

Гостева К.Е., Гостева Н.Н.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ ПРИ ТРОМБОЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ГЕМОФТАЛЬМОМ

ГБУЗ «Пензенская областная офтальмологическая больница», г. Пенза, Россия

Gosteva K.E., Gosteva N.N. (Penza, RUSSIA)

A COMBINED LASER TREATMENT OF NEOVASCULAR GLAUCOMA WITH THROMBOSIS COMPLICATED BY HEMOPHTHALMIA

Цель. Неоваскулярная глаукома при тромбозе центральной вены сетчатки (ЦВС), по данным литературы, возникает в 12–42%. Она характеризуется тяжелым течением, резистентностью к медикаментозной и гипотензивной терапии, сравнительно быстрым переходом в терминальную стадию с выраженным болевым синдромом на фоне высокого ВГД, в ряде случаев приводящим к энуклеации. Панретинальная лазеркоагуляция сетчатки (ПРЛКС) является признанным эффективным средством борьбы с ишемией, при снижении прозрачности оптических сред применяется транссклеральная лазерная ретинопексия (ТСЛРП).

Материалы и методы. В исследование включены 46 пациентов с диагнозом «вторичная неоваскулярная глаукома, гемофтальм». Во всех случаях процесс был односторонним. Фаза II – рубец радужки у 18 пациентов, фаза III – вторичная открытоугольная глаукома у 28 пациентов. Распределение по полу: 16 мужчин, 30 женщин. Давность тромбоза ЦВС 4–12 мес., гемофтальма – 3–30 дней. Возраст пациентов 59–73 года. Всем пациентам проведено стандартное офтальмологическое обследование, а также контактная биомикроскопия глазного дна с линзой Гольдмана OG3M, хромоскопия, гониоскопия, оптическая когерентная томография сетчатки (ОКТ) на аппарате SOCT REVO-80. Биомикроскопически у всех пациентов новообразованные сосуды присутствовали в прикорневой зоне радужки, у 28 – на структурах угла передней камеры. ВГД составляло 26 ± 4 мм рт. ст. Выявлен ишемический тромбоз ЦВС – 12 глаз, неполный ишемический тромбоз ЦВС – 16 глаз, пролиферативная посттромботическая ретинопатия – 18 глаз. Пациенты получали медикаментозную терапию в соответствии со стандартами, контроль АД и ВГД.

Комбинированное лазерное лечение проводилось по схеме:

1. ТСЛРП. Аппарат «АЛОД-1», Россия, СПб; 810 нм; 20–500 мкм – 1 с. – 800 мВт.
2. Через 2–3 нед. по мере повышения прозрачности сред производили ПРЛКС красным лазером. Аппарат VISULASTrion, Zeiss; 659 нм; 700–200 мкм – 0,05–0,1 – до 240 мВт; 4–6 сеансов. Прямую лазеркоагуляцию ишемических зон и неоваскулярных комплексов проводили зеленым лазером той же фирмы. Все пациенты получали ингибиторы карбоангидразы в каплях, при отсутствии противопоказаний – в фиксированных комбинациях с В-адреноблокаторами. После каждого сеанса ПРЛКС 7 дней глюкокортикоиды в каплях. Проводили ежемесячный мониторинг.

Результаты. При мониторинге выявлено рассасывание гемофтальма, яркая пигментация лазеркоагулятов, активная резорбция ретинальных геморрагий до полного освобождения сетчатки от гемы, исчезновение ватообразных очагов, рубцевание неоваскулярных комплексов, по данным ОКТ уменьшение толщины и объема сетчатки, оптимизация ретинального интерфейса. ВГД снизилось и составило в среднем 21 ± 3 мм рт. ст. Острота зрения повысилась на 0,1–0,5. Срок наблюдения 3–5 лет. За время наблюдения случаев продвижения неоваскулярной глаукомы по стадиям не отмечено.

Заключение. Таким образом, комбинированное лазерное воздействие, состоящее из транссклеральной лазерной ретинопексии и панретинальной лазеркоагуляции, показало высокую эффективность в лечении неоваскулярной глаукомы при тромбозе, осложненном гемофтальмом. Своевременное комбинированное лазерное лечение (в фазах II и III) позволило добиться стабилизации глаукомного процесса, повысить зрительные функции и улучшить прогноз при данной тяжелой патологии.

Гостева К.Е., Гостева Н.Н.

ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ

ГБУЗ «Пензенская областная офтальмологическая больница», г. Пенза, Россия

Gosteva K.E., Gosteva N.N. (Penza, RUSSIA)

LASER TREATMENT OF CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY

Цель. Центральная серозная хориоретинопатия (ЦСХРП) – заболевание лиц трудоспособного возраста. Проблема лечения этого заболевания остается насущной ввиду не всегда удовлетворительных результатов лечения, склонности заболевания к рецидивированию. Патогенетически обоснованным методом лечения ЦСХРП является блокада точки (точек) фильтрации (ТФ) субретинальной жидкости методом лазеркоагуляции (ЛК). Однако единое мнение по поводу длины волны и других параметров применяемого лазерного излучения отсутствует.

Материалы и методы. В исследование включены 37 пациентов с диагнозом ЦСХРП. Во всех случаях процесс был односторонним. Распределение по полу: 31 мужчина, 6 женщин. Давность заболевания 1–4 месяца. Возраст пациентов 29–42 г.

Всем пациентам проведено стандартное офтальмологическое обследование, а также осмотр глазного дна с линзой Гольдмана OG3M, хромоскопия с бесцветным и красным фильтром, оптическая когерентная томография сетчатки (ОКТ) на аппарате SOCT REVO-80; компьютерная периметрия. Для выявления ТФ мы использовали все имеющиеся щелевые лампы, применяли бесцветный и красный фильтры. Также мы использовали оригинальный способ выявления ТФ в свете пилотного лазерного луча. Это позволило выявить ТФ у 26 пациентов (70%) еще до выполнения ОКТ; другим 12 пациентам – после дегидратационной терапии. По данным обследования пациенты разделены на 2 группы, аналогичные по полу и возрасту.

В 1-ю группу включены 22 пациента с ТФ субретинальной жидкости вне фовеа. Произведена прямая ЛК ТФ желтым лазером. Использовался аппарат VISULASTrion, Zeiss. Инстилляционная анестезия: инокан 3-кратно; контактная среда корнерегель. Параметры излучения: длина волны 561 нм; диаметр коагулята 100 мкм; экспозиция 0,02 с; мощность 80–110 мВт до получения лазеркоагулятов 1-й степени по L.Esperance. После ЛК назначали: капли бромсинак 0,09% 1 р. в день 2 нед.; внутримышечно мексидол по 4,0 мл 10 дн; внутрь ресвегафорте по 1 капсуле в день 2 мес.

Во 2-ю группу включены 15 пациентов с расположением ТФ в фовеа. Произведена лазеркоагуляция в виде барража фовеа желтым лазером. Использовался тот же аппарат и длина волны; диаметр коагулята 50 мкм; экспозиция 0,01 с; мощность 60–80 мВт до получения лазеркоагулятов менее 1-й степени по L.Esperance, на грани визуализации.

Проводили ежемесячный мониторинг.

Результаты. Через 1–1,5 мес. в 1-й группе пациентов наблюдали пигментацию ТФ, полное рассасывание жидкости. На ОКТ выявлено уменьшение толщины и объема сетчатки, нормализация ретинального интерфейса. У всех пациентов достигнуто повышение остроты зрения до 0,8–1,0 при исходной 0,6–0,7. Во 2-й группе пациентов наблюдали нежную точечную пигментацию в виде барража фовеа, активное всасывание жидкости. Повышение остроты зрения достигнуто у 11 (73%), на ОКТ – уменьшение толщины и объема сетчатки, полное прилегание слоев. У 4 пациентов процесс выздоровления шел медленнее, острота зрения повысилась в течение 2–4 мес. до 0,7–0,9 от исходной 0,4–0,5.

Срок наблюдения пациентов 1–5 лет. Достигнутые результаты сохраняются.

Заключение. Таким образом, лазеркоагуляция сетчатки желтым лазером с целью блокады фильтрации субретинальной жидкости является высокоэффективным методом лечения ЦСХРП, позволяет блокировать точку (точки) фильтрации, уменьшить толщину и объем сетчатки, повысить остроту зрения и сократить период нетрудоспособности.