

О. Д. РудковскаяБуковинский государственный
медицинский университет, г.Черновцы**ВОЗРАСТНАЯ МАКУЛОДИСТРОФИЯ –
ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ
(АНАЛИТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)****Ключевые слова:** возрастная
макулодистрофия, слабость
аккомодации, супрацилиарная
склерэктомия.**Резюме.** Проведено аналитическое исследование проблемы возрастной макулодистрофии. Сделано предположение, что триггером заболевания может быть генетически детерминированная слабость аккомодации. Обоснованы новые подходы к лечению возрастной макулодистрофии (терапевтические и хирургические).

Возрастная макулодистрофия (ВМД) – основная причина утраты центрального зрения во второй половине жизни у населения развитых стран. Эффективного метода лечения не существует. Современные подходы: селективная лазеркоагуляция сетчатки, кортикостероиды, ингибиторы сосудистого фактора роста, субмакулярная хирургия – не профилактуют инвалидизации больных [1,12,13,14,15].

В этиологии ВМД – много неясных моментов [1,13]. Факторы риска утраты зрения: пожилой возраст, наследственность, несбалансированное питание, курение, гиперметропия, отслойка пигментного эпителия сетчатки [1,12,14]. По последним данным, ВМД – генетически детерминированное заболевание с аутосомно – доминантным типом наследования [14].

Пусковым механизмом ВМД считают нарушение гемодинамики в сосудистой оболочке глаза, что ведет к нарушению трофики пигментного эпителия сетчатки и мембраны Бруха [13,14]. На наш взгляд, указанные симптомы – это проявление заболевания, а не его причина.

По данным литературы, ВМД развивается в более раннем возрасте и прогрессирует быстрее на фоне диабетической ретинопатии, глаукомы, катаракты, увеитов [13]. Нашими исследованиями показано, что триггером указанных заболеваний является генетически обусловленная (за счет «тесного» переднего сегмента глаза) слабость аккомодации [5,6,7,8].

Можно предположить, что эта же причина – пусковой момент ВМД.

При обследовании пациентов с неэкссудативной и экссудативной формами ВМД на парных глазах нами установлено, что рефракция на всех глазах была гиперметропической, причем более тяжелая форма ВМД наблюдалась на глазах с большей степенью гиперметропии [9]. Поскольку оптической коррекцией пациенты не пользовались (кроме пресбиопической), мы предположили, что существующая при некорригированной гиперметропической анизометропии анизометрия осложняет работу зрительного анализатора. Известно, что в детском возрасте такое состояние

провоцирует развитие амблиопии на глазу с большей аномалией рефракции. В зрелом возрасте на таком глазу может запускаться экссудативный процесс (влажная форма ВМД). Указанный процесс можно рассматривать как компенсаторную реакцию, направленную на то, чтобы снизить зрение, соответственно уменьшив нагрузку на аккомодацию в глазу с большей аномалией рефракции и выровнять разницу в аккомодационном стимуле на парных глазах. Тем самым достигается облегчение работы зрительного анализатора.

Но не во всех глазах с гиперметропической рефракцией развивается ВМД. Вышеперечисленные реакции, на наш взгляд, реализуются при исходной слабости аккомодации, превышающей возрастные нормы. Такая слабость аккомодации наблюдается в глазах с генетически детерминированным «тесным» передним сегментом – малым расстоянием между экватором хрусталика и ресничным телом. В данных глазах цинновы связки чуть провисают, воздействие ресничной мышцы на хрусталик ослабевает, объем аккомодации в определенный период жизни становится меньше возрастной нормы.

В процессе эволюции аккомодация играла существенную роль в выживании человека как вида (сканирование опасности на разных расстояниях). В случаях чрезмерной слабости аккомодации человеческий организм, стремясь восстановить аккомодацию, запускает процессы образования различных глазных заболеваний (эргономически наиболее выгодных в каждом конкретном случае): катаракты, глаукомы, близорукости, увеита и т.д. Первые фазы этих болезней являются компенсаторными (то есть увеличивают объем аккомодации).

В свете сказанного, у пациента с чрезмерной слабостью аккомодации может развиваться и ВМД, поскольку в начальных стадиях заболевания дистрофический процесс в желтом пятне умеренно снижает зрение, что уменьшает нагрузку на ослабленный аккомодационный аппарат и дает возможность увеличить объем аккомодации.

Как можно нейтрализовать слабость аккомодации при ВМД?

1. Пациенты с начальными проявлениями ВМД должны вести здоровый образ жизни (общее оздоровление организма укрепляет ресничную мышцу, что профилактирует чрезмерную слабость аккомодации и замедляет прогрессирование болезни).

2. Гиперметропическая рефракция у пациентов с ВМД должна тщательно корректироваться (очки, контактные линзы, по показаниям – LASIK, имплантация соответствующих по силе ИОЛ). Указанные меры замедляют переход сухой формы ВМД во влажную [2].

3. Терапевтическое лечение пациентов с ВМД целесообразно проводить на фоне двусторонней циклоплегии с одновременным ношением светозащитных очков [3]. Сэкономленные за счет отключения аккомодации энергоресурсы зрительный анализатор использует для ускорения репаративных процессов в сетчатке.

4. При недостаточной эффективности вышеперечисленных методов возможно хирургическое расширение кольца ресничного тела путем супрацилиарного истончения склеры [4,10]. Указанная операция (подобно оперативному лечению пресбиопии) увеличивает расстояние «экватор хрусталика – ресничное тело». При этом возрастает натяжение цинновых связок и восстанавливается объем аккомодации.

Истончение склеры целесообразно делать в виде округлых склерэктомий на 4/5 толщины склеры. Именно такая форма наиболее результативна в плане достижения эффекта операции [11].

Таким образом, трактовка ВМД как компенсаторной реакции организма на генетически детерминированную слабость аккомодации диктует потребность разработки новых подходов к лечению, часть из которых освещена в данной статье.

Нужны рандомизированные, контролируемые, долгосрочные клинические исследования для подтверждения эффективности предложенных путей решения проблемы ВМД.

Выводы

1. Триггером ВМД может быть генетически детерминированная слабость аккомодации, превышающая возрастные нормы.

2. Гиперметропическая рефракция у пациентов с ВМД должна тщательно корректироваться.

3. Терапию ВМД целесообразно проводить на фоне циклоплегии с ношением светозащитных очков.

4. При неэффективности перечисленных подходов – показано хирургическое восстановление объема аккомодации путем расширения кольца ресничного тела.

Литература. 1.Клініка Вілса. Діагностика і лікування очних хвороб:[за ред. Д.Каллома та Б.Чанга] – Львів: Медицина світу, 1999. – С.308-312. 2.Патент 63985 Україна, МПК (2011.01) А 61F 9/00. Спосіб лікування «сухої» форми вікової макулярної дегенерації / Рудковська О.Д.: заявник і патенто власник; за-

явл.04.04.2011; опубл. 25.10.2011. Бюл. №20. 3. Патент 42523 Україна, МПК (2009) А 61F 9/00. Спосіб консервативного лікування центральної хоріоретинальної дистрофії / Рудковська О.Д.: заявник і патенто власник; заявл.09.02.2009; опубл. 10.07.2009. Бюл. №13. 4. Патент 64069 Україна, МПК (2011.01) А 61F 9/00. Спосіб лікування первинної та вторинної відкритокутової та закритокутової некомпенсованої глаукоми / Рудковська О.Д.: заявник і патенто власник; заявл.14.04.2011; опубл. 25.10.2011. Бюл. №20. 5.Рудковская О.Д. Что общего в этиопатогенезе первичной открытоугольной глаукомы, близорукости и возрастной катаракты? / О.Д. Рудковская // Окулист.-2005.-№6.-С.19. 6.Рудковська О.Д. Роль аккомодациі в етіопатогенезі увіттів / О.Д.Рудковська //Клін. та експерим. патологія. – 2005. – Т.IV, №3.-С.107-109. 7.Рудковская О.Д. К вопросу об этиопатогенезе первичной открытоугольной глаукомы и близорукости / О.Д.Рудковская // Офтальмол. журн. – 2007. - №2. – С.76-78. 8.Рудковська О.Д. Хірургічне лікування неоваскулярної глаукоми діабетичного генезу / О.Д.Рудковська // Матеріали міжнар. наук. конф., присвяченої 100-річчю з дня народження акад. Н.О.Пучківської «Сучасні аспекти клініки, діагностики та лікування очних хвороб». – Одеса, 2008. – С.336. 9.Рудковская О.Д. Интраокулярные факторы возрастной макулодистрофии / О.Д. Рудковская, О.В.Садова //Вестник Российского гос. медуниверситета. – 2011. – Спец. выпуск №1. – С.363. 10.Рудковская О.Д. Супрацилиарная склерэктомия на единственных зрячих глазах с глаукомой / О.Д.Рудковская, В.В.Саламащак //Вестник Российского гос. медуниверситета. – 2011. – Спец. выпуск №1. – С.363-364. 11.Рудковская О.Д. Об эргономичности природных компенсаторных реакций / О.Д.Рудковская, В.М.Крамарь //Сб. научн. статей IX Междунар. конф. «Глаукома: теории, тенденции, технологии. НРГТ Клуб Россия - 2011», 2 декабря 2011. – Москва, 2011. – С.271-275. 12.Столяренко Г.Е. Опыт применения препаратов - ингибиторов сосудистого эндотелиального фактора роста в офтальмологии / Г.Е.Столяренко, А.В.Халаим // Вестн. офтальмологии. – 2007. - №5. – С.54-57. 13.Сук С.А. Диагностика и лечение возрастной макулодистрофии с позиций современной офтальмологии / С.А.Сук //Здоров'я України. – 2009. - №8. – С.62-63. 14.Урнева Е.М. Динамика развития влажной формы возрастной макулярной дегенерации и оценка эффективности ингибитора сосудистого эндотелиального фактора роста: автореф. дис. на соискание научной степени канд. мед. наук: спец.14.03.08 «Патофизиология» / Е.М.Урнева. – Иркутск, 2010. – 24с. 15.Maberly D. Photodynamic therapy and intravitreal triamcinolone for neovascular age-related macular degeneration: a randomized clinical trial / D. Maberly // Ophthalmology.-2011.-Vol.116.-Issue 11.-P.2149-2157.

ВІКОВА МАКУЛОДИСТРОФІЯ - ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ

О. Д. Рудковська

Резюме. Проведено аналітичне дослідження проблеми вікової макулодистрофії. Висловлено припущення, що тригером захворювання може бути генетично детермінована слабкість аккомодациі. Обґрунтовані нові підходи до лікування вікової макулодистрофії (терапевтичні і хірургічні).

Ключові слова: вікова макулодистрофія, слабкість аккомодациі, супрациліарна склеректомія.

AGE - RELATED MACULODYSTROPHY – WAYS OF SOLVING THE PROBLEM (AN ANALITICAL RESEARCH)

O. D. Rudkovskaya

Abstract. An analytical research of the problem of age – related maculodystrophy has been carried out. A supposition has been made to the effect that a releaser of the disease may be a genetically determined weakness of accommodation. New approaches to the treatment of age – related maculodystrophy (therapeutic and surgical) have been substantiated.

Key words: age – related maculodystrophy, weakness of accommodation, supraciliary sclerectomy.

Bukovyna State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2013. - Vol.12, №2 (44).-P.159-160.

Надійшла до редакції 17.05.2013

Рецензент – проф. В. Ф. Мислицький

© О. Д. Рудковская, 2013