

трансплантационной технологии Аллоплант. Анатомо-хирургическим базисом одномоментного выполнения радикальных операций у описываемого контингента больных является адекватный набор биоматериалов, позволяющий при комбинированной их трансплантации восстанавливать все элементы костного скелета и мягкого остова орбиты независимо от объема их поражения. Хирургическое лечение рака век, гемангиом орбиты, опухолей конъюнктивы полностью подтверждает правильность изложенного тезиса.

Единственной патологией, требующая в ряде случаев дополнительных коррегирующих вмешательств после радикального удаления опухоли, является нейрофиброматоз Реклингаузена. Однако подобные операции правильнее рассматривать в разряде косметической коррекции, не относя их к дополнительному этапу хирургического лечения самого опухолевого процесса. При этом следует учесть, что выполнение описанных коррегирующих вмешательств бывает более эффективным, на фоне ранее произведенного радикального восстановления опорных анатомических структур области орбиты биоматериалами Аллоплант.

Экономические показатели, вытекающие из стоимости биоматериалов Аллоплант и их условных аналогов, хирургических затрат на выполнение операций и послеоперационного ведения (время, затраченное на выполнение операции, обязательная схема фармакотерапии и другие) вполне очевидны и не требуют отдельного рассмотрения.

Панова И.Е., Бухтиярова Н.В.

ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСПУПИЛЛЯРНОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ УВЕАЛЬНОЙ МЕЛАНОМЫ

Изучена частота, диапазон и особенности клинического течения после ТТТ УМ. Установлено, что данный метод позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, которые возможно предотвратить адекватным консервативным лечением и использовать в ряде случаев данную методику как альтернативу брахитерапии.

Широко применяемые лучевые методы воздействия в лечении увеальной меланомы (УМ) – брахитерапия, сопряжены с повреждениями здоровых тканей глаза. Развитие постлучевых осложнений – катаракты, нейроретинопатии,

вторичной глаукомы, экссудативной отслойки сетчатки, гемофтальма обуславливают значительное снижение зрительных функций и уменьшают качество жизни больных (Бровкина А.Ф., Кешелава В.В., Вальский В.В., 1997 – 2003).

В настоящее время транспупиллярная термотерапия (ТТТ) является эффективным методом лазерного воздействия в органосохранном лечении увеальной меланомы (Линник Л.Ф., Магарамов Д.А. и др., 2003; J. Oosterhuis, 1996; C.L. Shields, J.A. Shields, 1997 – 2002). Однако выполнение данного метода лечения УМ сопряжено с развитием осложнений, частота которых варьирует от 7 до 94% (Линник Л.Ф., Магарамов Д.А. и др., 2002, 2003; J. Oosterhuis, 1996, 1998, 2000; Aaberg Jr. T. et al., 1997; C.L. Shields, J.A. Shields, 1997 – 2002).

Целью данной работы явилось изучить частоту, диапазон и особенности клинического течения осложнений после ТТТ УМ, выполненной на офтальмокоагуляторе OcuLight SL/SLx фирмы IRIS Medical (США).

За период 2002 – 2004 гг. ТТТ выполнена 44 больным УМ. Мужчин – 12, женщин – 32, возраст варьировал от 17 до 82 лет (в среднем $56 \pm 14,3$ лет). Из них, 14 больных УМ в стадии T1-2N0M0 с элевацией опухоли от 1 до 4,1 мм и 31 больной после брахитерапии с элевацией остаточной опухоли от 1,6 до 5,1 мм; сроки ее проведения варьировали от 5 до 27 месяцев (в среднем $15 \pm 7,4$ месяцев).

ТТТ проводилась на офтальмокоагуляторе OcuLight SL/SLx фирмы IRIS Medical (США) с длиной волны 810 нм в инфракрасном диапазоне с адаптером LS с размером пятна от 0,5 до 3 мм. Всем больным выполнялась местная анестезия (Sol. Inocaini в инстилляциях), 12 больным (27%) болезненность вмешательства потребовала выполнения ретробульбарной анестезии (Sol. Lidocaini 2% – 2 ml). Применялись следующие параметры лазерного излучения: диаметр лазерного пятна от 0,8 до 3 мм, непрерывный режим излучения с экспозицией до 1 минуты; мощность варьировала от 270 мВт с постепенным увеличением на 50-100 мВт до появления светло-серого цвета в месте воздействия. Лечение проводилось за 1 – 3 сеанса в зависимости от размеров опухоли с интервалом 2 – 3 месяца. Использовались линзы Гольдмана и Майнстера 165°. Сроки наблюдения составили от 1 – 19 месяцев. В послеоперационном периоде больные получали кортикостероиды в инстилляциях, сосудокрепляющие препараты перорально.

Динамическое наблюдение за больными позволило констатировать, что у всех пациентов отмечалось появление отека сетчатки в зоне лазерного воздействия, интенсивность которого увеличивалась на 2–3 день после ТТТ и регрессировала в течение 2–3 недель. Наиболее частым ранним осложнением являлась окклюзия сосудов по смешанному типу у 41 (93%) больного, которая характеризовалась появлением паравазальных кровоизлияний с усилением геморрагического компонента на 2–3 день после лечения. У 27% больных кровоизлияния постепенно рассасывались в течение 4–6 недель после ТТТ.

Термотерапия опухоли у 2-х из 31 (6%) больного в многокомпонентном лечении УМ осложнилась субретинальным кровоизлиянием во время лазерного вмешательства; у данных больных имела место выраженная васкуляризация остаточной после брахитерапии опухоли. В данном случае лазерное вмешательство прекращалось, а компрессия линзой способствовала остановке кровотечения. Повторное лазерное вмешательство выполнялось через 1–1,5 месяца.

Поздние осложнения в виде макулярного отека и тракционной отслойки сетчатки имели место у 5 из 44 (11%) больных. Макулярный отек наблюдался при локализации опухоли в заднем полюсе у 4 (9%) больных в сроки 1–3 недели после ТТТ и характеризовался появлением снижения остроты зрения, метаморфопсиями и формированием радиальной складчатости сетчатки, реже – кисты в макулярной зоне. Выполнение предварительной отграничивающей лазеркоагуляции по краю опухоли позволило снизить частоту развития данного осложнения.

Тракционная отслойка сетчатки наблюдалась при постэкваториальной локализации опухоли у 1 больной на фоне риска формы ПВХРД («немых» дефектов сетчатки), что определяет необходимость обязательного выполнения предварительной периферической профилактической лазеркоагуляции.

Применение ТТТ в органосохранном лечении УМ позволило достигнуть полную резорбцию опухоли у 13 (29%) больных, частичную – у 23 (52%) больных, стабилизацию – у 8 (19%) больных, прогрессирования не наблюдалось ни у одного больного. В результате применения данного метода лечения у 32 (72%) больных позволило избежать выполнения брахитерапии.

Таким образом, при выполнении ТТТ у 93% больных наблюдается развитие различных ос-

ложнений: окклюзия сосудов по смешанному типу, тракционная отслойка сетчатки, макулярный отек, субретинальные кровоизлияния. Возникновение макулярного отека и тракционной отслойки сетчатки, приводящее к необратимому снижению зрительных функций, возможно предотвратить адекватным консервативным лечением в сочетании с лазерхирургическими пособиями.

Развитие осложнений после ТТТ не умаляют достоинства данной методики и являются перспективным направлением, как в изолированном, так и в многокомпонентном лечении УМ. Целенаправленное контролируемое лазерное воздействие в процессе лечения и низкая степень (5%) абсорбции инфракрасного излучения внутриглазными средами, применяемого для ТТТ, позволяет избежать повреждения соседних тканей и использовать в ряде случаев данную методику как альтернативу брахитерапии.

Панова И.Е., Тонких Н.А.,
Прокопьева М.Ю., Бухтиярова Н.В.

ВОЗРАСТНАЯ МАКУЛЯРНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ С НЕОВАСКУЛЯРНЫМ ОТВЕТОМ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА

Описаны результаты клинко-иммунологических исследований при возрастной макулярной дегенерации с неоваскулярным отеком. Выявлено изменение клеточного иммунитета – высокий потенциал лимфоцитов, что должно учитываться в патогенетически дифференцированном лечении.

Среди разнообразных форм сосудистой патологии глаза возрастная макулярная дегенерация (ВМД) составляет от 40 до 76,5% и занимает третье место среди причин слепоты у людей старше 50 лет (Л.А. Кацнельсон, Т.И. Форфонова, А.Я. Бунин, 1990). Приобретая в последние годы характер пандемии, заболеваемость в России этой патологией составляет около 15 на 1000 населения, в США ежегодно регистрируется около 2 млн. новых случаев.

Прогрессирующее течение ВМД определяется возможностью перехода преддисциформной (сухой) стадии в дисциформную, сопровождающуюся развитием хориоидальной неоваскуляризации (ХНВ) (Staurenghi G. et al., 2002).