

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ: ОСОБЕННОСТИ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Коротких С.А., Степанова Е.А., Кулакова М.В.

ГУЗ ДБВЛ НПРЦ «Бонум», кафедра глазных болезней УГМА, г. Екатеринбург

На данном этапе накопления знаний о ретинопатии недоношенных (РН) с целью профилактики развития терминальных форм болезни применяется ряд транссклеральных и транспупиллярных методик. Все они основаны на изучении патогенеза заболевания и понимании роли ангиогенных стимулов от аваскулярной сетчатки. Известно, что при локализации процесса в 1 зоне и «плюс»-болезни РН эффективность профилактического лечения заметно снижается (от 30 до 79,7% – по литературным данным).

Цель исследования – разработать оригинальный вариант лазеркоагуляции аваскулярных зон сетчатки для повышения эффективности лечения прогрессирующей РН, в том числе с локализацией в 1 зоне и «плюс»-болезни.

Материалы и методы. В Центре РН на базе НПРЦ «Бонум» с сентября 2002 года с помощью диодного фотокоагулятора «Keeler Multilase 1500» проводится лазерное лечение активной прогрессирующей РН. За этот период прооперировано более 120 детей, в том числе 62 пациента с «плюс»-болезнью РН. Для повышения эффективности лечения нами разработан и применяется оригинальный вариант диодлазеркоагуляции (ДЛК) аваскулярных зон сетчатки (подана заявка на изобретение). Суть методики состоит в том, чтобы заблокировать максимально возможную (до 100%) площадь бессосудистой сетчатки. Коагуляты наносили транспупиллярно с доступом во все 3 зоны глазного дна за счет применения склерокомпрессора, мощность излучения 300-650 мВт, экспозиция 200 мсек. Число коагулятов при этой методике варьирует от 900 до 4800. Мы отобрали 2 группы пациентов, сопоставимые по факторам риска развития РН и по офтальмологическим параметрам (статистические

расчеты выполнены в программе Mathcad, массив данных проверен по z-критерию и критерию Фишера). В контрольную группу вошли 24 ребенка (47 глаз) с прогрессирующей РН (из них 10 с «плюс»-болезнью), им проведена ДЛК по рекомендуемым стандартам с параметрами: мощность излучения 500-900 мВт, экспозиция импульса 300-800 мсек, число коагулятов на 1 глаз 120-330. В исследуемую группу включили 31 ребенка (58 глаз) с прогрессирующей РН (из них 11 детей с «плюс»-болезнью), которым ДЛК выполнена по описанной выше методике.

Результаты и обсуждение. Срок наблюдения составил от 6 месяцев до 3 лет. В исследуемой группе отмечена более высокая частота стабилизации заболевания как при классическом течении РН с разной локализацией процесса (91,2%) в сравнении с результатами в контрольной группе (77,8%), так и при «плюс»-болезни (75%) в сравнении с результатом у детей 1 группы (25%). Результаты представлены в таблице.

Результаты лечения в группах

Результат	Контрольная группа (n=24)		Исследуемая группа (n=31)	
	Классическая РН (n=14), 27 глаз	«Плюс»-болезнь РН (n=10), 20 глаз	Классическая РН (n=19), 34 глаза	«Плюс»-болезнь РН (n=12), 24 глаза
Стабилизация процесса, число и % глаз	21 (77,8%)*	5 (25%)	31 (91,2%)	18 (75%)*
Развитие 4-5 ст. РН, число и % глаз	6 (22,2%)*	15 (75%)	3 (8,8%)	6 (25%)*

*- $p < 0,001$

Выводы: 1. Стабилизация РН статистически достоверно выше в исследуемой группе как при классическом течении РН (91,2%), так и при «плюс»-болезни (75%). 2. Эффективность лечения РН (особенно, протекающей по типу «плюс»-болезни) повышается при проведении максимально полной коагуляции аваскулярных зон сетчатки. 3. При «плюс»-болезни РН целесообразно проводить лазерное лечение в более ранние сроки (во 2 стадии или при начальных признаках экстраретинального роста).