

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОФТАЛЬМОМ

Малышев А.В., Трубилин В.Н., Гусев Ю.А., Маккаева С.М., Аль-Рашид З.Ж., Янченко С.В., Бойко Э.В., Кроль Д.В.

ГБУЗ «Краснодарская краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Россия (350086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167)

В статье описывается изменение показателей качества жизни (КЖ) при проведении витрэктомии у пациентов с гемофтальмом. Всего был обследован 71 пациент (71 глаз) в возрасте от 22 до 76 лет с гемофтальмом (ГФ) различной этиологии. Всем пациентам была выполнена субтотальная витрэктомия с применением инструментов калибра 25 Ga, по показаниям проведена локальная лазеркоагуляция сосудов сетчатки. Отмечается положительное влияние оперативного лечения ГФ на показатели КЖ, которые изменяются уже в раннем послеоперационном периоде и достигают максимальных значений спустя 6 месяцев после операции. Для полноценной оценки произошедших изменений качества зрительных и связанных с ними социальных функций после проведения витрэктомии у пациентов с гемофтальмом исследование качества жизни целесообразно проводить однократно в отдаленном послеоперационном периоде, спустя не менее 3-6 месяцев от выполнения операции.

Ключевые слова: качество жизни, гемофтальм, витрэктомия.

DYNAMICS OF CHANGES IN QUALITY OF LIFE DURING SURGERY IN PATIENTS WITH HEMOPHTHALMUS

Malyshev A.V., Trubilin V. N., Gusev Y. A., Makkaeva S. M., AlRashid Z.Z., Janchenko S.V., Bojko J.V., Krol D.V.

GBUZ Krasnodar «Regional Clinical Hospital №1» prof. Ochapovsky Ministry of Health of the Krasnodar Territory, Russia, 350086, Krasnodar, Russia (350086, May 1st str., 167)

The article describes the change in quality of life during vitrectomy in patients with hemophthalmus. Material and methods. We examined 71 patients (71 eyes) in age from 22 to 76 years with various etiologies hemophthalmus. All patients underwent subtotal vitrectomy using 25 Ga instruments on the testimony held local photocoagulation of retinal vessels. Results. Noted the positive impact of surgical treatment hemophthalmia on the quality of life that has changed in the early postoperative period and reach their maximum values later 3-6 months of operation. Conclusions. For a full assessment of the changes of visual quality and related social functions after vitrectomy in patients with hemophthalmus, study of quality of life is advantageously carried out once in the late postoperative period, after at least 3-6 months of operation.

Keywords: quality of life, hemophthalmus, vitrectomy.

Гемофтальм (интравитреальное кровоизлияние) относится к одним из самых тяжелых видов патологии стекловидного тела (СТ). Чаще всего гемофтальм является осложнением пролиферативной диабетической ретинопатии (36-76%) или травмы глаза (20-58%) [2].

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. В настоящее время за рубежом опубликовано большое количество работ, посвященных исследованию КЖ пациентов при проведении различных офтальмологических хирургических вмешательств – экстракции катаракты [3], пересадки роговицы [4], дакриоцисториностомии [4], антиглаукоматозных

операций [3], витреоретинальной хирургии [3]. В отечественной литературе исследования КЖ при витреоретинальных операциях не описаны.

Цель - оценка изменений показателей качества жизни при проведении витрэктомии у пациентов с гемофтальмом.

Материал и методы. В исследование был включен 71 пациент (71 глаз) в возрасте от 22 до 76 лет (средний возраст составил $58,5 \pm 18,2$ года) с гемофтальмом (ГФ) различной этиологии. Распределение обследованных пациентов по гендерному признаку было примерно равномерным: 39 мужчин (55%) и 32 женщины (45%). Критериями исключения из исследования служили наличие у пациентов сахарного диабета или тяжелой системной сопутствующей патологии (цирроз печени, терминальные стадии почечной недостаточности и т.д.). Среди причин ГФ преобладали: частичная окклюзия ветвей ЦВС (36 пациентов, 50,7%), задняя отслойка стекловидного тела с разрывами ретинальных сосудов (19 пациентов, 26,8%) и тупая травма глаза (8 пациентов, 11,3%), реже встречались ретинальные разрывы без отслойки сетчатки (4 пациента, 5,6%), васкулиты (3 пациента, 4,2%), экссудативная форма возрастной макулярной дегенерации (1 пациент, 1,4%). Давность заболевания варьировала от 1 до 8 месяцев.

Всем пациентам была выполнена субтотальная витрэктомия с применением инструментов калибра 25 Га, по показаниям проведена локальная лазеркоагуляция сосудов сетчатки.

В зависимости от особенностей проводимого лечения все пациенты методом случайной выборки были разделены на 3 группы. В I группе (n=24) при проведении оперативного лечения использовались стандартные сбалансированные солевые растворы (ССР, Balanced Salt Solution - BSS) и не проводилось дополнительное назначение антиоксидантных препаратов per os; во II группе (n=21) при проведении оперативного вмешательства использовались ССР, дополнительно обогащенные введением антиоксидантов (глутатиона) – BSS plus; в III группе (n=26) – 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. Проведение УЗИ позволило оценить объем и плотность внутриглазного кровоизлияния, диагностировать сопутствующую витреоретинальную патологию (заднюю отслойку стекловидного тела - ЗОСТ, деструкцию СТ, отслойку сетчатки, кисты, шварты СТ и т.д.).

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 (ОСЗ), 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), цветовое 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 ОСЗ, 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, 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 и обсуждение. Основной жалобой пациентов на момент обращения к врачу являлось снижение остроты зрения. При проведении офтальмологического обследования, и в частности биомикроскопии задних сред глаза с широким зрачком, в СТ определялись разнообразные помутнения различной формы и степени интенсивности, в части случаев – ЗОСТ (тотальная или субтотальная). Для уточнения характера возникших нарушений всем пациентам с ГФ проводилось УЗИ глазного яблока и орбиты, которое позволило оценить размеры, форму, расположение и интенсивность внутриглазного кровоизлияния, а также выявить сопутствующую патологию глазного яблока. При оценке данных УЗИ мы использовали классификацию гемофтальма, предложенную В.В. Волковым, А.В. Даниловым и Е.Г. Рапис [1], которая включает следующие основные критерии оценки: по объему излившейся крови (частичный, субтотальный, тотальный); по локализации относительно отдела глаза (передний, срединный, задний, смешанный); по локализации относительно стенок глаза (центральный, пристеночный, пристеночно-центральный); по стадиям трансформации кровяного сгустка (I ст. - образование свежей гематомы, от нескольких минут до 48 часов; II ст. - токсико-гемолитическая, 3-10 суток; III ст. – пролиферативная, от 10 суток до 6 месяцев; IV ст. - выраженного фиброза, более 6 месяцев). Распределение пациентов в зависимости от выявленного у них гемофтальма по группам согласно данной классификации представлено в таблице 1. Из приведенных данных следует, что у больных чаще всего встречался субтотальный гемофтальм (более 70% случаев),

смешанной локализации (более 50%), в III, пролиферативной стадии формирования кровяного сгустка (более 80% случаев). Также в результате УЗИ было выявлено развитие ЗОСТ более чем у 2/3 пациентов (50 человек; 70,4%) (таблица 2).

Кроме того, при проведении обратной офтальмоскопии на фоне максимального мидриаза практически у половины больных отмечали наличие дегенеративных изменений различной степени выраженности либо в центральной зоне (8 человек), либо и на периферии сетчатки (30 человек) (таблица 2). Следует учитывать, что у большинства пациентов адекватный осмотр глазного дна был затруднен из-за экранирующего действия внутриглазного кровоизлияния.

После проведения оперативного вмешательства уже в ранние сроки (через 1 неделю) после витрэктомии отмечалось достоверное увеличение остроты зрения в среднем в 3 раза по отношению к исходным данным ($p < 0,001$). Практически полное восстановление остроты зрения по сравнению с группой контроля наблюдалось в отдаленные сроки послеоперационного наблюдения, спустя 6 месяцев. При этом наиболее высокие показатели визометрии отмечались во II группе, минимальные значения были у пациентов I группы, дополнительно не получавших антиоксидантную терапию.

При исследовании показателя КЖ у пациентов с ГФ до операции отмечали достоверное по отношению к группе контроля снижение суммарного индекса ОПТ более чем на 30% ($p < 0,001$). В раннем послеоперационном 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 ($p > 0,05$) (таблица 3). При сопоставлении данных ОПТ у всех пациентов до операции и в отдаленном послеоперационном периоде отмечалась достоверная линейная корреляция показателей (коэффициент корреляции $r = 0.7764$, 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, ЦЗ и ПЗ сохраняли тенденцию к повышению и в отдаленном послеоперационном периоде, однако соответствовали уровню группы контроля только у пациентов II группы с минимальным прогрессированием катаракты ($p > 0,05$), у остальных больных данные функции не достигали нормальных значений ($p < 0,05$). При оценке ЗФБ спустя 6 месяцев от

проведения витректомии достоверная разница по отношению к группе контроля наблюдалась у пациентов во всех группах ($p < 0,001$; $p < 0,05$). 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 ($p > 0,05$). В то же время спустя 6 месяцев после оперативного вмешательства уровень РТ достигал значений нормы только у больных II группы ($p > 0,05$); в остальных группах сохранялось достоверное различие по отношению к группе контроля ($p < 0,05$), несмотря на положительную динамику показателя. Показатель ВА, отражающий одновременно и функцию ориентации больного в пространстве, даже в отдаленном послеоперационном периоде не достигал 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 ($p > 0,05$).

Также в ходе исследования КЖ были выявлены значимые изменения показателя ОСЗ, который не включается в суммарный ОПТ и отражает оценку общего состояния здоровья. До операции у всех пациентов отмечалось достоверное по отношению к группе контроля снижение ОСЗ в среднем на 30% ($p < 0,001$). В раннем послеоперационном периоде значимых изменений общего качества здоровья пациенты не фиксировали, однако при исследовании спустя 6 месяцев у всех пациентов отмечалось повышение индекса ОСЗ до значений нормы ($p > 0,05$) (таблица 3).

Оценивая результаты собственных исследований, мы хотим отметить положительное влияние оперативного лечения ГФ на показатели КЖ, которые изменяются уже в раннем послеоперационном периоде и достигают максимальных значений спустя 6 месяцев после операции. Возможно, что протективная роль антиоксидантов непосредственно в месте нанесения операционной травмы и защита хрусталика от воздействия свободных радикалов приводит к оптимальным зрительным результатам в отдаленном послеоперационном периоде. При этом дополнительный прием антиоксидантов в течение 3 месяцев после операции также положительно влияет на отдаленные результаты оперативного лечения, частоту возникновения катаракты и КЖ в послеоперационном периоде. 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 ГФ, даже в современных условиях 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. Проведение исследования КЖ в раннем послеоперационном периоде практически не несет информацию о модификации состояния пациента, являясь в то же время дополнительной нагрузкой.

К преимуществам использованной нами сокращенной версии методики NEI-VFQ относится большой опыт по ее применению при различных глазных заболеваниях. Однако разработка оригинального отечественного варианта опросника, подходящего в том числе и для исследования пациентов с различной витреоретинальной патологией, остается актуальной задачей.

Выводы

1. Возникновение внутриглазного кровоизлияния сопровождается достоверным снижением различных аспектов качества жизни пациентов, как непосредственно связанных со зрительными функциями, так и отражающих общее состояние здоровья.
2. Применение во время хирургического вмешательства средств антиоксидантной защиты имеет преимущество по сравнению с традиционным способом лечения в отношении функциональных результатов и достижения высокого уровня качества жизни в послеоперационном периоде. Для дополнительного поддержания естественных механизмов защиты организма против избыточного образования свободных радикалов рекомендуется применение антиоксидантных препаратов в таблетированной форме.
3. Для полноценной оценки произошедших изменений качества зрительных и связанных с ними социальных функций после проведения витрэктомии у пациентов с гемофтальмом исследование качества жизни целесообразно проводить однократно в отдаленном послеоперационном периоде, спустя не менее 3-6 месяцев от выполнения операции.
4. Предоперационная подготовка больных с гемофтальмом должна включать элементы психологической коррекции, поскольку психоэмоциональное состояние пациента до операции влияет на уровень качества жизни после операции.

Таблица 1.

Распределение пациентов по группам в зависимости от стадии ГФ (Волков В.В., Данилов А.В. и Рапис Е.Г., 1990).

		I группа (n=24)		II группа (n=21)		III группа (n=26)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
По объему	частичный	4	16,7	6	28,6	6	23,1

крови	субтотальный	20	83,3	15	71,4	19	73,1
	тотальный					1	3,8
По локализации относительно отделов глаза	передний	2	8,3			1	3,8
	средний	7	29,2	4	19,1	8	30,9
	задний	3	12,5	2	9,5	1	3,8
	смешанный	12	50	15	71,4	16	61,5
По локализации относительно стенок глаза	центральный	5	20,8	6	28,6	3	11,6
	пристеночный	4	16,7	4	19,1	5	19,2
	пристеночно-центральный	15	62,5	11	52,3	18	69,2
По стадиям трансформации кровяного сгустка	III ст. (пролиферативная)	20	83,3	18	85,7	22	84,6
	IV ст. (выраженного фиброза)	4	16,7	3	14,3	4	15,4

Примечание: n – количество пациентов

Таблица 2.

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

Группы пациентов	Изменения в центральной зоне сетчатки		Периферическая дистрофия сетчатки		ЗОСТ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I группа (n=24)	3	12,5	10	41,7	17	70,8
II группа (n=21)	2	9,5	6	28,6	14	66,7
III группа (n=26)	3	11,5	14	53,8	19	73,1

Примечание: n – количество пациентов

Таблица 3.

Динамика качества жизни у пациентов с ГФ при проведении витрэктомии (M±m).

Показатель	I группа (n=24)			II группа (n=21)			III группа (n=26)			Контроль (n=20)
	До операции	1 нед.	6 мес.	До операции	1 нед.	6 мес.	До операции	1 нед.	6 мес.	
ОСЗ	43,2±14,2*	42,8±14,5*	50,4±16,3** *	42,1±14,2*	42,8±13,2*	52,9±12,6** *	41,2±11,7*	42,4±13,8*	51,3±13,8 ***	60,4±18,0
ООЗ	42,2±11,9*	46,8±14,4*	64,7±17,5*	43,4±12,9*	49,3±16,2*	73,0±16,4** *	45,2±13,5*	49,6±16,7*	66,4±17,6 *	82,3±14,6
ГБ	76,4±17,9* **	76,9±15,2** *	78,5±11,3** *	77,2±14,6** *	76,8±15,1** *	80,3±10,4** *	76,5±16,2** *	76,7±15,6** *	79,6±12,5 ***	84,8±12,2
ЗФБ	46,8±16,8*	55,3±15,2*	64,9±15,4*	45,9±12,7*	53,6±13,9*	70,3±16,2**	44,2±13,8*	55,4±12,8*	68,2±15,6 **	81,8±14,1
ЗФД	45,1±10,6*	52,4±16,7*	68,3±13,9*	47,5±12,8*	56,3±13,3*	74,5±15,4** *	48,5±11,9*	57,4±15,5*	72,1±14,8 **	83,3±13,5
СФ	68,4±13,6*	69,3±10,9*	85,1±14,6** *	67,2±12,6*	68,6±14,9*	86,3±14,8** *	67,5±13,2*	67,9±9,6*	84,7±16,1 ***	92,9±11,1
ПЗ	60,4±13,2*	64,6±11,7*	80,9±16,3** *	62,3±11,5*	67,4±12,9*	84,4±9,8***	61,7±15,4*	65,8±9,6*	80,5±17,4 ***	89,6±13,4
РТ	53,6±10,4*	52,7±13,2*	68,8±16,3**	51,8±11,6*	54,1±14,0*	75,7±15,2** *	52,5±9,4*	51,7±13,8*	70,8±14,3 **	84,7±15,0
ЗПП	71,3±10,9*	70,8±12,1*	88,5±15,9** *	70,5±10,8*	71,4±13,1*	89,4±14,5** *	72,3±12,5*	71,9±13,1*	89,2±14,9 ***	96,4±10, 2
ВА	53,2±14,1*	52,7±10,6*	61,3±14,2*	50,6±16,1*	50,1±12,8*	69,7±14,2**	53,4±14,9*	52,9±12,6*	65,3±13,6 *	80,3±12, 3
ЦЗ	70,0±10,8*	75,7±16,0*	80,4±14,2*	68,4±13,7*	76,1±15,3*	88,4±14,9** *	69,3±12,4*	73,7±12,8*	82,6±14,8 **	95,2±10, 2
ПЗр	53,2±16,4*	64,5±14,8*	70,2±17,8**	52,0±17,8*	67,3±15,0*	76,5±16,8** *	51,5±14,9*	65,2±11,2*	72,6±15,7 **	86,9±19, 4
ОПТ	59,6±16,1*	62,9±14,6*	73,8±13,5**	58,8±13,4*	63,7±14,2*	79,5±13,7** *	58,4±16,3*	63,6±12,5*	75,6±11,3 **	87,4±13, 2

Примечание: n – количество пациентов

* p<0,001; ** p<0,05; *** p>0,05 – достоверность различий по сравнению с результатами, полученными в группе контроля.

Список литературы

1. Волков В.В., Данилов А.В. Гемофтальм. – Л., 1990. - С. 8-15.
2. Нечипуренко О.А., Колесникова Л.Н., Фалхут О.С., Федоров А.А., Медведев И.Б. Возможности озонотерапии в лечении гемофтальмов // Офтальмология. – 2010. - Т. 3, № 3. – С. 26-28.
3. Hatt S.R., Leske D.A., Liebermann L., Holmes J.M. Changes in health-related quality of life 1 year following strabismus surgery // Am J Ophthalmol. – 2012. – Apr.; 153 (4):614-9.
4. Hii B.W., McNab A.A., Friebel J.D. A comparison of external and endonasal dacryocystorhinostomy in regard to patient satisfaction and cost. // Orbit. – 2012. - Apr.; 31 (2):67-76.
5. Kishimoto F., Ohtsuki H. Comparison of VF-14 scores among different ophthalmic surgical interventions // Acta Med Okayama. – 2012. – 66 (2):101-10.
6. Mak S.T., Wong A.C. Vision-related quality of life in corneal graft recipients // Eye (Lond). – 2012. - Sep; 26 (9):1249-55.
7. Whitehouse R. Measure of outcome in current clinical trials of eyecare // NIH. - 2001. - P. 98-201.

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, профессор кафедры «Физиология», Сочинский институт (филиал) Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский университет дружбы народов», г. Сочи.