МЕСТНАЯ СОСУДОРАСШИРЯЮЩАЯ И ГИРУДОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РИГИДНОГО КИСТОЗНОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ АНГИОРЕТИНОПАТИЕЙ

Практическое руководство для врачей

Чебоксары 2006

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
Государственное образовательное учреждение
«Институт усовершенствования врачей»

МЕСТНАЯ СОСУДОРАСШИРЯЮЩАЯ И ГИРУДОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РИГИДНОГО КИСТОЗНОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ АНГИОРЕТИНОПАТИЕЙ

Практическое руководство для врачей

Чебоксары 2006

УДК 617.735:616.145-005.6

Авторы-составители: Н.П. Паштаев, И.В. Мутиков,
Г.П. Кочетова, Н.В. Ефремова

Местная сосудорасширяющая и гирудотерапия в лечении ригидного кистозного макулярного отека у пациентов с посттромботической ангиоретинопатией: Практическое руководство для врачей / Авт.-сост. Н.П. Паштаев, И.В. Мутиков, Г.П. Кочетова, Н.В. Ефремова; ИУВ. – Чебоксары, 2006. – 8 с.

Описан способ дополнительного консервативного лечения ригидного кистозного макулярного отека на фоне посттромботической ангиоретинопатии с использованием ряда сосудорасширяющих препаратов в сочетании с методикой гирудотерапии. Приведены результаты лечения пациентов, изложены показания и противопоказания к применению данной методики.

Для слушателей Института, офтальмологов глазных стационаров и поликлиник.

Ответственный редактор: д-р мед. наук Н.П. Паштаев.

Утверждено Методическим советом Института.

© Авт.-сост. Н.П. Паштаев, И.В. Мутиков,
Г.П. Кочетова, Н.В. Ефремова, 2006

Общие сведения

Сосудистые заболевания сетчатки занимают лидирующее место среди причин слепоты и слабовидения.

В последние годы отмечается увеличение числа случаев тромбоза вен сетчатки. Тенденция к росту вазоокклюзионных заболеваний в большинстве случаев связана с общим увеличением распространенности атеросклеротических поражений и артериальной гипертензии, которые считаются ведущими этиологическими причинами тромбоза ретинальных вен. Данный вид патологии занимает около 60% всей острой сосудистой патологии органа зрения, по тяжести поражения сетчатки и прогнозу стоит на втором месте после диабетической ретинопатии.

Неоваскуляризация заднего и переднего сегментов глаза, рецидивирующий гемофтальм, неоваскулярная глаукома резко снижают качество жизни пациентов, приводят к инвалидизации. Вылечить пациентов с тромбозом ретинальных вен и гарантировать его профессиональную и социальную реабилитацию проблематично. Предлагаемые методы хирургической коррекции данной патологии (оптическая радиальная невротомия, шиатотомия, прямой массаж ретинальных вен с одномоментным проведением витрэктомии и эндолазеркоагуляции, интравитреальным применением триамциналона ацетата и т.д.) не всегда доступны пациентам из-за неудовлетворительного общего соматического состояния, удаленности специализированных офтальмохирургических центров, нежелания больных прибегнуть к хирургическим методам лечения. В этой связи оправдан поиск новых консервативных или комбинированных методов лечения данной патологии.

Прогностически большое значение имеет отек макулы, который служит основной причиной снижения остроты зрения при данной патологии.

От длительности его существования зависит возможность восстановления центрального зрения. Несмотря на проводимую в остром периоде заболевания консервативную терапию, а также лазеркоагуляцию сетчатки как в ранние, так и в более поздние сроки, нередко сохраняется диффузный отек макулы с формированием в дальнейшем кистозного отека и кистозной дистрофии.

Трудность создания необходимой терапевтической концентрации непосредственно в зоне поражения является основной сложностью при консервативном лечении посттромботической ангиоретинопатии. Используемая лазеркоагуляция сетчатки, в свою очередь, не оказывает

влияния на звенья патогенеза болезни, устраняя лишь ее осложнения. В связи с этим нами предложена новая методика комплексного лечения кистозного макулярного отека, основанная на фармакотерапевтических свойствах используемых препаратов и улучшающая ретинальное кровообращение, реологические свойства крови.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Показание к использованию медицинской технологии

Посттромботическая ригидная кистозная макулопатия.

Противопоказания к использованию медицинской технологии

Местные

1) выраженный ретинальный отек;

2) массивные геморрагии в бассейне тромбированной вены (по данным ФАГД).

Общие

1) тяжелая гипертония с диастолическим давлением более 105 мм рт.ст.;

2) тяжелая форма СД;

3) хроническая почечная недостаточность;

4) тяжелая гепатоцеллюлярная недостаточность.

Лекарственное обеспечение

1. Лекарственные препараты:

– раствор папаверина гидрохлорида 2% - ампулы 2 мл (VEROPHARM), Р№ 000503/01-2001

– раствор новокаина 0,5% - ампулы 5 мл РЛС 71/380/35

– раствор эмоксипина 1% - ампула 1 мл (Московский эндокринологический завод ФГУП, Россия), Р№ 001173/01-2001

– кавинтон ампула 2 мл (Гедеон Рихтер, Венгрия), Р№. П014725/02-2003

– пикамилон (Акрихин ХФК, Россия), таблетки 20мг, Р№ 000659/01-2001

2. Медицинские пиявки.

Первичное обследование пациента

1. Анамнез. Четко устанавливается время тромбоза ретинальных вен, методы проводимого ранее консервативного лечения.

2. Определение остроты зрения с коррекцией и без нее.

3. Исследование центрального поля зрения с помощью сетки Амслера.

4. Биомикроскопия с контактной линзой Гольдмана.

5. Прямая офтальмоскопия.

6. Периметрия.

7. Флюоресцентная ангиография.

8. Оптическая когерентная томография заднего отрезка глаза.

Описание методики лечения

Использование в лечении кистозного макулярного отека определенных лекарственных средств основано на их терапевтических свойствах, направленных на устранение ишемии, восстановление микроциркуляции, усиление обмена веществ в зоне повреждения.

Так, применяя папаверин с новокаином, мы использовали их сосудорасширяющее и спазмолитическое действие. Действие эмоксипина основано на способности снижать проницаемость капилляров, укреплять сосудистую стенку, улучшать реологические свойства крови за счет уменьшения свертываемости и вязкости крови. Кавинтон способствует улучшению реологии крови, оказывает антиоксидантное действие, способствует активному транспорту кислорода к тканям. Пикамилон сочетает ноотропное и сосудорасширяющее действие.

Используя гирудотерапию, рассчитывали на известные механизмы действия пиявки, заключающиеся в устранении венозного застоя, улучшении тканевого обмена, увеличении скорости кровотока, ускорении доставки лекарственных средств и выведении конечных продуктов обмена за счет многокомпонентного секрета слюнных желез пиявки- гирудина.

Схема лечения

1.Папаверина гидрохлорид 2%-0,3 с новокаином 0,5%-0,3 парабульбарно ежедневно (курс 7-8 инъекций).

2. Эмоксипин 1%-0,5 парабульбарно ежедневно (курс 10-15 инъекций).

3. Кавинтон 1,0 на физиологическом растворе 500,0 внутривенно капельно №10.

4. Пикамилон внутрь по 1 таблетке 3 раза в день в течение месяца.

5. Гирудотерапия по 1-2 медицинские пиявки на область виска и сосцевидного отростка на стороне поражения через 2-3 дня № 5-7.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА

По описанной методике пролечено 32 пациента (32 глаза) с кистозной посттромботической макулопатией, давность заболевания которой составила от 3 до 8 месяцев. Средний возраст пациентов - 60 лет.

По локализации окклюзии пациенты распределились следующим образом: верхневисочная ветвь - 18 глаз, нижневисочная ветвь - 10, ЦВС - 4 глаза.

У 31 пациента в анамнезе отмечена артериальная гипертензия с признаками атеросклероза сосудов.

Все пациенты, как минимум, два раза до проводимого лечения получали курсовое лечение по поводу флеботромбоза и отека макулы препаратами из группы антикоагулянтов, дезагрегантов, осмотическими средствами, а также по показаниям им была проведена лазеркоагуляция сетчатки. Данное лечение не привело к выраженному терапевтическому эффекту.

Результаты нашего лечения оценивались на 8-15-й день консервативной терапии. Положительный эффект достигнут у 23 больных (72%), из них у 8 пациентов произошли резорбция или уменьшение кистозного макулярного отека (зарегистрировано по данным ФАГД и ОСТ), увеличение остроты зрения в среднем на 0,15 и исчезновение или уменьшение центральной относительной скотомы. 15 пациентов (47%) отмечали субъективное улучшение и фрагментарный распад центральной относительной скотомы, изменений остроты зрения и данных ФГД не произошло. У оставшихся 9 пациентов (28%) ни субъективно, ни объективно положительной динамики не выявлено. Отрицательного эффекта в процессе лечения или после него отмечено не было.

Данная методика не является основной и самостоятельной. Клинико-функциональный анализ результатов подтвердил возможность ее применения как дополнительной к основному стандартному лечению флеботромбоза, кистозного макулярного отека и посттромботической ангиоретинопатии или после безуспешных предшествующих методик. Простота, отсутствие осложнений и хороший терапевтический эффект лечения позволяют рекомендовать нашу методику в широкой клинической практике.

Список рекомендуемой литературы

1.Танковский В.Э. Тромбозы вен сетчатки. М.: Воениздат, 4-й филиал, 2000. С. 184-254.

2.Бунин А.Я. и др. Патогенетические факторы тромбоза центральной вены сетчатки // Вестн. офтальмол. 1989. №6. С. 50-53.

3.Кацнельсон Л.А., Харлап С.И. Сосудистая патология глаза, как причина инвалидности по зрению и возможности ее лечения // Вестн.офтальмол. 1982. №6. С. 48-53.

4.Кацнельсон Л.А., Форофонов Т.И., Бунин А.Я. Сосудистые заболевания глаз. М.: Медицина, 1990. 270 с.

5.Кацнельсон Л.А., Танковский В.Э., Павленко Л.В. Частота тромбозов ретинальных вен у больных с гипертонической болезнью и их прогностическое значение // 9-й съезд офтальмологов Украины. Одесса, 1996. С. 376-377.

6.Муха А.И. и др. Сравнительная оценка эффективности препаратов, влияющих на микрореологические свойства крови при лечении тромбоза вен сетчатки // Вестн.офтальмол. 1988. №3. С. 60-63.

7.Раднот М. Офтальмологическая патология. М.: АН СССР, 1961. 232 с.

8.Танковский В.Э. Сравнительная эффективность лазерной коагуляции сетчатки и консервативной терапии у больных со свежими тромбозами ветвей центральной вены сетчатки // Актуальные проблемы офтальмологии. Красноярск. 1997. С. 186-187.

9.Травкин А.Г. и др. Клинико-диагностические стандарты по офтальмологии: Метод. рекомендации. М., 1991. 25 с.

10.Федоров С.Н., Кишкина В.Я., Семенов А.Д. Флюоресцентная ангиография глаза и ее роль в офтальмохирургии. М., 1993. 302 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Общие сведения 1

Описание метода 2

Эффективность метода 4

Список рекомендуемой литературы 5

Учебное издание

Авторы-составители:

Паштаев Николай Петрович
Мутиков Игорь Владимирович
Кочетова Галина Петровна
Ефремова Наталья Владимировна

Местная сосудорасширяющая и гирудотерапия в лечении ригидного кистозного макулярного отека у пациентов с посттромботической ангиоретинопатией

Практическое руководство для врачей

Подписано в печать 31.08.06 г. Формат 60x84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура «Times». Печать оперативная.
Усл. печ. л.0,46. Уч.-изд. л. 0,3. Тираж 100 экз. Заказ № 17.

ГОУ «Институт усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития Чувашии
428003, Чебоксары, Красная площадь, 3.