

Влияние оперативного лечения помутнений стекловидного тела на оценку качества жизни пациентов



А. В. Малышев



О. И. Лысенко

ГБУ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар

РЕЗЮМЕ

Цель. Изучение влияния оперативного лечения помутнений стекловидного тела (ПСТ) на состояние качества жизни (КЖ) пациентов.

Методы. Всего обследовано 35 пациентов, которым проведено оперативное лечение при ПСТ. Состояние КЖ пациентов оценивали по опроснику VFQ-25 до операции, через 1 неделю и 6 месяцев после ее проведения.

Результаты. При исследовании показателя КЖ до операции отмечено достоверное снижение суммарного индекса КЖ в среднем на 15% ($p < 0,05$) по отношению к группе контроля. В отдаленном послеоперационном периоде зафиксировано прогрессивное увеличение суммарного индекса КЖ, величина которого достигала значений группы контроля ($p > 0,05$).

Заключение. Проведение витрэктомии для удаления плавающих помутнений стекловидного тела улучшает состояние зрительных функций и качество жизни пациентов.

Ключевые слова: помутнение стекловидного тела, витрэктомия, качество жизни

АБСТРАКТ

A. V. Malyshev, O. V. Lysenko

The influence of surgical treatment of vitreous opacities in the assessment of the quality of life of patients

Purpose: To study the effect of surgical treatment of vitreous opacities (VO) on the state of quality (QOL) of patient's life.

Methods: We examined 35 patients who underwent surgical treatment of VO. State of QOL was assessed by questionnaire VFQ-25 before surgery and at 1 week and 6 months of its implementation.

Results: In the study of QOL before surgery, there was a significant reduction of the total QOL index by an average of 15% relative to the control group ($p < 0.05$). In the late postoperative period recorded a progressive increase in the total index of QOL, which then reached values of the control group ($p > 0.05$).

Conclusion: Vitrectomy to treat the vitreous opacities improves the visual function and quality of life for patients.

Key words: vitreous opacities, vitrectomy, quality of life

Офтальмология. — 2013. — Т. 10, № 4. — С. 53–58.

Поступила 24.09.13. Принята к печати 26.11.13

Помутнения стекловидного тела (ПСТ) относятся к одному из наиболее распространенных видов глазной патологии у людей старшего возраста. Полагают, что у любого человека старше 50 лет в веществе стекловидного тела (СТ) происходят инволюционные изменения, при этом их степень может значительно варьировать. Зачастую деструктивные изменения СТ сопровождаются одновременным развитием его задней отслойки (ЗОСТ). По данным различных авторов, около 50% людей старше 65 лет имеют ЗОСТ, при этом обычно поражение носит билатеральный характер [1].

При стандартном офтальмологическом обследовании (биомикроскопия, офтальмоскопия) помутнения СТ обычно не обнаруживают. Основную роль в их диагностике играет биомикроскопия заднего отдела глазного яблока с широким зрачком и УЗ-исследование, которое позволяет оценить вид, интенсивность и распространенность изменений, а также наличие сопутствующей патологии (ЗОСТ, кисты, отслойка сетчатки и т.д.).

Причинами возникновения помутнений СТ могут быть различные общесоматические заболевания:

Адрес:

Контактная информация: А. В. Малышев, к.м.н., врач-офтальмолог высшей категории, заведующий микрохирургическим отделением Краевой клинической больницы № 1 имени профессора С. В. Очаповского департамента здравоохранения Краснодарского края; e-mail: consmedo@mail.ru

сахарный диабет, гипертоническая болезнь, атеросклероз, системная сосудистая и эндокринная патология и т.д. Интенсивность помутнений обычно является незначительной и не оказывает заметного влияния на остроту зрения, при этом изменения прогрессируют в течение длительного периода времени [2].

Если в основе возникновения изменений СТ лежит локальная причина (миопия высокой степени, иридоциклит, хориоретинит и т.д.), в витреальной полости возникают более интенсивные помутнения, которые обычно развиваются в течение ограниченного по времени периода (месяцы, годы) и в далеко зашедших случаях могут влиять на остроту зрения. Наиболее тяжелые и прогностически неблагоприятные изменения СТ развиваются в исходе эндофтальмита [3].

Следует отметить, что на сегодняшний день эффективных методов терапевтического лечения деструкции СТ не существует. При наличии системной патологии, являющейся пусковым фактором в развитии изменений СТ, проводят коррекцию основного заболевания, при этом у части пациентов это сопровождается улучшением состояния глазного яблока. Важным шагом в совершенствовании лечения заболеваний СТ стала разработка микроинвазивных способов удаления витреальной ткани при помощи новейшего хирургического оборудования, которые позволяют минимизировать травматическое повреждение цилиарного тела, снизить уровень воспалительной реакции и делают вмешательство более безопасным [4, 5].

Несмотря на то, что острота зрения при развитии помутнений СТ обычно не страдает или снижается незначительно, наличие постоянно мелькающих перед глазом помех вызывает у многих пациентов значительный психологический дискомфорт. Начало XXI века ознаменовалось значительным ростом числа медицинских публикаций, посвященных оценке качества жизни (КЖ), в том числе, у пациентов с различными глазными заболеваниями [6, 7, 8]. Поскольку качество функционирования зрительного анализатора в условиях постиндустриального общества имеет огромное значение, неуклонно растущий интерес офтальмологов к данному виду оценки состояния больных вполне закономерен.

Одним из самых распространенных офтальмологических опросников для оценки КЖ является NEI-VFQ (National Eye Institute Visual Function Questionnaire), который был разработан в середине 90-х годов прошлого века учеными Национального Института Глаза (National Eye Institute, США) и включает 51 вопрос [8]. В последующем были предложены сокращенные варианты опросника VFQ (состоящие из 25 или 39 вопросов), которые нашли широкое применение при обследовании пациентов с возрастной макулярной дегенерацией, диабетической ретинопатией, ретинитами различной этиологии, глаукомой, катарактой и т.д. [9].

Целью исследования явилось изучение влияния оперативного лечения помутнений стекловидного тела на состояние качества жизни пациентов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Всего обследовано 35 пациентов (35 глаз) с ПСТ в возрасте от 54 до 75 лет (средний возраст составил $65,2 \pm 10,3$ года). Распределение обследованных пациентов по гендерному признаку было приблизительно равномерным: 16 женщин (45,7%) и 19 мужчин (54,3%). К основным этиологическим факторам развития ПСТ относились: миопия высокой степени (10 пациентов — 28,6%), воспалительные заболевания глазного яблока (8 пациентов — 22,7%), атеросклероз (6 пациентов — 17,3%), системная сосудистая патология (4 пациента — 11,4%). У 7 пациентов (20%) однозначно установить причину развития ПСТ не удалось. Критериями исключения из исследования служили наличие у больного тяжелой системной патологии (сахарный диабет, сердечная/почечная/печеночная недостаточность) или глазных заболеваний, препятствующих проведению витректомии (выраженная катаракта, бельмо роговицы и т.д.). Включенные в исследование пациенты ранее не были оперированы по поводу катаракты. Длительность заболевания варьировала от 4 мес. до 12 лет.

Всем пациентам выполняли субтотальную витректомию с применением инструментов калибра 23-25 G. Проводили максимально полное удаление СТ, в конце операции по показаниям заполняли витреальную полость стерильным воздухом или жидкостью. Оперативное вмешательство завершали интравитреальным введением кортикостероидов (триамцинолона ацетонид 4 мг).

В зависимости от особенностей проводимого лечения все пациенты были разделены на 3 группы методом случайной выборки. В I группе ($n = 12$) при проведении оперативного лечения использовали стандартные сбалансированные солевые растворы (ССР, Balanced Salt Solution — BSS); во II группе ($n = 11$) при проведении оперативного вмешательства использовали ССР, дополнительно обогащенные антиоксидантами (глутатионом) — BSS plus; в III группе ($n = 12$) пероральные антиоксидантные препараты дополнительно применяли в послеоперационном периоде в течение 3 месяцев.

Методы обследования пациентов включали визометрию, тонометрию, биомикроскопию передних и задних отделов глаза с помощью бесконтактных линз, в том числе, на фоне медикаментозного мидриаза, а также ультразвуковое сканирование глазного яблока и витреальной полости, в частности.

Кроме того, у всех пациентов оценивали качество жизни с использованием сокращенного русифицированного варианта опросника VFQ-25, который включает 25 вопросов, распределенных по 12 основным раз-

делам: общее состояние здоровья (ОСЗ), общая оценка зрения (ООЗ), глазная боль (ГБ), зрительные функции вблизи (ЗФБ), зрительные функции вдали (ЗФД), социальное функционирование (СФ), психическое здоровье (ПЗ), ролевые трудности (РТ), зависимость от посторонней помощи (ЗПП), вождение автомобиля (ВА), цветное зрение (ЦЗ), периферическое зрение (ПЗ). В каждой из шкал числовой показатель выражали в пределах от 0 до 100 баллов, что отражает процентное отношение к максимально возможному позитивному ответу. Исходя из отдельных результатов по всем разделам, за исключением общего состояния здоровья, рассчитывали общий показатель тестирования (ОПТ), соответствующий показателю VFQ-25 Composite. Исследования выполняли до операции, а также через 1 неделю и 6 месяцев после ее проведения.

Группу контроля составили 20 пациентов соответствующего возраста, пола, социально-культурной и национальной принадлежности, не имеющих показаний к оперативному лечению в области заднего отрезка глаза.

Статистическую обработку полученных результатов выполняли с помощью пакета прикладных программ статистического анализа AnalystSoft, BioStat 2007.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основной жалобой пациентов на момент обращения к врачу являлось наличие постоянно мелькающих «мушек», «точек» и «линий» перед глазами, которые вызывали значительный зрительный дискомфорт. Большинство пациентов не отмечали заметного снижения остроты зрения, однако при ее оценке с максимальной коррекцией имело место уменьшение показателей визометрии в среднем на 20% по сравнению с нормой, и эта разница была статистически достоверной ($p < 0,001$) (табл. 1). При проведении офтальмологического обследования и, в частности, биомикроскопии задних сред глаза с широким зрачком, в СТ определены подвижные помутнения различной формы и степени интенсивности, в части случаев — задняя отслойка стекловидного тела (тотальная или субтотальная). Для уточнения характера возникших нарушений всем пациентам с ПСТ проведено УЗИ глазного яблока и орбиты, которое позволило выявить наличие ЗОСТ у подавляющего большинства (29 человек) пациентов (табл. 2).

Из сопутствующей патологии глаза у 5 пациентов диагностированы начальные субкортикальные помутнения хрусталика, которые не влияли на остроту зрения. Кроме того, при проведении обратной офтальмоскопии на фоне максимального мидриаза практически у половины больных отмечены дегенеративные изменения различной степени выраженности как в центральной зоне сетчатки (6 человек), так и на периферии (12 человек) (табл. 2).

Таблица 1. Динамика остроты зрения с максимальной коррекцией у пациентов с ПСТ при проведении витрэктомии ($M \pm m$)

	до операции	через 1 нед.	через 6 мес.
I группа (n = 12)	0,71±0,04*	0,7±0,03*	0,78±0,06**
II группа (n = 11)	0,69±0,06*	0,71±0,05*	0,87±0,04
III группа (n = 12)	0,72±0,05*	0,73±0,02*	0,75±0,04**
Контроль (n = 20)	0,89±0,02		

Примечание: n — количество глаз; * $p < 0,001$; ** $p < 0,05$ — достоверность различий по сравнению с результатами, полученными в группе контроля.

Таблица 2. Распределение пациентов по группам в зависимости от наличия сопутствующей глазной патологии

	Изменения в центральной зоне сетчатки		Периферическая дистрофия сетчатки		ЗОСТ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I группа (n = 12)	3	25	2	16,7	10	83,3
II группа (n = 11)	1	9,1	6	54,5	11	100
III группа (n = 12)	2	16,7	4	33,3	8	66,7

Примечание: n — количество пациентов

В результате оперативного лечения все пациенты отметили практически полное исчезновение плавающих помутнений в поле зрения. В ходе проведения операции, а также при обследовании в раннем и отдаленном послеоперационном периоде значимых для зрительной функции осложнений (отслойка сетчатки, гипотония, увеит, эндофтальмит и т.д.) выявлено не было.

После проведения витрэктомии через 1 неделю острота зрения оставалась практически без изменений во всех группах и достоверно отличалась от показателей группы контроля ($p < 0,001$). В отдаленном периоде послеоперационного наблюдения во II группе острота зрения с максимальной коррекцией увеличилась в 1,3 раза (на 25%) по сравнению с исходными данными и не отличалась от значений нормы ($p > 0,05$); у пациентов I и III группы также имело место незначительное улучшение показателей визометрии, при этом сохранялась достоверная разница по отношению к группе контроля ($p < 0,05$) (табл. 1). Несмотря на отсутствие достоверного повышения остроты зрения, все пациенты отметили улучшение качества зрения. Ухудшения остроты зрения не отмечено ни в одном случае.

При исследовании показателя КЖ до операции у пациентов с ПСТ отмечали достоверное снижение по отношению к группе контроля суммарного индекса — общего показателя тестирования (ОПТ) — в среднем на 15% ($p < 0,05$). В раннем послеоперационном периоде ОПТ незначительно возрастал по сравнению с исходными данными, в основном за счет уве-

Таблица 3. Динамика показателей качества жизни у пациентов с ПСТ при проведении витрэктомии (M±m)

Показатель	I группа (n = 12)			II группа (n = 11)			III группа (n = 12)			Контроль (n = 20)
	До операции	1 нед.	6 мес.	До операции	1 нед.	6 мес.	До операции	1 нед.	6 мес.	
ОСЗ	56,8±12,2	59,3±14,1	60,8±10,1	55,4±14,0	61,8±9,2	60,9±11,5	54,9±10,4	59,6±13,1	62,3±10,7	60,4±18,0
ООЗ	66,2±11,4**	75,3±14,1	76,8±12,6	62,3±15,5**	74,3±10,6	79,0±11,5	64,7±13,1**	77,2±13,6	78,1±10,7	82,3±14,6
ГБ	82,0±10,9	79,5±12,6	83,8±15,4	84,0±8,3	80,2±8,6	84,5±12,0	82,5±12,7	78,3±11,4	81,6±13,6	84,8±12,2
ЗФБ	66,0±12,6**	77,0±12,4	78,8±9,1	65,3±10,2	75,6±9,8	81,0±11,5	65,5±13,4**	74,6±14,1	78,3±15,1	81,8±14,1
ЗФД	61,8±12,0*	74,8±13,3	75,6±15,2	59,6±13,1*	75,8±17,0	79,5±10,4	58,7±14,1	73,7±13,5	80,2±15,0	83,3±13,5
СФ	80,4±12,2**	80,6±15,2**	86,6±13,4	79,4±15,3**	81,2±14,7**	88,9±16,4	78,6±14,0**	80,5±13,6**	87,6±14,6	92,9±11,1
ПЗ	73,2±12,4**	80,2±16,0	81,9±14,8	72,5±16,8**	79,8±15,1	82,6±13,7	74,6±16,7**	79,9±16,4	84,4±12,2	89,6±13,4
РТ	65,8±16,2**	67,1±14,6**	75,8±16,7	66,8±14,3**	68,2±13,1**	79,6±16,8	66,5±15,1**	65,9±14,2**	78,4±12,6	84,7±15,0
ЗПП	93,8±9,2	92,4±13,6	93,2±16,4	91,5±11,2	90,6±10,4	95,0±15,5	91,8±13,7	90,4±15,5	93,6±11,9	96,4±10,2
ВА	64,8±13,3**	65,6±10,8**	76,8±12,7	63,5±15,4**	62,8±15,6**	78,9±9,4	62,0±16,2**	63,6±13,7**	77,4±15,2	80,3±12,3
ЦЗ	91,8±9,6	90,4±16,2	93,1±14,0	89,3±14,1	91,8±13,3	94,4±12,1	90,3±15,4	92,2±9,1	94,0±8,2	95,2±10,2
ПЗр	80,4±12,1	82,5±12,0	84,4±10,9	80,8±9,1	82,7±8,9	84,6±13,2	79,5±10,7	80,9±13,2	83,6±14,5	86,9±19,4
ОПТ	74,1±15,2**	77,8±11,9**	81,4±14,8	73,0±16,1**	77,1±12,8**	84,6±15,0	73,6±14,3**	76,9±13,1**	82,8±17,5	87,4±13,2

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

личения количественных значений отдельных показателей, но также достоверно отличался от уровня нормы (p<0,05). При тестировании через 6 месяцев зафиксировано прогрессивное увеличение ОПТ, который при этом достигал значений, характерных для группы контроля (p>0,05) (табл. 3). При сопоставлении данных ОПТ у всех пациентов до операции и в отдаленном послеоперационном периоде отмечена высокая линейная корреляция показателей (коэффициент корреляции r = 0.8805, при p<0,001).

При обследовании перед оперативным вмешательством уменьшение значения ОПТ происходило за счет снижения показателей ООЗ, ЗФБ, ЗФД, СФ, ПЗ, РТ и ВА по отношению к группе контроля (p<0,001; p<0,05). В раннем послеоперационном периоде отмечено значительное увеличение значений ООЗ, ЗФБ, ЗФД и ПЗ до уровня нормы (p>0,05), при этом данные по-

казатели сохраняли тенденцию к повышению и в отдаленном послеоперационном периоде. Оценка пациентами показателей СФ, 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 отмечено практически полное восстановление данных показателей по отношению к группе контроля (p>0,05). Показатели ГБ, ЦЗ, ЗПП и ПЗ достоверно не отличались от нормальных до операции и существенно не менялись в послеоперационном периоде (p>0,05). Статистически значимых различий в динамике КЖ у пациентов различных групп в зависимости от дополнительного назначения антиоксидантных препаратов не отмечено. Кроме того, в ходе исследования не выявлено значимых изменений

показателя общего состояния здоровья как в динамике наблюдения, так и по отношению к значениям нормы ($p > 0,05$) (табл. 3).

В офтальмологической литературе до недавнего времени проблеме ПСТ уделялось минимальное значение. Связано это было, прежде всего, с тем, что даже при далеко зашедших стадиях деструктивных изменений СТ, снижение остроты зрения у пациентов практически не наблюдалось. При этом зрительный дискомфорт, который испытывает большинство пациентов при нарушении естественного состояния витреального геля, обычно не принимался во внимание специалистами. В настоящее время в связи с развитием новых хирургических технологий и усовершенствованием техники витрэктомии пациенты с ПСТ все чаще подвергаются оперативному лечению [4]. При этом в клинической практике, помимо традиционной оценки зрительных функций, все большее значение придается определению КЖ пациента.

Данные различных авторов, опубликованные в последнее время, указывают на значительное влияние зрительных нарушений на уровень КЖ пациента, сравнимое с развитием угрожающих жизни заболева-

ний — сердечно-сосудистых, онкологических и т.д. [8, 9]. Результаты наших собственных наблюдений подтверждают это — при развитии ПСТ на фоне относительно высоких зрительных функций пациенты субъективно отмечают дискомфорт при работе на различных расстояниях, во время выполнения разнообразных социальных функций, связанных с ориентацией в пространстве (в частности, с вождением автомобиля), и при этом испытывают значительный психологический дискомфорт.

Анализируя результаты собственных исследований, мы хотим отметить положительное влияние оперативного лечения ПСТ на показатели КЖ, которые изменяются уже в раннем послеоперационном периоде и достигают значений, достоверно не отличающихся от данных, полученных в группе контроля, в отдаленном послеоперационном периоде. Однако достаточно короткий срок, который использован нами для первой оценки КЖ после операции (1 неделя), не позволил больным определить изменения своего статуса по ряду вопросов, в частности, касающихся вождения автомобиля, социального функционирования, психического здо-



ТЕПЕРЬ ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗ МОЖНО ЗАМЕДЛИТЬ

Виталюкс Плюс

(Vitalux Plus)

ДЛЯ ЗАЩИТЫ ВАШИХ ГЛАЗ

- **Предотвращение** оксидативного стресса благодаря антиоксидантам [1, 2, 3]
- **Защита** сетчатки благодаря Лютеину [4, 6]
- **Замедление** возрастных изменений глаз благодаря Омега-3 жирным кислотам [5]



Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.11.003.E.03827.09.11 от 06.09.2011
БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНАЯ ДОБАВКА К ПИЩЕ. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Источники: 1. Beatty S, Koh H, Phil M, et al. The role of oxidative stress in the pathogenesis of age-related macular degeneration. *Surv Ophthalmol.* 2000;45:115-134. (Бютти С, Кох Х, Фил М, и др. Роль оксидативного стресса в патогенезе возрастной макулярной дегенерации. *Сёрв. Офтальмол.* 2000;45:115-134.) 2. Chiu CJ, Taylor A. Nutritional antioxidants and age-related cataract and maculopathy. *Experimental Eye Research.* 2007;84:229-245. (Чью СЖ, Тейлор А., Пищевые антиоксиданты и возрастная катаракта и макулопатия. *Экспериментальное исследование глаз.* 2007;84:229-245.) 3. A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with vitamins C and E, beta carotene, and zinc for age-related macular degeneration and vision loss. Age-related Eye Disease Study Research Group. *AREDS № 8. Arch Ophthalmol.* 2001;119:1417-1436. (Рандомизированное, плацебо-контролируемое, клиническое исследование высоких доз добавок с витаминами С и Е, бета-каротином и цинком для возрастной макулярной дегенерации и потерь зрения. Исследовательская группа по возрастным заболеваниям глаз. АЕРДС № 8. *Арч Офтальмол.* 2001;119:1417-1436.) 4. Richer S, Stiles W, Statkute L, et al. Double-masked, placebo-controlled, randomized trial of lutein and antioxidant supplementation in the intervention of atrophic age-related macular degeneration: the Veterans LAST study (Lutein Antioxidant Supplementation Trial). *Optometry.* 2004;75:3-15. (Ричер С, Стилес В, Статкют Л, и др. Двойное слепое, плацебо-контролируемое, рандомизированное исследование лютеина и антиоксидантных добавок в интервенции атрофии возрастной макулярной дегенерации: опытное ЛАСТ исследование (Лютеин Антиоксидант Добавки Исследование) *Оптометрия* 2004;75:3-15. 5. SanGiovanni JP, Chew EY, Clemons TE, et al. The relationship of dietary lipid intake and age-related macular degeneration in a case-control study. *AREDS Report № 20. Arch Ophthalmol.* 2007;125:671-679. (СанДжованни ЖП, Чю ЕИ, Клемонс ТЕ и др. Зависимость потребления жиров в пищу и возрастной макулярной дегенерации исследование методом случай-контроль АРЕДС Отчет № 20. *Арч Офтальмол* 2007;125:671-679.) 6. Jentsch S, Schweitzer D, Hammer M, Lang G.E, Dawczynski J. The LUTEA-Study: lutein and omega-3-fatty acids and their relevance for macular pigment in patients with age-related macular degeneration (AMD). Poster presented at ARVO; May 1-5, 2011; Ft. Lauderdale FL. (Йентсч С, Швейтцер Д, Хаммер М, Ланг Г.Е., Давжински Д. Исследование LUTEA: лютеин и Омега-3 жирные кислоты и их влияние на макулярный пигмент у пациентов с возрастной макулярной дистрофией (ВМД). Постер представлен на АРВО; Май 1-5, 2011; Фт. Лаудердале Фл.)

Реклама Январь 2013 RUS13VIT001

**ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ
О ВОЗМОЖНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ**

Alcon[®]
a Novartis company

ровья. Поэтому оптимальным мы считаем исследование КЖ не в раннем послеоперационном периоде, а при 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. Проведение исследования КЖ в раннем послеоперационном периоде, хотя и несет дополнительную информацию об изменении состояния пациента, является в то же время и дополнительной нагрузкой для пациента.

Неоспоримым преимуществом применяемой нами сокращенной версии методики NEI-VFQ является возможность широкого использования ее в повседневной практике без потери достоверности результата. В ходе исследования динамику показателей КЖ на фоне проведенной витрэктомии наблюдали далеко не по всем разделам опросника. Это диктует необходимость повсеместного применения апробированных опросников при разнообразной витреоретинальной патологии с перспективой разработки оригинального отечественного варианта.

Несмотря на то, что оптимальные функциональные результаты, которые отмечены в группе пациентов с дополнительным интраоперационным введением антиоксидантов, различий в оценке КЖ в зависимости от дополнительно проводимого лечения не зафиксировано. Как следует из данных корреляционного анализа, определяющим для послеоперационного КЖ пациента является уровень его психофизического комфорта до оперативного лечения.

Известно, что развитие ПСТ занимает определенное время, зачастую пациенты годами испытывают зрительный дискомфорт, прежде чем прибегают к помощи специалиста. При этом даже в случае раннего обращения больного к офтальмологу с жалобами на деструкцию СТ, оперативное лечение далеко не всегда является методом выбора. В итоге пациент

вынужден испытывать значительный зрительный дискомфорт на протяжении длительного периода времени, что негативным образом сказывается на его социально-психическом благополучии. Все это диктует необходимость проведения активной просветительской работы среди специалистов о безопасности и эффективности хирургического лечения ПСТ, причем, с выполнением хирургического вмешательства при данной патологии на ранних сроках, до формирования отрицательной психической доминанты, негативно влияющей на его КЖ. Кроме того, в предоперационную подготовку пациентов с витреоретинальными заболеваниями целесообразно включать элементы психологической помощи.

ВЫВОДЫ

Развитие процесса деструктивных изменений стекловидного тела, клинически проявляющегося возникновением помутнений, сопровождается достоверным снижением качества жизни пациентов, связанной со зрительными функциями.

Проведение витрэктомии для удаления плавающих помутнений стекловидного тела улучшает состояние зрительных функций и качество жизни пациентов и одновременно демонстрирует достаточно высокую безопасность и эффективность.

Исследование качества жизни у пациентов с помутнениями стекловидного тела целесообразно проводить до операции и не менее через 3 месяца после ее выполнения для возможности наиболее полной оценки пациентом произошедших изменений качества зрительных и связанных с ними социальных функций.

Определяющим фактором в прогнозируемом уровне качества жизни после оперативного лечения помутнений стекловидного тела является состояние психофизического комфорта пациента до проведения операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермолаев А.П. Изменения в стекловидном теле при поздних стадиях глаукомы и их роль в развитии гипертензионного болевого синдрома: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. М., 2011. 41 с.
2. Murakami K, Jalkh AE, Avila MP, Trempe CL, Schepens CL. Vitreous floaters. -Ophthalmology. – 1983 Nov; – 90 (11):1271-6.
3. Morse P.H. Symptomatic floaters as a clue to vitreoretinal disease // Ann. Ophthalmol. –1975. – Vol. 7. – P. 865-868.
4. Oshima Y., Wakabayashi T., Sato T. et al. A 27 – gauge instrument system for transconjunctival sutureless microincision vitrectomy surgery // Ophthalmology. – 2010. -Vol.117. – P. 93-102.
5. Sakaguchi H., Oshima Y., Tano Y. 27 – gauge transconjunctival nonvitrectomizing vitreous surgery for epiretinal membrane removal // Retina. – 2007. – Vol.27. – P. 1131-1132.
6. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – Санкт – Петербург. – ЭЛБИ. – 1999. – С.139.
7. Kosmidis P. Quality of life as a new end point// Chest. – 1996. Vol. 109 (Suppl. 5) – P. 110S – 2S.
8. Yelin E. Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace // NAP. – 1999. – P.100-161.
9. Whitehouse R. Measure of outcome in current clinical trials of eyecare // NIH. 2001. – P. 98-201.