

Канюков В.Н., Ким С.М.

Оренбургский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова
Росмедтехнологии»

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Предложена комплексная медикаментозная и немедикаментозная терапия атрофии зрительного нерва. Получены положительные результаты.

Актуальность

Атрофия зрительного нерва в настоящее время является основной нозологической причиной слепоты и слабовидения.

В основе атрофии лежат различные причины: патологические процессы в зрительном нерве и сетчатке, глаукома, гипертоническая болезнь, атеросклероз, заболевания центральной нервной системы, интоксикации, наследственные заболевания и т. д. В последнее время во всем мире отмечается увеличение количества связанных с сосудистыми нарушениями в зрительном нерве и сетчатке тяжелых поражений, таких как, острая передняя и задняя ишемическая нейропатия зрительного нерва, окклюзия центральной артерии сетчатки. В основном это связано с атеросклеротическим поражением сосудов, в том числе сонных артерий и ее ветвей, что ведет к замедлению тока крови, тромбообразованию и, как правило, через 2-4 недели развивается атрофия диска зрительного нерва. Возраст таких больных составляет от 35 лет и выше, то есть относится к работоспособной части населения. Существует множество комплексных патогенетически обоснованных схем лечения заболеваний зрительного нерва.

Попрежнему актуален поиск лечебных мероприятий атрофии зрительного нерва.

Цель исследования

Изучение эффективности комплексного медикаментозного и немедикаментозного лечения атрофии зрительного нерва.

Материал и методы

Диагностическое обследование пациентов с патологией, связанной с нарушением кровообращения в сосудах сетчатки или зрительного нерва мы проводили по следующей схеме:

визометрия, офтальмоскопия, периметрия, автоматическая статическая периметрия, электрофизиологические методы исследования, ультразвуковая доплерография, биохимические исследования крови, гемокомплекс, суточное мониторирование артериального давления.

Состояние поля зрения дополнительно оценивали методом статической периметрии, которая проводилась на компьютерном анализаторе полей зрения «Humphrey», США с использованием скрининговых программ определения светочувствительности сетчатки в 120 участках поля зрения, определялся пороговый уровень светочувствительности сетчатки в фовеолярной зоне, средние уровни светочувствительности центральной зоны сетчатки и периферии поля зрения, выявляли относительные и абсолютные скотомы, определялась их количественная характеристика с проведением профильной программы для определения размеров слепого пятна.

В динамике сосудистой патологии широко использовали специальные диагностические методы – электрофизиологические и ультразвуковые.

Электрофизиологические исследования – электроретинографию (ЭРГ) и зрительные вызванные потенциалы (ЗВП) на вспышки света и структурные паттерн-стимулы проводили на приборе Neuropto «Medelec», (Англия) с помощью серебряных чашечковых электродов.

Функциональное состояние наружных слоев сетчатки (палочек, колбочек и частично биполярных клеток) тестировали при измерении параметров ЭРГ на световые мелькания, внутренних слоев (биполярных и ганглиозных клеток) – на паттерн-стимулы.

Мы использовали наиболее информативный и объективный метод оценки функционального состояния зрительных путей –

регистрацию зрительно вызванных потенциалов (ЗВП). Запись ЗВП проводилась как реверсия шахматных паттернов, так и на вспышки света.

Нарушение кровообращения в сосудах сетчатки или сосудах зрительного нерва приводит к демиелинизации волокон зрительного нерва, что электрофизиологически проявляется в снижении скорости или блоке проведения ритмического возбуждения по волокнам зрительного нерва.

У части пациентов отмечалось увеличение амплитуды волны «в» ЭРГ, что объясняется, очевидно, повреждением центробежных волокон, входящих в состав зрительного нерва и оказывающих тормозящее влияние на биоэлектрическую активность сетчатки.

Гемодинамические показатели глаза при заболеваниях сосудистого происхождения выявляли методом ультразвуковой доплерографии на доплерографе DVM 4200 «Nadeco», Япония.

Определялась линейная скорость кровотока и направление тока крови в сосудах, относящихся к каротидной системе (внутренняя сонная и глазничная артерии). Линейная скорость кровотока пропорциональна амплитуде волн, регистрируемых на доплерограмме, она косвенно характеризует степень проходимости исследуемого кровеносного сосуда. Состояние кровотока в глазничной артерии оценивается при исследовании ее конечных ветвей (a. supraorbitalis, a. frontalis, a. supratrochlearis).

Ретроградный кровоток наблюдался при окклюзии внутренней сонной артерии (частичной или полной) с развитием коллатерального кровообращения.

Оптическая когерентная томография позволяет проводить анализ профиля диска зрительного нерва, определить границы ДЗН, диаметр и глубину экскавации, что служит основой для расчета соотношений этих параметров при контроле над течением глаукомы.

К дополнительным методам исследования относятся магнитно-резонансная томография (МРТ) для исключения объемных и демиелинизирующих процессов в головном мозге, магнитно-резонансная ангиография, доплерография сосудов головного мозга и шеи для подтверждения сосудистых нарушений.

Нами разработана схема консервативного лечения атрофии зрительного нерва при дегенерации сетчатки, глаукоме, вследствие сосудистых нарушений в системе глазничной и внутренней сонной артерий после отравления метиловым спиртом.

В эту группу не входили пациенты с заболеваниями ЦНС различной этиологии. Схема лечения состояла в следующем: нейропротекторная медикаментозная терапия, физиотерапевтические процедуры при помощи аппарата БИОМАС, гирудотерапия, рефлексотерапия.

Внутрь назначались аевит (антиоксидант) по 1 капсуле 2 раза в день – 2 недели, фезам по 1 капсуле 3 раза – 1 месяц, ретиналамин (пептидный биорегулятор) по 0,5 мл парабальбарно в течение 10 дней, эмоксипин субконъюнктивально по 0,3 мл в течение 10 дней, кортексин (пептидный биорегулятор) внутримышечно по 2 мл, в кожу виска 0,2-0,3 мл как вариант лекарственной акупунктуры на курс от 5 до 10 инъекций. Назначались витамины группы В, никотиновая кислота до 10 инъекций подкожно, дицинон (ангиопротектор) внутримышечно по 2,0 мл от 5 до 10 инъекций с последующим переходом на таблетированную форму до 1 месяца.

Гирудотерапия – лечение медицинскими пиявками (*Hirudo medicinalis*). В секрете слюнных желез медицинских пиявок содержится широкий спектр биологически активных веществ (гирудин, гиалуронидазу, бделины, эглины, дестабилазу и др.), обуславливающих антикоагулирующее, противотромботическое, тромболитическое действие, бактериостатический, противовоспалительный, иммуностимулирующий, антисклеротический, анальгезирующий и др. эффекты.

Медицинские пиявки (гирудотерапия) приставлялись, как правило, на биологически активные зоны: височную, зону сосцевидных отростков, воротниковую зону, зона копчика, печени и т. д. Количество – пиявок от 2 до 10 штук на сеанс, количество сеансов – от 5 до 10 на курс.

Рефлексотерапия назначалась с целью повышения функциональных возможностей организма, стимулируя иммунитет и повышая кровообращение и трофику глазного яблока, в частности заднего полюса глаза (сетчатки и

зрительного нерва). Рефлексотерапия проводилась по корпоральной методике (иглоукальвание, прижигание, поверхностное множественное иглоукальвание, аурикулотерапия) и 1 – 2 сеанса по методу Су – Джок терапии (по системе соответствия и шести–ки). Иглоукальвание проводилось на следующие группы акупунктурных точек: параорбитальные, точки затылочной области, воротниковой зоны, точки общего действия, аурикулярные точки. Курс акупунктуры состоял из 10 –15 сеансов ежедневно или через день, повторный курс через 2 недели. Рецептатура на каждый сеанс подбиралась индивидуально, учитывая жалобы больного, общее состояние, сопутствующий диагноз, время года, часы приема и т. д. Проводилась коррекция соматической патологии (выработка режима гипотензивной терапии, антиаритмических средств, подбора антикоагулянтной терапии, метаболической терапии).

Результаты и обсуждения

Под нашим наблюдением находилось 15 человек: из них 7 человек с глаукоматозной атрофией зрительного нерва, 3 человека с атрофией зрительного нерва при пигментной абнотрофии сетчатки, 3 человека с атрофией зрительного нерва вследствие сосудистых нарушений, 2 человека с токсической (алкогольной) атрофией зрительного нерва. Возраст пациентов – от 35 до 67 лет, срок наблюдения – 2 года. Практически у всех пациентов отмечалось улучшение общего состояния, нормализация артериального давления, сна и т. д. Пос-

ле проведенного лечения отмечается положительная динамика всех функциональных параметров: улучшение остроты зрения, увеличение фовеальной светочувствительности, уменьшение площади скотом в поле зрения, улучшение данных электрофизиологических и гемодинамических показателей.

Во всех случаях получен положительный более быстрый и стойкий эффект (повышение остроты зрения на 0,1 – 0,3, исчезновение центральных скотом или расширение периферического зрения. Эффективность комплексного лечения зависела от стадии, этиологии заболевания, возраста пациента: на начальных стадиях атрофии зрительного нерва лечебный эффект более выражен, наибольшая эффективность наблюдалась при атрофии зрительного нерва глаукоматозного, сосудистого генеза.

Заключение

1. Включение ретиноламина, кортексина в состав схем консервативной терапии значительно улучшает прогноз и функциональные результаты после окончания курса соответствующего лечения.

2. Коррекция соматического состояния является неотъемлемой частью комплексной терапии.

3. Сочетание консервативной терапии с немедикаментозными методами лечения имеет неоспоримое преимущество в лечении атрофии зрительного нерва.

4. Чем ранее начато лечение, тем лучше непосредственные и отдаленные результаты.

Список использованной литературы:

1. Вогралик В.Г., Вогралик М.В. Основы традиционной восточной рефлексодиагностики и пунктурной адаптационно – энергизирующей терапии: ци-гун. – М: Медицина, 2000.
2. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. – М: Медицина, 1992
3. Гирудотерапия в офтальмологии. Методические рекомендации для практических врачей. Москва, 1995.
4. Деев Л.А., Ярцева Н.С. Основные функции зрительного анализатора и методы исследования. Смоленск, 2004.
5. Егоров Е. А., Астахов Ю.С., Ставицкая Т.В. Офтальмофармакология. Руководство для врачей. Москва: Изд. группа ГЭОТАР – Медиа, 2005.
6. Елисеева Т. О., Свириной А.В., Хоу Сянь Жу, Симонова С.В. Повышение эффективности лечения острых ишемических заболеваний зрительного нерва и сетчатки. Тезисы докладов VII съезда офтальмологов. Россия. ч.2. Москва, 2000. – С.174-175.
7. Жаров Д.Г. Секреты гирудотерапии. – Ростов – на – Дону: Медицина.– 2003. – С. 5-159.
8. Каменев Ю, Каменев О. Вам поможет пиявка. Практическое руководство по гирудотерапии. – Санкт-Петербург, 2002. – С. 70-189.
9. Краснова М.Л., Шульпина Н.Б.. Терапевтическая офтальмология. – М: Медицина, 1985. – С. 22-92,301-359, 510-538.
10. Малостов В.Д. Энергетический метод лечения заболеваний. Иглотерапия. – М: Из-во «Файр-Пресет», 2003.
11. Научно-практические аспекты народной медицины. – Калининград, 2004. – С. 268-273.
12. Пособие для врачей. Рефлексотерапия при атрофиях зрительного нерва различной этиологии. Москва, 1997.
13. Тарасова Л.Н., Киселева Т.Н., А.А.Фокин. Гласный ишемический синдром. – М: Медицина.– 2003.
14. Ярцева Н.С., Л.А. Деев, В.А. Павлов. Офтальмодиагностика патологии зрительного нерва и головного мозга. Смоленск, 2004.