

Сабирова Д.Б.,
Палванов Х.А.,
Туликова Г.Э.
Дажуракулов Б.И.,
Байлатова Ш.Ш.,
Якубов Г.К.,
Бектурбиев Ш.С.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИИ

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Кафедра Офтальмологии

Актуальность. Возрастная макулодистрофия (ВМД) является наиболее распространенной формой поражения хорио-капиллярного слоя хориоидеи, стекловидного слоя мембраны Бруха и слоя пигментного эпителия сетчатки у лиц пожилого возраста, приводящей к необратимой потере центрального зрения обоих глаз, резкому снижению трудоспособности и инвалидизации. В Европе зарегистрировано 18,5 миллионов больных с ВМД, а к 2025 году может быть увеличение больных с ВМД на 40 % (Бикбов М.М., Маликов А.Л., Алтынбаев К.В., 2008). По материалам ВОЗ (2003) в России заболеваемость ВМД составляет 300 человек на 100 тысяч населения (Либман Е.С.). Так, за прошедшие 20 лет численность незрячих во всем мире увеличилась на 12 миллионов человек (Е.С.Либман, 2006). Согласно данным Центрального института экспертизы трудоспособности и инвалидности среди сосудистых заболеваний сетчатки, обуславливающих инвалидность по зрению, неэкссудативные формы ВМД составляют 39,4 %, экссудативные формы 9,1 % (Либман Е.С., Шахова Е.В., 1997). Рост заболеваемости, необратимость патологических изменений центрального отдела сетчатки при ВМД, значительный риск инвалидности трудоспособного населения, а также отсутствие эффективных методов лечения свидетельствуют об актуальности данной проблемы и обуславливают ее социальную значимость. Заболевание встречается в возрасте старше 40 лет в 25-ДО % случаев, у лиц старше 60 лет в 58-100 % случаев (R.Klein и соавт. R.A.Williams).

Социально-медицинская значимость этой патологии обусловлена быстрой потерей центрального зрения и утратой общей работоспособности. Двусторонний характер поражения, прогрессирующее течение, необратимое снижение зрительных функций, высокий удельный вес данной патологии (до 54 %) в структуре инвалидности определяют особую значимость ВМД на современном

этапе и диктуют необходимость и поиска путей усовершенствования лечения.

Материалы и методы исследования.

Клинические исследования выполнены на кафедре офтальмологии Сам-МИ, на базе отделения офтальмологии ЛДЦ ООО «Юсупов А.А.», в период с 2010 по 2013 годы. Учитывая, что основной контингент больных - лица пожилого возраста, все пациенты консультированы терапевтом. Согласно результатам обследования все обследуемые пациенты имели сопутствующую соматическую патологию: большинство из них страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями. При офтальмологическом обследовании пациентов проводился сбор анамнеза, определялись наследственный характер заболевания, особенности жалоб пациентов и давность заболевания. Для оценки клинической симптоматики проводили общее офтальмологическое обследование: визометрия, рефрактометрия, тонометрия, биомикроскопия, периметрия и кампиметрия, тест Амслера, прямая и непрямая офтальмоскопия в условиях медикаментозного мидриаза.

Наряду с традиционными, пациентам проводились специальные методы исследования: оптическая когерентная томография на оптическом когерентном томографе RTV ae 100 OCT.

Клинические исследования проведены у 108 больных (216 глаз) с различными формами ВМД. Среди них женщин было 67 (62,1 %), мужчин 41 (37,9 %). Распределение больных по возрасту показало, что основной контингент составили лица пожилого возраста, с диапазоном колебания от 45 до 85 лет, средний возраст которых соответствовал $68,8 \pm 6,2$ годам. Для оценки результатов лечения больные были разделены на три группы:

1 группа (контрольная) - 33 пациента (66 глаз), получавшие традиционное медикаментозное лечение

2 группа (сравнения) - 32 пациента (64 глаза), которым проведено традиционное медикаментозное лечение

с внутривенным введением озона.

3 группа (основная) - 43 пациента (86 глаз), составляющие основную группу, которым проведено традиционное медикаментозное лечение с применением озонированного физиологического раствора в виде внутривенных парабубарных введений в дозе соответственно 130-150 мкг на одну инфузию, 0,3 мкг на одну парабубарную инъекцию в количестве 10 процедур на курс лечения.

Озонированный физиологический раствор получали путем барботирования 0,9 % раствора NaCl озонкислородной смесью, с помощью озонатора АОН-О1-Арз. Концентрация озона в озонкислородной смеси на выходе озонатора составляла 2500 мкг/л, время барботирования - 10 минут. Для ее проведения используется озонированный с помощью установки УОТА - 60 - 01 «Медо-зон» (Россия) 0,9 % раствор хлорида натрия. Стерильный физиологический раствор в количестве 200,0 мл подвергается озонированию в течение 5 минут, при концентрации озонкислородной смеси в газовом потоке 56-68 мг/л. Концентрация озона в полученном растворе должна составлять 4,0-6,0 мг/л. 200,0 мл свежеприготовленного озонированного раствора вводится внутривенно капельно со скоростью 3-7 мл в минуту. Одновременно проводятся парабубарные инъекции этого же раствора в количестве 0,5-0,7 мл. Курс лечения состоит из 5-6 внутривенных вливаний озонированного физиологического раствора, производимых через день, и 10 ежедневных парабубарных инъекций. Проведение первого курса озонотерапии показано через 1 месяц после операции, с последующим его повторением через 3-4 месяца в течение года.

Результаты исследования: В более половине случаев пациентов составили лица с неэкссудативной стадией ВМД - 113 (51,3 %), экссудативной стадией - 61 (28,2 %), рубцовой стадией - 44 (20,3%).

При неэкссудативной стадии

выявлено наличие в макулярной зоне сетчатки: твердых друз на 18 глазах I группы (51,4 %), 17 глазах II группы (50,0 %) и 21 глазах III группы (47,7 %) перераспределения пигмента на 5 глазах I группы (14,2 %), 7 глазах II группы (20,5 %) и 9 глазах III группы (20,4 %), очагов атрофии пигментного эпителия сетчатки (ПЭС) на 7 глазах I группы (20,0 %), 6 глазах II группы (17,6 %) и 8 глазах III группы (18,1 %), сочетание мягких и твердых друз на 5 глазах I группы (14,2 %), 4 глазах II группы (11,7 %) и 6 глазах III группы (13,6 %).

При экссудативной стадии ВМД наблюдался интратетинальный отек, экссудативная отслойка пигментного эпителия сетчатки (ЭОПЭС) на 9 глазах I группы (47,3 %), 8 глазах II группы (47,0 %) и 11 глазах III группы (47,8 %), экссудативно-геморрагическая отслойка пигментного эпителия сетчатки (ЭГОПЭС) с отложениями твердого экссудата вокруг нее на 7 глазах I группы (36,8 %), 6 глазах II группы (35,2 %) и 8 глазах III группы (34,7 %), отслойка нейроретинального эпителия сетчатки наблюдалась на 3 глазах I группы (15,7 %), 3 глазах II группы (17,6 %) и 4 глазах III группы (17,3 %). Рубцовая стадия ВМД характеризовалась наличием ЭОПЭС на 2 глазах I группы (16,6 %), 2 глазах II группы (15,3 %) и 3 глазах III группы (23,0 %) и 5 глазах III группы (26,3 %), субретинальной неоваскулярной мембраны (СНМ) в области макулярной зоны с поверхностным врастанием сосудов сетчатки на 7 глазах I группы

(58,3 %), 8 глазах II группы (61,5 %), 11 глазах III группы (57,8 %). В неэкссудативной стадии ВМД продолжительность заболевания большинства пациентов в исследуемых группах составила до 2-х лет, в экссудативной стадии ВМД до 5 лет, а в рубцовой стадии до 10 лет. Анализ остроты зрения пациентов контрольной группы в динамике показал, что у больных основной группы с неэкссудативной формой ВМД острота зрения в течение 6 месяцев наблюдения увеличилась в 2,0 раза, в то время, как в 1-ой контрольной группе к 6 месяцу наблюдения показатель ухудшился в 2 раза. У больных основной группы с экссудативной формой ВМД острота зрения за период 6 месяцев наблюдения достоверно улучшилась в 2,5 раза, тогда, как во 2-ой группе максимальный показатель остроты зрения отмечался в течение 3 месяцев наблюдения в 1,8 раза. Однако, к 6 месяцу появилась тенденция к снижению средней величины остроты зрения в 1,2 раза, оставаясь при этом выше исходного уровня, в отличие от контрольной группы, при котором положительный эффект наблюдался только в течение 1-го месяца наблюдения. Таким образом, анализ данных свидетельствует о позитивной тенденции в динамике остроты зрения у пациентов 3-й группы, где показатель остроты зрения имел положительный эффект и стабилизацию показателей при неэкссудативной форме в 2,0 раза, при экссудативной форме в 2,5 раза и рубцовой форме в 1,5 раза, что свидетельствует о клинической

эффективности данного метода лечения.

Изменения периферического поля зрения у обследуемых пациентов выражались в виде сужения его периферических границ, характер которых зависел от тяжести заболевания и наличия дефектов в центральной зоне.

Выводы. 1. Клинические особенности прогрессирования различных форм ВМД сопровождается достоверным снижением толщины фовеальной зоны сетчатки при неэкссудативной форме ВМД на 26,4 %, при экссудативной форме увеличение толщины сетчатки на 44,8 %, а при рубцовой форме ВМД прогрессирующим снижением толщины фовеальной зоны сетчатки на 22,8 %, что коррелирует со снижением светочувствительности сетчатки на 23 %, 34 %, 78 % соответственно.

2. Разработана методика комплексной озонотерапии и доказано ее выраженное положительное влияние на восстановление морфологических структур сетчатки, нормализацию нейроглиальных отношений в периферических и центральных отделах сетчатки, что способствует более быстрому восстановлению зрительных функций у больных с ВМД.

3. Озонотерапия в сроке 6 месяцев приводит к улучшению зрительных функций у 85,6 % больных, что сопровождается клиническими признаками регресса друз у 82,4 % больных.

Использованная литература:

1. Гчавинская Г.А., Иванова О.А., Комарова В.Д. Иммунный статус при озонотерапии больных нейродермитом // Тезисы II-ой Всероссийской научно-практической конференции "Озон в биологии и медицине" Н.Новгород, 1995г. с.84.
2. Гогодзе М.Г. Применение озона в лечении посттравматических и послеоперационных эндофтальмитов.// Дис. кан. мед. наук, - М. 2000г.
3. Каратаев С. Д. Озонотерапия хеликобактериоза. Дисс. докт. мед. наук М., 2000г.
4. Колесова О.Е., Алексеева Л. М., Васильев И.Т., Волховская Н.Б. Озонотерапия перитонита // Тезисы II-ой Всероссийской научно-практической конференции "Озон в биологии и медицине" Н.Новгород, 1995г.-с.32.
5. Колесова О.Е., Васильев И.Т., Леонтьева Г.В. и др. Озонотерапия перитонита /Методическиерекомендации/. М., 1995г. 21с.
6. Колесова О.Е. Леонтьева Г.В. Использование озонотерапии для коррекции энергетического обмена при полиорганной недостаточности.// Тезисы II-ой Всероссийской научно-практической конференции "Озон в биологии и медицине" Н.Новгород, 1995г.-с. 4.
7. Комишнюк М.С., Максимов В.А., Винарова С.И. и др. Озонирование в лечении хронических заболеваний печени // Матер. III-ей Всероссийской научно-практической конференции "Озон и методы эфферентной терапии в медицине" Н.Новгород - 1998г.-с. 108.
8. Конев С. В., Мату с В. К. Озонобиология: молекулярномембранные основы // Озон в биологии и медицине: Тез.докл. I-ой Всерос. конф. Н.Новгород - 1992г. - с. 3-4.
9. Конторицкова КН. Биохимические основы эффективности озонотерапии //Озон в биологии и медицине: Тез. докл. II-ой Всерос. конф. Н.Новгород. 1995г. - с. 8.