

МЕТОД КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ

© 2016 Д.З. Жалалова, Э.Э. Хасанов, Ф.М. Анарбаев, А.У. Кушаков
Самаркандский медицинский институт

Ключевые слова: ксенотрансплантат, центральная хориоретинальная дистрофия.

Таянч сўзлар: Ксенотрансплантат, марказий хориоретинал дистрофия.

Keywords: central chorioretinal dystrophy, ksenotransplantate.

При изучении влияния различных видов лечения центральной хориоретинальной дистрофии можно сказать, что имеется преимущество медикаментозного лечения, но оно не приводит к быстрому восстановлению зрения. Поэтому мы в нашем лечении вместо медикаментозного отдаём преимущество дренированию супрахориоидального пространства, в связи с быстрым восстановлением зрения и предупреждения рецидивов.

МАРКАЗИЙ ХОРИОРЕТИНАЛ ДИСТРОФИЯНИ КОМБИНИРЛАНГАН ДАВОЛАШ УСУЛИ

Д.З. Жалалова, Э.Э. Хасанов, Ф.М. Анарбаев, А.У. Кушаков

Марказий хориоретинал дистрофияда ҳар хил даволаш турлари таъсирини ўрганганда шуни айтиш мумкинки: медикаментоз даво устунлик тамонлари бўлгани билан у тез кўриш қобилитини тиклай олмайди. Шунинг учун бизнинг давога медикаментоз даво ўрнига супрахориоидал бўшлиқни дренажлаш операциясини афзаллиги шундаки у кўриш қобилитини тез тиклайди ва рецидивларни олдини олади.

UMBILICODRENIROVANIE CENTRAL CHORIORETINAL DYSTROPHY

D.Z.Jalolova, E.E. Hasanov, A.U. Kushakov, F.M. Anarbayev

Learning of effectiveness of treatment in patents with various forms of central chorioretinal dystrophy, we can thing that medicamentous treatment has an advantage over others, but it can't renew eye vision. That is why we use draining of suprachoroidal space instead of medicamentous treatment.

Актуальность: Центральная серозная хориоретинапатия (ЦХРД) является одним из самых частых и тяжелых осложнений патологий сетчатки. Распространенность ЦХРД по данным ВОЗ составляет от 3 до 5 % населения Земли. Известно, что поражение зрительного анализатора при ЦХРД считается одним из основных причин инвалидизации больных.

По вопросу лекарственной терапии ЦХРД, являющейся одним из наиболее противоречивых разделов офтальмологии, проведено большое количество исследований и продолжается активный поиск препаратов, оказывающих лечебный эффект на течение ЦХРД.

Основным эффективным способом стабилизации патологического процесса при ЦХРД является своевременная лазерокоагуляция (ЛК) тканей глазного дна. При этом главной задачей ЛК является достижение максимального терапевтического эффекта с минимальной травматизацией сенсорной сетчатки (особенно в области желтого пятна) [1,3]. Известно, что ксенотрансплантат обладает низкой иммуногенностью, высокой эластичностью, модулируемостью и прочностью. В случаях интрасклерального применения ксенотрансплантат препятствует экстрасклеральному швартообразованию. Кроме того, ксенотрансплантат влияет на одно из патогенетических звеньев ЦХРД - гипоксию. Помимо этого, он оказывает рассасывающее влияние при внутриглазных кровоизлияниях [2,4,5,6,7].

Целью нашего исследования явилась клинико-функциональная оценка эффективности комбинированного лечения ЦХРД с использованием ксенотрансплантата и лазерной коагуляции. Ксенотрансплантат разработан д.м.н Мухамадиевым Р.О. (авторское свидетельство от 28.03.2003 за №002-03/145), разрешен к применению в офтальмологии ФармКомитетом РУз (Tsh-64020227221-01-2002) и Национальным этическим комитетом МЗ РУз(от 26.10.2004 протокол №49).

Материалы и методы. Было обследовано 97 больных с ЦХРД в возрасте 25 до 70 лет. У обследуемых больных были выраженными геморрагические экссудаты, которые приводили к большей гипоксии ткани сетчатки, все больные были обследованы терапевтом и находились в стадии компенсации заболевания. Нами была предложена операция, направленная на усиление дренирования супрахориоидального пространства в комбинации с лазерной коагуляцией сетчатки.

С целью усиления дренирующего эффекта был использован ксенотрансплантат, так как

эта ткань обладает малой антигенной активностью, высокими пластическими свойствами, сочетая в себе прочность на рас-тяжение и разрывы; легкость в моделировании: возможно варьирование толщины трансплантата. Ткани ксенотрансплантата, оказывают рассасывающее и осмотическое действие, участвуя в биостимуляции регенеративных процессов при различных глазных заболеваниях. При этом консервированная мембрана выполняет транспортную функцию, осуществляет межклеточное взаимодействие, определяет потоки веществ идущих через нее.

В зависимости от типа лечения все больные были разделены на 2 группы. В I-основной группе состоящей из 37 человек была сделана операция дренирования ксенотрансплантата в супрахориоидальное пространство в комбинации с лазерной коагуляцией сетчатки. Во II контрольной группе состоящей из 60 человек была произведена только лазерная коагуляция сетчатки. Лазерная коагуляция сетчатки в обеих группах проводилась твердотельным ND: YAG лазером «VISULAS 532» по стандартной методике с мощностью излучения 600мВт, диаметром коагулянта 300 мкм и временем экспозиции равной 0,2 мс.

Всем больным проводили следующие общие офтальмологические методы обследования: Исследование остроты зрения (без коррекции и с коррекцией) проводилось по стандартной методике с использованием автопроектора знаков «Reichert Ophthalmic Instruments Longlife P-O-C» (Япония).

Рефрактометрия на авторефрактометре «HUVITZ MR-3100» (Корея), периметрия проводилась методом стандартной кинетической периметрии по 12 меридианам на проекционном сферопериметре фирмы «Carl Zeiss Jena» в условиях освещенности 14, объектом 111/4.

Исследование переднего отрезка осуществлялось при помощи щелевой лампы фирмы «Carl Zeiss Jena», с видеонасадкой и фоторегистрацией глазного дна. При биомикроскопии пользовались диффузным, прямым фокальным, непрямым освещением, исследованием в проходящем и скользком луче.

Офтальмоскопия проводилась с использованием налобного бинокулярного офтальмоскопа фирмы «Heine» (Германия) с использованием диагностической линзы 72 Дптр.

Эхобиометрическое исследование проводилось методом 2-х мерной эхографии с использованием АМ методики на аппарате «Tomey-UD-1000» (Германия).

Результаты и обсуждение. Критериями оценки проведенных нами исследований были показатели состояния остроты зрения, полей зрения.

Анализ динамики клинической картины глазного дна отметил, что у больных I-основной группы, которым, проводили операцию дренирования супрахориоидального пространства в комбинации с лазерной коагуляцией сетчатки, наблюдалась выраженная позитивная динамика в сравнении с больными II - контрольной группы, которым была проведена только лазерная коагуляция сетчатки по стандартной методике.

У больных I- основной группы (37 человек) в 43,5 % случаев наблюдалось рассасывание геморрагии в среднем через 1 месяц, уменьшение отека и регресс ишемических зон происходил через 1,5 месяца. У больных II кон-трольной группы (60 больных) 56,4% случаев кровоизлияния на периферии рассасывались через 1 месяц, в центральной зоне - через 3 месяца. Зоны ишемии сохранялись в течение 1,5 месяцев.

Острота зрения в I-ой основной группе после проведенного лечения (ксенотрансплантат+лазерная коагуляция сетчатки) возросла в 79,4% случаев, в то время как в контрольной группе - в 35,6 % случаев. Только в 20,6 % случаев острота зрения осталась без динамики в основной группе, в то время как в контрольной группе в 64,4% случаев. У пациентов основной группы отмечалось более стойкое повышение остроты зрения.

У всех больных основной группы, имевших до начала лечения сужения периферических границ поля зрения зарегистрировано их суммарное расширение в среднем на 60-80° за счет уменьшения участков относительных скотом. В то время как у пациентов контрольной группы при отсутствии статически значимого расширения поля зрения отмечена лишь некоторая тенденция к этому.

Выводы: Результаты проведенных клинико-функциональных исследований свидетельствуют о том, что наиболее выраженный визуальный и функциональный эффект отмечается при проведении операции дренирования супрахориоидального пространства в комбинации с лазерной коагуляцией сетчатки.

Полученные данные позволяют рекомендовать предлагаемое комбинированное лечение у больных с ЦХРД.

Использованная литература:

1. Иванишко Ю.А. Современные технологии витреоретинальной патологии // Сборник научных статей. М. 2002. С.375-389.
2. Исаев А.Ф., Лукьянов Ю.Н., Степанов Н.В. и др. Применение пупочного канатика человека в хирургии острых артериальных тромбозов // Вести хирургии. 2008. №6. С.105-110.
3. Мойсюк Я.Г. Биопротезы из вены пуповины человека в качестве артерио-венозных фистул и гемодиализа (экспериментально-клиническое исследование) // Автореф. диссертации к.м.н. М. 1987. 25с.
4. Павлова Г.С., Панкова О.П., Касмынина Т.А. Новые лазерные технологии в офтальмологии // Тезисы научно-практической конференции. Калуга. 2002. С.74.
5. Сахипова А.Е. Обоснование и оценка эффективности комплексного лечения центральной хориоретинальной дистрофии //Автореф. канд. мед. наук. Алматы, 2007.
6. Хашиев Н.Л., Панченко С.Н. Морфологические исследования ксенотрансплантата // Экстремальные состояния организма. 2004.