

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

«Согласовано»

Начальник отдела по
координации научно-
исследовательской деятельности
Министерства Здравоохранения
-----Ф.М. Аюпова
«-----»-----2007 г.

«Утверждаю»

Начальник управления кадров
учебных заведений и науки
Министерства Здравоохранения
-----Ш.Э. Атаханов
«-----»-----2007 г.

Применение методики ретробульбарной катетеризации при лечении атрофии
зрительного нерва
(Методические рекомендации)

ТАШКЕНТ – 2007

СОСТАВИТЕЛЬ: Максудова Зулфия Рузметовна – ассистент кафедры
глазных болезней Ташкентской Медицинской Академии

РЕЦЕНЗЕНТЫ: Каримова Муяссар Хамитовна – доктор медицинских
наук, профессор, заместитель директора Республиканского
Специализированного Центра Микрохирургии глаза

Назирова Саодат Хамидуллаевна - кандидат
медицинских наук, доцент кафедры глазных болезней
Ташкентской Медицинской Академии

Методические рекомендации предназначены для практических врачей –
офтальмологов, ассистентов, аспирантов и резидентов.

Методическая рекомендация рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры
глазных болезней ТМА, протокол № ----- от «-----» ----- 2007 г. и на
заседании хирургической секции ЦМК протокол
№ ----- от «-----»-----2007 г.

Рассмотрена и рекомендована к изданию Центральной Методической
Комиссии ТМА Протокол № ----- «-----»-----2007 г.

Председатель, профессор

Ф.А. Бахритдинова

Рассмотрена и утверждена на Ученом Совете ТМА
Протокол № ----- «-----»-----2007 г.

Ученый секретарь, профессор

Г.С. Рахимбаева

ВВЕДЕНИЕ

Одним из важных показателей здоровья населения являются данные о состоянии инвалидности, в том числе вследствие патологии органа зрения и информация о слепоте и слабовидении. По данным авторов, основными причинами инвалидизирующих зрительных расстройств в последнее десятилетие является глаукома (20%), а также заболевания сосудистого тракта, сетчатки и зрительного нерва (15%), в том числе атрофия зрительного нерва (АЗН).

Рост первичной инвалидности по зрению за последнее десятилетие наглядно свидетельствует о недостаточной эффективности существующих методов лечения. Проблемы профилактики и лечения АЗН, медицинской реабилитации, вопросы изучения механизма воздействия того или иного фактора на зрительный анализатор, на системы и ткани организма в целом требуют систематизации клинического и методологического материала, дальнейших функциональных и физиологических исследований и выработки наиболее эффективного подхода к решению данной проблемы на современном уровне.

В настоящее время понятие глаукома включает в себя значительную группу заболеваний глаз, объединенных общим глаукомным синдромом, в который входит: повышение ВГД выше толерантного и оптическая нейропатия, проявляющаяся атрофией зрительного нерва с экскавацией и характерными изменениями зрительных функций.

Известно, что такие заболевания, как опто - хиазмальный лептоменингит, опто – хиазмальный арахноидит, энцефалиты различной этиологии приводят к развитию воспалительной АЗН и как следствие функциональным нарушениям органа зрения, приводящая к частичной или полной слепоте.

Зрительный нерв и зрительный перекрест непосредственно связаны с оболочками мозга и поэтому при воспалительных заболеваниях последнего возникает нисходящая воспалительная АЗН.

По данным авторов черепно-мозговая травма (ЧМТ) в 2-5% случаев сопровождается поражением зрительного пути.

Снижение зрительных функций при закрытой ЧМТ связано чаще при ЧМТ с преимущественным поражением ЗН на уровне зрительного канала. По данным авторов, причиной снижения зрения могут быть посттравматические осложнения ЧМТ в отдаленные сроки после травмы (1-3 мес.), как посттравматический арахноидит, рубцово – спаечные процессы, кисты, гидроэнцефалиты.

Одно из первых мест среди этиологических факторов возникновения острых ишемических состояний занимают гипертоническая болезнь и атеросклероз. Эти и другие сосудистые заболевания, а также возрастное ослабление деятельности сердца, способствуют возникновению АЗН и возрастной дегенерации сетчатки .

По данным авторов ишемию глаза обычно вызывает недостаточность притока крови, которая может быть следствием действия одного или нескольких механизмов. Нейрогенный механизм в этом случае вазоконстрикция, происходит на фоне преобладания симпатoadреналовых влияний на атериолы и прекапилляры (стресс), а также вследствие снижения активности парасимпатических влияний на атериолы.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ МЕТОДИКИ РЕТРОБУЛЬБАРНО КАТЕТЕРИЗАЦИИ

Показания

1. ЧАЗН сосудистого генеза
 2. ЧАЗН глаукоматозного генеза
 3. ЧАЗН травматического генеза
 4. ЧАЗН воспалительного генеза
- с различной степенью снижения зрительной функции.

К противопоказаниям, которые мы считаем абсолютными, относятся:

1. Опухоли орбиты, головного мозга и другие онкологические заболевания.
2. Гнойные заболевания глаза и орбиты.
3. Металлические инородные тела (внутриглазной, внутриорбитальной, внутричерепной локализации).
4. Эпилепсия и эпилептические синдромы после тяжелой ЧМТ и при ДЦП.
5. Психические заболевания.

Относительные противопоказания

1. Состояние после удаления опухоли при различных онкологических заболеваниях
2. Состояние после лучевой и химиотерапии.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕТОДА

Используемый материал:

- силиконовая трубка диаметром 1,5 мм, длиной 12 - 15 см;
- игла для внутривенных вливаний.

Препараты:

1. Эмоксипин – раствор для инъекций, ампл. 1 мл. № 10, Таллиннский фармацевтический завод АО (Эстония), №4740412001092

2. Дексазон – раствор для инъекций, амп. 1 мл, № 5, KRKA (Югославия), № 215349.
3. Пентоксифилин - раствор для инъекций, амп. 1 мл, № 10
4. Тауфон – раствор для инъекций 4%, флаконы 5 мл, № 3, Харьковский фармацевтический завод (Украина), № 1101/03923
5. Церебролизин - раствор для инъекций, амп. 1 мл,
6. Солкосерил - раствор для инъекций, амп. 2 мл, Solco Basle (Швейцария), № 006437
7. Витамин В₂ - раствор для инъекций 5%, амп. 2 мл,
8. Милдронат - раствор для инъекций 10%, амп. 5 мл,
9. Фибринолизин - раствор для инъекций, амп. 5 мл,

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Перед проведением ретробульбарной катетеризации больному следует объяснить принцип вмешательства, а также характер возможных осложнений и получить согласие больного на данную методику. Больной должен быть проинформирован, что лечение направлено на предотвращение дальнейшего снижения остроты зрения.

Метод осуществляется путём введения силиконовой трубки с помощью иглы мандрена одним концом в ретробульбарное пространство без какого – либо разреза кожи, второй конец трубочки фиксируется на коже щеки в височной области.

В дренажную внутривенную иглу вставляется мандрен из силиконовой трубки. После обработки кожи век в нижнем наружном сегменте дренажной иглой с мандреном делается прокол в ретробульбарное пространство. Игла выводится и остается лишь мандрен, в который вставляется силиконовая трубка. Второй конец трубочки закрывается стерильной резиновой пробкой. Трубочка с помощью лейкопластыря фиксируется в трех точках на коже скуловой и височной области лица.

В дальнейшем через эту трубочку вводятся препараты 6 раз в день с интервалом в 2 часа в течении 10 дней. Лечение проводится по следующей схеме:

Схема лечения методикой ретробульбарной катетеризации

Препараты									
Группы Больных	Эмокси-пин	Дексазон	Пентокси-филлин	Тауфон	Солкосе-рил	Церебро-лизин	Вит В2	Милдро-нат	Фибри-нолизин
ЧАЗН Глаукоматозной этиологии	+	+		+	+	+	+		
ЧАЗН Сосудистой этиологии	+	+	+	+	+			+	+
ЧАЗН Посттравмати – ческой и поствоспалительной этиологии	+	+	+	+	+	+			

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАННОГО МЕТОДА

Методика ретробульбарной катетеризации была проведена 105 больным (155 глаз) с диагнозом: частичная атрофия зрительного нерва различного генеза (ЧАЗН).

Больных с ЧАЗН глаукоматозного генеза было 37 человек (48 глаз); с диагнозом ЧАЗН сосудистого генеза вторая группа – 39 больных (59 глаз) ; с ЧАЗН травматического генеза - 17 больных (25 глаз); с диагнозом ЧАЗН воспалительного генеза - 12 больных (23 глаза). Возраст пациентов варьировал от 16 до 84 лет.

По нашим данным эффективность лечения методикой ретробульбарной катетеризации наблюдалось в 89,3% случаев при II степени ЧАЗН и в 85,3% случаев при III стадии ЧАЗН. В 3 глазах (в одном случае в ЧАЗН-травматической этиологии, ЧМТ тяжелой степени и в 2-х глазах на фоне хронической сосудистой недостаточности в системе ЦАС). У пациентов с ЧАЗН II степени с исходной остротой зрения $>0,2$ в 39,3% случаях ОЗ повысилась на 39,3, в 10 глазах ОЗ повысилась более чем на 0,2 в 35,7% , т-е более чем в трети случаев ОЗ после лечения соответствовала I ст. ЧАЗН.

Лечение больных методом р/б катетеризации при III ст. ЧАЗН привело к позитивной динамике ОЗ в 85,7%, в 4-х глазах ОЗ без динамики (в 2-х глазах -ЧАЗН сосудистого генеза после перенесенного тромбоза центральной вены сетчатки и дегенеративные изменениями в области желтого пятна, в 2-х глазах- ЧАЗН воспалительного генеза, после перенесенного неврита зрительного нерва). Высокое повышение ОЗ для данной степени атрофического процесса более чем на 0,1 наблюдалось в 42,9%- почти у половины пролеченных в этой группе случаев.

Эффективность лечения методом ретробульбарной катетеризации существенно эффективно при II и III ст. ЧАЗН, по динамике ОЗ высока эффективность подобного лечения при II ст. ЧАЗН.

Таким образом, методика ретробульбарной катетеризации при лечении больных с ЧАЗН высоко эффективна при лечении больных со II степенью ЧАЗН и значительно эффективна при III степени ЧАЗН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Свирин А.В., Хоу Сеньжу., Елисеева Т.О. Применение субтентной имплантации коллагеновой губки в лечении острых ишемических заболеваний сетчатки и зрительного нерва. //III Всероссийская школа офтальмологов. – М., 2004. С. 337-344.
2. Линник Л.Ф., Оглезлева О.К., Антропова Г.М., Сычёва Л.В. Современные комплексный подход к лечению патологии сетчатки и зрительных путей. //Материалы III Евроазиатской конференции по офтальмологии.- Екатеринбург, 2003. С. 75-76.
3. Елисеева Т.О., Свирин А.В. Методы лечения ишемических состояний зрительного нерва и сетчатки. //Клин. офтальмол. 2002. Т.3. №3. С. 12-21.
4. Басинский С.Н. Способ адресной доставки лекарственных препаратов в лечении дистрофических состояний глаз. //Клин. офтальмол. 2004. Т.5. №1. С. 5-8.
5. Neil R., Miller M.D. Compressive optic neuropathies with optic disk swelling. //Walsh and Hoyt's clinical neuroophthalmology. 2003, Chapter 15. –Ed. 4. 4-vol.1.