
Лікування новоутворень райдужної та іридоциліарної зони різними лазерними джерелами

Чечин П. П., Сафроненкова І. А., Гузун О. В., Ковальчук О. Г., Задорожний О. С.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова НАМН України» (Одеса, Україна)

Вступ. Ефективність лазерної коагуляції пухлин іридоциліарної зони та їх ускладнень досягається за рахунок відмінності в розподілі по глибині енергії, що поглинається в залежності від використовуваної довжини хвилі.

Мета дослідження. Визначити ефективність органозберігаючого лікування пухлин райдужної оболонки та іридоциліарної зони шляхом застосування лазерного випромінювання різних довжин хвиль та застосовуваних методик.

Матеріал та методи. Клінічні спостереження проведено 83 хворих (83 очі) з пухлиною райдужної оболонки та іридоциліарної зони. Вік $46,5 \pm 14,5$ років (від 16 до 63 років). Розмір пухлини визначали УЗ-скануванням: площею: (1,5 мм² - 24 мм²), за висотою (0,4 мм до 2,8 мм). Лазеркоагуляція виконувалася: на 32/83 очах лазером синьо-зеленого спектра випромінювання ($\lambda=0,48$ мкм), на 16/83 очах – інфрачервоним випромінювання ($\lambda=0,85$ мкм), на 12/83 та 23/83 очах зеленого та жовтого спектру ($\lambda=0,53$ мкм та $\lambda=0,57$ мкм) відповідно. Неодимову транссклеральну контактно-компресійну (ТСКК) лазерну коагуляцію циліарного тіла (ЛК ЦТ) здійснювали при проростанні пухлини до структури кута передньої камери та циліарного тіла. При зрощення пухлини з рогівкою проводили лазерсинехіотомію або гоніосинехіотомію за допомогою Nd-YAG лазера. Курс лікування складався 1-3 сеанси. Повторні курси проводили за 3-6 місяців.

Виконано загальноклінічні обстеження, МРТ черевної порожнини, грудної клітки, біомікроскопію, офтальмоскопію, гоніоскопію, тонометрію, ІЧ-діафаноскопію, УЗ-сканування (Cine Scan).

Результати. Після першого курсу лазеркоагуляції відзначався набряк тканини пухлини, облітерація новоутворених судин, точкові геморагії. Згодом у місці впливу формується атрофічний рубець місцями з розволокненням строми райдужної оболонки

і депігментацією. У 10 випадках спостерігалось збільшення пухлини до 1,0 мм² за висотою. Більшість хворих з великою площею пухлини параметри пухлини залишалися стабільними. Після проведення наступних курсів лікування відзначалася тенденція до зменшення за площею та висотою. Ця тенденція виявлялася під час використання всіх 4-х лазерних джерел.

Резорбцію пухлини досягнуто на 80/83 очах (96%). На 2/83 очах (2%) через збільшення пухлини з загрозою проростання пухлини в цилиарне тіло була проведена хірургічна іридектомія.

В одному випадку виконана енуклеація, у зв'язку з продовженням зростання в кут передньої камери та розвитком некомпенсованої долерозної глаукоми. У випадках, коли до лікування пухлина закривала область зіниці, після курсу лікування зорові функції підвищувалися. Рецидивів пухлини не відмічено. Деякі переваги при коагуляції безпігментних пухлин відзначено інфрачервоним лазером - більш глибоке утворення вогнищ, але в той же час це пов'язано і з ризиком пошкодження кришталика, так як ці осередки виявляються не миттєво, а із затримкою до 3-5 секунд. Коагуляція в жовтому спектрі переважно у хворих з новоутвореними судинами та судинними новоутвореннями.

Висновки. Ефективність органозберігаючого лікування пухлин райдужної оболонки та іридоциліарної зони досягнута у 96% хворих з використанням лазерів $\lambda=0,48$, $\lambda=0,85$, $\lambda=0,53$ та $\lambda=0,57$ мкм незалежно від використаних довжин хвиль.

При виборі спектра параметрів методик лазерного впливу необхідно враховувати локалізацію, ступінь пігментації і виду ускладнень.

При поширенні новоутворення в кут передньої камери показано ТСКК ЛК ЦТ, а зрощення з рогівкою - YAG - лазерабляція або лазердеструкція, для профілактики підвищення ВОТ - лазерирідотомія.

При неоваскуляризації та судинних новоутворень використання лазерного випромінювання з $\lambda=0,57$ мкм ефективніше.