
Электрофорез флоксала, индоколлира и мареполимиезла в лечении хориоретинитов различной этиологии

Коновалова Н. В., Серебряна Т. М.

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П.Филатова НАМН Украины» (Одесса, Украина)

Актуальность. Очаговые и диссеминированные хориоретиниты различной этиологии характеризуются нарушением архитектоники слоев сетчатки в области хориоретинального очага на всех стадиях воспалительного процесса. Электрофорез позволяет оказывать местное воздействие непосредственно на патологический очаг. Флоксал – относится к фторхинолонам, атом фтора блокирует ДНК-гиразу микробной клетки и препятствуют репликации возбудителя. Индоколлир (0,1% индометацин) – нестероидный противовоспалительный препарат, блокирует синтез простагландинов и купирует воспалительную реакцию. Мареполимиезл - натуральный метаболит, лечебный эффект которого обусловлен наличием комплекса органических соединений и 16 природных физиологическиактивных микроэлементов в соотношении, характерном для морской воды, не вызывал аллергических реакций и непереносимости. Электрофорез мареполимиезла, флоксала и индоколлира - больным хориоретинитами, обладает антибактериальным, противовоспалительным, метаболическим и стимулирующим действием, усиливает процессы регенерации и репарации.

Целью нашего исследования - изучение состояния глазного дна и зрительных функций у больных хориоретинитом под влиянием электрофореза флоксала, индоколлира и мареполимиезла.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 85 больных хориоретинитом различной этиологии. Контрольную группу составили 15 репрезентативных больных. Возраст пациентов основной группы составил $48 \pm 3,8$ лет, из них 46 мужчин и 39 женщин. Возраст больных контрольной группы $46 \pm 5,2$, 7 мужчин и 8 женщин. Все пациенты основной группы получали традиционную терапию и электрофорез флоксала, индоколлира и мареполимиезла на протяжении 12 дней. Больные контрольной группы получали только традиционную терапию.

В результате проведенного исследования наблюдалась динамика остроты зрения у пациентов основной и контрольной групп, а также фиксировалось состояние глазного дна. У 67 пациентов (78,8%) произошло достоверное повышение остроты зрения на $0,35 \pm 0,04$ ($p < 0,02$). Повышение остроты зрения на $0,2 \pm 0,03$ зафиксировано у 11 больных (12,9%), стабилизация зрительных функций без ухудшения зрительных функций наблюдалась у 7 пациентов (8,2%) ($p < 0,02$). У всех больных на глазном дне не было зафиксировано появление новых очагов, отека и кровоизлияний. Резорбция отека у очагов наблюдалась у 72 больных (88,2%). Рассасывание кровоизлияний у очагов зафиксировано у 64 больных (75,2%). У больных контрольной группы повышение остроты зрения на $0,3 \pm 0,03$ наблюдалось у 8 больных (53,3%), повышение остроты зрения на $0,2 \pm 0,04$ зафиксировано у 3 пациентов (20,0%) и стабилизация зрительных функций – у 4 больных (26,6%).

Таким образом, использование в комплексном лечении электрофореза флоксала, индоколлира и мареполимиезла у больных хориоретинитом, независимо от этиологии, процесса способствует стабилизации зрительных функций и повышению остроты зрения у 78 (91,7%) больных, стабилизация зрительных функций наблюдалась у 7 пациентов (8,2%). За время наблюдения на глазном дне пациентов наблюдалось резорбция отека и кровоизлияний у очагов. В то же время, в контрольной группе, не получавшей физиотерапевтическое лечение, повышение остроты зрения произошло у 11 пациентов (73,3 %).

Вывод. Электрофорез флоксала, индоколлира и мареполимиезла хорошо переносится больными и может быть рекомендован для лечения больных хориоретинитом как в остром периоде воспаления, так и в стадии пролиферации и рубцевания.

Floxal, Indocollir and Marepolimiel Electrophoresis in Chorioretinitis Treatment

Konovalova, N. V., Serebrina T. M.

Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy (Odessa, Ukraine)

The use of Floxal, Indocollir and Marepolimiel electrophoresis in the treatment in patients with chorioretinites contributed to the stabilization of visual functions and improved visual acuity in 91.7 % of patients.

Retinopathy as a result of chromium ions intoxication (experimental)

Kuzenko Y. V., Kuzenko O. V., Dyomin Y. A.

Sumy state university, medical university; Kharkiv medical academy of postgraduate education (Sumy, Kharkiv, Ukraine)

Introduction. Relationships between human eyes and metal ions take multiple forms. Neurotoxicity manifests as peripheral neuropathy, sensorineural hearing loss; ocular toxicity is presented as visual impairment. Regulation of heavy metal toxicity by the heat shock proteins (HSP90) and S100 family proteins was not investigated in eye retina. The aim of our study was to investigate S100 and HSP90 expression in retina under the influence of chromium ion.

Materials and Methods. 36 (72 eyes) male albino rats that weighed 300-325 g were evaluated for histologically and immunostainings for HSP90aa1 and S100. Rats of experimental group – 18 (36 eyes) individuals entered potassium bichromate (Sigma, USA) into drinking water in a dose of 0,02 mol/l. The rats of control group (18 individuals) drank usual drinking water. On six animals from under skilled group brought out of experiment in 20, 40 and 60 days (first second and third group) after the beginning of introduction of bichromate of potassium.

Results. We have note find HSP90aa1 enzymatic activity in control group. Induction of the enzymatic activity of HSP90aa1 was increased in the second group (89.7±3.5% P<0.05). S100 was expressed in control 5.24±0.58% and experimental groups (first group - 5.67±0.32%, P>0.05; second group - 25.72±1.54% P<0.05; third group - 34.14±2.54%, P<0.05).

Conclusion. Our data conclude that HSP90aa1 and S100 proteins functionally interact during the regulation of retinal cells under the influence of chromium ion. Chromium is toxic heavy metal that has led to retinal edema. It plays a major role in retinopathy development. The potential of Chromium ion toxicity and its possible role in causing diseases of retina requires further study.

Перспективность изучения энтезита глазного яблока в учете диагностических критериев и выявления необходимых элементов при заболеваниях соединительной ткани

Мирунюк Е. М.

Университетская клиника № 1 (Одесса, Украина)

Ревматические заболевания достаточно распространены и имеют тенденцию к росту; к ним относят поражение соединительной ткани (СТ). СТ представлена кожей, плотноформленным видом (сухожильно-мышечным аппаратом, хрящевой и костной тканью), а также специфическим видом (синовиальные и серозные оболочки, базальные мембраны сосудов, эндотелий сосудов, жировая ткань). Нарушения воспалительного, дегенеративно-дистрофического (дисметаболического) характера СТ в организме человека могут давать полисиндромальную картину. Дисбаланс в клеточном и межклеточном матриксе может проявиться различными болевыми, отечными, функциональными изменениями, возможно, уменьшением плотности и силы соединительно-тканых структур. При этом часты жалобы на боли в одном либо обоих глазах, различного характера и интенсивности. Трудно определить ее локализацию. Чаще наблюдается у пациентов, страдающих спондилоартритами и ревматическими полиартритами. наличие этих проявлений определило поиск настоящего исследования.

Клиническая характеристика изменений при коллагенозах, сосудистых нарушениях, посттравматических состояниях, предвещающих либо индуцирующих развитие нарушений СТ, хорошо представлен в литературе, и чаще являет собой констатацию факта заболевания. Офтальмологический осмотр крайне важен и необходим в плане выявления скрыто протекающих начальных продромальных элементов, т.к. появление первых симптомов поражения глаз во времени может опережать ведущие признаки системного заболевания.

Сложные взаимоотношения мышечно-фасциального параорбитального комплекса глаза и болевой синдром позволяют предположить наличие энтезита. Энтезит – воспаление в месте прикрепления сухожилий, связок, фасций к костям, чаще в месте апофизов, бугристых, мышечков, отростков. Появление их связано с чрезмерной физической нагрузкой, травмой либо воспалительным процессом. К примеру, при тиреотоксикозе, миопической болезни, длительных спазмах аккомодации, повреждающих мышечно-фасциальный аппарат глаза.

В исследовании приняли участие 47 человек, в возрасте от 16 до 68 лет; 23 – мужч, 22 – женщ. 70% обследованных, страдают реактивным артритом, 12% – анкилозирующим спондилоартритом, артропатии реактивного характера -15%, из них 63% - предъявляли жалобы на боль за глазом разной степени интенсивности в течение 3-7 лет до начала вспышки заболевания.

Возник вопрос, возможно ли включение энтезита - параорбитального комплекса - в алгоритм диагностики при заболевании соединительной ткани. Для подтверждения наличия данного энтезита необходим поиск доступных методов исследования. МРТ как наиболее показательный метод достаточно четко проводит визуализацию экстраокулярных мышц, отмечает изменения в сухожильной их части, но дорогостоящий. В норме УЗИ-диагностика определяет мышечное брюшко, эхогенность, окружающую клетчатку, элементы его утолщения, но полной картины нет.

Таким образом, УЗИ и МРТ, возможно имеют место в оценке состояния энтезита (сравнение толщины сухожильного кольца (с учетом возраста и активности энтезита), поиск и заинтересованность аквапоринов.

Выявление процесса активности энтезита и диагностика стадии его определяют тактику наблюдения и лечения пациента.