

УДК 617.-007.681-085.849.19

Денисюк Л. І., канд. мед. наук, головний лікар

Сук С. А., канд. мед. наук, завідувач амбулаторно-поліклінічного відділення лазерних методів лікування ока

Венедіктова О. А., лікар-офтальмолог

Ряба О. П., лікар-офтальмолог

КМКОЛ «Центр мікрохірургії ока» МОЗ України, м. Київ, Україна

Ефективність застосування транссклеральної контактної-компресійної діодної лазерної циклокоагуляції в лікуванні вторинної неоваскулярної глаукоми у пацієнтів із цукровим діабетом

Актуальність теми. Вторинна неоваскулярна глаукома є важким ускладненням у пацієнтів із цукровим діабетом з проліферативною діабетичною ретинопатією, що призводить до різкого зниження зорових функцій та інвалідизації пацієнтів із зору. Транссклеральна контактна-компресійна діодна лазерна циклокоагуляція (ТСКК ДЛЦК) – поширений метод лікування рефрактерного тиску при вторинній неоваскулярній глаукомі.

Мета. Оцінити ефективність застосування ТСКК ДЛЦК при вторинній неоваскулярній глаукомі у пацієнтів із цукровим діабетом.

Матеріали та методи. Ми провели аналіз результатів лікування 26 пацієнтів (26 очей) із вторинною неоваскулярною глаукомою на тлі діабетичної проліферативної ретинопатії за допомогою ТСКК ДЛЦК. Пацієнти були розділені на дві групи. Першій групі – 14 пацієнтів (14 очей) – була проведена ТСКК ДЛЦК на тлі виконаної в анамнезі панретинальної лазеркоагуляції (ПРЛК) сітківки. Другій групі – 12 пацієнтів (12 очей) – ТСКК ДЛЦК без проведеної в анамнезі ПРЛК сітківки.

Критерії відбору пацієнтів: вік пацієнтів від 18 до 80 років (середній вік 62,5 року), внутрішньоочний тиск (ВОТ) понад 26 мм рт. ст., що не знижувався при максимальній гіпотензивній терапії, больовий синдром, гострота зору нижча за 0,09 (за таблицею Сівцева – Головіна).

Обстеження пацієнтів включало визначення гостроти зору, тонометрію за Маклаковим, біомікроскопію, гоніоскопію, фото райдужки.

Внутрішньоочний тиск у всіх очах коливався від 30 до 60 мм рт. ст. (середній

Денисюк Л. І., Сук С. А., Венедіктова О. А., Ряба О. П., 2021

© 2021 The Authors. Published by Professional Edition Eastern Europe.

This is an open access article under the CC BY-SA license (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>)

ВОТ становив 45). У всіх очах спостерігалися застійна ін'єкція, больовий синдром, рубець райдужки. Гострота зору становила: 0,09 (1 око – 3,8 %); від 0,01 до 0,05 (6 очей – 23,07 %); правильна світлопроекція (12 очей – 46,15 %); 0 «нуль» (7 очей – 26,9 %).

Знеболювання проводили за допомогою субтенонового введення розчинів маркаїну 0,5 % 2 мл і лідокаїну 2,0 % 2 мл. Для циклофотокоагуляції використовували діодний лазер, що генерує випромінювання з довжиною хвилі 810 нм, з безперервним режимом дії. За допомогою транссклерального зонда (G-Probe) лазерні коагуляти наносили через кон'юнктиву на склеру концентрично, на відстані 3 мм від лімба, по колу 360°, пропускаючи зону попередніх операцій (12-а година) і зону проекції чутливих нервів (3-я і 9-а години). Експозиція становила 3,5–4 с. Потужність впливу сягала 1350–1500 мВт, кількість коагулятів – 14–18. Для запобігання виникненню реактивного синдрому всім пацієнтам призначали місцеві антибіотики на 7 днів, місцеві та системні нестероїдні протизапальні препарати на 10 днів та гіпотензивні препарати (інгібітори карбоангідази). Результати оцінювали через 1 міс., 6 міс., 1 рік після проведення втручання. Критеріями оцінювання ефективності лікування були: рівень зниження ВОТ, зменшення/відсутність больового синдрому, зменшення/регрес рубцевої райдужки, стабілізація зорових функцій. Термін спостереження становив 12 міс.

Результати. Усі пацієнти перенесли операцію добре, інтраопераційних ускладнень не відзначали. У більшості пацієнтів через 1 день після ТСКК ДЛЦК спостерігалися значне зниження ВОТ і зменшення больового синдрому. При цьому рівень післяопераційної запальної реакції був мало вираженим.

Через 1 міс. після операції ВОТ знизився у всіх пацієнтів. У першій групі пацієнтів у 28,5 % (4 ока) ВОТ становив менше ніж 24,0 мм рт. ст., у 64,2 % (9 очей) – від 25,0 до 30,0 мм рт. ст., у 7,14 % (1 око) – 35,0 мм рт. ст. У пацієнтів з некомпенсованим тиском була проведена повторна ТСКК ДЛЦК (7,14 % – 1 око). Спостерігався регрес рубцевої райдужки у 42,8 % (6 очей). У другій групі пацієнтів ВОТ становив у 25 % (3 ока) менше ніж 24,0 мм рт. ст., у 50 % (6 очей) – від 25,0 до 30,0 мм рт. ст., у 25 % (3 ока) – від 30,0 до 35,0 мм рт. ст. У пацієнтів з некомпенсованим тиском була проведена повторна ТСКК ДЛЦК (25 % – 3 ока). Спостерігався регрес рубцевої райдужки у 25 % (3 ока).

Через 6 міс. стан усіх пацієнтів був задовільний, больовий синдром відсутній; гострота зору залишалася стабільною. У першій групі у 35,7 % (5 очей) ВОТ становив менше ніж 24,0 мм рт. ст., у 52 % (7 очей) – від 25,0 до 30,0 мм рт. ст., у 14,2 % (2 ока) – від 30,0 до 35 мм рт. ст. У пацієнтів з некомпенсованим ВОТ була проведена повторна ТСКК ДЛЦК (14,2 % – 2 ока). Регрес рубцевої райдужки спостерігався у 57,1 % (8 очей). У другій групі пацієнтів ВОТ становив у 50 % (6 очей) менше ніж 24,0 мм рт. ст., у 33,3 % (4 ока) – від 25,0 до 30,0 мм рт. ст., у 16,6 % (2 ока) – від 30,0 до 35,0 мм рт. ст. У пацієнтів з некомпенсованим ВОТ була проведена повторна ТСКК ДЛЦК (16,6 % – 2 ока). Спостерігався регрес рубцевої райдужки у 16,6 % (2 ока).

Через 1 рік стан усіх пацієнтів був задовільний, больовий синдром відсутній; гострота зору залишалася стабільною. У першій групі пацієнтів ВОТ становив у 50 % (7 очей) менше ніж 24,0 мм рт. ст., у 42,8 (6 очей) – від 25,0 до 30,0 мм рт. ст., у 7,14 % (1 око) – 37,0 мм рт. ст. У пацієнтів з некомпенсованим тиском була проведена повторна ТСКК ДЛЦК (7,14 % – 1 око). Спостерігався регрес рубезу райдужки у 57,1 % (8 очей). У другій групі пацієнтів ВОТ становив у 41,6 % (5 очей) сягав до 24,0 мм рт. ст., у 41,6 % (5 очей) – від 25,0 до 30,0 мм рт. ст., у 16,6 % (2 ока) – від 30,0 до 35,0 мм рт. ст. У пацієнтів з некомпенсованим тиском була проведена повторна ТСКК ДЛЦК (16,6 % – 2 ока). Спостерігався регрес рубезу райдужки у 8,3 % (1 око).

Висновки. Ефективність ТСКК ДЛЦК при вторинній неоваскулярній глаукомі у пацієнтів з проведеною в анамнезі ПРЛК була незначно вищою, ніж у пацієнтів без проведеної в анамнезі ПРЛК. ТСКК ДЛЦК при вторинній неоваскулярній глаукомі у пацієнтів із цукровим діабетом на тлі проліферативної діабетичної ретинопатії є методом вибору в лікуванні цієї патології. Проведення ТСКК ДЛЦК на тлі ПРЛК пов'язано з більш стабільним результатом в післяопераційному періоді.

Отримано 27.07.2021 р.