

УДК 617.735–002–036–022.7:579.835.12

Клінічна оцінка ефективності ерадикаційної терапії збудника *Helicobacter pylori* у лікуванні хворих на хронічну центральну серозну хоріоретинопатію

П. А. Бездітко, І. М. Лагоржевська, О. В. Заволока

Харківський національний медичний університет, м. Харків (Україна)

Частота инфицирования Helicobacter Pylori среди больных с центральной серозной хориоретинопатией превышает общую в популяции и составляет 39,7–86,2 %.

Цель работы: *определить клиническую эффективность эрадикационной терапии Helicobacter Pylori в лечении больных с хронической центральной хориоретинопатией.*

Материал и методы. *Под наблюдением находилось 15 больных с первично хронической и 36 больных с вторично хронической формой центральной серозной хориоретинопатии. Больных разделили на основную группу (которым назначали омепразол 40 мг, кларитромицин 1000 мг, амоксицилин 2000 мг в сутки 7–10 дней) и контрольную группу (которым не назначали лечение).*

Результаты и их обсуждение. *При первично хронической форме использование эрадикационной терапии возбудителя Helicobacter Pylori для лечения Нв-позитивных больных приводило к увеличению позитивной динамики с полной резорбцией субретинальной жидкости на 89 % больных и улучшение отсроченного прогноза через 2 года: повышение остроты зрения в 1,2 раза, уменьшение частоты скотом в 1,8 раза и размера скотом в 3,9 раза, уменьшение частоты метаморфозий в 2,3 раза и патологии цветовосприятия в 2,3 раза; статистически значимая позитивная динамика с полной резорбцией субретинальной жидкости отмечалась через 6 месяцев в 89 % больных.*

У Нв-позитивных больных с вторично хронической формой использование эрадикационной терапии возбудителя Helicobacter Pylori приводило к уменьшению частоты рецидивирования на 75 % и улучшение отдаленного прогноза через 2 года: улучшение остроты зрения в 1,3 раза, уменьшение частоты скотом в 1,6 раза и размера скотом в 1,9 раза, уменьшение частоты метаморфозий в 1,4 раза и патологии цветовосприятия в 1,3 раза. Статистически значимая позитивная динамика с полной резорбцией субретинальной жидкости отмечалась через 6 месяцев у всех больных.

Выводы. *Эрадикационная терапия возбудителя Helicobacter Pylori эффективна в лечении больных с хронической формой центральной серозной хориоретинопатии.*

Ключевые слова: *центральная серозная хориоретинопатия, хроническая форма, Helicobacter Pylori.*

Ключові слова: *центральна серозна хориоретинопатія, хронічна форма, Helicobacter Pylori.*

Clinical efficiency of *Helicobacter pylori* infection eradication in treatment of patients with chronic central serous chorioretinopathy

Bezditko P. A., Lahorzhevskaya I. M., Zavaloka O. V.

Kharkov National Medical University, Kharkov (Ukraine)

Introduction. *Central serous chorioretinopathy causes recurrences in 20–50 % of cases and becomes prolonged in 5–10 % of cases that often leads to visual acuity loss. The frequency of Helicobacter Pylori infection among patients with central serous chorioretinopathy is 39.7–86.2 % and exceeds that in general population.*

Purpose of the work *was to determine the clinical efficacy of Helicobacter Pylori infection eradication in treatment of patients with chronic form of central serous chorioretinopathy.*

Materials and methods. *15 patients with primary chronic form and 36 patients with secondary chronic form of central serous chorioretinopathy participated in*

© П. А. Бездітко, І. М. Лагоржевська, О. В. Заволока, 2015

this study. Patients were divided into a main group (who were treated with omeprazol 40 mg, claritromycin 1000 mg, amoxicillin 2000 mg in a day for 7–10 days) and a control group (who were not treated).

Results. *In primary chronic form of the central serous chorioretinopathy using Helicobacter Pylory infection eradication in treatment of Hb-positive patients led to increasing positive dynamics with complete resorption of the subretinal fluid in 89 % of patients and improvement of distant prognosis after 2 years: visual acuity increased 1.2 times, decrease of scotoma frequency 1.8 times and scotoma size 3.9 times, decrease of metamorphopsia frequency 2.3 times and color pathology 2.3 times; statistically significant positive dynamics with complete resorption of the subretinal fluid was marked after 6 months in 89 % of patients. Using Helicobacter Pylory infection eradication in treatment of Hb-positive patients in case of secondary chronic form of the central serous chorioretinopathy led to decrease in recurrence frequency by 75 % and improvement of distant prognosis in 2 years: visual acuity increased 1.3 times, decrease of scotoma frequency 1.6 times and scotoma size 1.9 times, decrease of metamorphopsia frequency 1.4 times and color pathology 1.3 times; statistically significant positive dynamics with complete resorption of the subretinal fluid was marked after 6 months in all patients.*

Conclusions. *Helicobacter Pylory infection eradication is effective in treatment of patients with chronic form of central serous chorioretinopathy.*

Key words: central serous chorioretinopathy, chronic form, Helicobacter Pylory.

Вступ. Центральна серозна хоріоретинопатія (ЦСХ) — це стан, що характеризується ідіопатичним локальним відшаруванням нейросенсорної сітківки в макулярній ділянці [3] та у 20–50 % випадків набуває рецидивуючого, а у 5–10 % — довготривалого перебігу [1] й приводить до патології фоторецепторів макулярної зони зі стійкою втратою гостроти зору [7]. На сьогодні велика увага приділяється ролі збудника *Helicobacter Pylory* у розвитку ЦСХ. По різних відомостях частота інфікування серед хворих на ЦСХ перевищує таку в загальній популяції та складає 39,7–86,2 % [4, 5]. Логічно припустити, що препарати ерадикації *Helicobacter Pylory* є ефективними для лікування ЦСХ. На невеликій групі дослідження була виявлена їх ефективність щодо підвищення гостроти зору й зменшення рецидивів при хронічній ЦСХ [6]. Та не було проведено комплексної оцінки ерадикаційної терапії щодо відновлення центрального й кольорового зору у хворих ЦСХ. Мета роботи: визначити клінічну ефективність ерадикаційної терапії *Helicobacter Pylory* у лікуванні хворих на хронічну ЦСХ.

Матеріал та методи

Під наглядом знаходився 51 хворий на хронічну форму ЦСХ (59 очей). Діагноз був встановлений у разі ідіопатичного локального відшарування нейросенсорної сітківки в макулярній ділянці після виключення інших причин ексудації при дифузних альтераціях пігментного епітелію сітківки, персистенції невисокого серозного відшарування сітківки та поширених зонах ураження. Для деталізації термінології нами була розроблена робоча класифікація ЦСХ, згідно якої хронічну форму підрозділяли на первинно хронічну, що виникала на початку захворювання (15 хворих та очей) та вторинно хронічну, що виникала як результат довготривалого перебігу (36 хворих, 44 ока).

Хворих розділили на основну групу (9 очей Нб-позитивних хворих на первинно хронічну форму, яким було призначено ерадикаційну терапію, та 25 очей хворих на вторинно хронічну ЦСХ) та контрольні групи, яким не призначали лікування: Нб-позитивні хворі (3 ока хворих на первинно хронічну форму та 14 очей хворих на вторинно хронічну ЦСХ) та Нб-негативні хворі (3 ока хворих на первинно хронічну форму та 5 очей хворих на вторинно хронічну ЦСХ). Хворим основної групи призначали потрібну комбінацію препаратів, згідно до стандартної схеми, рекомендованої Маастрихтським консенсусом-2 у 2000 році [2]: інгібітор протонної помпи омепразол у стандартній дозі 40 мг/добу 2 рази на день, кларитроміцин (500мг 2 рази на добу) та амоксицилін (1000 мг 2 рази на добу). Лікування тривало 7–10 днів.

Результати дослідження та їх обговорення

У хворих на первинно хронічну форму ЦСХ в основній групі здебільшого була відмічена позитивна динаміка (88,9 %, 8 хворих та очей). У 1-го хворого (11,1 %, 1 око) динаміка на протязі 1 місяця залишалась без змін, що стало причиною призначення лазерної терапії. У ще 1-го хворого (11,1 %, 1 око) через 1,3 роки після призначення терапії відмітили рецидив. При обстеженні у цього хворого знову був виявлений збудник *Helicobacter Pylory*, що стало причиною призначення повторного курсу ерадикаційної терапії *Helicobacter Pylory*, яка призвела до позитивної динаміки. У 100 % Нб-позитивних хворих (3 хворих та ока), яким не проводили ерадикаційної терапії, та Нб-негативних хворих (3 хворих та ока) динаміка на протязі 1 місяця залишалась без змін, що стало причиною призначення лазерної чи фотодинамічної терапії по показанням.

У всіх хворих на вторинно хронічну форму ЦСХ в процесі спостереження спостерігалась позитивна динаміка. Але через деякий час у частини хворих були відмічені рецидиви, частота яких залежала від виду призначеної терапії. В основній групі (20 хворих, 25 очей) через $1,3 \pm 0,2$ роки у 15 % хворих (3 особи) відмітили рецидив. При обстеженні у цих хворих знову був виявлений збудник *Helicobacter Pylori*, що стало причиною призначення повторного курсу ерадикаційної терапії *Helicobacter Pylori*, яка призвела до позитивної динаміки. У більшості Нб-позитивних хворих (90,9 %, 10 хворих; 13 очей), яким не проводили ерадикаційної терапії, були відмічені рецидиви в процесі спостереження. Рецидиви виникали, в середньому, через $0,9 \pm 0,2$ роки. При виникненню рецидиву хворим було рекомендовано проведення ерадикаційної терапії збудника *Helicobacter Pylori* або проведення лазерної чи фотодинамічної терапії по показанням. У 100 % Нб-негативних хворих (5 хворих та очей) були відмічені рецидиви в процесі спостереження, що виникали в середньому через $0,8 \pm 0,2$ роки. При виникненні рецидиву хворим було рекомендовано проведення лазерної чи фотодинамічної терапії по показанням.

У хворих на первинно хронічну форму ЦСХ в основній підгрупі гострота зору при первинному огляді складала $0,91 \pm 0,06$, статистично значимо не змінювалась через 10 днів та підвищувалась в динаміці спостереження через 1 місяць ($0,95 \pm 0,02$), 3 й 6 місяців ($0,96 \pm 0,02$), 1 рік ($0,96 \pm 0,03$) та 2 роки ($0,96 \pm 0,02$), $p < 0,05$. У Нб-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, гострота зору при первинному огляді та через 10 днів складала $0,91 \pm 0,06$, статистично значимо не змінювалась через 1 й 3 місяці та зменшувалась через 6 місяців ($0,81 \pm 0,05$), 1 рік ($0,80 \pm 0,06$) та 2 роки ($0,79 \pm 0,07$), $p < 0,05$. У Нб-негативних хворих гострота зору при первинному огляді та через 10 днів складала $0,90 \pm 0,08$, статистично значимо не змінювалась через 1 й 3 місяці та зменшувалась через 6 місяців ($0,83 \pm 0,04$), 1 рік ($0,82 \pm 0,04$) та 2 роки ($0,82 \pm 0,05$), $p < 0,05$. При порівнянні показників основної групи та контрольних виявили статистично значиму відмінність: середня гострота зору в основній групі через 6 місяців, 1 та 2 роки була у 1,2 рази вище ($p < 0,05$).

У хворих на вторинно хронічну форму ЦСХ в основній підгрупі гострота зору при первинному огляді складала $0,65 \pm 0,06$, статистично значимо не змінювалась через 10 днів та підвищувалась в динаміці спостереження через 1 місяць ($0,77 \pm 0,04$), 3 місяці ($0,79 \pm 0,04$), 6 місяців й 1 рік ($0,80 \pm 0,03$), 2 роки ($0,81 \pm 0,03$), $p < 0,05$. У Нб-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, гострота зору при первинному огляді складала $0,65 \pm 0,06$, статистично значимо не змінювалась через 10 днів, 1 місяць, 1 й 2 роки та підвищувалась через 3 місяці ($0,75 \pm 0,04$) й 6 місяців ($0,76 \pm 0,04$), $p < 0,05$. У Нб-негативних

хворих гострота зору при первинному огляді складала $0,63 \pm 0,06$, статистично значимо не змінювалась через 10 днів, 1 місяць, 1 й 2 роки та підвищувалась через 3 місяці ($0,74 \pm 0,05$) й 6 місяців ($0,76 \pm 0,04$), $p < 0,05$. При порівнянні показників основної групи та контрольних виявили статистично значиму відмінність: середня гострота зору в основній групі через 1 та 2 роки була у 1,3 рази вище ($p < 0,05$).

У хворих на первинно хронічну форму ЦСХ скотоми були виявлені у 100 % випадків при первинному огляді та через 10 днів. В основній групі частота виявлення скотом зменшувалась в динаміці спостереження через 1 місяць (88,8 %, 8 очей), 3 місяці (77,8 %, 7 очей), 6 місяців (66,7 %, 6 очей), 1 та 2 роки (55,6 %, 5 очей), $p < 0,05$. У 100 % Нб-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, та Нб-негативних хворих скотоми були виявлені на протязі усього спостереження. При порівнянні показників основної групи та контрольних виявили статистично значиму відмінність: частота виявлення скотом в основній групі через 1, 3, 6 місяців, 1 й 2 роки була у 1,1, 1,3, 1,5, 1,8, 1,8 рази нижче ($p < 0,05$).

У хворих на вторинно хронічну форму ЦСХ скотоми були виявлені у 100 % випадків при первинному огляді та через 10 днів. В основній групі частота виявлення скотом статистично значимо не змінювалась через 1 й 3 місяці та зменшувалась в динаміці спостереження через 6 місяців (88 %, 22 ока), 1 рік (76 %, 19 очей) та 2 роки (64 %, 16 очей), $p < 0,05$. У Нб-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, та Нб-негативних хворих частота виявлення скотом в динаміці спостереження статистично значимо не змінювалась в усі терміни спостереження. При порівнянні показників основної групи та групи Нб-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, виявили статистично значиму відмінність: частота виявлення скотом в основній групі через 1 та 2 роки була у 1,3, 1,6, рази нижче відповідно ($p < 0,05$).

У хворих на первинно хронічну форму ЦСХ середній розмір скотом в основній групі при первинному огляді складав $11,1 \pm 0,3 \times 11,8 \pm 0,4^\circ$, статистично значимо не змінювався через 10 днів та знижувався в динаміці спостереження через 1 місяць ($9,1 \pm 0,3 \times 9,6 \pm 0,3^\circ$), 3 місяці ($8,3 \pm 0,3 \times 8,4 \pm 0,3^\circ$), 6 місяців ($6,4 \pm 0,3 \times 6,6 \pm 0,3^\circ$), 1 рік ($4,2 \pm 0,3 \times 4,5 \pm 0,3^\circ$) та 2 роки ($3,3 \pm 0,2 \times 3,5 \pm 0,2^\circ$), $p < 0,05$. У Нб-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, середній розмір скотом при первинному огляді складав $11,3 \pm 0,4 \times 11,7 \pm 0,5^\circ$, статистично значимо не змінювався через 10 днів, 1 й 3 місяці та збільшувався через 6 місяців ($12,6 \pm 0,5 \times 12,9 \pm 0,5^\circ$), 1 рік ($12,8 \pm 0,5 \times 13,3 \pm 0,5^\circ$) й 2 роки ($12,9 \pm 0,5 \times 13,5 \pm 0,5^\circ$), $p < 0,05$. У Нб-негативних хворих середній розмір скотом при первинному огляді складав $10,8 \pm 0,3 \times 11,2 \pm 0,4^\circ$, статистично значимо не змінювався через 10 днів, 1 й 3 місяці та збільшу-

вався через 6 місяців ($12,4 \pm 0,5 \times 12,6 \pm 0,5^\circ$), 1 рік ($12,5 \pm 0,5 \times 12,9 \pm 0,5^\circ$) й 2 роки ($12,8 \pm 0,5 \times 13,4 \pm 0,5^\circ$), $p < 0,05$. При порівнянні показників основної групи та контрольних виявили статистично значиму відмінність: середній розмір скотом в основній групі був менше через 1 місяць у 1,3 рази, 3 місяці — у 1,4 рази, 6 місяців — у 2 рази, 1 рік — у 3 рази, 2 роки — у 3,9 рази ($p < 0,05$).

У хворих на вторинно хронічну форму ЦСХ середній розмір скотом в основній групі при первинному огляді складав $11,8 \pm 0,7 \times 11,8 \pm 0,8^\circ$, статистично значимо не змінювався через 10 днів та знижувався через 1 місяць ($9,5 \pm 0,5 \times 9,3 \pm 0,6^\circ$), 3 місяці ($8,3 \pm 0,5 \times 8,1 \pm 0,5^\circ$), 6 місяців ($7,6 \pm 0,4 \times 7,7 \pm 0,5^\circ$), 1 рік ($6,7 \pm 0,4 \times 6,9 \pm 0,4^\circ$) та 2 роки ($6,6 \pm 0,4 \times 6,5 \pm 0,4^\circ$), $p < 0,05$. У Нв-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, середній розмір скотом при первинному огляді складав $11,6 \pm 0,6 \times 11,9 \pm 0,7^\circ$, статистично значимо не змінювався через 10 днів, 1 місяць, 1 й 2 роки та зменшувався через 3 місяці ($9,1 \pm 0,5 \times 9,2 \pm 0,5^\circ$) й 6 місяців ($8,5 \pm 0,5 \times 8,7 \pm 0,5^\circ$), $p < 0,05$. У Нв-негативних хворих середній розмір скотом при первинному огляді складав $11,3 \pm 0,3 \times 11,5 \pm 0,4^\circ$, статистично значимо не змінювався через 10 днів, 1 місяць, 1 й 2 роки та зменшувався через 3 місяці ($9,2 \pm 0,3 \times 9,2 \pm 0,3^\circ$) й 6 місяців ($8,3 \pm 0,3 \times 8,4 \pm 0,3^\circ$), $p < 0,05$. При порівнянні показників основної групи та контрольних виявили статистично значиму відмінність: середній розмір скотом в основній групі був менше через 1 місяць у 1,2 рази, 1 рік — у 1,8 разів, 2 роки — у 1,9 разів ($p < 0,05$).

У хворих на первинно хронічну форму ЦСХ частота виявлення метаморфозів в основній групі при первинному огляді та через 10 днів складала 66,7 % (6 очей), знижувалась через 1 й 3 місяці (55,6 %, 5 очей), 6 місяців, 1 та 2 роки (44,4 %, 4 ока), $p < 0,05$. У Нв-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії та Нв-негативних хворих, частота виявлення метаморфозів при первинному огляді, через 10 днів, 1 й 3 місяці складала 66,7 % (2 ока), зростала в динаміці спостереження через 6 місяців, 1 та 2 роки (100 %, 3 ока), $p < 0,05$. При порівнянні показників основної групи та контрольних виявили статистично значиму відмінність: частота виявлення метаморфозів в основній групі через 1 й 3 місяці була у 1,2 рази, а через 6 місяців, 1 й 2 роки — у 2,3 рази менше ($p < 0,05$).

У хворих на вторинно хронічну форму ЦСХ частота виявлення метаморфозів в основній групі при первинному огляді, через 10 днів й 1 місяць складала 92 % (23 ока), статистично значимо не змінювалась в динаміці спостереження через 3 місяці (84 %, 21 око) та знижувалась через 6 місяців (72 %, 18 очей), 1 й 2 роки (68 %, 17 очей), $p < 0,05$. У Нв-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, частота виявлення метаморфозів при первинному огляді, через 10 днів й 1 місяць складала 85,7 %

(12 очей), статистично значимо не змінювалась в динаміці спостереження. У Нв-негативних хворих частота виявлення метаморфозів при первинному огляді, через 10 днів, 1, 3 й 6 місяців складала (80 %, 4 ока), зростала в динаміці спостереження через 1 та 2 роки (100 %, 5 очей), $p < 0,05$. При порівнянні показників основної групи та групи Нв-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, виявили статистично значиму відмінність: частота виявлення метаморфозів в основній групі через 1 й 2 роки була у 1,4 рази менше ($p < 0,05$).

У хворих на первинно хронічну форму ЦСХ частота виявлення патології кольоросприйняття в основній групі при первинному огляді складала 77,8 % (7 очей), знижувалась в динаміці спостереження через 1 місяць (66,7 %, 6 очей), 3 й 6 місяців (55,6 %, 5 очей), 1 й 2 роки (44,4 %, 4 ока), $p < 0,05$. У Нв-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, частота виявлення патології кольоросприйняття при первинному огляді, через 10 днів, 1, 3 й 6 місяців складала 66,7 % (2 ока), зростала в динаміці спостереження через 1 та 2 роки (100 %, 3 ока), $p < 0,05$. У Нв-негативних хворих частота виявлення патології кольоросприйняття при первинному огляді та в усі терміни спостереження складала 66,7 % (2 ока). Порівнюючи показники основної групи та групи Нв-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, виявили статистично значиму відмінність: частота виявлення патології кольоросприйняття в основній групі через 3 й 6 місяців була у 1,2, а через 1 й 2 роки — у 2,3 рази менше відповідно, $p < 0,05$.

У хворих на вторинно хронічну форму ЦСХ частота виявлення патології кольоросприйняття в основній групі при первинному огляді, через 10 днів й 1 місяць складала 100 % (24 ока), знижувалась в динаміці спостереження через 3 місяці (91,7 %, 22 ока), 6 місяців (83,3 %, 20 очей), 1 рік (79,2 %, 19 очей) та 2 роки (79,2 %, 19 очей), $p < 0,05$. У Нв-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, частота виявлення патології кольоросприйняття при первинному огляді, через 10 днів, 1 місяць, 1 та 2 роки складала 100 % (13 очей), знижувалась через 3 місяці (92,3 %, 12 очей) й 6 місяців (84,6 %, 11 очей), $p < 0,05$. У Нв-негативних хворих частота виявлення патології кольоросприйняття при первинному огляді, через 10 днів, 1 й 3 місяці та 1 й 2 роки складала 100 % (5 очей), знижувалась через 6 місяців (80 %, 5 очей), $p < 0,05$. Порівнюючи показники основної групи та групи Нв-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, виявили статистично значиму відмінність: частота виявлення патології кольоросприйняття в основній групі через 1 й 2 роки була у 1,3 рази менше, $p < 0,05$.

У хворих на первинно хронічну форму ЦСХ розміри міхура з субретинальною рідиною в основній групі при первинному огляді та через 10 днів складала

117±14 мкм × 4177±306 мкм, знижувались в динаміці спостереження через 1 місяць (85±8 мкм × 2113±209 мкм) та 3 місяці (54±5 мкм × 1444±132 мкм), $p < 0,05$; субретинальна рідина повністю резорбувалась через 6 місяців після лікування (розміри міхура 0×0 мкм). Однак, у 1 хворого основної групи був відмічений рецидив через 1,3 роки, що привело до повторного утворення міхура з субретинальною рідиною розміром 113 × 4187 мкм. Після призначення цьому хворому повторного курсу ерадикаційної терапії *Helicobacter Pylori* субретинальна рідина зникла через 3 місяці. У Нб-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, розміри міхура з субретинальною рідиною при первинному огляді та через 10 днів склали 119±15 мкм × 4173±315 мкм, статистично значимо не змінювались в динаміці спостереження через 1 місяць й знижувались через 3 місяці (94±9 мкм × 3318±317 мкм), 6 місяців (87±8 мкм × 2961±289 мкм), 1 рік (81±8 мкм × 2876±269 мкм) та 2 роки (77±7 мкм × 2661±259 мкм), $p < 0,05$. Розміри міхура з субретинальною рідиною у Нб-негативних хворих при первинному огляді та через 10 днів склали 129±26 мкм × 4098±219 мкм, статистично значимо не змінювались в динаміці спостереження через 1 місяць й знижувались через 3 місяці (99±9 мкм × 3413±322 мкм), 6 місяців (82±8 мкм × 2992±281 мкм), 1 рік (79±8 мкм × 2799±271 мкм) та 2 роки (75±7 мкм × 2683±244 мкм), $p < 0,05$.

У хворих на вторинно хронічну форму ЦСХ розміри міхура з субретинальною рідиною в основній групі при первинному огляді та через 10 днів склали 123±21 мкм × 4719±351 мкм, знижувались в динаміці спостереження через 1 місяць (91±9 мкм × 2005±198 мкм) та 3 місяці (48±5 мкм × 1120±111 мкм), $p < 0,05$; субретинальна рідина повністю резорбувалась через 6 місяців після лікування (розміри міхура 0×0 мкм). Однак, у 3-х хворих (15 % хворих) основної групи був відмічений рецидив через 1,3±0,2 роки, що привело до повторного утворення міхура з субретинальною рідиною розміром 120±11 мкм × 4811±201 мкм. Після призначення цим хворим повторного курсу ерадикаційної терапії *Helicobacter Pylori* субретинальна рідина зникла через 4,2±0,5 місяці. У Нб-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, розміри міхура з субретинальною рідиною при первинному огляді та через 10 днів склали 127±23 мкм × 4711±355 мкм, знижувались в динаміці спостереження через 1 місяць (97±9 мкм × 2129±229 мкм), 3 місяці (51±5 мкм × 1138±110 мкм) й 6 місяців (33±3 мкм × 981±92 мкм) ($p < 0,05$), але через 1 та 2 роки статистично значимо не відрізнялись. Розміри міхура з субретинальною рідиною у Нб-негативних хворих при первинному огляді та через 10 днів склали 134±31 мкм × 4709±287 мкм, знижувались в динаміці спостереження через 1 місяць (89±9 мкм × 2138±211 мкм), 3 місяці (57±6 мкм × 1151±111 мкм) й 6 міся-

ців (39±4 мкм × 969±95 мкм) ($p < 0,05$), але через 1 та 2 роки статистично значимо не відрізнялись.

У хворих на первинно хронічну форму ЦСХ центральна товщина сітківки в основній групі при первинному огляді складала 141±14 мкм, статистично значимо не змінювалась в усі терміни спостереження. Загальна товщина сітківки у цій групі при первинному огляді та через 10 днів складала 265±21 мкм, знижувалась в динаміці спостереження через 1 місяць (226±23 мкм), 3 місяці (195±19 мкм), 6 місяців (142±14 мкм), 1 рік (143±14 мкм), 2 роки (143±14 мкм), $p < 0,05$. У Нб-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, центральна товщина сітківки при первинному огляді складала 143±14 мкм, в динаміці спостереження через 10 днів, 1 та 3 місяці статистично значимо не змінювалась, але через 6 місяців (125±11 мкм), 1 рік (122±11 мкм) та 2 роки (120±11 мкм) центральна товщина сітківки зменшувалась ($p < 0,05$). Загальна товщина сітківки при первинному огляді та через 10 днів складала 257±21 мкм, статистично значимо не змінювалась через 1 місяць та знижувалась в динаміці спостереження через 3 місяці (228±13 мкм), 6 місяців (212±13 мкм), 1 рік (203±13 мкм), 2 роки (197±12 мкм), $p < 0,05$. У Нб-негативних хворих центральна товщина сітківки при первинному огляді складала 149±15 мкм, в динаміці спостереження через 10 днів, 1 та 3 місяці статистично значимо не змінювалась, але через 6 місяців (127±12 мкм), 1 рік (121±12 мкм) та 2 роки (120±12 мкм) центральна товщина сітківки зменшувалась ($p < 0,05$). Загальна товщина сітківки при первинному огляді та через 10 днів складала 278±29 мкм, статистично значимо не змінювалась через 1 місяць та знижувалась в динаміці спостереження через 3 місяці (244±13 мкм), 6 місяців (209±13 мкм), 1 рік (200±13 мкм), 2 роки (195±12 мкм), $p < 0,05$. При порівнянні показників основної групи та групи Нб-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, виявили статистично значиму відмінність: загальна товщина сітківки через 1, 3, 6 місяців, 1 й 2 роки була у 1,1, 1,2, 1,5, 1,4, 1,4 рази менша відповідно ($p < 0,05$).

У хворих на вторинно хронічну форму ЦСХ центральна товщина сітківки в основній групі при первинному огляді складала 101±10 мкм, статистично значимо не змінювалась в усі терміни спостереження. Загальна товщина сітківки в цій групі при первинному огляді та через 10 днів складала 224±22 мкм, знижувалась в динаміці спостереження через 1 місяць (190±12 мкм), 3 місяці (144±10 мкм), 6 місяців (97±9 мкм), 1 рік (95±9 мкм), 2 роки (96±9 мкм), $p < 0,05$. У Нб-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, центральна товщина сітківки при первинному огляді складала 106±10 мкм, статистично значимо не змінювалась в усі терміни спостереження. Загальна товщина сітківки при первинному огляді та через 10 днів

складала 233 ± 23 мкм, знижувалась в динаміці спостереження через 1 місяць (203 ± 11 мкм), 3 місяці (156 ± 10 мкм), 6 місяців (138 ± 10 мкм), але через 1 та 2 роки статистично значимо не відрізнялась. У Нв-негативних хворих центральна товщина сітківки при первинному огляді складала 111 ± 10 мкм, статистично значимо не змінювалась в усі терміни спостереження. Загальна товщина сітківки при первинному огляді та через 10 днів складала 245 ± 34 мкм, знижувалась в динаміці спостереження через 1 місяць (200 ± 10 мкм), 3 місяці (168 ± 10 мкм), 6 місяців (144 ± 10 мкм), але через 1 та 2 роки статистично значимо не відрізнялась. При порівнянні показників основної групи та групи Нв-позитивних хворих, яким не проводили ерадикаційної терапії, виявили статистично значиму відмінність: загальна товщина сітківки в основній групі через 6 місяців була у 1,3 рази, а через 1 й 2 роки — у 2,3 рази менша ($p < 0,05$).

Висновки

1. При первинно хронічній формі ЦСХ використання ерадикаційної терапії збудника *Helicobacter*

Pylori для лікування Нв-позитивних хворих приводило до збільшення позитивної динаміки з повною резорбцією субретинальної рідини на 89 % хворих та покращення віддаленого прогнозу через 2 роки: підвищення гостроти зору у 1,2 рази, зменшення частоти скотом у 1,8 разів та розміру скотом у 3,9 разів, зменшення частоти метаморфозій у 2,3 рази та патології кольоросприйняття у 2,3 рази; статистично значима позитивна динаміка з повною резорбцією субретинальної рідини відмічалась через 6 місяців у 89 % хворих.

2. У Нв-позитивних хворих на вторинно хронічну форму ЦСХ використання ерадикаційної терапії збудника *Helicobacter Pylori* приводило до зменшення частоти рецидивування на 75 % та покращення віддаленого прогнозу через 2 роки: підвищення гостроти зору у 1,3 рази, зменшення частоти скотом у 1,6 разів та розміру скотом у 1,9 разів, зменшення частоти метаморфозій у 1,4 рази та патології кольоросприйняття у 1,3 рази. Статистично значима позитивна динаміка з повною резорбцією субретинальної рідини відмічалась через 6 місяців у всіх хворих.

Література

1. Comprehensive diagnostics pathology of the fundus (fluorescent angiography, indotsianovaya angiography, optical coherence tomography). Комплексная диагностика патологии глазного дна (флюоресцентная ангиография, индоциановая ангиография, оптическая когерентная томография). / [Г. Коскас, А. Зурдан]; под ред. В. В. Нероева, М. В. Рябиной. — М.: Практическая медицина, 2007. — 175 с. : ил.
2. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. д-ра. мед. наук, проф. Ю. М. Мостового. — 6-е вид., доп. і перероб. — Вінниця, 2004. — 463 с.
3. **Чиковани К. Р.** Диагностические критерии и дифференцированный подход к лечению различных форм центральной серозной хориоретинопатии: дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.08 / Констанция Раулиевна Чиковани. — Москва, 2011. — 137 с.
4. **Abreu R.** Helicobacter Pylori and central serous chorioretinopathy / R. Abreu, J. Nadal, P. Abreu // Arch Soc Esp Oftalmol. — 2008. — Vol. 83, № 11. — P. 637–638.
5. Central serous chorioretinopathy and Helicobacter Pylori / L. Cotticelli, M. Borrelli, A. C. D'Alessio [et al.] // European journal of ophthalmology. — 2006. — Vol. 16, № 2. — P. 274–278.
6. Helicobacter Pylori as a potential target for the treatment of central serous chorioretinopathy / A. M. B. Casella, R. F. Berbel, G. L. Bressanim [et al.] // III CLINICS. — 2012. — Vol. 67, № 9. — P. 1047–1052.
7. The foveal photoreceptor layer and visual acuity loss in central serous chorioretinopathy / F. C. Piccolino, R. R. de la Longrais, G. Ravera [et al.] // Am J Ophthalmol. — 2005. — Vol. 139. — P. 87–99.
1. **Koskas G, Zurdan A.** Comprehensive diagnostics of pathology of the fundus (fluorescent angiography, indocyanine angiography, optical coherence tomography). Nerov V. V., Ryabina M. V., editors. M.: Prakticheskaia meditsina; 2007. 175 p.
2. **Mostovoi Yu.M.**, ed. Modern classification and treatment standards for common internal diseases. Edition 6. Vinnytsya; 2004. 463 p.
3. **Chikovani K. R.** Diagnostic criteria and differentiated approach to the treatment of various forms of central serous chorioretinopathy: Thesis for Cand. Of Med. Sc.: 14.00.08. Moscow; 2011. 137 p.
4. **Abreu R, Nadal J, Abreu P.** Helicobacter Pylori and central serous chorioretinopathy. Arch Soc Esp Oftalmol. 2008;83(11):637–8.
5. **Cotticelli L, Borrelli M, D'Alessio AC** et al. Central serous chorioretinopathy and Helicobacter Pylori. European journal of ophthalmology. 2006;16(2):274–8.
6. Casella AMB, Berbel RF, Bressanim GL et al. Helicobacter Pylori as a potential target for the treatment of central serous chorioretinopathy. III CLINICS. 2012; 67(9):1047–52.
7. Piccolino FC, de la Longrais RR, Ravera G et al. The foveal photoreceptor layer and visual acuity loss in central serous chorioretinopathy. Am J Ophthalmol. 2005;139:87–99.