большее количество специалистов, чем в предыдущем случае, что является обоснованным: 46% специалистов из Великобритании, 20%-из Швейцарии и 55,3%-из Германии.

Действительно в отношении «парного» глаза у пациентов с отслойкой сетчатки в анамнезе профилактическая коагуляция возможно результативна при наличии «решетки» протяженностью менее 6 часов при миопии менее 6,0 диоптрий, в том случае если в таком глазу еще не произошла заднегидроидная

отслойка стекловидного тела. Такой подход основан на исследовании J.C. Folk с соавторами, наблюдавших 338 пациентов в течение семилетнего периода. Отслойка сетчатки произошла в 5,9% глаз из 151, где коагуляция не проводилась и в 1,8% из 73 глаз, где проведена полная лазерная профилактика. Данные оказались статистически значимыми только для глаз с миопией меньше 6,0 диоптрий и «решетки» протяженностью менее 6 ч. [8]. Таким образом, отслойка сетчатки может быть предотвращена при выполнении профилактической лазерной коагуляции только в 3 глазах из 100 пациентов с решетчатой дегенерацией в одном глазу и связанной с данной дегенерацией отслойкой сетчатки в анамнезе - во втором глазу [10].

У пациентов с множеством факторов риска развития отслойки сетчатки, по данным N. Вуег, в 89% она возникает в результате разрывов в участках сетчатки без видимых изменений, что означает невозможность проведения профилактического лечения.

Т.к. именно острая отслойка стекловидного тела является причиной разрывов, при исследовании периферии сетчатки особое внимание необходимо обращать на наличие или отсутствие его отслойки [5]. Более чем у 20% пациентов с жалобами на фотопсии при осмотре выявляют ретинальный разрыв. В случае если при первичном осмотре у пациента с симптоматической отслойкой стекловидного тела разрыв не найден, существует 5%-ная вероятность его развития в течение последующих недель, и таких пациентов необходимо повторно осматривать через 1 месяц [12].

## ■ ВЫВОДЫ

Учитывая трудности профилактики отслойки сетчатки, рекомендовано особое внимание при профилактических осмотрах уделять обучению пациентов с повышенным риском отслойки сетчатки симптомам возникновения заднегидроидной отслойки стекловидного тела, при которых следует срочно обращаться к офтальмологу. Именно таким образом можно предотвратить большое количество отслоек сетчатки [5,10].

Проведенный обзор публикаций ведущих офтальмологических журналов позволяет сделать выводы, что, несмотря на отсутствие рандомизированных исследований в данной области, на сегодняшний день все же сформирован достаточно четкий подход к выполнению профилактической лазерной коагуляции при определенных периферических витреоретинальных изменениях.

Тактика выполняемой профилактической коагуляции должна быть пересмотрена с учетом последних рекомендаций в данной области, так как ее проведение в случаях, при которых эксперты рекомендуют ограничиться только наблюдением, может быть не только не эффективно, но и не безопасно для пациента.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Заболевания глазного дна /Джек Дж. Кански [и др.]; под ред. С.Э. Аветисова. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 424 с.
2. American Academy of Ophthalmology Retina Panel. Preferred Practice Pattern® Guidelines. Posterior Vitreous Detachment, Retinal Breaks, and Lattice Degeneration // San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology [Electronic resource]. - 2008. - Mode of access: <http://one.aao.org/CE/PracticeGuidelines/PPP.aspx>. - Date of access: 10.08.2011.
3. Bonnet, M. Rhegmatogenous retinal detachment after prophylactic argon laser photocoagulation / M. Bonnet, P Aracil, F. Carneau // Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. - 1987. - № 225. - P. 5-8.
4. Byer, N.E. Lattice degeneration of the retina / N.E. Byer // Surv Ophthalmol. - 1979. - Vol. 23. - № 4. - P. 213-248.
5. Byer, N.E. Natural history of posterior vitreous detachment with early management as the premier line of defense against retinal detachment / N.E. Byer// Ophthalmology. - 1994. - Vol. 101. - № 9. - P. 1503-1514.
6. Byer, N.E. What happens to untreated asymptomatic retinal breaks, and are they affected by posterior vitreous detachment? / N.E. Byer// Ophthalmology. -1998. - Vol. 105. -№ 6. - P. 1045-1050.
7. Failure of prophylactic retinopexy in fellow eyes without a posterior vitreous detachment / D.S. Chauhan [et al] // Arch Ophthalmol. — 2006. - № 124. - C 968-971.
8. Folk, J.C. The fellow eye of patients with phakic lattice retinal detachment / J.C. Folk, E.L. Arrindell, N.R Klugman // Ophthalmology. - 1989. - № 96. - P. 72-79.
9. Kreis, AJ. Prophylaxis for retinal detachment Evidence or Eminence Based? / A.J.Kreis, G.W. Aylward, T.J. Wolfensberger // Retina. - 2007. - № 27. - P. 468-472.
10. Lewis, H. Peripheral retinal degenerations and the risk of retinal detachment / H. Lewis // Am J Ophthalmol. - 2003. - № 136. - P. 155-160.
11. Schroeder, W. Retinal detachment despite preventive coagulation /W. Schroeder, H Baden // Ophthalmologie. - 1996. - № 93. - P. 144-148.
12. Symptomatic posterior vitreous detachment and the incidence of delayed retinal breaks: case series and meta-analysis / R.E. Coffee [et al] // Am J Ophthalmol. — 2007.-№144.-C 409-413.