

Мета. Вивчити динаміку експресії маркера активації нейтрофілів CD 15 у хворих на увеальну меланому з різним результатом органозбережного лікування.

Матеріал і методи. Маркер активації нейтрофілів CD 15 визначався імуногістохімічним методом у хворих на увеальну меланому з різним результатом органозбережного лікування (вік 53 ± 9 років) та у 22 здорових осіб контрольної групи (вік 51 ± 10 років). Хворі були поділені на 2 групи. Першу групу склали пацієнти з регресією увеальної меланому, формуванням рубця та збереженням оком протягом 2 років спостереження – 10 осіб. До другої групи увійшли пацієнти, у яких у процесі органозбережного лікування відзначалося продовжене зростання пухлини, з подальшою енуклеацією – 2 пацієнти. Імунологічні обстеження проводились у даних групах хворих із періодичністю 4 рази на рік.

Результати. У хворих на увеальну меланому, у яких в процесі органозбережного лікування відзначалося продовжене зростання пухлини, з подальшою енуклеацією відзначений найвищий рівень експресії CD 15 на нейтрофілах $1197,6 \pm 340,9$ кл/мкл, ніж у хворих з регресією увеальної крейди де він становив $498,3 \pm 118,28$ кл/мкл, $p < 0,05$ за критерієм Манна-Уїтні, ($n=10$). У здорових осіб ці показники були значно нижчими і склали відповідно - $173,5 \pm 22,1$ кл/мкл, ($n=22$), $p < 0,05$ за критерієм Манна-Уїтні.

Висновки. Проведені дослідження показали достовірно найвищий рівень експресії молекулярного маркера активації CD 15 на нейтрофілах хворих на увеальну меланому, у процесі лікування яких спостерігалось продовжене зростання пухлини, ніж у хворих з регресією пухлини. Подальше вивчення динаміки цього показника може бути актуальним для прогнозування результату лікування хворих з увеальною меланою.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МІКРОІМПУЛЬСНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ СІТКІВКИ З ІНДИВІДУАЛЬНИМ ПІДБОРОМ ПОТУЖНОСТІ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ ЦЕНТРАЛЬНОЇ СЕРОЗНОЇ ХОРІОРЕТИНОПАТІЇ

Кустрин Т. Б., Задорожний О. С., Насінник І. О., Невська А. О., Король А. Р.
ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»; Одеса, Україна

Актуальність. На сьогодні в лікуванні центральної серозної хоріоретинопатії (ЦСХРП) не вироблено єдиного підходу. Так, ряд дослідників віддають перевагу спостереженню за природним перебігом захворювання, чекаючи повної резорбції субретинальної рідини.

Гостра форма ЦСХРП в 60-75% випадків регресує спонтанно, однак захворювання схильне до рецидивування та переходу в хронічну форму. При хронічній формі ЦСХРП існує високий ризик розвитку таких ускладнень, як формування кістозного набряку макули, атрофії пігментного епітелію сітківки та фоторецепторів, розвиток субретинальної неоваскуляризації. Ці зміни супроводжуються незворотним зниженням бінокулярного, кольорового та центрального зору, порушенням контрастної чутливості, появою відносної центральної скотоми та метаморфопсій.

Використання методики мікроімпульсної лазерної коагуляції (МЛК) сітківки розширює можливості лікування ЦСХРП, сприяючи зменшенню ризиків ускладнень після лазерного втручання. Робота в такому енергетичному режимі виключає температурний перегрів та теплову денатурацію навколишніх тканин, що дає можливість проводити лікування без пошкоджень фоторецепторів та пігментного епітелію сітківки. Однак відсутність єдиного алгоритму підбору енергетичних лазерних параметрів, чітких обґрунтованих показань та термінів проведення МЛК при ЦСХРП ускладнюють та утрудняють застосування в клінічній практиці.

Мета. Визначити ефективність мікроімпульсної лазерної коагуляції сітківки з індивідуальним підбором потужності в лікуванні пацієнтів з хронічною центральною серозною хоріоретинопатією.

Матеріал та методи. Дослідження являло собою проспективне, одноцентрове спостереження 30 пацієнтів (30 очей) з хронічною ЦСХРП. Головним досліджуваним показником була гострота зору з максимальною корекцією на 6-му місяці спостереження. Другорядні показники: центральна товщина сітківки (ЦТС), максимальна висота субретинальної рідини (СРР) за даними оптичної когерентної томографії (ОКТ), кількість виконаних сеансів лазерного втручання та безпека лікування на 6-му місяці спостереження.

Усі пацієнти отримували лазерне лікування з наступними параметрами: розмір плями 100 мкм, експозиція – 0,2 с і робочий цикл 9%. Індивідуальні параметри потужності для кожного пацієнта титрували на нормальній сітківці в ділянці судинних аркад в мікроімпульсному режимі. Титрування потужності починали з 500 МВт, а потім поступово збільшували до появи ледь помітного коагуляту, після чого потужність була знижена на 50%.

Результати. Середній вік пацієнтів склав $43 \pm 14,2$ роки, 90% (27 пацієнтів) були особами чоловічої статі. На 6-му місяці спостереження відмічалось статистично значиме підвищення середньої гостроти зору

з $0,35 \pm 0,16$ до $0,45 \pm 0,15$ ($p=0,001$). До початку лікування середня ЦТС і середня максимальна висота СРР становила 285 ± 76 мкм та 311 ± 85 мкм, відповідно. На 6-му місяці спостереження відзначалось статистично значиме зменшення середньої ЦТС та середньої максимальної висоти СРР до 236 ± 45 мкм ($p=0,003$) та 45 ± 25 мкм ($p=0,001$), відповідно. В кінці спостереження повна резорбція ССР була відмічена в 50% (15 очей), в 43% (13 очей) спостерігалось зменшення максимальної висоти СРР. В 7% (2 ока) максимальна висота СРР збільшилась в порівнянні з початковими показниками. За весь період спостереження рецидив ЦСХРП був відмічений у 2 пацієнтів (2 ока).

В представленому спостереженні 25 пацієнтам був проведений 1 сеанс МЛК, 2 пацієнтам виконано 2 сеанси МЛК та 3 пацієнтам втручання проводилось тричі. Жодного випадку пошкодження макули після проведення МЛК за даними офтальмоскопії, ОКТ та флуоресцентної ангіографії сітківки не було виявлено.

Висновок. Наше дослідження демонструє ефективність і безпеку МЛК сітківки з індивідуальним підбором потужності в лікуванні пацієнтів з хронічною ЦСХРП при терміні спостереження 6 місяців.