

## ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

© З. Ж. Аль-Рашид, А. В. Малышев, О. И. Лысенко

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

❖ **Цель.** Изучить влияние витрэктомии при отслойке сетчатки (ОС) на состояние качества жизни (КЖ) пациентов.

**Методы.** 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 её проведения.

**Результаты.** 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 отдалённом послеоперационном периоде фиксировалось прогрессивное увеличение суммарного индекса КЖ и зрительных функций пациентов.

**Заключение.** Проведение витрэктомии для лечения отслойки сетчатки улучшает состояние зрительных функций и качество жизни пациентов.

❖ **Ключевые слова:** стекловидное тело; отслойка сетчатки; качество жизни; витрэктомия.

Отслойка сетчатки (ОС) занимает одно из ведущих мест среди причин слабовидения и развития инвалидности по зрению у лиц трудоспособного возраста. По данным различных авторов, ежегодные показатели инвалидизации пациентов с ОС достигают 2–9% [1, 3].

Согласно существующей классификации ОС, выделяют регматогенную, тракционную, тракционно-регматогенную и экссудативную форму. Наиболее часто встречается регматогенная ОС — в среднем около 10 случаев на 100 000 населения в год. К изученным факторам риска развития ОС относят оперативное удаление катаракты, миопию высокой степени, травмы глаза, хориоретинальные дистрофии [2].

При своевременно проведённом 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, посвящённых оценке качества жизни (КЖ), в том числе у пациентов с различными глазными забо-

леваниями [10]. Одним из самых распространённых 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 сокращённые 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, посвящённых исследованию КЖ пациентов при проведении различных видов офтальмологических хирургических вмешательств, в том числе и при ОС [4, 6]. Авторы указывают на однозначно положительное влияние оперативного лечения ОС на состояние КЖ пациента, при этом отмечают прямую связь между наличием сопутствующей глазной патологии, например, пролиферативных изменений при сахарном диабете, и послеоперационными показателями КЖ больных. В исследовании японских авторов установлена зависимость между уровнем КЖ пациентов и сохранностью функции контрастной чувствительности в послеоперационном периоде [7]. В отечественной литературе

исследования КЖ при витреоретинальных операциях практически не описаны.

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

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

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 %). Давность заболевания у больных варьировала от 1 до 8 недель.

Оперативное вмешательство включало проведение стандартной трехпортовой витрэктомии с применением инструментов калибра 25–29 Га, по показаниям осуществляли эндоскопическую лазеркоагуляцию 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 газозводную 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 перед-

них 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 вид и распространенность ОС, диагностировать сопутствующую витреоретинальную патологию (заднюю отслойку стекловидного тела — ЗОСТ, деструкцию СТ, кисты, шварты, тракции СТ, кровоизлияния 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, социально-культурной и национальной принадлежности, не имеющих показаний к витреоретинальному вмешательству.

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 выраженное снижение остроты зрения (табл. 1). Пациенты описывали снижение зрения как стойкую «пелену», «туман» перед глазами, или периодически «наплывающую тень», отмечали выпадение части поля зрения.

При проведении офтальмологического обследования и, в частности, биомикроскопии задних

Таблица 1

Динамика остроты зрения с максимальной коррекцией у пациентов с ОС при проведении витрэктомии ( $M \pm m$ )

Пациенты	До операции	1 нед.	6 мес.
I группа (n = 23)	0,05 ± 0,02	0,06 ± 0,03	0,42 ± 0,07*
II группа (n = 24)	0,06 ± 0,02	0,09 ± 0,05	0,68 ± 0,05*
III группа (n = 20)	0,06 ± 0,03	0,08 ± 0,04	0,59 ± 0,04*
Контроль (n = 20)	0,89 ± 0,02		

Примечание: n — количество глаз  
\*  $p < 0,001$  — достоверность различий по сравнению с результатами, полученными до лечения.

Таблица 2

Распределение пациентов по группам в зависимости наличия сопутствующей глазной патологии по данным УЗИ

Пациенты	Гемофтальм		Шварты/тракции СТ		ЗОСТ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I группа (n = 23)	5	21,7	16	69,6	20	87
II группа (n = 24)	7	29,2	20	83,3	18	75
III группа (n = 20)	5	30	18	90	19	95

Примечание: n — количество пациентов

сред глаза с широким зрачком, в СТ определялись разнообразные помутнения различной формы и степени интенсивности, в некоторых случаях — ЗОСТ (тотальная или субтотальная). 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. Распределение пациентов в зависимости от выявленной у них патологии глаза при проведении УЗИ представлено в таблице № 2. Из приведённых данных следует, что у больных чаще всего встречались ЗОСТ (57 пациентов, 85,1 %), шварты или тракции в СТ (54 пациентов, 80,6 %), частичный гемофтальм (18 пациентов, 26,9 %) (табл. 2).

Из сопутствующей патологии глаза почти у 1/2 пациентов отмечали наличие начальных помутнений хрусталика (табл. 3). Кроме того, при проведении обратной офтальмоскопии на фоне максимального мидриаза у большинства больных диагностировали наличие дегенеративных изменений различной степени выраженности в центральной зоне и на периферии сетчатки. Следует учитывать, что у части пациентов адекватный осмотр глазного дна был затруднён 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 отдалённом 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 (табл. 1). Также в отдалённые 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 %) (табл. 3).

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 послеоперационном периоде ОПТ незначительно возрастал по сравнению с исходными данными, в основном за счёт 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. 4). При со-

Таблица 3

Динамика частоты встречаемости катаракты у пациентов с ОС при проведении витрэктомии

Пациенты	До операции		6 мес.	
	абс.	%	абс.	%
I группа (n = 23)	11	47,8	19	82,6
II группа (n = 24)	10	41,6	14	58,3
III группа (n = 20)	11	55	17	85

Примечание: n — количество пациентов

Таблица 4

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

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

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

поставлении данных ОПТ у всех пациентов до операции и в отдалённом 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 счёт 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 отдалённом послеоперационном 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 отдалённом 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 отдалённом 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 ( $p > 0,05$ ).

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 35 % ( $p < 0,001$ ). 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 ( $p > 0,05$ ) (табл. 4).

В последние годы отмечается большой интерес к изучению КЖ в медицине и, в частности, офтальмологии. Исследования, проведённые к настоящему времени, выявили значительное влияние патологии зрения на уровень КЖ пациента, сравнимое с развитием угрожающих жизни заболеваний — сердечнососудистых, онкологических и т.д. [10, 11]. У наших пациентов на фоне возникновения ОС также отмечалось снижение как общего качества жизни, так и качества жизни, связанного со зрительными функциями, что достоверно ухудшало их социально-психологическое благополучие.

При оценке результатов собственных исследований, прежде всего мы хотим подчеркнуть положительное влияние оперативного лечения ОС на показатели КЖ, которые изменяются уже в раннем послеоперационном периоде и достигают максимальных значений в отдалённом послеоперационном периоде. При этом закономерным является тот факт, что достоверное соответствие уровню контроля по ОПТ и ряду других показателей КЖ после длительного наблюдения фиксируется в группе с наилучшими функциональными результатами (острота зрения) и минимальным количеством послеоперационных осложнений (прогрессирование катаракты). Возможно, что протективная роль антиоксидантов непосредственно в месте нанесения операционной травмы и дополнительная защита хрусталика приводит к оптимальным зрительным результатам в отдалённом послеоперационном периоде. При этом дополнительный пероральный приём антиоксидантов в течение 3 месяцев после операции положительно влиял только на остроту зрения пациентов в отдалённом послеоперационном периоде, и не оказывал воздействия на частоту возникновения катаракты и КЖ в послеоперационном периоде.

Следовательно, мероприятия, направленные на предотвращение развития/прогрессирования катаракты и получение максимальной остроты зрения (в нашем случае — дополнительное интраоперационное введение антиоксидантов) позволяют достигнуть высокого психофизиологического комфорта в отдалённом послеоперационном периоде. Однако сложность проведения полной зрительной реабилитации у пациентов с ОС, особенно имеющих показания к проведению витрэктомии (изменения СТ, гемофтальм и т.д.), отражается и на результатах исследования КЖ — даже спустя 6 месяцев после операции у пациентов отмечалась достоверная разница в оценке основных зрительных функций по отношению к группе контроля. С другой стороны, по ряду значений социально-психического благополучия (показатели СФ, ПЗ и ЗПП) все пациенты достигали уровня общей популяции, следовательно, даже у пациентов с относительно невысокими зрительными результатами проведение оперативного вмешательства достоверно улучшало значения КЖ. Кроме того, выявленная прямая зависимость послеоперационного КЖ пациента от уровня его КЖ до хирургического вмешательства диктует необходимость осуществления оперативного лечения ОС в максимально ранние сроки, до формирования у пациентов негативной психической доминанты и проведения

при необходимости соответствующей психологической подготовки больного к витрэктомии.

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 определённого восстановительного периода. Поэтому оптимальным мы считаем исследование КЖ не в раннем послеоперационном периоде, а при прошествии определённого 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 несёт информацию об изменении состояния пациента, являясь в то же время дополнительной психологической нагрузкой.

## 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 однократно в отдалённом послеоперационном периоде, спустя 3–6 месяцев от выполнения операции, после полного завершения послеоперационной зрительной и связанной с нею 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: 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; 3: P.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 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; 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; 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; 146 (1): 85–90.
8. Schwartz S. G., Flynn H. W. Pars plana vitrectomy for primary rhegmatogenous retinal detachment. Clin Ophthalmol. 2008; 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; 37 (6): 492–9.
10. Whitehouse R. Measure of outcome in current clinical trials of eyecare. NIH; 2001: 98–201.
11. Yelin E. Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace. NAP. 1999; 100–161.

## QUALITY OF LIFE CHANGES AFTER SURGICAL TREATMENT OF RETINAL DETACHMENT

*Al-Rashid Z. Zh., Malyshev A. V., Lysenko O. V.*

✧ **Summary.** *Purpose.* To study the effect of vitrectomy in retinal detachment (RD) treatment on the quality of life (QOL) of patients. *Methods.* We examined 67 patients who underwent surgical treatment of RD. QOL was assessed by VFQ-25 questionnaire before surgery and after 1 week and 6 months of it. *Results.* When assessing QOL before surgery, there was a significant reduction of the total QOL index by an average of 35% in comparison to the control group ( $p < 0.001$ ). In the late postoperative period, a progressive increase of the total QOL index and visual function

was recorded. *Conclusion.* Vitrectomy for the treatment of retinal detachment improves patients' visual function and quality of life.

✧ **Key words:** vitreous; retinal detachment; quality of life; vitrectomy.

## REFERENCES

1. Krivosheina O. I. Lokal'nye i sistemnye narusheniya immuniteta pri proliferativnoy vitreoretinopatii [Local and system abnormalities of immunity at a proliferative vitreoretinopatiya]. *Vestn. oftal'mol.* 2007; 4: 51–54. (in Russian)
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; 3: P.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 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; 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; 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; 146 (1): 85–90.
8. Schwartz S. G., Flynn H. W. Pars plana vitrectomy for primary rhegmatogenous retinal detachment. *Clin Ophthalmol.* 2008; 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; 37 (6): 492–9.
10. Whitehouse R. Measure of outcome in current clinical trials of eyecare. *NIH*; 2001: 98–201.
11. Yelin E. Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace. *NAP.* 1999; 100–161.

## Сведения об авторах:

**Аль-Рашид Зияд Жрейс** — к. м. н., врач-офтальмолог микрохирургического отделения ГБУЗ «Краевая клиническая больница №1 им. проф. С. В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края. Ул. 1 мая, д. 167, 350029, г. Краснодар, Российская Федерация. E-mail: consmedo@mail.ru.

**Мальшев Алексей Владиславович** — к. м. н., врач-офтальмолог высшей категории, заведующий микрохирургическим отделением ГБУЗ «Краевая клиническая больница №1 им. проф. С. В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края. Ул. 1 мая, д. 167, 350029, г. Краснодар, Российская Федерация. E-mail: consmedo@mail.ru.

**Лысенко Ольга Игоревна** — к. м. н., врач-офтальмолог микрохирургического отделения ГБУЗ «Краевая клиническая больница №1 им. проф. С. В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края. Ул. 1 мая, д. 167, 350029, г. Краснодар, Российская Федерация. E-mail: olga-g-p@rambler.ru.

**Al-Rashid Z.Zh.** — MD, PhD, Prof. S.V. Ochapovskiy egional clinical hospital №1 of the Krasnodar region Board of Health. 350029, Russia, Krasnodar, Pervogo maya st., 167. E-mail: consmedo@mail.ru.

**Malyshev Aleksey Vladislavovich** — MD, PhD, head of microsurgery department. Prof. S.V. Ochapovskiy egional clinical hospital №1 of the Krasnodar region Board of Health. 350029, Krasnodar, Russia, Pervogo maya st., 167. E-mail: consmedo@mail.ru.

**Lysenko Ol'ga Igorevna** — MD, PhD, Prof. S.V. Ochapovskiy egional clinical hospital №1 of the Krasnodar region Board of Health. 350029, Russia, Krasnodar, Pervogo maya st., 167. E-mail: olga-g-p@rambler.ru.