

3 глазах. Миопия высокой степени - в 65, средней степени - в 12, слабой степени - в 6, астигматизм - в 22 глазах. По локализации разрыва преобладал верхненаружный квадрант - 52%; в нижненаружном и верхневнутреннем квадранте - по 19%, в нижневнутреннем - 6%. Всем больным проведена ограничительная лазеркоагуляция сетчатки (ОЛК): мощность 150-300мВт; диаметр пятна 250-300; время экспозиции 0,1-0,15 сск, кол-во - от 80 до 550. Осмотр - через 1 мес., 6 мес. В 11 случаях, в связи с выраженной дистрофией сетчатки, одновременно с ОЛК была проведена периферическая круговая ЛК - ПЛК.

Результаты: Через 1 мес. острота зрения сохранилась на дооперационном уровне в 104 глазах. Разрыв оказался заблокированным и не нуждался в дополнительной коагуляции. На 5 глазах потребовалась дополнительная барьерная коагуляция с целью усиления эффекта, в 10 глазах была произведена ПЛК для профилактики прогрессирования ПВХРД и появления новых разрывов.

Через 6 месяцев обследовано 88 пациентов. Острота зрения сохранилась на дооперационном уровне. Разрыв оказался заблокированным. На 7 глазах проведена дополнительная ПЛК с целью профилактики прогрессирования ПВХРД и появления новых разрывов.

Вывод. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о достаточно высокой эффективности лазерного лечения периферических дистрофий сетчатки, предотвращающих развитие отслоек сетчатки и необходимость дополнительных осмотров в динамике.

О синдроме Стерджа-Вебера-Крабе.

Туйчибаева Д.М., Урманова Ф.М., Янгиева Н.Р.

Ташкентская Медицинская Академия

Синдром Стерджа-Вебера-Краббе (С.В.К.) - системное заболевание, проявляющееся врожденными сосудистыми пятнами на лице, гомолатеральной глаукомой, ангиомами и обызвествлениями в мозге.

Цель. Изучить состояние органа зрения при синдроме С.В.К.

Материал и методы. Больной Д. 18 лет с диагнозом синдром С.В.К. Острота зрения: OD - 0,2 с корр. - 0,3, OS - 0,6 не корр. Поле зрения: OD в норме, OS сужено до 45° с носовой стороны. ВГД: OD - 16 мм.рт.ст, OS - 30 мм.рт.ст. Топография: OD в норме, OS: P= 26,5 мм.рт.ст., C = 0,04, F = 1,05, КБ = 230,4. Биомикроскопия конъюнктивы: OU - выраженная-

васкуляризация лимба, резкое расширение, кровенаполнение и неравномерный калибр сосудов, с булавовидными утолщениями по их ходу и на концах, напоминающих грозди. Выражен феномен Книзели. Глазное дно: OD - без патологии. OS - ДЗН бледно розового цвета, границы четкие. Сдвиг сосудистого пучка. Краевая глаукоматозная экскавация. Артерии не изменены. Вены сетчатки расширены, полнокровны, извиты. Сетчатка розового цвета, прилежит на всем протяжении. Гониоскопия: OU - угол передней камеры открыт, средней ширины. OS - на трабекулах в верхнем сегменте крупные пласты пигмента, новообразованные сосуды с булавовидными утолщениями.

Окончательный диагноз: OS - Синдром Стерджа - Вебера - Краббе, . юношеская развитая глаукома с высоким ВГД.

После курса медикаментозной терапии отмечалась нормализация функциональных показателей.

Описываемый нами случай необычен, прежде всего, наличием и манифестностью всех типичных клинических проявлений синдрома С.В.К., сравнительно ранней диагностикой глаукоматозного процесса при высоких зрительных функциях, что является большой редкостью по данным литературы.

Выводы. Наблюдение за пациентом в динамике позволит при первых признаках нарушения стабилизации процесса перейти от медикаментозного к хирургическому лечению и дает основание рассчитывать на благоприятный отдаленный визуальный прогноз.