

**COLLECTION OF ARTICLES
MATERIALS OF CONFERENCE REPORTS**

**СБОРНИК СТАТЕЙ
МАТЕРИАЛЫ ДОКЛАДОВ КОНФЕРЕНЦИИ**



Innovative Technologies in Ophthalmology

TASHKENT 2024





Уважаемые коллеги!

Ассоциация офтальмологов Узбекистана приглашает Вас принять участие в международной офтальмологической научно-практической конференции «Инновационные технологии в офтальмологии – 2024».

Цель конференции – ознакомить и внедрить в научно-практическую деятельность специалистов офтальмологов современные инновационные методы диагностики и лечения пациентов с заболеваниями органа зрения. Конференция рассчитана на врачей-офтальмологов, профессорско-преподавательский состав кафедр офтальмологии медицинских ВУЗов ближнего и дальнего зарубежья, докторантов, магистров, клинических ординаторов (резидентов).

Основные направления конференции:

- патология переднего сегмента глаза;
- рефракционные нарушения;
- глаукома: вчера, сегодня и завтра;
- детская офтальмопатология;
- инновационные методы диагностики и лечения в офтальмологии.

Условия и порядок участия в конференции:

Регистрация участников проводится на сайте Ассоциации офтальмологов Узбекистана www.aoru.uz в разделе «Конференции» с 10 февраля до 30 апреля 2024 года. При регистрации участник получает возможность направления собственных научных печатных работ для размещения в итоговых материалах Конференции.

Подробная информация о сроках приема и условиях размещения публикаций изложена в Правилах проведения Конференции.

Предусмотрено несколько форматов участия:

- без выступлений, публикаций и докладов;
- устное выступление с докладом (при этом Участник прилагает презентацию и статью (тезис), соответствующие требованиям Приложений №1, №2, №3 Правил проведения Конференции);
- участие со статьей без устного доклада (при этом Участник прилагает статью в соответствии с Приложением №1 Правил проведения Конференции);

- участие с тезисом без устного доклада (при этом Участник прилагает тезис в соответствии с Приложением №2 Правил проведения Конференции);
- участие с электронным постерным докладом без предоставления статьи или тезиса (при этом Участник прилагает E-POSTER в соответствии с Приложением №3 Правил проведения Конференции).

Язык конференции: русский, узбекский и английский.

Форма участия: гибридный формат (очное присутствие и онлайн-трансляция).

Место и время проведения: 24 мая 2024 года, Ташкент, отель "Hilton", Ташкент Сити.

Оргкомитет конференции оставляет за собой право технического редактирования или отклонения материала по причинам несоответствия темам конференции или Правилам проведения Конференции.

Все виды материалов для публикаций, презентаций, докладов должны быть представлены к рассмотрению не позднее 6 апреля 2024 г., материалы, направленные после указанной даты рассмотрены не будут.

Материалы конференции будут опубликованы в специальном выпуске журнала «Передовая офтальмология».

Полная информация по условиям участия и размещения материалов будет размещена на сайте Ассоциации - www.aoru.uz - в разделе Конференции.

Контактная информация:

Тел.: +998-71-261-18-78

Сайт: www.aoru.uz

Email: conf@aoru.uz

Председатель Ассоциации офтальмологов Узбекистана Зульфия Рузметовна Максудова.

СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

<u>Абдуллаева Д.Р., Искандарова М.А.</u> ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ УСТРОЙСТВ НА ОРГАН ЗРЕНИЯ	5
<u>Абдуллаева Н., Курбаназаров М.</u> ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ СЛЕПОТЫ И СЛАБОВИДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН	5
<u>Абдуллина В.Р.</u> ЗАВИСИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ОТ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	6
<u>Абдурахманова Ч.К., Бузруков Б.Т., Бобоха Л.Ю.</u> ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ КАТАРАКТОЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ	7
<u>Андреев А.Ю., Ибрагимова Р.Р., Лоскутов И.А., Коврижкина А.А.</u> КОНСЕРВАЦИЯ КОРНЕОСКЛЕРАЛЬНОГО ТРАНСПЛАНТАТА С ЧАСТИЧНО ВЫДЕЛЕННОЙ ДЕСЦЕМЕТОВОЙ МЕМБРАНОЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНОЙ КЕРАТОПАТИЕЙ	8
<u>Бобоха Л.Ю., Хамраева Л.С.</u> ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ У ДЕТЕЙ	9
<u>Бузруков Б.Т., Нарзуллаева Д.У., Бобоха Л.Ю.</u> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ГЛАУКОМОЙ	9
<u>Быков Ю.В., Быкова А.Ю., Беккер Р.А.</u> ВЛИЯНИЕ СИНЕГО СВЕТА НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И НА СОСТОЯНИЕ ГЛАЗ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	10
<u>Быков Ю.В., Быкова А.Ю., Беккер Р.А.</u> НЕЙРО-ОФТАЛЬМО-БЕХЧЕТ – ПОЛЕ ДЛЯ СОТРУДНИЧЕСТВА ПСИХИАТРА, ОФТАЛЬМОЛОГА, РЕАНИМАТОЛОГА И РЕВМАТОЛОГА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	11
<u>Быков Ю.В., Быкова А.Ю., Беккер Р.А.</u> ОТКРЫТОУГОЛЬНАЯ ГЛАУКОМА И ДЕПРЕССИЯ: НЕСЛУЧАЙНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ НАЛИЧИЕМ ОБЩИХ МЕХАНИЗМОВ ПАТОГЕНЕЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	12
<u>Икрамов О.И., Юлдашев Дж.Р., Садыков Ш.А., Джураев Н.А.</u> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОМПЛЕКСНОЙ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА	14
<u>Котелин В.И., Зуева М.В., Нероева Н.В.</u> ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЗРИТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕТЧАТКИ (ОБЗОР)	14
<u>Кричевская Г.И., Балацкая Н.В., Сорожкина Е.С., Ковалева Л.А.</u> ЗНАЧЕНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ РЕАКТИВАЦИИ ВИРУСОВ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА У ПАЦИЕНТОВ С УВЕИТАМИ В ПЕРИОД КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ	16
<u>Курбаназаров М., Абдуллаева Н.</u> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ СЕЛЬСКИХ ШКОЛ РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКСТАН	17
<u>Курязова М.О., Рахматуллаева Д.С.</u> МЕШОТЧАТАЯ АНЕВРИЗМА СУПРАКЛИНОИДНОГО ОТДЕЛА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В ПРАКТИКЕ ОФТАЛЬМОЛОГА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	18
<u>Максудова З.Р., Маткаримов А.К.</u> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕНСИВНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЛАУКОМАТОЗНО-ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ	19
<u>Максудова З.Р., Маткаримов А.К., Шарафов Ш.В., Сайдалиходжаева М.А.</u> МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СПАЗМА АККОМОДАЦИИ (Клинический случай)	20
<u>Маткаримов А.К., Максудова З.Р., Сидиков З.У., Ташматов З.А.</u> НАШ ОПЫТ СКВОЗНОЙ КЕРАТОПЛАСТИКИ ПРИ СОСУДИСТЫХ БЕЛЬМАХ РОГОВИЦЫ	21
<u>Махмудова Д.Т., Бабаджанова Л.Д.</u> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОСОГЛАЗИЯ С МАЛЫМ УГЛОМ ДЕВИАЦИИ У ДЕТЕЙ	22

<u><i>Назирова З.Р., Ассатилаев А.А.</i></u> ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАПСУЛЬНО - СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ	23
<u><i>Нероева Н.В., Балацкая Н.В., Бриллиантова А.Г., Катаргина Л.А.</i></u> СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАНСПЛАНТАЦИИ РЕТИНАЛЬНОГО ПИГМЕНТНОГО ЭПИТЕЛИЯ ПРИ РАЗНЫХ РЕЖИМАХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ИММУНОСУПРЕССИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА КРОЛИКАХ	24
<u><i>Павленко Т.А., Чеснокова Н.Б., Лисовская О.А., Петров С.Ю.</i></u> СОДЕРЖАНИЕ КАТЕХОЛАМИНОВ В СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ	25
<u><i>Sabirov O.O., Sobirov O.M.</i></u> GLAUKOMA KASALLIGIDA DORI VOSITALARINI TO'G'RI TOMIZISH	26
<u><i>Светлова Е.В., Балацкая Н.В., Куликова И.Г.</i></u> ЧАСТОТА ИНФИЦИРОВАННОСТИ ОПУХОЛЕЙ ВИРУСАМИ ГЕРПЕСА ЧЕЛОВЕКА И СОСТОЯНИЕ Т-ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С УВЕАЛЬНОЙ МЕЛАНОМОЙ	27
<u><i>Соболев Н.П., Тепловодская В.В., Судакова Е.П.</i></u> ПРЕИМУЩЕСТВА ИХД МОДУЛЬНОЙ КОНСТРУКЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНЫМИ ДЕФЕКТАМИ РАДУЖКИ	28
<u><i>Сулеева Б.О., Меерманова Ж.Б.</i></u> ОПТИКО-ЦИЛИАРНАЯ НЕВРЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ	29
<u><i>Тепловодская В.В., Соболев Н.П., Судакова Е.П.</i></u> ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ТОРИЧЕСКИХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ	30
<u><i>Туракулова Д.М., Назирова З.Р.</i></u> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ, ВРОЖДЕННОЙ ГЛАУКОМЫ	31
<u><i>Филатова И.А., Шеметов С.А., Соколова О.В.</i></u> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КОНЪЮНКТИВЫ ЛОСКУТАМИ МЕНЬШЕЙ ПЛОЩАДИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛЕЯ «СУЛЬФАКРИЛАТ»	32
<u><i>Khadjimukhamedov B.B., Mirrakhimova S.Sh., Bakhritdinova F.A., Nazirova S.Kh.</i></u> LOCAL ASSESSMENT OF CYTOKINE PROFILE AND REGENERATIVE PROCESS OF THE CORNEAL INTERFACE AFTER EXCIMER LASER OPERATIONS	33
<u><i>Хамроева Ю.А., Эркинова У.Х.</i></u> ВТОРИЧНАЯ ГЛАУКОМА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ	33

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ УСТРОЙСТВ НА ОРГАН ЗРЕНИЯ

Абдуллаева Д.Р., Искандарова М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Глаза – один из самых важных и наиболее уязвимых органов человека. Они постоянно нуждаются в защите. При работе на компьютере возникает зрительное напряжение, которое при несоблюдении ряда важных правил приводит к развитию различных заболеваний. Внедрение компьютерных технологий (КТ) коснулось не только взрослых, но и детей, которые проводят за компьютером все больше времени. При этом врачами отмечается рост определенных патологических изменений, которые объединились, в так называемый, компьютерный синдром. Мы столкнулись с серьезной психологической проблемой – зависимость от гаджетов. Ситуация сложилась абсурдная: гаджеты созданы, чтобы служить человеку, а на деле они часто подчиняют человека себе. Особенно опасно, когда появляется зависимость у детей.

Цель исследования. Влияние гаджетов на развитие свойств ребенка дошкольного и школьного возраста.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе клиники ТашПМИ. Была отобрана группа пациентов в количестве 10 детей в возрасте от 6 до 15 лет с диагнозом: астигматизм, компьютерный зрительный синдром.

Результаты. Плюсы использования гаджетов: смартфон или планшет с мультимедиа, играми или интересными приложениями помогут скрасить ребенку томительные минуты и часы, помогает улучшить познавательные процессы и получить новые знания. Компьютерные игры и приложения способствуют развитию внимания, памяти, логического мышления: овладению полезными навыками.

Минусы использования гаджетов:

1. Отрицательное влияние на здоровье и физическое развитие. Особенно плохо сказывается на зрении детей: в 75% случаев у обследуемых детей обнаружены аномалии рефракции: миопия средней и высокой степени.

2. Другой проблемой является синий свет, опасный для человека исходящий от экранов различных электронных устройств. Он поражает сетчатку: непрерывная стимуляция внутренней оболочки глаза может привести к необратимым повреждениям.

Заключение. Таким образом, родителям важно не допустить, чтобы гаджеты в жизни ребенка стали источником проблем. Грамотное и умеренное использование гаджетов действительно будет способствовать развитию ребёнка и поможет ему шагать в ногу со временем.

УДК 617.753.29

ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ СЛЕПОТЫ И СЛАБОВИДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Абдуллаева Н., Курбаназаров М.

Медицинский институт Каракалпакстана

Актуальность. Охрана здоровья детей является одним из приоритетных направлений здравоохранения. Одним из основных звеньев в борьбе за здоровье детей является охрана зрения, предупреждение и лечение заболеваний и травм глаз, профилактика слепоты и слабовидения, снижение уровня инвалидности, что имеет большую социальную значимость.

Цель - анализ нозологической структуры слепоты и слабовидения учащихся специализированной школы-интерната в г.Нукус.

Материал и методы. Проведен анализ нозологической структуры 236 учащихся в возрасте 7-16 лет, специализированной школы-интерната №10 в городе Нукус. Из них девушки-105, мальчики-126. По данным амбулаторной карты в зависимости понижения зрения и морфофункционального состояния органа зрения учащиеся разделены на категории слепых и слабовидящих.

Результаты. К категории слепых отнесены дети с остротой зрения 0,03 до абсолютной отсутствия зрения. Причинами слепоты являлись – помутнение роговой оболочки поствоспалительного и посттравматического характера(5,5%), атрофия зрительного нерва вследствие заболевания ЦНС(3,8%), микрофтальм(3%) и субатрофия глазного яблока(1,7%), анофтальм(1,7%), врожденная глаукома(1,7%), неоперабельная врожденная катаракта(2,1%), патология сетчатки(1,3%), наследственная патология(1,7%). У 14,1% детей плохое зрение сопровождалось горизонтальным нистагмом. Слабовидящим отнесли детей с остротой зрения от 0,04 до 0,2 и отсутствие одного глаза. В структуре слабовидения лидировали – нарушения рефракции(миопия высокой степени-43,6%, гиперметропия высокой степени 4,3%, смешанный астигматизм 3%), за ним последовали не скорректированная афакия(1,7%), артификация с амблиопией(3,4%), заболевания глазодвигательной системы(2,1%), последствия травм, альбинизм(0,4%).

Обсуждения. Структура врожденной патологии состояла из врожденного нистагма врожденного микрофтальма, врожденной катаракты, врожденного птоза, врожденной глаукомы, врожденной миопии, врожденной колобомы сосудистой оболочки. К наследственной патологии относится пигментная дегенерация сетчатки, альбинизм. Приобретенными причинами понижения зрения являются последствия травмы глаза, как субатрофия глазного яблока, рубцовое помутнение роговицы, анофтальм. В структуре слабовидения лидировала миопия высокой степени с дегенеративными изменениями сетчатки.

Заключение. Таким образом, основными причинами слепоты являлись врожденная патология, патология ЦНС, последствия травм, которые нуждаются в социальной реабилитации. Учитывая современные достижения медицины пересмотреть возможности медицинской реабилитации рефракционных нарушений, одного из основных причин слабовидения.

УДК:76.01.21:76.29.56:76.29.47:76.29.37

ЗАВИСИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ОТ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Абдуллина В.Р.

Казахский национальный медицинский университет им. С. Асфендиярова Алматы, РК

Актуальность. Сахарный диабет (СД) – это группа обменных заболеваний, которые характеризуются хронической гипергликемией, являющейся результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Одним из ведущих признаков, развивающихся у больных сахарным диабетом, является синдром сухого глаза (ССГ). Также отмечено, что у пациентов с СД флюктуации рефракции часто сопряжены с дисрегуляцией СД и с изменениями уровня глюкозы крови, что в свою очередь приводит к скачкам остроты зрения. Что касается данных литературы о связи вну-триглазного давления (ВГД) с уровнем гликемии крови, то была выявлена достоверная положительная корреляционная связь между уровнем глюкозы и HbA1c и уровнем ВГД на обоих глазах: чем выше был уровень глюкозы и HbA1c в крови, тем выше ВГД. Следует отметить, что все упомянутые выше изменения рефракции, ВГД и биометрических показателей у пациентов с СД I или II типа выявлены либо при его декомпенсации, либо при нагрузочных тестах с глюкозой. Сведений о взаимосвязи биометрических показателей, рефракции и ВГД с уровнями глюкозы крови и гликированного гемоглобина (HbA1c) у детей с СД I типа в фазе субкомпенсации в литературе найти не удалось.

Цель исследования – оценка результатов функциональных методов исследования органа зрения у детей с сахарным диабетом 1 типа в зависимости от уровня гликированного гемоглобина.

Материалы и методы. В исследование были включены 240 детей с СД 1 типа г. Алматы. Юным пациентам проводили комплексное офтальмологическое обследование, ультразвуковые методы исследования, оптическую когерентную томографию переднего отрезка и заднего отрезка глазного яблока, исследовали слезопродукцию. Мальчиков было 133 (55,42%), девочек - 107 (44,58%). Сельские жители составили 17,5% (42 человек), городские - 82,5% (198 человек). Помповая инсулинотерапия проводилась у 103 пациентов (43%), на ручках - у 137 (57%). Обследованные нами дети были распределены на 6 групп в зависимости от уровня гликированного гемоглобина (HbA1c). Как результат, были проанализированы и определены корреляции между показателями уровня HbA1c и результатами исследований.

Результаты исследования. У пациентов с сахарным диабетом 1 типа в 69,6% случаев имелись проявления дисфункции мейбомиевых желез (МЖ) различной степени тяжести, проявления гиперемии. (17%-39,8%) и слабо выраженный отек конъюнктивы (28%), уменьшение разрыва слезной пленки и

снижение уровня менисков. Проведение теста Ширмера показало наличие снижения слезовыделительной функции. Обнаружена корреляционная связь между уровнем гликированного гемоглобина и значением внутриглазного давления. Наблюдалось уменьшение толщины сетчатки в центральной зоне в зависимости от длительности сахарного диабета. Результаты проведенных исследований также показали, что показатели УЗИ и ОСТ у детей, больных сахарным диабетом 1 типа, зависят от уровня гликированного гемоглобина и длительности основного заболевания. Среди пациентов с сахарным диабетом 1 типа аномалии рефракции встречались чаще (76%) чем у детей контрольной группы (38,5%).

Таким образом, признаки синдрома сухого глаза наблюдались почти у большинства пациентов с сахарным диабетом, при этом выраженной зависимости от уровня гликированного гемоглобина не было выявлено, хотя отмечается достоверная разница с показателями контрольной группы. То есть заболевание сахарный диабет влияет на развитие ССГ у пациентов с СД 1 типа, способствует его развитию и проявлению. Офтальмометрические исследования, а также исследование центральной толщины роговицы (ЦТР) и толщины сетчатки (ТС) в центральной зоне являются информативными методами исследования, отражающими уровень компенсации основного процесса, и, вероятно, их исследование в динамике позволит разработать индикаторы развития диабетической офтальмопатии у детей, больных сахарным диабетом 1 типа. Определение ТС в динамике в более отдаленные сроки и зависимость изучаемого показателя от вида рефракции является предметом дальнейшего наблюдения. Исследование уровня внутриглазного давления имеет большое значение в выявлении диабетической офтальмопатии и последующего мониторинга состояния органа зрения этих пациентов. Мониторинг аномалий рефракции у детей с сахарным диабетом 1 типа имеет определенный интерес с целью комплексного обследования и выявления офтальмологических проявлений, характерных для этого заболевания и зависящих от уровня компенсации заболевания.

УДК 617.741-004.1-053.1

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТОЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Абдурахманова Ч.К., Бузруков Б.Т., Бобоха Л.Ю.

Кафедра офтальмологии, детской офтальмологии Ташкентского педиатрического медицинского института

Актуальность. Катаракта - стойкое помутнение вещества хрусталика или его сумки, сопровождающееся понижением остроты зрения от незначительного его ослабления до светоощущения. Врожденная катаракта часто сочетается с другими патологическими изменениями органа зрения, которые наблюдаются у 36,8-77,3% детей: косоглазие, нистагм, микрофтальм, микрокорнея и другие аномалии роговицы, а также стекловидного тела, сосудистой оболочки, сетчатки и зрительного нерва. Микрофтальм – это врожденная аномалия, которая часто сочетается с врожденной катарактой в 22.5% случаев из-за характерных для нее структур, включающих утолщенную склеру, нормальный или немного больший хрусталик с относительно небольшим объемом глаза, более высоким соотношением объема хрусталика к глазу, мелкой передней камерой, узким углом камеры и коротким глазная ось.

Цель. Изучить особенности ведения детей с врожденной катарактой и сопутствующей патологией органа зрения.

Материалы и методы. В глазном отделении клиники ТашПМИ проведено обследование 94 детей (130 глаз) в возрасте от 3 месяцев до 16 лет с диагнозом врожденная катаракта (ВК). Мальчики составили 56%, девочки 44%. Пациентам были проведены офтальмологические и клиничко- лабораторные методы исследования.

Результаты. Детям с ВК и сопутствующим микрофтальмом оперативное лечение проводилось в 2 этапа: на 1 этапе выполнялась ЭЭК, на 2 этапе производилась имплантация ИОЛ с размещением линзы в цилиарной борозде В послеоперационном периоде в 49% случаев наблюдалась воспалительная реакция в виде фиброзно-экссудативной реакцией. В 9 % случаев наблюдался сублюксация ИОЛ, которая потребовала проведения репозиции ИОЛ. В 18% случаев наблюдалось повышение ВГД, которое купировалось назначением гипотензивных препаратов. Высокий процент осложнений можно объяснить наличием сопутствующей патологией со стороны органа зрения, в особенности такой как микрофтальм.

Заключение. Таким образом, детям с врожденной катарактой и сопутствующим микрофтальмом необходим дифференцированный подход в ведении пациентов: раннее хирургическое вмешательство до 1 года проведенное в 2 этапа.

УДК: 617.713-089.843

КОНСЕРВАЦИЯ КОРНЕОСКЛЕРАЛЬНОГО ТРАНСПЛАНТАТА С ЧАСТИЧНО ВЫДЕЛЕННОЙ ДЕСЦЕМЕТОВОЙ МЕМБРАНОЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНОЙ КЕРАТОПАТИЕЙ

Андреев А.Ю.^{1,3}, Ибрагимова Р.Р.^{1,2}, Лоскутов И.А.², Коврижкина А.А.²

1. Кафедра глазных болезней ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова» (Сеченовский Университет) Минздрава России; ул. Трубецкая, 8, стр. 2, Москва, 119991, Российская Федерация;
2. ГБУЗ МО МОНИКИ имени М.Ф. Владимирского, ул. Щепкина 61/2, корпус 1, Москва, 129110, Российская Федерация;
3. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», ул. Россолимо, 11, А, Б, Москва, 119021, Российская Федерация.

Актуальность. Поражения роговицы занимают одни из лидирующих позиций по причине слепоты в мире. До недавнего времени золотым стандартом при нарушении прозрачности роговицы считалась операция сквозной кератопластики, однако в настоящее время хирурги предпочитают селективные методы.

Эндотелиальная кератопластика представляет собой технологию селективной замены нефункционирующего заднего эпителия роговицы, что обеспечивает быстрое патогенетически ориентированное восстановление зрения и сохранение структурной целостности глаза. В клинике наиболее часто выполняют две операции эндотелиальной кератопластики: DSAEK (Descemet stripping automated endothelial keratoplasty) и DMEK (Descemet's membrane endothelial keratoplasty). DSAEK относительно проста в исполнении, с меньшим количеством осложнений, техника операции DMEK сложная, однако отсутствие стромы позволяет достичь более высоких зрительных функций.

Для подготовки материала часто используется предварительно заготовленный консервированный материал. В связи с этим в настоящее время идет поиск эффективных и безопасных растворов и методов для консервации дефицитного донорского материала.

Цель исследования. Изучение результатов использования консервированного корнеосклерального трансплантата с частично выделенной десцеметовой мембраной для хирургического лечения пациентов с буллезной кератопатией.

Материалы и методы. Данная работа базировалась на обследовании и лечении трех пациентов. В работе использованы как стандартные офтальмологические, так и высокоспециализированные методы исследования, такие как: биомикроскопия, визометрия, периметрия, тонометрия, фоторегистрация, оптическая когерентная томография.

Заключение. После проведенного лечения посредством трансплантации предварительно выделенной консервированной десцеметовой мембраны у всех пациентов отмечено стойкое повышение остроты зрения (острота зрения составила 1.0), отсутствие отека роговицы и жалоб на боль и чувство инородного тела. По данным оптической когерентной томографии толщина в центральной зоне роговицы варьировала в пределах нормальных значений (450-550 мкм) на протяжении всего срока наблюдения, плотность эндотелиальных клеток соответствовала средним послеоперационным значениям (1500-2200 кл/мм²).

Таким образом, применение технологии консервации предварительного выделения десцеметовой мембраны методом гидросекции на дооперационном этапе позволяет значительно сократить время операции без потери её эффективности. Это безопасный и эффективный способ лечения пациентов с буллезной кератопатией, улучшающий процесс хирургического вмешательства, снижающий выбраковку дефицитного донорского материала.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ У ДЕТЕЙ

Бобоха Л.Ю., Хамраева Л.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Хирургия по поводу катаракт у детей сопряжена с рядом операционных (незапланированный разрыв задней капсулы, выпадение стекловидного тела и т.д.), ранних и поздних послеоперационных осложнений (вторичная гипертензия, глаукома, вторичная катаракта и т.д.), связанных как с анатомо-функциональными особенностями глаза в детском возрасте, так и с трудностями выполнения операции. Применение современных аппаратных технологий в хирургии врожденных катаракт, таких как малые разрезы, использование вискоэластиков и высокобиосовместимых интраокулярных линз к настоящему времени позволяет избежать во время операций практически всех осложняющих моментов, не предотвращая тем не менее развития осложнений в отдаленные сроки, что обусловлено особенностями детского организма, в целом, и глаза, в частности.

Цель исследования. Изучить факторы риска развития осложнений после экстракции катаракты у детей.

Материал и методы. Обследовано 70 (70 глаз) детей с катарактой в возрасте от 1 года до 12 лет, находившихся на лечении в глазном отделении клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. Для выявления факторов риска осложнений нами был проведен математический анализ с использованием четырехпольных таблиц сопряженности результатов офтальмологических, клинико-лабораторных исследований в обеих группах.

Результаты. Пациенты были разделены на 2 группы. В I группу вошли – 49 (70%) условно часто-болеющих детей (в анамнезе не менее 6 эпизодов ОРВИ в год) с осложнениями после экстракции катаракты, во II группу – 21(30%) соматически здоровый пациент. В I группе был высокий процент встречаемости следующих осложнений: из интраоперационных осложнений преобладали незапланированный задний капсулорексис, выпадение стекловидного тела и осложнения воспалительного характера (12,2; 14,2 и 18,3% соответственно); из ранних послеоперационных осложнений отмечены вторичная офтальмогипертензия, кератопатия и воспалительная реакция (20,4; 18,3 и 30,6% соответственно); из поздних – вторичная офтальмогипертензия и фиброз задней капсулы хрусталика (53% и 85,7%). У пациентов II группы из интраоперационных осложнений наблюдались незапланированный задний капсулорексис и осложнения воспалительного характера (6,6 и 10% соответственно); из ранних послеоперационных осложнений отмечены кератопатия и воспалительная реакция (16,6 и 20% соответственно). Из поздних – фиброз задней капсулы хрусталика в 70% случаев. Нами определены следующие статистически значимые факторы риска развития осложнений при хирургии катаракты: условно часто-болеющие дети, нейтрофильно-лейкоцитарный индекс в диапазоне от 2,7 – 6,8, показатели истинного ВГД до операции $20,5 \pm 1,2$ мм.рт.ст. и выше, возраст ребенка на момент операции от 1 года до 3 лет, толщина хориоидеи в раннем послеоперационном периоде $1,02 \pm 0,33$ мм, содержание белка в камерной влаге глаза выше $3,5 \pm 0,09$ г/л и крови ниже $62 \pm 1,3$ г/л.

Заключение. Таким образом, к значимым факторам риска развития осложнений при хирургии катаракты относят: условно часто-болеющих детей, возраст ребенка на момент операции, показатели нейтрофильно-лейкоцитарного индекса и толщины хориоидеи в раннем послеоперационном периоде, содержание белка в камерной влаге глаза и крови.

УДК: 617.7-007.681-53:616-073.582: 616-08-039.11

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ГЛАУКОМОЙ

Бузруков Б.Т., Нарзуллаева Д.У., Бобоха Л.Ю.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Детская глаукома - группа заболеваний приводящих к слепоте, для которых характерно повышение внутриглазного давления с последующим повреждением глазных структур. Несмотря на успехи достигнутые в лечении глаукомы у детей, данная проблема является актуальной (Surukrattanaskul S, Suvannachart P, Chansangpetch S, et al.2022).

Как известно, ведение пациентов с глаукомой является одной из самых больших проблем в детской офтальмологии (Basilius A., Villani S. 2011). Изучение качества жизни у больных с врожденной глаукомой является актуальным, так как врожденная глаукома представляет приоритетную медицинскую и социальную проблему современности.

Цель исследования. Целью данного исследования явилась оценка качества жизни детей с глаукомой.

Материал и методы. Исследование проводилось с помощью опросника у детей в возрасте от 8 до 18 лет получивших хирургическое лечение по поводу врожденной глаукомы в офтальмологическом отделении клиники Ташкентского педиатрического медицинского института.

Результаты. В исследование включены 36 детей, из них 13(37,1%) девочек и 22(62,8%) мальчиков. Первичная врожденная глаукома была у 21 (58%), глаукома с сопутствующей глазной патологией у 15 (42%) детей. Средней возраст на момент исследования составил 10.5 ± 1.1 лет. Оценивались следующие сферы качества жизни как преодоление трудности, неудобства, эмоциональное благополучие, социальное благополучие жизни детей с глаукомой. Оценка производилась по баллам. Весь опросник состоял из 4 разделов, на каждый раздел было задано по 4 вопроса. Максимальный балл составил 64. При оценке пациентов по опроснику в группе с первичной врожденной глаукомой сумма баллов в среднем составила 43 ± 3.5 балла (от 34 до 52 баллов). В группе глаукома с сопутствующей глазной патологией в среднем 36 ± 2.5 (от 32 до 41 баллов).

Заключение. Таким образом, согласно опроснику для оценки качества жизни пациентов с врожденной глаукомой в группе с врожденной глаукомой без сопутствующей патологией качество жизни оказалось выше в 1.3 раза чем в группе детей в врожденной глаукомой и с сопутствующей глазной патологией. Данный факт можно объяснить большим количеством повторных операций и более тяжелым послеоперационным периодом.

УДК 617.7-001.15

ВЛИЯНИЕ СИНЕГО СВЕТА НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И НА СОСТОЯНИЕ ГЛАЗ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Быков Ю.В.¹, Быкова А.Ю.¹, Беккер Р.А.²

1. ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Российская Федерация;
2. Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, Беэр-Шева, Израиль.

Актуальность. В последние десятилетия, в связи с широким распространением электронных устройств с LCD- или LED-экранами (телефонов, планшетов, современных компьютерных мониторов и плоских телевизоров), а также массовым переходом домашних пользователей от использования для освещения ламп накаливания – к более энергоэффективному освещению люминесцентными или светодиодными лампами – значительно возросло количество искусственного синего света, падающего на сетчатку людей, особенно в вечернее время.

Эта ситуация уже давно вызывает озабоченность специалистов, поскольку, во-первых, синий свет значительно сильнее подавляет секрецию мелатонина и сдвигает циркадные ритмы, чем свет с любой другой длиной волны (меньшей или большей).

А во-вторых, высокоэнергетическое электромагнитное излучение (ЭМИ) – синее, фиолетовое и уж тем более ультрафиолетовое или рентгеновское – при кратковременном воздействии может вызывать усталость и сухость глаз, конъюнктивит. Длительное воздействие высокоэнергетического ЭМИ – вызывает окислительный стресс в тканях глаза, ускоряет развитие возрастной катаракты, возрастной макулярной дегенерации сетчатки.

В случае синего света той интенсивности, которую дают современные LCD- и LED-экраны или домашние LED-лампы – для того, чтобы это ускорение развития возрастных дегенеративных процессов в сетчатке и в хрусталике стало клинически значимым – необходимы десятилетия подобного воздействия.

Цель исследования. Представить описание клинического случая молодого человека с игровой, никотиновой и кофеиновой зависимостью, осложнившейся развитием терапевтически резистентной депрессии (ТРД) и синдрома сухого глаза. Подчеркнуть роль синего света от использовавшихся им электронных устройств в развитии обеих патологий.

Материалы и методы. Наблюдался 19-летний юноша, студент, с двухлетним стажем страдания ТРД. Неоднократно обращался к психиатрам, получал назначения различных схем психофармакотерапии (ПФТ) – без особого эффекта.

В ходе диагностической беседы выяснилось, что молодой человек на протяжении последних 2 лет страдает игровой зависимостью, причём играет как с компьютера, так и с использованием планшета или смартфона. Пациент играл преимущественно в вечерне-ночное время, при этом параллельно злоупотреблял электронными сигаретами (вейпингом) и кофеин-содержащими энергетическими напитками. Кроме того, он также увлекался моддингом – самостоятельно смонтировал LED-подсветку системного блока.

Помимо жалоб на депрессивное состояние, нарушения сна, повышенную тревожность и частые головные боли – юноша также жаловался на частое проявление сухости и утомляемости глаз, «ощущение песка» в них, частое возникновение конъюнктивитов с покраснением глаз и слезоточивостью.

Результаты. Молодому человеку было рекомендовано перевести все электронные устройства в режим «без синего света», отключить LED-подсветку системного блока и клавиатуры, постараться играть в более светлое время суток и сократить использование искусственного освещения в вечерне-ночное время.

Кроме того, он был направлен на длительную систематическую психотерапию к специалисту по зависимостям. С его помощью пациент сумел полностью избавиться от никотиновой и кофеиновой зависимости, значительно снизить степень игровой зависимости (по крайней мере, она перестала влиять на учёбу и социальную активность юноши).

С учётом роли оксидативного стресса как в развитии ТРД, так и в вызываемых воздействием высокоэнергетического ЭМИ нарушениях функции глаз – ему были назначены, в дополнение к ПФТ, также антиоксиданты (куркумин 500 мг, ресвератрол 250 мг, астаксантин 4 мг). Для улучшения засыпания и нормализации циркадных ритмов – был назначен 3 мг мелатонин на ночь. С целью устранения сухости глаз – было рекомендовано использование искусственной слёзной жидкости.

Комплексное лечение привело к ремиссии ТРД и к купированию жалоб на сухость и утомляемость глаз.

Заключение. Патогенное воздействие высокоэнергетического ЭМИ на функцию органа зрения – не следует недооценивать, даже если речь идёт о видимой части спектра (синий и фиолетовый свет), а не об ультрафиолете или ионизирующей радиации.

Также нельзя недооценивать роль именно синего света в нарушении циркадных ритмов – и в последующем развитии психических нарушений, таких, как бессонница, тревожные и депрессивные расстройства. Как показывает данный клинический случай – сочетание синего света с злоупотреблением кофеином и никотином способно даже вызвать резистентность депрессии к лечению.

УДК 617.75

НЕЙРО-ОФТАЛЬМО-БЕХЧЕТ – ПОЛЕ ДЛЯ СОТРУДНИЧЕСТВА ПСИХИАТРА, ОФТАЛЬМОЛОГА, РЕАНИМАТОЛОГА И РЕВМАТОЛОГА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Быков Ю.В.¹, Быкова А.Ю.¹, Беккер Р.А.²

1. ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Российская Федерация;
2. Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, Беэр-Шева, Израиль.

Актуальность. Болезнь Бехчета (ББ) – это редкое ревматологическое заболевание. Оно может приводить к поражению многих органов и систем. Чаще всего оно начинается с типичных поражений кожи и слизистых, и только затем присоединяются другие поражения.

У 2/3 пациентов с ББ на каком-то этапе болезни поражаются глаза. Примерно у 1/3 пациентов с ББ также присоединяется поражение ЦНС. Манифестация ББ в виде первичного поражения ЦНС и/или глаз, при которой кожные симптомы появляются позднее – достаточно редка, но описана в литературе.

Цель исследования. Представить описание клинического случая пациента, у которого ББ первично манифестировала нейропсихиатрическими симптомами, а прочая симптоматика в течение нескольких недель оценивалась неверно.

Материалы и методы. Наблюдался 26-летний, ранее здоровый, мужчина. Первоначально поступил в психиатрический стационар с симптомами, напоминающими острый маниакально-параноидный психоз. Был расценен как пациент с первым в жизни эпизодом шизоаффективного расстройства (ШАР).

Однако лечение вальпроатом и антипсихотиками — АП (галоперидолом, хлорпромазином) — не давало какого-либо заметного эффекта и вызывало выраженные двигательные нарушения.

Возникшие в этот период у пациента жалобы на «затуманивание зрения», «двоение в глазах» — были расценены как побочные эффекты (ПЭ) от АП и корректоров, а жалобы на полужидкую диарею 2–4 раза в день, тошноту и изжогу — как ПЭ вальпроата (что привело к добавлению омепразола, без эффекта).

Появление у пациента акне-подобной сыпи на лице и плечах — было воспринято как логичное следствие повышенной сальности кожи на фоне лекарственного паркинсонизма, вызванного АП.

Спустя 2 недели от момента госпитализации у мужчины появились болезненные афтозные изъязвления в полости рта. Они были оценены как «афтозный стоматит, токсическая реакция на хлорпромазин». Это привело к отмене хлорпромазина. Однако афты во рту не только не заживали, но появились новые.

Спустя ещё неделю пациент был экстренно переведён в реанимацию с подозрением на злокачественный нейролептический синдром (ЗНС), в связи с повышением температуры тела до 39,3, резким усилением скованности в мышцах, жалобами на сильные боли в мышцах и суставах, затем — быстрым развитием помрачения сознания.

Результаты. В реанимации при установке венозного катетера один из коллег обратил внимание на образование у пациента огромной околовенозной гематомы после технически правильно проведённой венопункции. Сопоставив все факты, он заподозрил у пациента ББ с мультиорганным поражением. Вызванный для консультации ревматолог подтвердил обоснованность подозрений и рекомендовал с диагностической целью провести фиброгастроскопию и колоноскопию, а также осмотр офтальмолога.

При эндоскопическом исследовании были найдены изъязвления слизистой ЖКТ. Офтальмолог констатировал наличие заднего увеита с вовлечением артерий и ганглионарного слоя сетчатки (артериит и ганглионит). Диагноз ББ был подтверждён.

Поскольку состояние пациента было тяжёлым, и имелась угроза неблагоприятного исхода либо инвалидизации с потерей зрения — ревматологом было рекомендовано применение схемы иммуносупрессии, хорошо зарекомендовавшей себя при тяжёлых аутоиммунных энцефалитах — так называемой S-CIRT (Steroid pulse, Cyclophosphamide pulse, Intravenous immunoglobulin, Rituximab, Tocilizumab).

Мужчина получил 1000 мг метилпреднизолона, 1000 мг циклофосфамида, 25 г x 5 дней (= 125 г) внутривенного иммуноглобулина, 375 мг/м² (500 мг) ритуксимаба, 8 мг/кг (720 мг) тоцилизумаба, а также антибиотикопрофилактику, эноксапарин.

Лечение привело к быстрой нормализации температуры тела, показателей активности воспаления в крови, купированию офтальмологических, психических и неврологических проявлений, заживлению язвенных поражений во рту и ЖКТ. Пациент был выписан из реанимации спустя 4 недели под наблюдение ревматолога.

Заключение. У пациентов с внезапно развившимися психическими расстройствами необходимо включать в круг дифференциальной диагностики, в том числе, нейро-Бехчет. Симптомы, подозрительные на ББ (например, афтозный стоматит, высыпания неясного происхождения, беспричинное снижение остроты зрения) — должны настораживать. Энергичная иммуносупрессия (например, с использованием S-CIRT) — может спасти жизнь и орган зрения такого пациента.

УДК 617.7-073.178

ОТКРЫТОУГОЛЬНАЯ ГЛАУКОМА И ДЕПРЕССИЯ: НЕСЛУЧАЙНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ НАЛИЧИЕМ ОБЩИХ МЕХАНИЗМОВ ПАТОГЕНЕЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Быков Ю.В.¹, Быкова А.Ю.¹, Беккер Р.А.²

1. ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Российская Федерация;
2. Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, Беэр-Шева, Израиль.

Актуальность. Известно, что депрессивные расстройства сопровождаются не только изменениями настроения и психического статуса, но и закономерным развитием целого ряда соматических симптомов — в частности, мидриаза, тахикардии и запоров (так называемой «триады Протопопова»).

Между тем, мидриаз очень опасен для пациентов с закрытоугольной глаукомой (ЗУГ) и крайне

нежелателен у пациентов с открытоугольной глаукомой (ОУГ), поскольку он способствует нарушению оттока жидкости и повышению внутриглазного давления (ВГД). Запоры же – вызывают необходимость в натуживании, которое тоже может привести к внезапному и резкому повышению ВГД.

Высокая частота коморбидности ОУГ и депрессий – также известна давно. Она обусловлена наличием у обоих заболеваний ряда общих или пересекающихся механизмов патогенеза – например, инсулинорезистентности, соответственно, ЦНС и тканей глаза (Dada T, 2017), оксидативного стресса и гиперсекреции воспалительных цитокинов в мозгу и в жидких средах глаза (Dada T, 2017), нарушения кишечной микрофлоры (Krilis M et al, 2023).

Проблема одновременного лечения депрессии и ОУГ осложняется тем, что некоторые психотропные лекарства склонны вызывать мидриаз и повышать ВГД, а некоторые противоглаукомные лекарства (например, бримонидин) – могут всасываться при местном применении и иногда оказывают депрессогенное воздействие (Foschi C, Damstetter E, 2020).

Цель исследования. Представить описание клинического случая подростка с терапевтически резистентной депрессией (ТРД), наследственной предрасположенностью к развитию ОУГ и погранично повышенным ВГД.

Материалы и методы. Наблюдался пациент 2006 г.р. (17 лет на момент обращения за консультацией), страдавший ТРД с 14-летнего возраста. Проводившиеся ранее многократные курсы лечения различными антидепрессантами (АД) из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) – не приводили к улучшению психического состояния подростка. Отец данного пациента с молодости страдал ОУГ, получал соответствующее лечение у офтальмолога – и тоже страдал депрессией, но за психиатрической помощью не обращался. Дед пациента по матери тоже страдал ОУГ.

Ввиду резистентности к СИОЗС, пациенту было предложено испробовать формально являющееся в России off-label до 18-летнего возраста назначение АД из группы СИОЗСиН – венлафаксина, с доведением дозы до минимум 150 мг/сут, а при необходимости и до 225 или 300 мг/сут. Это вызвало у матери пациента опасения относительно возможного развития у него ОУГ, поскольку венлафаксин может вызывать мидриаз.

На консультации у офтальмолога при измерении ВГД были получены следующие результаты: 21 мм рт. ст. на правом глазу и 19 мм рт. ст. на левом глазу. Патологии глазного дна обнаружено не было, нарушения оттока внутриглазной жидкости – тоже. С точки зрения офтальмолога, лечение СИОЗСиН не являлось противопоказанным, а для назначения противоглаукомных глазных капель не было оснований, поскольку ВГД находилось в пределах нормы, хотя и было близким к её верхней границе.

Результаты: С учётом данных о том, что ряд факторов патогенеза могут быть общими для ОУГ и депрессий – пациенту и его родственникам была предложена следующая модификация программы лечения: 1) инсулин-сенситизатор метформин, с плавным доведением дозы до 2000 мг/сут; 2) противовоспалительный препарат – аспирин 100 мг/сут; 3) антиоксиданты – куркумин 500 мг/сут, ресвератрол 250 мг/сут, витамин Е 100 мг/сут, цитраль глазные капли; 4) приём ингибитора карбоангидразы – ацетазоламида – 250 мг дважды в неделю, с аспарагинатами калия и магния; 5) приём небольших доз лактулозы, а также пробиотиков, употребление в пищу кисломолочных продуктов; 6) в случае возникновения мидриаза на фоне приёма венлафаксина – использование разведённого в 10 раз стерильным физиологическим раствором р-ра глазных капель пилокарпина.

Данная программа лечения позволила не только вывести пациента в ремиссию по линии ТРД, но и добиться снижения ВГД до 12 мм рт. ст. на одном глазу и 14 мм рт. ст. на другом глазу, несмотря на приём венлафаксина в субмаксимальной дозе – 300 мг/сут.

Заключение. Планирование лечения пациентов с депрессиями и наследственно повышенным риском развития ОУГ и/или с погранично повышенным ВГД, проведённое с учётом пересечения некоторых механизмов патогенеза ОУГ и депрессий – может позволить одновременно как снизить ВГД, так и улучшить результаты лечения депрессии. В описываемом случае оно позволило преодолеть лекарственную резистентность депрессии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОМПЛЕКСНОЙ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА

Икрамов О.И., Юлдашев Дж.Р., Садыков Ш.А., Джураев Н.А.

Республиканская клиническая глазная больница, Узбекистан, г.Ташкент

Актуальность. Синдром Сухого Глаза – это хроническое полиэтиологическое заболевание глазной поверхности, развивающееся вследствие нарушения в слезопродуцирующей системе глаза.

Цель исследования. Сравните данные исследования диагностики по определению ССГ (Синдром Сухого Глаза) 10 пациентов которые подобраны после тщательного анамнеза подозрения на нейрогенеза ССГ. Цель сравнит результаты больных до и после комплексной нейростимуляционного лечение ССГ.

Материалы и методы исследования. Проведено 10 курсов дневного нейрокомплексного лечения ССГ. А именно Кортесин (Герофарм РОССИЯ) 10 МГ в висок. Витамины группы В2, В6, В12 внутримышечно, Магнитотерапия активной точки высочной части головы и внутреннего угла глаза. Субъективные ощущения: жжение, зуд, ощущение песка, инородного тела, светобоязнь, боль, снижение четкости и ухудшение зрения оценивались по трёх бальной шкале (0 – отсутствие, 1 – умеренные, 2 – выраженные). При биомикроскопии обязательно проводилась проба с флюоресцеином. Состояние конъюнктивы (гиперемия) оценивалось по 3-х бальной шкале (0 – отсутствие, 1 – умеренная, 2 – выраженная). А также для измерения толщины роговицы использовался автокератометр HUVITS MRK 7000. Измерения толщины роговицы оценивалось по 3-х бальной шкале (0-отсутствие изменений, 1- отёк эпителия, 2- эрозия). Для определения стадии ССГ (Синдром Сухого Глаза) сделано Тест Ширмера. Все баллы суммировались в арифметическом порядке.

Результаты и обсуждения. У всех пациентов после комплексного нейростимуляционного лечения ССГ улучшалось стадия ССГ (Синдром Сухого Глаза) и уменьшилось субъективные ощущения. Также в разы уменьшилось нужда в кератопротекторах.

Заключение. В лечении ССГ (Синдром Сухого Глаза) нужно учитывать нейропатогенез ССГ.

УДК 617.7

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЗРИТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕТЧАТКИ (ОБЗОР)

Котелин В.И., Зуева М.В., Нероева Н.В.

ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность проблемы зрительной реабилитации (ЗР) пациентов с возраст-ассоциированными заболеваниями сетчатки, такими как возрастная макулярная дегенерация (ВМД), глаукома, диабетическая ретинопатия и другие, обусловлена значительной распространенностью этих заболеваний и общим старением человеческой популяции, увеличением инвалидности и снижением качества жизни (КЖ), и связанными с ними серьезными социально-экономическими проблемами.

Целью данного обзора является анализ проблем и перспектив в системе ЗР.

Результаты. Анализ литературы показывает, что основной проблемой ЗР является отсутствие единой системы алгоритмов применения различных методов реабилитации. Существующие классификации стратегий восстановления зрительных функций сформированы по различным принципам и решают различные задачи. Выделяют стратегии ЗР в зависимости от стратегии улучшения КЖ, механизмов воздействия (нейровосстановление и нейропротекция), применяемых технологий, природы воздействующих факторов (медикаментозные и немедикаментозные) и других характеристик. Отметим важность комплексного применения этих подходов, которые могут действовать синергично, не исключая друг друга.

Согласно «классической» классификации Kerkhoff и соавт. (Kerkhoff, 2000) подходы к ЗР по стратегии улучшения КЖ можно разделить на методы реституции, субституции и компенсации. Методы реституции (восстановления) зрения включают в себя прямую тренировку нарушенной функции. К ним относят тренировки на границе интактного и пораженного участка поля зрения в «переходной зоне», методы с использованием биологической обратной связи и другие. Субституционные стратегии, которые помогают «заменить» часть утраченных функций, включают призмы для гемианопсии, программы для адаптации изображения в гаджетах, нейропротезирование и др. Компенсационные стратегии позволяют обучить пациента эффективному использованию остаточного зрения с помощью компьютерных программ визуального поиска.

К инновационным методам ЗР относят нейропротезирование, технологию 3D-биопечати ретиальной ткани с использованием пьезоструйной технологии для ее трансплантации в пораженную сетчатку (Lorber et al., 2016; Larochelle et al., 2021). Сегодня препятствием для метода 3D-печати является обеспечение жизнеспособности клеток и их функциональности, трансформации «напечатанного» клеточного монослоя в сложную трехмерную клеточную структуру. Развиваются технологии виртуальной реальности (VR), генная и клеточная терапия, оптогенетика (Menon, Vijayavenkataraman, 2022; Cehajic-Kapetanovic et al., 2020; Нероева и др., 2023). С помощью субретинально или эпиретинально имплантируемых микрочипов можно осуществлять трансформацию входных оптических сигналов в соответствующие выходные электрические сигналы, превращая электрические стимулы в зрительные образы (Farnum, Pelled, 2020). Эффективность этих подходов может быть высокой в определенных клинических ситуациях, но большинство разработок находятся еще на стадии экспериментальных исследований и имеют высокую рыночную стоимость, что ограничивает их доступность в клинической практике.

Фундаментальные исследования доказывают, что даже на поздних стадиях заболеваний сохраняется возможность обратимых пластических изменений нейронов. В связи с этим активно изучаются немедикаментозные методы повышения выживаемости нейронов зрительной системы (нейропротекция и нейровосстановление) благодаря максимизации нейропластичности сетчатки и зрительных путей, такие как ритмическая стимуляционная фототерапия и другие методы, включая тренировки с помощью микропериметрии с биологической обратной связью (М-БОС). Метод М-БОС основан на нейропластичности зрительной системы и направлен на реорганизацию нейронных связей в первичной зрительной коре. М-БОС позволяет пациентам с макулярной патологией, имеющим низкие зрительные функции и нестабильную фиксацию, компенсировать потерю центрального зрения благодаря формированию новых предпочтительных локусов сетчатки (PRL) в интактных зонах, в частности, у больных с атрофической формой ВМД (Vingolo et al., 2007; Morales et al., 2015; Sborgia et al., 2020; Qian et al., 2022; Scuderi et al., 2016).

Достижения в исследованиях нейропластичности укрепили интерес исследователей к поиску новых, потенциально эффективных внутренних (реституционных) стратегий (Kimberley et al., 2010; Perna, Perkey 2016; Galetto et al., 2017). Особое внимание исследователей сегодня направлено на изучение методов фотостимуляции, способных максимизировать потенциал пластичности зрительной системы и обеспечить нейропротекторное воздействие у пациентов со зрительными нарушениями. Фрактальная фототерапия – недавно разработанный инновационный метод ритмической фотостимуляции, направленный на активацию нейропластичности. Метод основан на световой стимуляции зрительной системы с помощью вариабельного фрактального стимула. Изменение яркости гомогенного экрана фотостимулятора основано на фрактальной функции Вейерштрасса (Зуева, Каранкевич, 2018; Зуева и др., 2022). В отличие от принятого ранее ритма фотостимуляции с постоянной частотой, которая больше характерна для патологической активности нейронов, стохастически-детерминированный ритм фрактальной фототерапии («розовый шум» $1/f$), способен более физиологично и эффективно воздействовать на функциональную активность нейронов зрительного пути (Зуева и др., 2023).

Нами разработан способ ЗР с помощью фрактальной фотостимуляции в условиях VR, который обеспечивает большую вовлеченность пациента в процесс лечения, благодаря игровому VR-формату, и позволяет персонализировано подойти к выбору режима ЗР для конкретной нозологии и стадии заболевания. Сегодня продолжают экспериментальные исследования терапевтических эффектов и механизмов фрактальной фототерапии.

Заключение. Основной проблемой для практической медицины на сегодняшний день является отсутствие критериев выбора конкретной методики и стандартов тактики проведения зрительных тренировок у пациента с определенной нозологией и стадией патологического процесса. Актуальной задачей остается разработка единого стандартизированного алгоритма зрительной реабилитации (включая выбор метода, режима и курса зрительной тренировки) для различных нозологических единиц. Кроме того, недостаточный объем выборок и ограниченное количество объективных исследований, доказывающих клиническую эффективность ряда компенсационных и реституционных методов ЗР (например, VRT-тренировок), стоимость лечения и недоступность массового использования генной терапии,

подтверждает необходимость дальнейшего изучения механизмов ЗР, улучшения существующих методик ЗР и разработки новых.

Таким образом, необходимо дальнейшее совершенствование программ реабилитации для повышения КЖ пациентов со зрительными нарушениями. Развитие и внедрение в клиническую практику метода фрактальной фотостимуляции является перспективным в связи с его доступностью и научной обоснованностью, высокой комплаентностью и возможностью персонализированного подхода к лечению пациентов.

Комбинация методов, основанных на максимизации нейропластичности и VR-тренировках обладают такими преимуществами, как фундаментально обоснованное воздействие, персонализация (выбор параметров стимуляции для конкретного больного), возможность модификации программного и аппаратного обеспечения, высокая вовлеченность в процесс зрительной тренировки и др.

УДК 617.7

ЗНАЧЕНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ РЕАКТИВАЦИИ ВИРУСОВ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА У ПАЦИЕНТОВ С УВЕИТАМИ В ПЕРИОД КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ

Кричевская Г.И., Балацкая Н.В., Сорожкина Е.С., Ковалева Л.А.

ФГБУ «МНИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России

Актуальность. Пожизненная инфекция, вызываемая вирусами простого герпеса 1 и 2 типа (ВПГ) характеризуется двухфазным течением: продуктивной (литической) фазой с образованием новых инфекционных вирионов и латентной (дремлющей) фазой, при которой активной репликации вируса не происходит, а наличие ВПГ выявляется только специальными молекулярно-генетическими методами. ВПГ склонны к реактивации под влиянием разных экзо- и эндогенных факторов (неблагоприятные факторы окружающей среды, стрессы, травмы, включая хирургические, медикаментозная или обусловленная другими заболеваниями иммуносупрессия и др.), а также к спонтанной реактивации. Полагают, что спонтанная реактивация для герпесвирусов является нормой. Кратковременная субклиническая реактивация ВПГ с продукцией инфекционного вируса наблюдается существенно чаще клинических рецидивов офтальмогерпеса, возникновение которых во многом зависит от вирусной нагрузки.

Одним из лабораторных подтверждений реактивации ВПГ является появление в крови антител к неструктурным предранним антигенам вирусов, отсутствующим в стадии латентной инфекции.

По нашим данным, у пациентов с серологическими маркерами реактивации хронической ВПГ - инфекции (ХВПГИ) воспалительные заболевания глаз разного генеза отличаются тяжестью течения, резистентностью к противовоспалительной терапии, склонностью к рецидивам и прогрессированию осложнений по сравнению с лицами с латентной фазой. Включение в комплекс терапии таких пациентов специфических противогерпетических средств (антивирусных нуклеозидных аналогов) оказалось эффективным, что указывает на роль реактивации ХВПГИ в патогенезе интраокулярного воспаления разного генеза.

Цель исследования. Оценить влияние субклинической реактивации ВПГ у пациентов с увеитами в период ремиссии заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 106 пациентов (ср. возраст 39л) с увеитами (У), ассоциированными с болезнью Бехчета (ББ): 42- с активным У (УА), 64-с ремиссией У (УР). Оценивали наличие и интенсивность воспалительного процесса в переднем и заднем отрезках глаза, изменения в стекловидном теле, наличие эпиретинального фиброза, окклюзий вен и артерии сетчатки, состояние зрительного нерва, остроту зрения.

В сыворотке крови (СК) определяли IgG-антитела к разным антигенам ВПГ1,2: поздним антигенам (IgG-Ат) - серологическим маркерам латентной фазы ХВПГИ, IgG-к предранним антигенам (IgG-прАт) - маркерам реактивации ХВПГИ, а также концентрацию 20 про- и противовоспалительных иммуномедиаторов.

Результаты. IgG-прАт к ВПГ-1 выявили у 25 из 41 (60.9%) пациентов с УА и у 40 из 64 (62.5%) - с УР ($p > 0.05$), т.е. клиническая ремиссия У, ассоциированного с ББ, часто протекала на фоне субклинической реактивации ВПГ. По нашим данным, именно реактивация ВПГ-1, а не активность У, в основном влияла на содержание цитокинов в СК. У пациентов с УА и УР повышалась концентрация одних и тех же иммуномедиаторов, преимущественно провоспалительных и ангиогенных хемокинов (MCP-1, MIP-1 α , MIP-1 β , RANTES, IP-10, SDF-1 α), интерферона-гамма (IFN- γ) и трансформирующих факторов роста бета (TGF- β 1

и TGF- β 2). При ремиссии увеита отмечено также повышение хемокинов GRO- α , Eotaxin и интерлейкина 18 (IL-18), однако, вероятно, усиление синтеза хемокинов, направленных на ограничение активности ВПГ, было недостаточно для полного подавления репликации вируса. У пациентов с увеитами, ассоциированными с ББ, тяжелые осложнения, значительно снижающие зрительные функции (частичная атрофия зрительного нерва, эпиретинальный фиброз, атрофические изменения макулярной зоны, окклюзии сосудов), развивались достоверно чаще при наличии серологических маркеров реактивации ХВПГИ, чем у больных с латентной фазой ХВПГИ.

Заключение. Реактивация ВПГ у пациентов как с АУ, так и УР, ассоциированных с ББ, вызывает усиление системного синтеза одинаковых провоспалительных и ангиогенных иммуномедиаторов. Длительно сохраняющаяся активность ВПГ поддерживает хроническое вялотекущее воспаление, в результате которого у пациентов без явных клинических симптомов рецидива У могут развиваться поздние осложнения с постепенным существенным снижением зрительных функций. Полученные данные ставят вопрос о целесообразности добавления специфических противогерпетических препаратов в комплексную терапию пациентов с воспалительными заболеваниями глаз и серологическими маркерами реактивации ХВПГИ не только в активный период, но и при клинической ремиссии.

УДК 616.053.5

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ СЕЛЬСКИХ ШКОЛ РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКСТАН

Курбаназаров М., Абдуллаева Н.

Медицинский институт Каракалпакстана

Актуальность. Во всемирном докладе о зрении, заболеваниях глаз и нарушениях зрения широко распространены и слишком часто остаются без лечения.

Как правило, распространенность нарушения зрения не является одинаковой. Наибольшую обеспокоенность вызывают прогнозы, которые говорят о том, что в ближайшие годы во всем мире потребность в офтальмологической помощи будет больше из-за роста численности и старения населения, а также изменений в образе жизни (ВОЗ, 2020г).

Изучение распространенности глазной патологии необходимо для определения возможных причин, прогноза потребности населения офтальмологической помощи, организации ранней профилактических мероприятий.

Цель – изучить результатов данных медицинского осмотра детей раннего школьного возраста сельских школ

Материал и методы исследования. Анализированы результаты медицинского осмотра школьников Бозатауского и Караузякского районов Республики Каракалпакстан. Использованы методы исследования - визиометрия, скиаскопия, офтальмоскопия.

Результаты исследования. Всего осмотрены 307 школьников сельских школ Бозатауского и Караузякского районов в возрасте 7-12 лет. Из них 145(47,2%) девочек, 162(52,7%) мальчиков. Среди осмотренных детей у 109 детей (35,5%) выявлены следующие офтальмопатологии-спазм аккомодации, миопия, гиперметропия, амблиопия, конъюнктивит, блефариты. По обратной прогрессии выглядит следующем порядке - у детей в 7-12 лет в 32,1% (35 детей)-миопия слабой степени, в 22%(24 детей) случаев спазм аккомодации, блефариты в 14,6%(16 детей), в 9,2 %- (10 детей) конъюнктивит в подостром течении, гиперметропия в 7,3% (8 детей), косоглазие в 6,4%(7 детей), в 6,4% (7 детей) миопия средней степени, амблиопия у 2 (1,8%) детей .

Обсуждения. В структуре офтальмопатологии среди детей сельских школ преобладают миопия слабой степени, спазм аккомодации, блефариты, за ними следуют гиперметропия, конъюнктивит, косоглазие, амблиопия

Заключение. Таким образом, распространенной патологией у детей 7-12 лет изученной территории являлись миопия, спазм аккомодации, блефариты, конъюнктивиты. В связи с частой распространенностью рефракционных нарушений, необходимо дальнейшее изучение причин и проведения профилактических мероприятий.

МЕШОТЧАТАЯ АНЕВРИЗМА СУПРАКЛИНОИДНОГО ОТДЕЛА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В ПРАКТИКЕ ОФТАЛЬМОЛОГА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Курязова М.О., Рахматуллаева Д.С.

Клиника «Sebzor Med Davo»

Актуальность. Аневризмы сосудов головного мозга представляют собой патологические расширения мозговых артерий, возникающие в результате прогрессирующей дегенерации стенки и её ремоделирования. Аневризмы сосудов головного мозга являются основной причиной (более 50%) нетравматического субарахноидального кровоизлияния (САК). Патология присутствует у 2,8-3,2 % взрослых людей, в основном выявляется после 30-40 лет. У женщин аневризмы головного мозга встречаются чаще, чем у мужчин. Летальный исход наблюдается в 50%, а 1 из 8 пациентов с САК погибает до госпитализации.

Симптомы аневризмы сосудов головного мозга возникают при значительном увеличении диаметра сосуда. Артериальное выпячивание вызывает проявления, которые схожи с признаками церебральных опухолей. Пациенты могут предъявлять жалобы на глазодвигательные расстройства, косоглазие, расширение зрачков, двоение предметов, опущение и нависание верхнего века, боль в области орбиты и сильные лицевые боли. Все вышеназванные симптомы типичны для неразорвавшихся форм аневризматического выпячивания. По мере увеличения размеров сосуда проявления нарастают, состояние пациента усугубляется, а риск нарушения целостности дефекта резко повышается. Клиническая картина при разрывах аневризмы сосудов головного мозга развивается остро, иногда на фоне физического и эмоционального напряжения или после него. Возникает сильная головная боль, на фоне которой происходит кратковременное или длительное угнетение сознания – от умеренного оглушения до комы. В остром периоде нередко возникают психомоторное возбуждение, гипертермия, тахикардия и повышение артериального давления.

В данной публикации приведено описание собственного клинического наблюдения на примере одной пациентки с аневризмой супраклиноидного отдела внутренней сонной артерии, обратившаяся к нам в клинику на приём к офтальмологу, которая была направлена с подозрением на аневризму левой внутренней сонной артерии в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии (РСНПМЦН) к сосудистому нейрохирургу для выбора тактики лечения.

Цель исследования. Своевременное выявление причины офтальмопареза, диплопии и боли в области орбиты на этапе первичного обращения к врачу-офтальмологу и предотвращение САК при разрывах аневризмы сосудов головного мозга.

Материалы и методы. В настоящем сообщении мы анализируем результаты наблюдения одной пациентки, молодой женщины 32 лет, которой были проведены стандартные нейроофтальмологические методы исследования (наружный осмотр, визометрия, биомикроскопия, тонометрия, периметрия, офтальмоскопия). Помимо стандартных нейроофтальмологических методов исследования было проведено МСКТ с ангиографией и каротидная ангиография.

Результаты. Пациентка Б., 32 лет, обратилась с жалобами на сильные головные боли, отдающие в левую орбиту, двоение предметов, опущение верхнего века и косоглазие левого глаза.

Из анамнеза известно, что заболела остро, 10 дней назад, когда на фоне высокого артериального давления (180/100 мм.рт.ст.) появились сильные головные боли, отдающие в левую орбиту. На следующее утро обнаружила двоение предметов, опущение верхнего века и косоглазие левого глаза.

При офтальмологическом обследовании выявлен левосторонний офтальмопарез глазодвигательного нерва в виде полуптоза, расходящегося косоглазия, умеренного экзофтальма, ограничения движения глазного яблока вверх, вниз и кнутри, мидриаза, отсутствия прямой и содружественной реакции зрачка на свет, снижения корнеального рефлекса. Острота зрения: OD – 0.7 с коррекцией sph(-)1.00D 1.0, OS – с диафрагмой 0.6. не корригирует. Периметрия: OU без выпадений. Глазное дно: OU ДЗН бледно-розовый, границы чёткие, артерии суженные и спазмированные, вены полнокровные. Периферия сетчатки и макулярная зона без особенностей.

На основании полученных результатов исследований выставлен диагноз: левосторонний парез глазодвигательного нерва. OU Гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки. OD Миопия слабой степени.

Пациентка с подозрением на мешотчатую аневризму левой внутренней сонной артерии была направлена на МСКТ с ангиографией и консультацию сосудистого нейрохирурга в РСНПМЦН.

Данные нейровизуализации выявили мешотчатую аневризму супраклиноидного отдела левой внутренней сонной артерии: мешок аневризмы 6,7×4,5 мм, с шейкой – 1,7 мм.

Больной проведена внутрисосудистая эмболизация аневризмы. При повторном осмотре через 2 месяца были отмечены полный регресс птоза и увеличение объёма движений левого глазного яблока вверх и кнутри.

Заключение. Данный клинический случай вызовет интерес у офтальмологов для своевременного выявления причины офтальмопареза на этапе первичного обращения и раннего направления таких пациентов к сосудистому нейрохирургу, что даст возможность избежать САК, что в свою очередь, предотвратит инвалидизацию пациента, а в некоторых случаях даже летальный исход.

УДК 617.7-007.681

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕНСИВНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЛАУКОМАТОЗНО-ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

Максудова З.Р., Маткаримов А.К.

DMC – Инновационная клиника доктора Максудовой

Актуальность. Глаукома, одно из основных глазных заболеваний, приводящее к слепоте, характеризуется 3 основными факторами: повышенным внутриглазным давлением (ВГД), развитием глаукомной оптической нейропатией (ГОН), изменениями полей зрения (Аветисов С.Э и соавт., 2023). Доказано, что прогрессирование глаукомной оптической нейропатии наблюдается даже при нормальном или стабильном давлении. Поддержание здоровья и функций нервных клеток зрительного нерва играет ключевую роль в предотвращении прогрессирования заболевания и сохранении зрительной функции. Поэтому, нейротрофика остаётся актуальным и перспективным направлением в лечении глаукомы.

Цель. Изучить отдаленные результаты интенсивной комбинированной нейротрофической терапии (ИКНТ) при глаукомной оптической нейропатии.

Материал и методы. Проведено исследование отдаленных результатов (5-8 лет, в среднем 6,5 лет) у 450 пациентов (857 глаз) с глаукомой, компенсированным внутриглазным давлением. Эти пациенты проходили стационарную интенсивную комбинированную нейротрофическую терапию в офтальмологическом отделении КБСМП г. Ташкента и Инновационной клинике DMC в период с 2016 по 2023 год. Возраст пациентов при первичном поступлении варьировался от 27 до 78 лет, средний возраст составил примерно 62 года. Среди них было 193 мужчин и 257 женщин. Стационарное лечение проводилось 2 раза в год, с интервалом в 6 месяцев. Интенсивная комбинированная нейротрофическая терапия (ИКНТ) включает в себя различные методы, направленные на укрепление и защиту зрительного нерва. Одной из процедур, используемых в рамках ИКНТ, является ретробульбарная катетеризация. Кроме того, магнито-стимуляция зрительного нерва также может быть частью ИКНТ (Бахритдинова Ф.А., Максудова З.Р. 2004). Каждые полгода при поступлении и выписке больных проводились регулярные диагностические обследования, включая оценку остроты зрения (ОЗ), измерение внутриглазного давления (ВГД), анализ данных КГК оптической когерентной томографии (ОКТ), фундус-периметрию (анализ по методике Коха) на аппарате Dri OCT Triton Plus, и компьютерную периметрию в режиме «Glaucoma Threshold» на аппарате Optopol PTS-2000.

Результаты. Больные с ГОН были разделены на две клинически сопоставимые группы. В контрольную группу вошли 100 (200 глаз) больных, леченных традиционными методами. Основную группу составили 350 (657 глаз) больных, которые получили ИКНТ.

Пациентам основной группы в ретробульбарное пространство был установлен катетер, через который в течении 10 дней вводились препараты в дозировке по 0,5 мл через каждые 2 ч 6 раз в день. Комплексно с этим больным основной группы был назначен курс магнитотерапии. Воздействие проводилось на все отделы зрительного тракта, ежедневно в течение 10 дней, был использован генератор «бегущих» импульсных магнитных полей частотой модуляции 2 Гц. По результатам мониторинга лечения можно сделать следующие **выводы:**

Основная группа. Средний показатель ОЗ улучшился в 17% случаев, стабильно держался в 77% случаев и понизился лишь в 4% случаев. ВГД оставался стабильным на протяжении всех периодов наблюдения, среднее значение составляло 15.0 мм.рт.ст. На ОКТ: Показатели КГК улучшились в 12% случаев, стабильно держались в 74% случаев и ухудшились лишь в 14% случаев. Анализ Коха показал положительные результаты в 9% случаев, стабильные в 81% случаев и ухудшение в 10% случаев. Объективные показатели КП: MD улучшился в 12% случаев, стабильно держался в 72% случаев и ухудшился

в 16% случаев. MS улучшилась в 10% случаев, стабильно держалась в 76% случаев и ухудшилась в 14% случаев.

Контрольная группа. В контрольной группе не наблюдалось улучшений показателей. В среднем уровень ОЗ стабильно держался в 57% случаев и понижался в 43% случаев ($P<0,001$). ВГД оставалась стабильной на протяжении всех периодов наблюдения, со средним значением 14,0 мм.рт.ст. На ОКТ: Показатели КГК стабильно держались лишь в 32% случаев ($P<0,01$) и ухудшались в 68% случаев ($P<0,001$). Анализ Коха показал стабильные результаты в 43% случаев ($P<0,01$) и ухудшение в 57% случаев ($P<0,001$). Объективные показатели КП: MD стабильно держался в 42% ($P<0,001$) случаев и ухудшался в 58% случаев ($P<0,001$). MS стабильно держалась лишь в 29% случаев ($P<0,001$) и ухудшалась в 71% случаев ($P<0,001$).

Таким образом, на основе анализа динамики клинико-функциональных и объективных показателей, с помощью ИКНТ у больных с ГОН в отдаленные периоды стабильно держалась зрительные функции, в некоторых случаях даже улучшилась.

Выводы. Полученные данные подтверждают высокую эффективность интенсивной комбинированной нейротрофической терапии при глаукомной оптической нейропатии. Методика ретробульбарной катетеризации в комбинации с магнитостимуляцией действительно может быть рассмотрена как один из эффективных способов лечения для стабилизации глаукомной атрофии зрительного нерва. Это подтверждает значимость инновационных подходов к лечению и контролю за заболеванием, направленных на улучшение нейротрофической поддержки и сохранение зрительных функций у пациентов с глаукомой.

УДК 617.726-009.12

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СПАЗМА АККОМОДАЦИИ (Клинический случай)

Максудова З.Р., Маткаримов А.К., Шарафов Ш.В., Сайдалиходжаева М.А.

DMC – Инновационная клиника доктора Максудовой

Актуальность. Современные технологии и технологическая модернизация жизни хотя и упрощает повседневные задачи, но и порождает новые проблемы. Продолжительное время, проводимое за экранами устройств, включая работу на компьютере и использование смартфонов и планшетов, увеличивает нагрузку на глаза. Это влияет не только на физиологическое состояние глаз, но и на психическое здоровье, особенно у детей. Актуальным остается изучение механизмов аккомодации глаза и разработка методов лечения и профилактики нарушений аккомодации с участием специалистов различных областей.

Цель исследования. Описать клинический случай наблюдения и лечения пациента с нарушением аккомодации и неврологическими особенностями, с диагнозом: OU. Спазм аккомодации. Сопутствующий: Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Астено-невротический синдром.

Материалы и методы. Пациентка Ш., 2010 года рождения, обратилась в клинику DMC с жалобами на головные боли, боль в глазах и ухудшение зрения обоих глаз. Больной были проведены офтальмологические и клинико-лабораторные исследования.

Результаты. Со слов матери на фоне снижения зрения, на которое обратили внимание 3 месяца назад, у пациентки в последнее время стала наблюдаться вспыльчивость. Пациентка не перегружает глаза, умеренно пользуется гаджетами. В школе учится удовлетворительно. Со сверстниками поддерживает ровные отношения. По факту снижения зрения было обращение к офтальмологу по месту жительства, где была назначена очковая коррекция зрения. Очки, подобранные специалистом, пациентка носит нерегулярно, так как не ощущает от них практической пользы.

Пациентка прошла первичное обследование, и ей был поставлен диагноз: спазм аккомодации в обоих глазах (OU).

Status oculorum: OU. Оптическая среда прозрачная, ортофория, движение глазных яблок в полном объеме. Visus: OD = 0,1 с/к sph -9,0 = 0,5; OS= 0,08 с/к sph -10,0= 0,5. Глазное дно: без патологических изменений. Показатели авторефрактометра: OD. Sph -9.25 cyl -0.75 Ax 59; R1 45.65D, R2 46.65D; OS. Sph -10.50 cyl -0.5 Ax 120; R1 45.85D, R2 46.85D; ПЗР OD- 22.10mm; OS-22.29mm.

После циклоплегии OD-sph -6,25 cyl -0.5 Ax 50; OS-sph -9.00 cyl -0.5 Ax 138

Для лечения применялись комплексные методы, включая Vision Therapy, так как у пациентки наблюдались проблемы с видением текста как вдали, так и вблизи. В рамках терапии использовались упражнения с веревкой Брока, Флипперами, а также микро затуманивание. Кроме того, для лечения были использованы специальные лечебные аппараты, такие, как Визотроник и Ручеек.

Показания на 4-й день лечения на узкий зрачок: OD-sph -8,0 cyl -0.75 Ax 16; OS-sph -7,25 cyl -0.75 Ax 156
Поскольку результаты лечения даже через 5 дней оказались не такими, как ожидалось, была проведена индивидуальная беседа с пациенткой и её матерью.

В ходе беседы стало ясно, что 3 месяца назад в семье произошла ссора, в результате которой имело место быть рукоприкладство отца по отношению к пациентке. Этот инцидент вызвал у пациентки депрессию, и, как рассказала её мать, она испытывала суицидальные мысли. Кроме того, у пациентки имелись психологические комплексы, связанные с её внешностью.

После этого пациентка была проконсультирована невропатологом и психологом. Ей провели ряд обследований, включая ЭЭГ, МРТ головного мозга, общий анализ крови, анализ крови на кальций и витамин D. По результатам был установлен диагноз: соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы и астено-невротический синдром. К лечению были добавлены лекарства, рекомендованные невропатологом, а также психологические тренинги.

Результаты на 8-й день лечения: OD-sph -2,75 cyl -0.25 Ax 15; OS-sph -1,5 cyl -0.25 Ax 137; Visus без коррекцией OU- 1.0;

Результаты на 15-й день лечения: OD-sph -1,25 cyl -0.5 Ax 18; OS-sph -1,5 cyl -0.5 Ax 150; Visus без коррекцией OU- 1.0; после микро затуманивание OU-1,25;

Рекомендовано: соблюдение ограничений по зрительным нагрузкам. Практика гимнастики для глаз. Питание должно быть полноценным и сбалансированным.

Продолжение лечения под наблюдением невропатолога. Планируется повторный осмотр через месяц.

Закключение. Этот клинический случай подчеркивает важность интегрированного подхода к лечению пациентов со спазмом аккомодации. Без применения лекарственных препаратов методы Vision therapy и аппаратное лечение могут быть эффективными стратегиями. Также учет результатов лабораторных анализов и сотрудничество с другими специалистами способствует более быстрому и устойчивому улучшению состояния пациента.

УДК 617.713-089.843

НАШ ОПЫТ СКВОЗНОЙ КЕРАТОПЛАСТИКИ ПРИ СОСУДИСТЫХ БЕЛЬМАХ РОГОВИЦЫ

Маткаримов А.К., Максудова З.Р., Сидиков З.У., Ташматов З.А.

DMC – Инновационная клиника доктора Максудовой

Актуальность. Заболевания роговицы занимают одно из ведущих мест среди причин слепоты и слабовидения. По данным ВОЗ, роговичная слепота входит в число первых трех причин слепоты после катаракты. Кератопластика как метод лечения заболеваний роговицы остается в центре внимания исследователей на протяжении многих лет. Несмотря на уже достигнутые значительные успехи в области пересадки роговицы, сквозная кератопластика является одной из самых актуальных в современной офтальмологии (Ш.К. Махмадов и соавт., 2020).

Васкуляризации в бельмах роговицы, вызывающие кровотечение во время кератопластики и осложняющая ход операции и послеоперационное течение, является одной из причин помутнения трансплантата.

Цель. Изучить эффективности предварительной лазеркоагуляции роговичных сосудов при сквозной кератопластики у больных с сосудистыми бельмами роговицы.

Материал и методы. С 2022-го по 2024 года в условиях клиники DMC нами была произведена сквозная пересадка роговицы 16 больным (16 глаз). Из них было 11 (68,8%) мужчин и 5 (31,2%) женщин, возраст пациентов колебался от 12 до 76 лет (средний возраст 52,5 лет). Причинами сосудистых бельм явились в двух случаях (12,5%) следствия травмы, в 6 случаях (37,5%) ожоги, в 8 случаях (50%) воспалительные заболевания роговицы. Кроме общеклинических методов исследования, все пациенты были обследованы с применением стандартных офтальмологических методов, включая А и В сканирование глазного яблока и передняя ОКТ. До операции острота зрения варьировала от 1/∞ pr.l.certae до 0,02 (в среднем 0,015±0,001).

Всем больным дооперационном периоде была выполнена лазерная коагуляцию роговичных сосудов с помощью лазерных установок «Iridex – OcuLight GL», использующих излучение зелёного лазера, длиной волны 532 нм, энергией 200-320 мДж/см², экспозицией импульса 140 мс, диаметром луча 200 мкм; бесконтактным способом, под местной анестезией. При этом коагуляты наносились паралимбально в

васкуляризованном секторе, охватывая зону 8-10 мм по диаметру роговицы с целью уменьшения кровотечения во время операции и для предотвращения возможной в последующем васкуляризации трансплантата. Лазеркоагуляция выполнялась 2-3 сеанса с промежутками одной недели.

Операцию по пересадке роговицы, как правило, проводили под местной анестезией. Трепанация донорской роговицы производилась из предварительно подготовленного корнеосклерального лоскута, диаметр трансплантата обычно был 8,0-8,5 мм. Размер трансплантата был больше на 0,25-0,5 мм зоны трепанации на глазу пациента. Разрез роговицы реципиента производился вакуумным трепаном, донорская роговица фиксировалась вначале 4 узловыми швами, затем узловыми швами нейлоном 10/0. В послеоперационном периоде пациентам назначались стероиды, антибиотики и кератопротекторы в виде глазных капель.

Результаты. В интраоперационном периоде у 6 (37,5%) больных было незначительное кровотечение во время трепанации роговицы, которое остановилось в течение 2-3 минут после инъекции внутривенно раствор дицинона 12,5% 1 мл. В первые сутки после операции острота зрения у пациентов улучшилась, составляя в среднем $0,15 \pm 0,01$ ($P \leq 0,001$). Через 3 месяца после операции была отмечена полная прозрачность трансплантата у 14 больных (87,5%), при этом острота зрения с максимальной коррекцией варьировала с 0,1 до 0,6, составляя в среднем $0,3 \pm 0,01$ ($P \leq 0,001$). У двоих (12,5%) больных, которых была бельмо послеожогового генеза отмечалось полупрозрачность трансплантата, которая в последующим привело к рецидиву сосудистого бельма. На второй год наблюдения острота зрения в среднем варьировала от 1/∞ pr.l.cerae до 0,6 (в среднем $0,35 \pm 0,03$), помутнение трансплантата отмечено у 4 больных (16%) после ожогового генеза, из них двое с васкуляризацией. У остальных 12 пациентов (75%) трансплантат оставался прозрачным, осложнений у данных больных не наблюдалось.

Выводы. Предварительная лазерная коагуляция при сосудистых бельмах роговицы обеспечивает практическое отсутствие осложнений в интраоперационном и раннем послеоперационном периоде при сквозной кератопластики.

Сквозная кератопластика с предварительной лазерной коагуляцией сосудов роговицы у больных с сосудистыми бельмами различного генеза является достаточно эффективным методом лечения, которая характеризуется небольшими процентами рецидивов.

УДК: 617.761-009.11

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОСОГЛАЗИЯ С МАЛЫМ УГЛОМ ДЕВИАЦИИ У ДЕТЕЙ

Махмудова Д.Т.¹, Бабаджанова Л.Д.²

1. Ташкентский педиатрический медицинский институт
2. Клиника «Тиббиёт дунёси»

Актуальность. Одной из проблем современной страбизмологии является правильная диагностика косоглазия с углом девиации от 50 – 150 (от 25 до 30 призмных диоптрий (ПД)) так называемом малыми углами косоглазия. Встречаемость данной патологии составляет 25-65 % от всех форм косоглазия. Согласно классификационной характеристики разработанной в 2008 г. Сенякиной А.С. и Рыковым С.А., под очень малым углом девиации (микротропией) понимают девиацию до 50 (10 ПД), а под малым углом – девиацию 5 – 120 (10-24 ПД). Правильность измерения углов косоглазия необходима для выбора метода, точности расчета и объема хирургии. Косоглазие с малыми углами девиации бывают как первичные, так и вторичные. Эффективность лечения косоглазия с малым углом девиации в настоящее время, несмотря на современные методы диагностики и лечения, варьирует от 33 до 96,5%.

Цель исследования. Оптимизация методов хирургической коррекции малых углов содружественного косоглазия.

Материал и методы. Проведено обследование 50 (70 глаз) детей с малым углом девиации в глазном отделении клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. Всем детям были проведены стандартные офтальмологические и страбологические методы исследования. При обследовании угла девиации применяли призмы, призматическое действие которых измеряют в ПД (Δ). Основание является самой толстой частью линзы и противоположно вершине.

Результаты. Дети были поделены на 2 группы: I группа – 10 детей (20 глаз) – хирургическая коррекция проводилась с применением традиционной схемы дозирования вмешательств на глазодвигательных мышцах при малых углах девиации (Баклей Е. 1995 г.); II группа – 40 (40 глаз) детей – модифицированная

нами схема расчета экстраокулярных мышц. Положительные стороны модифицированной нами схемы операции состоят в том, что операция производится только на одном глазу, что в свою очередь способствует снижению травматизма хирургии и позволяет нам в будущем производить, при необходимости, последующие этапы коррекции. При первичном сходящемся косоглазии проводили хирургию на одном глазу: при 15 ПД проводят резекцию наружной прямой мышцы на одном глазу на 6,0 мм.; при 20 ПД – 7,0 мм., при 25 – 7,5 мм., при 30 ПД на 8,0 мм., при 40 ПД – 9,0 мм., при 50 ПД – 10,0 мм., при расходящемся косоглазии применяют хирургию на одном глазу по Wang L.W (2008.). В результате хирургической коррекции традиционным методом достигнуто достоверное уменьшение угла девиации (до операции $15,0 \pm 1,3$ призмических диоптрий, после - $6,5 \pm 0,3$, $p < 0,05$) с переходом в гиперэффект в 20% случаев. У пациентов II группы, выполнялась монорезекция наружной прямой мышцы с применением модифицированной схемы расчета экстраокулярных мышц. А результате достигнуто достоверное уменьшение угла девиации ($p < 0,05$) и в послеоперационном периоде ортофория наблюдалась в 86% случаев в ближайшем, в 95% в отдаленных периодах. Гипоэффект в 5%.

Заключение. Таким образом, применение модифицированной схемы расчета экстраокулярных мышц при малых углах девиации позволяет получить стабильный косметический, функциональный эффект и позволяет добиться ортотропии и ортофории в 95% случаях.

УДК:617.741-004.1-031.23-053.2

ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАПСУЛЬНО - СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Назирова З.Р., Ассатилаев А.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. На сегодняшний день недостаточность капсульно - связочного аппарата является актуальной проблемой детской офтальмологии во всем мире, оставаясь одним из наиболее трудных в плане хирургии и тяжелых по исходам патологических состояний. Известно, что без хирургического лечения это заболевание в 100% случаев приводит к слабовидению. Проблемы лечения недостаточность капсульно - связочного аппарата у детей стоят наиболее остро ввиду нехватки специалистов и оборудования в государственных детских лечебных учреждениях.

Распространённость слабости связочного аппарата у пациентов с катарактой составляет, по данным разных авторов, 15-20%. Кроме того, примерно у 20% пациентов имеются скрытые нарушения связочного аппарата хрусталика, которые не всегда удаётся выявить в предоперационном периоде. Дефекты волокон цинновой связки, выявленные уже на операционном столе, нередко заставляют хирурга менять тактику операции и срочно решать проблему выбора ИОЛ (интраокулярная линза) с адекватной в данной ситуации фиксации.

Цель исследования. Провести анализ встречаемости структуры глазных проявлений у детей с ихтиозом.

Материалы и методы. За период 2016-2022 гг. нами было обследовано 28 детей (28 глаза) от 2 до 15 лет, (средний возраст 3,7 лет) больных находящихся на стационарном лечении в глазном отделении клиники ТашПМИ (Ташкентский педиатрический медицинский институт) с недостаточностью капсульно - связочного аппарата. Всем больным были проведены офтальмологические (визометрия, биомикроскопия, А/В - сканирование, кератометрия, офтальмоскопия), клиничко - лабораторные методы исследования, консультации смежных специалистов (отоларинголог, педиатр, анестезиолог, кардиохирург, невролог).

Результаты. Среди госпитализированных детей преобладали дети младшего школьного возраста.

При обследовании детей с недостаточностью капсульно - связочного аппарата наибольшее количество составили дети с посттравматической афакией, у которых был дефект задней капсулы хрусталика более 4-6 мм 11 глаз (39%). Средний возраст в этой группе составил 8,6 лет.

На втором месте по количеству составили дети с афакией, после экстракции врожденной катаракты 25% средний возраст составил 1,2 лет. Далее 18% детей составили дети с при врожденной аномалии хрусталика со сферофакией 25% средний возраст составил 4,6 лет, у которых цинновые связки при проведении обследования ультразвуковой биомикроскопии составило менее 75%. Меньшее количество детей ранней имплантацией ИОЛ со смещением в переднюю камеру, которым повторно выполнялось хирургическое вмешательство составило 11%, средний возраст 3,9 лет.

Всем пациентам проведено хирургическое лечение с проведением трансклеральной фиксации с наложением непрерывного Z образного шва по P. Szurman, который является оптимальным методом имплантации линзы с минимальными интра - и послеоперационными осложнениями.

Заключение. Таким образом анализ недостаточности капсульно - связочного аппарата хрусталика показал наиболее частое встречаемость у детей младшего возраста с врожденной катарактой, у которых во время операции выявлен лентиконус. У детей дошкольного возраста встречалась аномалия развития хрусталика сферофакия и артифакция сублюксацией ИОЛ в переднюю камеру. У детей школьного возраста наиболее частыми причинами недостаточности капсульно - связочного аппарата является посттравматическая афакция.

УДК 617.735

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАНСПЛАНТАЦИИ РЕТИНАЛЬНОГО ПИГМЕНТНОГО ЭПИТЕЛИЯ ПРИ РАЗНЫХ РЕЖИМАХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ИММУНОСУПРЕССИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА КРОЛИКАХ

Нероева Н.В., Балацкая Н.В., Бриллиантова А.Г., Катаргина Л.А.

Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней им. Гельмгольца
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Дегенеративные заболевания во главе с возрастной макулярной дегенерацией приводят к необратимой потере центрального зрения, слепоте и инвалидности (Georgiou M.; 2021). В основе патогенеза данной группы заболеваний лежит повреждение ретинального пигментного эпителия (РПЭ). Наиболее многообещающим подходом для замены поврежденного РПЭ является субретинальная трансплантация индуцированных плюрипотентных стволовых клеток (ИПСК-РПЭ) (Petrash C.C.; 2021). Несмотря на иммунную привилегию (ИП) в субретинальном пространстве (СРП), пересадка ИПСК-РПЭ человека, являющихся ксеногенным клеточным материалом для животных- реципиентов, приводит к отторжению трансплантата в эксперименте при отсутствии иммуносупрессивной терапии (McGill T.J.; 2018). Также важно отметить, что деструктивный процесс в СРП при моделировании атрофии РПЭ *in vivo* снижает иммуносупрессивную активность пигментного РПЭ и ведет к срыву ИП глаза и угнетению системной иммунологической толерантности (Нероева Н.В.; 2023). В данном случае успешным решением проблемы тканевой несовместимости может быть применение комбинации иммуносупрессивных средств, направленных, с одной стороны, на подавление интраокулярной воспалительной реакции (в СРП), а с другой - на блокировку системного протivotрансплантационного ответа. Доказательства длительного выживания ИПСК-РПЭ в СРП кроликов с моделью дегенерации сетчатки на фоне КИТ, включающей однократное местное введение кортикостероидов (КС) с подключением системного применения Циклоспорина А (ЦсА) уже были представлены нами ранее (Нероева Н.В.; 2024). Однако ЦсА - традиционно используемое средство профилактики болезни трансплантата при пересадках солидных органов, обладает широким спектром неблагоприятных эффектов. В последнее время в зарубежных офтальмологических клиниках активно применяется микофенолат мофетил (ММФ) - иммунодепрессант метаболического типа с менее выраженным побочным действием, который уже показал свою эффективность при пересадках роговицы высокого риска. Однако в качестве системного компонента КИТ, используемой при субретинальной трансплантации ИПСК-РПЭ в эксперименте, ММФ специальному изучению не подвергался.

Цель исследования. Сравнительный клинико-иммунологический анализ результатов трансплантации ИПСК-РПЭ на фоне двух режимов КИТ, включающей в качестве системного компонента ЦсА(I) или ММФ (II), в модели дегенерации сетчатки на кроликах.

Материалы и методы. В эксперимент вошли 30 кроликов породы Новозеландский альбинос. Животным с предварительно смоделированной атрофией РПЭ (по ранее разработанной методике) проводилась субретинальная трансплантация ИПСК-РПЭ на фоне КИТ, включающей однократное интравитреальное интраоперационное введение Триамцинолона ацетонида и, начиная с первого дня после вмешательства, ежедневный прием (перорально с пищевой смесью) селективного иммуносупрессора (ИС) до окончания исследований. В зависимости от состава КИТ, реципиентов распределили на две группы: I группа (n=12) получала в составе КИТ ЦсА, во II-й группе (n=12) в качестве системной составляющей КИТ аналогично применялся ММФ. Группу контроля составили 6 соматически здоровых животных без патологии глаз. На ранних (14 сут.) и отдаленных посттрансплантационных сроках (28-60 сут.) проводилось офтальмологическое обследование (в т.ч., с применением специализированных

методов); животные выводились из эксперимента путем воздушной эмболии после погружения в наркоз. В образцах стекловидного тела (СТ) и сыворотки крови (СК) методом иммуноферментного анализа с помощью коммерческих тест-систем определялось содержание TGF β 1, TGF β 2, IL-2 согласно инструкциям производителей.

Результаты. При анализе результатов биомикроскопии и офтальмоскопии на ранних и отдаленных сроках после трансплантации у кроликов обеих опытных групп не было выявлено признаков воспаления в переднем и заднем отрезке глаза. В эти же сроки наблюдения не визуализировалось патологических изменений на глазном дне (не отмечено случаев отслойки сетчатки, образования шварт, кровоизлияний, экссудатов, побледнений сетчатки, патологических очагов и др.). При проведении оптической когерентной томографии (ОКТ), у кроликов с атрофией РПЭ до трансплантации определялась область повышенного проникновения сканирующего луча в подлежащие ткани, соответствующая зоне атрофии. На 14 сутки в I и II группах на фоне приема иммуносупрессантов после введения суспензии ИПСК-РПЭ в субретинальное пространство профиль сетчатки оставался сохранным, слои сетчатки дифференцировались, на срезах не выявлено ОКТ-признаков воспалительных и других патологических изменений сетчатки. В отдаленном периоде наблюдения в обеих опытных группах отмечается уменьшение прохождения сканирующего луча под сетчатку, что может указывать на частичное восстановление РПЭ. Во время динамического контроля за животными на всех сроках наблюдения после оперативного вмешательства не было выявлено клинических и ОКТ-признаков воспаления и других патологических изменений сетчатки.

До трансплантации TGF β 1 отсутствовал в подавляющем большинстве тест-проб СТ; данная тенденция сохранялась на всем периоде наблюдения, только в единичных случаях на фоне приема ЦсАна 14 и 28 сутки после вмешательства был зафиксирован подъем локальной продукции цитокина. В отличие от TGF β 1, TGF β 2 – основной фактор иммуносупрессии внутренних камер глаза, выявлялся в СТ контроля опытных групп на всем периоде наблюдения. Следует отметить, что локальные уровни TGF β 2 при атрофии РПЭ до трансплантации были значимо выше по сравнению с таковыми в группе контроля ($p < 0,05$). В раннем периоде после трансплантации определялось значительное снижение концентрации цитокина, более выраженное на фоне приема ЦсА. К 28-60 суткам в опытных группах отмечалось увеличение локальной продукции TGF β 2, причем медианы составили 1582,0 и 1587,3 пг/мл, соответственно. Интраокулярное содержание IL-2 животных основных групп до трансплантации достоверно превышало таковое в группе контроля и могло быть вызвано реакцией на введенные клетки в сетчатку. После трансплантации в СТ отмечалось снижение концентрации указанного цитокина, медиана которого достигла нормы в I группе (ЦсА). В СК у кроликов с атрофией РПЭ до трансплантации выявлено значительное достоверное снижение (практически в 4 раза) уровня TGF β 1 по сравнению в I-й группе ($p < 0,05$), что указывало на ослабление системной иммунологической толерантности при дегенеративном изменении сетчатки. На 28-60 сутки после введения ИПСК – РПЭ в обеих группах наблюдалось снижение системной продукции цитокина. На всем протяжении наблюдения в СК животных-реципиентов IL-2 не определялся, что свидетельствовало о прямом достижении системной иммунологической супрессии.

Заключение. Таким образом, проведение субретинальной трансплантации ИПСК-РПЭ у кроликов с атрофией РПЭ на фоне применения КИТ, включающей в качестве системной составляющей как ЦсА, так и ММФ, позволяет предотвратить осложнения, связанные с развитием локального воспаления и реакции тканевой несовместимости. Эти данные представляются важными, поскольку дают возможность для всестороннего изучения биологического действия ИПСК-РПЭ непосредственно в моделях, имитирующих дегенеративные изменения сетчатки у человека. Полученные результаты указывают на необходимость дальнейших исследований и, в первую очередь, сравнения токсичности ММФ и ЦсА в эксперименте, для дальнейшей трансляции в клинику.

УДК: 617.7-007.681

СОДЕРЖАНИЕ КАТЕХОЛАМИНОВ В СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ

Павленко Т.А., Чеснокова Н.Б., Лисовская О.А., Петров С.Ю.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней имени Гельмгольца» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Компоненты симпатической системы в глазу играют важную роль в нейротрансмиссии и регуляции тонуса сосудов, нейрофизиологических процессах и уровня внутриглазного давления (ВГД), и исследование содержания катехоламинов в слезной жидкости может позволить оценить наличие и степень невровакулярных нарушений при глаукоме.

Цель исследования. Оценить возможность выявления нейроваскулярных нарушений в глазу при первичной открытоугольной глаукоме (ПОУГ) по содержанию в слезной жидкости катехоламинов.

Материалы и методы. Исследовано 47 больных (19 мужчин и 28 женщин) с ПОУГ (I-II стадии) без оперативного вмешательства, средний возраст $67 \pm 4,3$ года. В группу контроля вошли 16 добровольцев без глаукомы соответствующего возраста. Пациентам проведено офтальмологическое обследование на основании данных которого был поставлен диагноз и установлена стадия глаукомы. Слезу брали утром с помощью стерильной фильтровальной бумаги (шириной 5 мм), которую закладывали за нижнее веко - как при проведении теста Ширмера. За 1 день до взятия слезы пациенты не закапывали лекарственные препараты. Компоненты слезы элюировали с помощью физиологического раствора, после чего элюат исследовали. Биопробы хранили при температуре -70 °С. Содержание катехоламинов определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с электрохимической детекцией [Yang L. et al., 2011].

Результаты. Концентрация норадреналина в слезной жидкости в контрольной группе составила $14 \pm 1,3$ пмоль/мл, а у больных глаукомой - $15 \pm 1,4$ пмоль/мл, т.е. различий в концентрации норадреналина в слезе больных с глаукомой и лиц контрольной группы не обнаружено. Содержание дофамина у лиц без глаукомы составило $1,1 \pm 0,1$ пмоль/мл, а при глаукоме достоверно ниже на 35% ($p < 0,05$). Концентрация диоксифенилаланина (ДОФА - предшественник дофамина) не изменялась (контроль - $1,1 \pm 0,25$ пмоль/мл, ПОУГ - $1 \pm 0,3$ пмоль/мл), и отмечена тенденция к снижению содержания диоксифенилуксусной кислоты (ДОФУК) (продукт метаболизма дофамина) (контроль - $3,07 \pm 0,6$ пмоль/мл, глаукома - $2,01 \pm 0,5$ пмоль/мл). Адреналин в слезе, как в группе контроля, так и у больных с ПОУГ не выявлен.

Закключение. В слезе больных ПОУГ обнаружено снижение концентрации дофамина и тенденция к уменьшению содержания его метаболита ДОФУК (продукта деградации дофамина), однако содержание норадреналина не изменялось, а адреналин не был выявлен. Известно, что дофамин действует на периферические сосуды как вазодилататор, следовательно, снижение содержания дофамина и его метаболитов в слезе указывает на усиление вазоконстрикции и нарушение микроциркуляции в тканях глаза. Дофаминергическая система выполняет важную роль в глаукоматозном процессе [Potter D.E. et al., 1996]. Установлено, что дофамин может оказывать комплексное влияние на уровень ВГД, как прямое (на постсинаптическом уровне), так и непрямое (на пресинаптическом уровне). Действие дофамина зависит от того, с каким рецептором он связывается. Так, на постсинаптическом уровне в глазу дофамин действует через α -, β -адренорецепторы и ДА1-рецепторы цилиарного тела. Это ведет к усиленной продукции водянистой влаги, повышая уровень ВГД. При этом непрямой эффект осуществляется путем соединения ДА с $\alpha 2$ -адренорецепторами, ДА2- и ДА3-рецепторами, что снижает значения ВГД [Potter D.E. et al., 1996]. Таким образом, при глаукоме в слезной жидкости изменяется содержание дофамина, участвующего и взаимодействующего при процессах, играющих важную роль в патогенезе глаукомы, нарушении микроциркуляции в глазу, повышении уровня внутриглазного давления, апоптозе нервных клеток сетчатки. Поэтому есть все основания полагать, что измерение в слезе концентрации дофамина может позволить своевременно выявлять нейроваскулярные нарушения при глаукоме и оценивать их степень.

УДК 617.7-007.681

GLAUKOMA KASALLIGIDA DORI VOSITALARINI TO'G'RI TOMIZISH

Sabirov O.O., Sobirov O.M.

Andijon tuman ko'p tarmoqli markaziy poliklinikasi, Andijon Davlat Tibbiyot instituti

Мавзунинг dolzarbligi. Glaukoma - zamonaviy oftalmologiyaning asosiy muammolaridan biri. Chunki ko'z kasalliklari orasida ko'rlikka olib keluvchi asosiy kasallikdir. Glaukoma kasalligini medikomentoz davolashda bemorlar dori vositalari doimiy tomizish kerak. Lekin ko'pincha tomchi dorilarni tomizish texnikasiga e'tibor berilmaydi.

Tadqiqot maqsadi. Glaukoma bilan og'rikan bemorlarning ko'z tomchilarini to'g'ri tomizish texnikasini kasallikning kechishiga ta'sirini o'rganish.

Tadqiqot usuli. Tadqiqot 2021-2023 yy davomida Andijon tuman KTMP hamda Sog'lom Nigoh xususiy shifoxonasida 184 nafar bemorda o'tkazildi. Tadqiqotda bemorlardan dori tomizish texnikasini ko'rsatib berish so'raldi, hamda dori tomizish texnikasi kuzatib, baholandi.

Tadqiqot natijasi. Natijalarga ko'ra bemorlarning 72% ko'z tomchilarni o'zlari tomizishadi, bundan 79% bemorlar aniq necha tomchi tomizilganini bilishmaydi, 6-11% bemorlar ko'z shox pardasini zararlab oladi, 38-74% bemorlar

dori vositasi flakonini ifloslantirib olishadi. Qolgan 28% bemorlarga boshqa odam dori tomizib qo'yadi. O'zlari dori tomizadigan bemorlardan 64% da maqsadli bosimga erishilmagani kuzatildi. Shundan so'ng ushbu bemorlardan 18 nafarida 10 kun mobaynida shifokor nazoratida huddi shu dori vositalari tomizilib qayta tekshirilganda 15 nafar bemorda maqsadli bosimga erishilgani kuzatildi.

Xulosa. Ko'z tomchilarini noto'g'ri tomizish glaukoma kasalligida ko'z ichki bosimini to'g'ri nazorat qilish uchun muhim to'siqdir (buning asosida bemorlarda dori vositalarini to'g'ri tomizish haqida yetarlicha ma'lumotga ega emasligi va dori tomizish texnikasiga ahamiyat berilmasligi yotadi).

Glaukoma bilan kasallangan bemorlarga dori vositasini boshqa odam tomizib qo'yishi maqsadli ko'z ichki bosimini nazorat qilishda muhim ahamiyatga ega. Bu esa o'z navbatida glaukoma kasalligi oqibatidagi ko'rlik darajasini kamaytirishga sabab bo'ladi.

УДК 617.7

ЧАСТОТА ИНФИЦИРОВАННОСТИ ОПУХОЛЕЙ ВИРУСАМИ ГЕРПЕСА ЧЕЛОВЕКА И СОСТОЯНИЕ Т-ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С УВЕАЛЬНОЙ МЕЛАНОМОЙ

Светлова Е.В., Балацкая Н.В., Куликова И.Г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней им. Гельмгольца» МЗ РФ, Москва, Россия

Актуальность. Увеальная меланома (УМ) – злокачественная внутриглазная опухоль, которая отличается крайне агрессивным течением и неблагоприятным витальным прогнозом (Jager MJ, 2004).

Одним из способов уклонения растущей опухоли от иммунного надзора является изменение состава и ослабление активности эффекторных звеньев системы иммунного надзора (Кадагидзе З.Г., 2015). Популяция Т-лимфоцитов играет ключевую роль в противоопухолевой иммунной защите и борьбе с вирусами, онкомодулирующие свойства которых активно обсуждаются. Имеются данные, свидетельствующие о непосредственном участии вирусов группы герпеса (HHV) в процессах опухолевой трансформации клетки (Chatterjee K., 2019). Другим важным фактором, способствующим неопластической прогрессии, являются иммуномодулирующие способности HHV, запускающих в лейкоцитах внутриклеточные патологические сигнальные механизмы и ведущих к формированию вторичной иммунологической недостаточности (Montani M.S.G., 2019).

Однако целенаправленное комплексное исследование инфицированности опухолей HHV и состояния Т-звена иммунитета при УМ не проводилось.

Цель исследования. Анализ частоты инфицированности опухолей HHV и состава популяции Т-лимфоцитов периферической крови у пациентов с УМ.

Материалы и методы. Обследованы 99 пациентов (57 женщин и 42 мужчины в возрасте от 18 до 83 лет) с опухолями увеального тракта. Биоматериал 97 пациентов исследован на наличие генома вирусов герпеса 1 и 2 типов (HSV-1,2), вируса Varicella Zoster (VZV), цитомегаловируса (CMV), вируса Эпштейна-Барр (EBV), вирусов герпеса 6 и 8 типов (HHV-6, HHV-8) методом полимеразной цепной реакции в реальном времени тест-системами «Вектор-Бест» (Россия). Исследование субпопуляционного состава лимфоцитов крови пациентов (n=99) и здоровых лиц (n=33) выполняли методом проточной цитофлуориметрии наборами Multitest 6-Color TBNK Reagent на цитометре BD FACS Canto II (Becton Dickinson, США). Данные обработаны в статистических программах «Biostatd», «Excel».

Результаты. ДНК HHV обнаружена в опухолях 11,3 % пациентов (n=11): при этом в 72,7 % случаев (n=8), обнаружили геном ДНК EBV, а в 18,2% проб (2 чел.) - HHV-6. В 1 случае (при аденокарциноме пигментного эпителия сетчатки) выявлено сочетанное инфицирование EBV и HHV-6. В зависимости от наличия в опухолях ДНК HHV пациентов распределили на 2 группы: 1-я - HHV «+» и 2-я - HHV «-».

При анализе средних значений общей субпопуляции Т-клеток (CD3+) отмечено увеличение абсолютного и относительного их количества ($1,71 \pm 0,15 \times 10^9/\text{л}$; $77,64 \pm 1,18\%$) у пациентов с присутствием ДНК вирусов в ткани опухоли по сравнению с пациентами HHV «-» ($1,51 \pm 0,07 \times 10^9/\text{л}$; $71,18 \pm 0,86\%$, $p < 0,05$) и контрольной групп ($1,51 \pm 0,08 \times 10^9/\text{л}$; $73,1 \pm 0,87$, $p < 0,05$).

Повышение CD3+ лимфоцитов в ДНК EBV «+» группе было обусловлено, главным образом, подъемом абсолютного ($1,12 \pm 0,13 \times 10^9/\text{л}$) и относительного ($49,5 \pm 2,06\%$) количества Т-хелперов/индукторов (CD3+CD4+), качественно отличавшим ее как от контроля ($0,97 \pm 0,06 \times 10^9/\text{л}$; $45,7 \pm 1,19\%$), так и от группы пациентов с неинфицированными опухолями ($0,97 \pm 0,05 \times 10^9/\text{л}$; $45,01 \pm 0,98\%$).

Индивидуальный анализ частоты сдвигов от нормы показал, что у 36,4 % пациентов с инфицированными

опухолями относительное количество Т-клеток (CD3+) было выше нормальных значений, тогда как у пациентов с HHV «-» опухолями такие изменения в содержании указанной субпопуляции наблюдались только в 11,4 % случаев. Данная тенденция сохранялась по отношению к Т-хелперам/индукторам и цитотоксическим лимфоцитам.

В крови пациентов 1-й группы (с наличием ДНК вирусов в ткани опухоли) наиболее часто выявлялся дисбаланс основных регуляторных популяций хелперов-индукторов/цитотоксических лимфоцитов, который заключался в увеличении соотношения CD4+/CD8+. Так, если в группе HHV «-» только в 15,9% случаев отмечалось повышение CD4+/CD8+ относительно нормы, то в группе HHV «+» данные сдвиги выявлялись в 2,3 раза чаще (36,4%).

Заключение. В ходе анализа установлено, что с наибольшей частотой, в 72,7% случаев, в опухолевом материале выявлялся исключительно геном EBV, что обусловлено тропностью и особенностями жизнедеятельности вируса. Высокая частота (36,4%) обнаружения иммунологического дисбаланса основных регуляторных субпопуляций Т-звена иммунитета у пациентов с опухолями, инфицированными EBV, позволяют предположить участие вируса в процессах опухолевого роста, его влияние на качественный и количественный состав иммунокомпетентных клеток, обеспечивающих противоопухолевую защиту.

УДК 617.721

ПРЕИМУЩЕСТВА ИХД МОДУЛЬНОЙ КОНСТРУКЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНЫМИ ДЕФЕКТАМИ РАДУЖКИ

Соболев Н.П., Тепловодская В.В., Судакова Е.П.

1. Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Травматические повреждения глазного яблока в настоящее время считаются одной из самых сложных проблем в офтальмологии. Для создания искусственного диафрагмирования, уменьшения световых аберраций и повышения остроты зрения у пациентов с полной и частичной аниридией выполняют оптико-реконструктивные операции. Сегодня доступных объективных и простых в применении способов определения площади дефекта радужки, как основного критерия выбора хирургической тактики, не существует. Расчет площади дефекта проводится субъективно, в том числе с помощью биомикроскопии, что может иметь значимые погрешности в диагностике и определении дальнейшей тактики реабилитации пациента.

Цель исследования. Разработка алгоритма оптико-реконструктивной хирургии при аниридии глаза на основе комбинированных малоинвазивных вмешательств с применением ИХД модульных конструкций.

Материалы и методы. Проанализированы клиничко-функциональные результаты хирургического лечения 98 пациентов с последствиями травматического повреждения переднего отдела глазного яблока. Возраст обследованных пациентов варьировался от 17 до 69 лет, среди них было 33 женщины и 65 мужчин. Большая часть больных (83%), включенных в исследование, трудоспособного возраста, что в очередной раз подчеркивало медико-социальную значимость проблемы реабилитации пациентов после травмы глаза. Повреждения глазного яблока были различны по своей клинической выраженности и являлись следствием открытой или закрытой травмы. Давность травмы варьировалась от 12 месяцев до 5 лет. Всем пациентам выполняли ультразвуковую биомикроскопию, в ходе которой оценивали состояние радужки, ресничного тела, измеряли диаметр хрусталика и цилиарной борозды с целью последующего индивидуального подбора диафрагмирующего имплантата. Расчет площади дефекта радужки проводился при помощи нового способа с использованием сеточной палетки.

Результаты. Площадь дефекта радужки у исследуемых нами пациентов варьировалась от 15 до 97%. Следуя представленной тактике выбора метода хирургического лечения травматических повреждений радужки, выполняли различные по объему ОРО. Согласно полученным значениям площади дефекта радужки 38 пациентам (38%) выполнена закрытая иридопластика, 60 пациентам (60%) имплантирована ИХД. Фактоэмulsionификация катаракты проведена 80 пациентам с посттравматической катарактой одновременно с хирургией радужки. Зрительные функции у всех пациентов после лечения повысились и к 7-м суткам после операции составили. Уменьшилось количество жалоб пациентов на нежелательные оптические феномены; достигнут удовлетворительный косметический результат. В раннем послеоперационном периоде у пациентов наблюдались следующие осложнения: повышение уровня ВГД; отек

роговицы; острый иридоциклит. Эти осложнения были купированы с помощью консервативной терапии. Интраоперационных и поздних послеоперационных осложнений в срок до 12 месяцев не выявлено, что подтверждает правильно выбранную тактику ОРО у пациентов после травматических повреждений радужки.

Заключение. В случаях наличия у пациента дефекта площадью менее 30% представляется возможным закрыть его с помощью применения техники закрытой иридопластики собственными тканями глаза. При площади дефекта радужки более 30% рекомендуется имплантация ИХД. Применение современных микроинвазивных хирургических техник позволяет проводить ОРО с целью восстановления зрительных функций, устранения косметического дефекта, обеспечивая при этом высокое качество жизни пациентов трудоспособного возраста.

УДК 617.7-007.681

ОПТИКО-ЦИЛИАРНАЯ НЕВРЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Сулеева Б.О., Меерманова Ж.Б.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей г.Алматы

Актуальность. Наш интерес вызвала операция оптико-цилиарная неврэктомия (ОЦН), которая ввиду относительной технической несложности вмешательства и минимума осложнений, кардинально избавляет пациента от болевого синдрома и сохраняет глазное яблоко как орган.

Цель исследования. Изучить эффективность оптико – цилиарной неврэктомии в плане купирования болевого синдрома и сохранения глазного яблока как органа при терминальной болевой глаукоме.

Материал и методы. Техника операции: кратковременный внутривенный наркоз, обработка операционного поля, блефаростат. Субконъюнктивальное введение 2% раствора лидокаина для расслабления конъюнктивы в наружном или внутреннем сегменте. рассечение конъюнктивы в 7-8 мм от лимба и отслаивание на глубину до зрительного нерва. Зажим на зрительный нерв в течение 5 мин. (гемостаз), пересечение зрительного нерва, шов на конъюнктиву 6/0 викрил. Раствор антибиотика с дексаметазоном под конъюнктиву. Давящая повязка.

Под наблюдением с диагнозом терминальная болевая глаукома за период 2020–2022 гг. находились 14 пациентов: из них 11 женщин, 3 мужчин в возрасте от 48 до 80 лет, которым была выполнена операция ОЦН. Давность заболевания составила от 4 до 10 лет. Внутриглазное давление колебалось от 32 до 53 мм рт. ст. на фоне максимальной гипотензивной терапии, причем в 100 % случаев всем пациентам, находившимся под наблюдением, неоднократно (от 2 до 4 раз) проводились фистулизирующие и энергетические методы оперативного лечения. Из них светоощущение с неправильной проекцией света было сохранено лишь в 2-х глазах, в остальных случаях отмечено его отсутствие. Ультразвуковое обследование проводилось всем пациентам для исключения внутриглазного новообразования. Выраженный болевой синдром отмечался у всех больных, однако от удаления глазного яблока пациенты отказывались.

Все операции были произведены амбулаторно, проходили без осложнений. В раннем (1 месяц) и позднем (от 6 до 24 месяцев) послеоперационном периоде оценивались как субъективные критерии эффективности: боли в глазу, головные боли, так и объективные критерии проведенного оперативного лечения: уровень ВГД, отек роговицы, инъекция глазного яблока, рубезоид радужки и др.

Результаты. У всех пациентов был купирован болевой синдром. Внутриглазное давление снизилось в 6 глазах незначительно, в остальных уровень его оставался прежним. Инъекция конъюнктивы и отек роговицы уменьшились значительно в среднем через 2 месяца. Все пациенты остались довольны результатами операции.

Заключение.

1. Операция оптико – цилиарной неврэктомии является эффективным методом лечения терминальной болевой глаукомы, позволяет ликвидировать болевой синдром и сохранить глаз как орган.
2. Данная методика может быть выполнена в любом специализированном глазном отделении амбулаторно, является достаточно малотравматичным, технически несложным и малозатратным вмешательством для пациента.

ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ТОРИЧЕСКИХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ

Тепловодская В.В., Соболев Н.П., Судакова Е.П.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Целью современной катарактальной хирургии является достижение максимально высоких зрительных функций без использования очковой коррекции, что заставляет хирургов компенсировать даже небольшие аномалии рефракции с использованием максимальной интраокулярной коррекции. Согласно Федеральным клиническим рекомендациям по оказанию офтальмологической помощи пациентам с возрастной катарактой, наличие у пациента исходного прямого роговичного астигматизма более 1,0 дптр. и обратного роговичного астигматизма более 0,75 дптр. является основанием для рассмотрения возможности имплантации торической ИОЛ. Таким образом, в настоящее время, даже малые степени роговичного астигматизма требуют полной коррекции. Доказано, что даже незначительные смещения торической ИОЛ в послеоперационном периоде приводят к снижению зрительных функций и ведут к неудовлетворенности качеством зрения пациентов. В связи с этим крайне важным является максимально корректное обследование пациентов до операции наряду с предельно точным расчетом оптической силы торической ИОЛ и ее точном интраоперационном позиционированием.

Цель исследования. Выявить основные причины неправильного позиционирования торической ИОЛ и способы их устранения и предотвращения в дальнейшем.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ имплантаций торических ИОЛ, выполненных в МНТК «МГ» в 2021-2022 годах. В исследовании включены пациенты с возрастной и осложненной катарактой и роговичным астигматизмом от 1 до 5 диоптрий. Средний возраст пациентов был 67 +- лет. Во всех случаях выполнена факоэмульсификация катаракты с имплантацией торической ИОЛ AcrySof IQ Toric. Дооперационное обследование и обследование после операции помимо стандартных обследований включало выполнение кератотопограммы, обследование на оптическом биометре ИОЛ мастер 700 (Carl Zeiss Meditec, Германия), диагностической навигационной системе VERION (Alcon, США), УБМ проводили на офтальмологических ультразвуковых системах Eye Cubed (Ellex Innovative Imaging, Миннеаполис, Миннесота, США) и Aviso (Quantel Medical, Франция) с датчиком рабочей частоты 35 МГц, под местной анестезией раствором анестетика. В работе приведены клинические случаи получения неудовлетворительного функционального результата при имплантации торической ИОЛ, связанные с особенностями операций: недостаточный интраоперационный мидриаз, разрыв переднего капсуло-рексиса, децентрация интраокулярной линзы.

Результаты. По данным различных авторов астигматизм более 1,0 диоптрий встречается у 35-40% пациентов с катарактой, что подтверждено статистическими данными обращаемости в ФГАУ «МНИ-Ц» МНТК «МГ» им. С.Н. Федорова. Неправильное позиционирование торической ИОЛ даже на несколько градусов резко снижает качество зрения. По данным литературы величина возможной ротации в раннем послеоперационном периоде составляет не более 3.5-5 гр в 6% случаев. Причинами неправильного положения ИОЛ может быть некорректное определение оси на этапе диагностики и перенос ее на хирургический этап, а также погрешность разметки и расположения ИОЛ во время операции, либо ее ранняя ротация в капсульном мешке за счет не точного выполнения этапов операции. Строение опорных элементов ИОЛ и материал линзы имеют важное значение в стабильности положения ИОЛ в раннем послеоперационном периоде. Наибольшей стабильностью обладают ИОЛ, материал которых обладает большей адгезией к капсуле хрусталика, а именно ИОЛ из гидрофобного акрила, несколько меньшей из гидрофильного акрила и полиметилметакрилата. Так же причинами ранней ротации ИОЛ могут являться остатки вискоэластика, недостаточная герметизация роговичного тоннеля может вызвать уменьшение глубины пер камеры. В поздние сроки наиболее частой причиной является фиброз капсульного мешка. Большинство таких случаев происходит в течение первых 3-6 месяцев после имплантации

Заключение. Основная цель хирургии катаракты с имплантацией торической ИОЛ – обеспечить правильное, центральное, стабильное положение торической ИОЛ в глазу. В случае же неудачи необходимо определить и устранить основную причину. К основным причинам получения неудовлетворительного функционального результата у пациентов на сегодняшний день относятся неправильное определение оси, ошибки переноса оси, ротация торической ИОЛ в послеоперационном периоде, дислокация ввиду контузии глазного яблока и дислокация ввиду прогрессирования ПЭС или подвывиха хрусталика.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ, ВРОЖДЕННОЙ ГЛАУКОМЫ

Туракулова Д.М., Назирова З.Р.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. По классификации врожденная глаукома разделяется на наследственную, семейную и на спорадическую категорию. Наследственная глаукома определяется, когда больше у 3 родственников, включая пробанда (индексный случай), зарегистрирована глаукома в 2 последовательных поколениях, один из которых должен быть родственником первой степени родства двух других. Семейная глаукома включает больше 2 родственников первой и/или второй степени родства и не соответствует критериям наследственной глаукомы. Спорадическая глаукома поражает одного пациента без пораженных родственников первой или второй степени родства.

Генетические исследования показали, что более 50 процентов случаев глаукомы являются семейными. Уровень заболеваемости глаукомой может быть в 10 раз выше среди лиц, у которых есть братья и сестры, больные глаукомой. Три класса глаукомы, различаются не только по характеру наследования и степени семейной агрегации, но также по клинике, течению и тяжести заболевания.

Цель исследования. Изучить особенности врожденной глаукомы у детей с семейной глаукомой на примере двух семей.

Материалы и методы. За период 2020–2022 годы нами было обследовано двое семей с семейной, врожденной глаукомой. Все больные находились на стационарном лечении в глазном отделении клиники ТашПМИ (Ташкентский педиатрический медицинский институт). Всем больным были проведены обследования офтальмологические (визометрия, биомикроскопия, А/В сканирование, кератометрия, офтальмоскопия), клиничко – лабораторные методы исследования, консультации смежных специалистов (ЛОР, педиатр, анестезиолог, кардиохирург, невролог).

Результаты. В первой семье брак не родственной 2010 году родился мальчик с первичной врожденной глаукомой. Ребенку диагноз выставлен неонатологом при осмотре больного в роддоме. При рождении выявлено увеличение глазного яблока на 3,0 мм в сравнении с возрастной нормой. Увеличение диаметра роговицы и выраженная кератопатия. В течение 13 лет больной прооперирован каждый глаз по три раза. Компенсации не наблюдались. Больной постоянно капает средства для снижения внутриглазного давления. В 2024 году в этой семье родились двойняшки девочки, которым в роддоме выставлен диагноз OU – Первичная врожденная глаукома, далекозастывшая стадия. Так как у девочек выявлено увеличение глазного яблока на 4,0 мм более чем возрастная норма, и выраженная, глаукоматозная кератопатия, при которой вследлежащие структуры не просматриваются. Девочки обследованы в стационарных условиях и проведена антиглаукоматозная операция. Старшему брату проведено повторное хирургическое лечение. С применением дренажа GLAUTEK. Все трое детей в удовлетворительном состоянии выписаны домой.

Во второй семье 2016 году родился мальчик с диагнозом: OU – Первичная врожденная глаукома, далекозастывшая стадия. В течение 10 лет на правом глазу проведено антиглаукоматозная операция четыре раза и на левом глазу один раз. В 2022 году в этой семье родилась девочка с диагнозом: OU – Первичная врожденная глаукома, терминальная стадия, буфтальм. Диагноз выставлен в родильном доме. Больная с целью исключения ретинобластомы осмотрена онкоофтальмологом, проведена ультразвуковая доплерография, онкопатология исключена, после чего госпитализирована в глазное отделение клиники ТашПМИ. Ребенку проведена антиглаукоматозная операция и в удовлетворительном состоянии выписаны домой.

Заключение. Таким образом, клиничко - функциональный анализ состояния глазного яблока у детей с врожденной семейной глаукомой показал, что у этих пациентов проявления врожденной глаукомы, такие как увеличение глазного яблока и диаметра роговицы, выраженная кератопатия проявляются сразу после рождения. Предварительный диагноз ставится в родильном доме неонатологом. По анализу течения семейная врожденная глаукома относится к рефрактерной, из-за чего этим пациентам рекомендуется в хирургии применять дренаж на повторных операциях.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КОНЪЮНКТИВЫ ЛОСКУТАМИ МЕНЬШЕЙ ПЛОЩАДИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛЕЯ «СУЛЬФАКРИЛАТ»

Филатова И.А., Шеметов С.А., Соколова О.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр НИИ глазных болезней им. Гельмгольца»
Минздрава России

Актуальность. Конъюнктивa – тонкая, чувствительная слизистая оболочка глаза. Сохранность ее качеств и объём тканей играет важную роль для нормального функционирования органа зрения. Травма, хирургические вмешательства, инфекционные и неинфекционные заболевания могут способствовать рубцеванию конъюнктивы и в дальнейшем приводить к осложнениям, связанным с дефицитом тканей. Хирургическое лечение подобных состояний можно назвать одной из актуальных задач офтальмохирургии нашего времени. В литературе описано разнообразие тактик хирургического лечения, применяют различные материалы для замещения отсутствующих или патологически изменённых тканей. Наиболее удачным можно было бы считать использование свободного лоскута аутоконъюнктивы в качестве трансплантируемой ткани, но ввиду ее небольшого объёма в области взятия трансплантата, возможности применения данного метода весьма ограничены. Таким образом, модификация существующего метода хирургического лечения может способствовать улучшению функционального результата реконструктивных операций. Стоит отметить, что в ходе хирургического лечения, замещающие материалы фиксируются швами, при этом риски развития послеоперационных осложнений возрастают. В этом свете достаточно перспективным является способ фиксации материалов путём бесшовного склеивания тканей.

Цель исследования. Модификация существующих методов хирургического лечения состояний, сопровождающихся дефицитом конъюнктивы с применением частичного замещения дефекта и фиксацией трансплантата аутоконъюнктивы медицинским клеем.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование выполнено на 12 кроликах (24 глаза) породы серая шиншилла. Животные были разделены на 3 равные по количеству группы в соответствии со сроком выведения из эксперимента – на 7, 21 и 45 сутки после операции. Всем кроликам в условиях операционной под местной анестезией в верхнее-внутреннем квадранте выполняли разрез бульбарной конъюнктивы с дальнейшим формированием дефекта размерами 10x10 мм. Из полученного лоскута выкраивали 3 фрагмента размерами приблизительно 3x3 мм и, равномерно распределяя их в шахматном порядке, фиксировали к обнаженной склере медицинским клеем. Таким образом, дефект конъюнктивы замещали примерно на 27-30 % от общей площади. В конце операции веки животных сшивали на 7 дней. Динамическое исследование включало биомикроскопию, фоторегистрацию и ультразвуковую биомикроскопию на 7 и 21 сутки после операции. Для оценки патоморфологической картины во всех случаях проводили гистологическое исследование. Оперативное лечение выполняли с использованием разрешённого к применению в офтальмологии и лицензированным Росздравом медицинского клея «Сульфакрилат». (Регистрационное удостоверение на медицинское изделие ФСР 2010/09805 от 31 декабря 2010 г.).

Результаты. Срок динамического наблюдения составил от 7 до 45 дней. При обследованиях следили за состоянием роговицы, собственной конъюнктивы, пересаженных лоскутов конъюнктивы и обнаженного участка склеры. Использование аутоконъюнктивального лоскута играло важную роль в процессах эпителизации ввиду ее способности к регенерации и отсутствия выраженного воспаления в раннем послеоперационном периоде. Тем не менее, гиперемия и отек конъюнктивы отмечали до конца эксперимента. Эпителизацию можно было наблюдать на 7 сутки, полное закрытие дефекта происходило к 40 суткам. По ультразвуковой картине в динамике толщина клеевой плёнки постепенно уменьшалась, а также отмечалось истончение ее слоя вплоть до полного рассасывания. Стоит отметить, что применение медицинскийского клея «Сульфакрилат» исключило необходимость снятия послеоперационных швов.

Заключение. Преимуществом частичного замещения дефекта в процессе операции можно считать сохранение большего объёма тканей в области взятия лоскута. Конъюнктивальная пластика с применением медицинского клея уменьшает длительность операции и исключает необходимость снятия швов.

LOCAL ASSESSMENT OF CYTOKINE PROFILE AND REGENERATIVE PROCESS OF THE CORNEAL INTERFACE AFTER EXCIMER LASER OPERATIONS

Khadjimukhamedov B.B.¹, Mirrakhimova S.Sh.², Bakhritdinova F.A.³, Nazirova S.Kh.³

1. Independent Applicant of the Department of Ophthalmology and Pediatric Ophthalmology, Tashkent pediatric medical institute
 2. Dr.Med.Sci. ass.professor of Tashkent Military Medical Academy, Uzbekistan
 3. Dr.Med.Sci., Professor of Ophthalmology department of Tashkent Medical Academy
3. Cand.Med.Sci., ass.professor of Ophthalmology department of Tashkent Medical Academy

Relevance. Data existing in the scientific literature on the role of cytokines as a special biological system, the function of which is the local regulation of regeneration processes, justify the relevance of the task of research in this direction.

Purpose. Study of changes in the concentration of cytokines in tear fluid and regenerator process in patients after excimer laser vision correction using LASIK and Femto-LASIK methods and their correlation with postoperative parameters of patients.

Materials and methods. The study included 145 patients (278 eyes) with myopia and complex myopic astigmatism. A prospective study was conducted. The patients were divided into 2 groups. In the comparative group (n=75 (146 eyes)), patients underwent surgery using LASIK technology, in the main group (n=70 (140 eyes)) using Femto-LASIK technology. During the study, tear fluid was collected and further biochemically studied to determine the level of cytokines - IL-1 β , IL-8, TNF- α .

Results. In the main group, the frequency of detection of this cytokine IL-1 β , which is the main pro-inflammatory agent, was 80%, while in the comparative group it was detected in 90% of tear fluid samples. Mean IL-1 β levels were highest in the LASIK comparison group. Mean TNF- α values were highest in the LASIK comparison group. Moreover, the differences in average scores between the main and comparative groups were statistically significant (p<0.05). Mean IL-8 levels were highest in the main Femto-LASIK group. Conclusions. The course of the regenerative process in patients after excimer laser vision correction depends on the concentration of the pro-inflammatory cytokines IL-1 β and TNF- α and the anti-inflammatory cytokine IL-8, since with a higher level of pro-inflammatory cytokines in the tear fluid, an extension of the period of pain relief and epithelization after operations.

УДК:617.735-053.32-06:617.7-007.681

ВТОРИЧНАЯ ГЛАУКОМА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ

Хамроева Ю.А., Эркинова У.Х.

Кафедра офтальмологии, детской офтальмологии Ташкентского медицинского института

Актуальность. Первичная врожденная глаукома (ПВГ) - редкое и тяжелое генетически гетерогенное заболевание, которое приводит к слепоте и слабовидению. Частота выявления в различных регионах варьирует от 1:1250 до 1:38 000 новорожденных (Abdollahimzadeh S., Fameli V. и соавт., 2015). В структуре детской инвалидности по зрению врожденная глаукома составляет 10,1% (Зерцалова М.А., Бржеский В.В. 2007). Ретинопатия недоношенных (РН) является причиной слепоты 20000 младенцев в год по всему миру, а еще у 12300 детей вызывает легкое или умеренное нарушение зрения (Blencowe H., Lawn J.E. и соавт., 2010). Частота этой патологии неуклонно растет и колеблется от 17 до 34% среди выживших недоношенных детей (Зерцалова М.А., Бржеский В.В. 2007). РН лидирует в нозологической структуре офтальмопатологии у детей, родившихся преждевременно.

Анатомические особенности УПК у глубоко недоношенных детей на фоне I-III-й степеней рубцовой РН аналогичны таковым при врожденной глаукоме у доношенных детей и носят характер неравномерного переднего прикрепления радужки с сочетанием с мезодермальной тканью, что определяет повышение уровня внутриглазного давления (ВГД). Согласно, Salgado C, Celik Y, Vander Veen D. и соавт., (2010) лечение РН имеет известные потенциальные осложнения, включая катаракту, кровоизлияние в стекловидное

тело, отслойку сосудистой оболочки, отслойку сетчатки и глаукому. Пациенты с РН имеют повышенный риск развития глаукомы, что можно объяснить ретролентальным смещением ткани хрусталика и радужной диафрагмы вперед, а также зрачковым блоком или неоваскуляризацией. Глаукома на фоне РН может быть многофакторной и ее следует регулярно обследовать у любого ребенка из группы риска

Цель исследования. Представить анализ результатов обследования детей с вторичной глаукомой как осложнением ретинопатии недоношенных.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в глазном отделении клиники Ташкентского педиатрического медицинского института находились 5 (10 глаз) детей в возрасте от 1 месяца до 1 года с ретинопатией недоношенных (РН), осложненной вторичной глаукомой. Из них, активная РН I-III стадии «плюс» фаза диагностирована у 3 (6 глаз), IV-V стадии у 2 (4 глаза) пациентов. Сроки гестации при рождении у обследуемых детей составили 21–36 недель. Масса тела обследованных при рождении колебалась в диапазоне от 1950 г до 2400 г (в среднем, 2175 г). Проведены общие офтальмологические методы исследования.

Результаты. Начальная стадия вторичной глаукомы наблюдалась на 1 (10%) глазу, развитая на 4 (40%), далекозашедшая на 3 (30%) терминальная на 2 (20%) глазах соответственно. 3 больных (6 глаз) с I-III стадиями РН в возрасте от 2 до 6 месяцев получали соответствующее лечение основного заболевания (инстилляции глюкокортикостероидных препаратов, транспупиллярная или транссклеральная лазеркоагуляция аваскулярных зон сетчатки, транссклеральная криоретинопексия). 2-м пациентам (4 глаза) с IV-V рубцовыми стадиями РН в возрасте 6 месяцев была проведена левсвитреошвартэктомия. После медикаментозного и хирургического лечения на 3 (30%) глазах достигнута компенсация, на 6 (60%) глазах субкомпенсация и на 1 (10%) глазу стабилизация процесса.

Закключение. Своевременное обследование и лечение РН у детей даёт возможность сохранить функции глаза даже при развитии такого осложнения как вторичная глаукома.

ГЛАВНЫЕ ГЕНЕРАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ



ГЕНЕРАЛЬНЫЕ ПАРТНЕРЫ



ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ



