

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОКСОПЛАЗМОЗНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИИ

Хазраткулова Л.И.,  
Абдусаттарова Н.И.,  
Эсанов И.А.,  
Омонов Э.М.

Самаркандский государственный медицинский университет  
Клинические ординаторы кафедры офтальмологии

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6806374>

**Аннотация.** В данной статье рассмотрены вопросы эффективности комбинированного лечения токсоплазмозной макулодистрофии и приведена к ним клинико-функциональная оценка. В том числе, раскрыта сущность использования комбинированного лечения токсоплазмозной макулодистрофии.

**Ключевые слова:** эффективность, комбинированное лечение, токсоплазмозная макулодистрофия, клинико-функциональная оценка.

### CLINICAL AND FUNCTIONAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF COMBINED TREATMENT OF TOXOPLASMOUS MACULAR DEGENERATION

**Abstract.** This article discusses the effectiveness of the combined treatment of toxoplasmous macular degeneration and provides a clinical and functional assessment of them. In particular, the essence of the use of combined treatment of toxoplasmosis macular degeneration is disclosed.

**Keywords:** efficacy, combined treatment, toxoplasmosis macular degeneration, clinical and functional assessment.

### TOKSOPLAZMIK MAKULODISTROFIYANI BIRGALIKDA DAVOLASH SAMARADORLIGINI KLINIK VA FUNKTSIONAL BAHOLASH

**Annotatsiya.** Ushbu maqolada toksoplazmoz makulodistrofiyani birgalikda davolash samaradorligi masalalari ko'rib chiqiladi va ularga klinik va funktsional baho beriladi. Shu jumladan, toksoplazmoz makulodistrofiyani birgalikda davolashning mohiyati ochib berilgan.

**Kalit so'zlar:** samaradorlik, kombinatsiyalangan davolash, toksoplazmoz makulodistrofiya, klinik va funktsional baholash.

### ВВЕДЕНИЕ

Токсоплазмоз в Узбекистане в основном встречается у населения в возрасте от 20 до 40 лет и составляет по различным данным от 8 до 23% . Жители сельской местности инфицируются гораздо чаще .

По механизмам инфицирования выделяют врожденный и приобретенный токсоплазмоз. Приобретенная инфекция у взрослых лиц в 85% случаев характеризуется бессимптомным течением. Клинические проявления острой стадии, как правило, встречаются у людей с иммунным дисбалансом. Заболевание 15% случаев излечивается спонтанно. Поражение глаз может быть одним из симптомов токсоплазмоза или единственным клиническим проявлением латентно протекающего хронического токсоплазмоза. По окончании острой стадии заболевание обычно переходит в латентную форму хронической инфекции.

По данным различных авторов токсоплазмоз является причиной главным образом задних увеитов и макулодистрофий в 4,3 – 63% .

Поражение глаз при токсоплазмозе одностороннее, протекает по типу хориоретинита, однако возможна генерализация процесса (генерализованный увеит). В последнем случае воспаление переднего отрезка является токсико-аллергической реакцией на воспаление, протекающее в сетчатке в макулярной зоне и хориоиде. При токсоплазмозном поражении глаз больные предъявляют жалобы на снижение остроты зрения, появление «плавающих мушек» перед глазами, «затуманивание зрения».

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Основными проявлениями заболевания являются очаги на глазном дне и клеточная реакция стекловидного тела. На глазном дне возможно появление трех типов очагов: крупные деструктивные (превышающие по размеру ДЗН); небольшие во внутренних слоях сетчатки и небольшие очаги в наружных слоях сетчатки. Наиболее часто поражается макулярная или перипапиллярная (юкстапапиллярный ретинит Иенсена) зоны, хотя очаги могут располагаться и в периферических отделах глазного дна. Иногда офтальмоскопическая картина принимает вид диссеминированного хориоретинита или экссудативной отслойки сетчатки.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

В активную фазу заболевания очаги имеют белую окраску, рыхлую консистенцию и окружены перифокальной зоной отека сетчатки, возможны

кровоизлияния. Экссудат из очага выходит в задние отделы стекловидного тела в виде «шапочки», которая нередко прикрывает сам очаг. Довольно часто очаг в сетчатке и экссудат в стекловидном теле приобретают форму гриба, у которого ножку представляет сам очаг, а экссудат в стекловидном теле его шляпку.

По мере купирования воспаления формируется зона атрофии. В зависимости от глубины поражения оболочек глаза цвет очага может быть от розового (атрофия ПЭ и хориокапиллярного слоя) до белого (поражение сетчатки хориоидеи до склеры). Для токсоплазмозных атрофических очагов характерна глубокая пигментация. Осложнения, среди которых хориоидальная неоваскуляризация, атрофия ДЗН, вторичная глаукома, отслойка сетчатки, развиваются в 83% случаев.

По данным И.Е. Пановой с соавт. рецидивирование токсоплазмозных увеитов и макулодистрофий имеет место у 60% пациентов. Обострения характеризуются появлением нового очага на границе старого .

Следовательно, основные клинические проявления офтальмотоксоплазмоза связаны с поражением заднего отрезка глаза – в частности развитием воспалительных очагов в центральной зоне сетчатки.

В настоящее время для лечения токсоплазмозных макулодистрофий используются антибиотики, которые обладают некоторыми недостатками:

- ограниченный круг антитоксоплазмозных препаратов местного применения;
- развитие резистентности к этим препаратам;
- часто возникающие аллергические реакции при длительном применении этих препаратов;
- ограниченная доступность и дороговизна методов лазерного воздействия;

Таким образом, поиск более эффективных современных препаратов усиливающих эффект антитоксоплазмозных препаратов и безопасных методов лечения токсоплазмозных поражений сетчатки имеет как большое экономическое, так и социальное значение. Исходя из вышесказанных нами была поставлена следующая цель.

Цель работы: Клинико-функциональная оценка эффективности комбинированного лечения токсоплазмозной макулодистрофии с применением препарата Омк 2 и Ретиналамина и оценка их терапевтической эффективности.

#### ОБСУЖДЕНИЕ

Под нашим наблюдением находилось 20 больных с токсоплазмозной макулодистрофией. Все больные находились на амбулаторном лечении. Во всех случаях процесс был односторонний. Все больные были осмотрены терапевтом, паразитологом, для исключения других соматических заболеваний.

Базисная терапия назначалась совместно с профильными специалистами.

В зависимости от проведенного лечения все больные были разделены на 2 группы:

- первая основная группа из 10 больных, применяла парабульбарные инъекции Эмоксипина один раз в день в течении 10 дней
- вторая основная группа из 10 больных применяла препарат Омк 2 3 раза в день, начиная с первого дня лечения и парабульбарно инъекцию Ретиналамина 3 раза в день, в течение первых 2-х недель, 2 раза в день – в последующие 2 недели и 1 раз в день в течении одной недели.

Лечение во всех группах проводили на фоне базисной терапии препаратом Рокситромицин по 150 мг два раза в день парантерально в течении 14 дней.

Мы проводили исследование мезопической компьютерной периметрии в обеих группах. Количество точек с нормальной световой чувствительностью достоверно меньше в исследуемых группах изначально, чем в группе нормы.

Количество скотом I, II и III класса также больше в исследуемых группах, чем в группе нормы.

За период наблюдения отличий внутри групп по количеству точек с нормальной световой чувствительностью относительно «до лечения» не было выявлено. Из чего можно сделать вывод, что проведенное лазерное лечение в объеме 500-600 коагулятов не влияет на количество точек поля зрения с нормальной световой чувствительностью.

Анализ количества скотом показал достоверное увеличение скотом I, II и III класса в ИГ1 через 2 недели после проведенного лазерного лечения и в дальнейшем количество их снижалось и к 3 месяцам пришло к исходному уровню – до лечения. В группе контроля (ИГ2) количество скотом I, II и III класса незначительно изменялось на протяжении всего срока наблюдения. Таким образом, лазерная коагуляция сетчатки в небольших объемах вызывает транзиторное функциональное нарушение в сетчатке.

Мы провели исследование морфометрических показателей сетчатки в разных секторах макулярной карты по ОКТ. В фовеа установлено достоверное увеличение толщины сетчатки в КГ через 3 месяца, 6 месяцев и через 1год наблюдения. В ОГ идет достоверное снижение толщины сетчатки в фовеа после лечения уже через 1 месяц, но к 1 году наблюдения возвращается к исходным значениям.

Мы отметили достоверное увеличение толщины сетчатки в фовеа в КГ через 3-6 месяцев и 1год наблюдения. Полученные результаты свидетельствуют о

прогрессировании изменений в сетчатке, в частности в фовеолярной зоне, что коррелирует со снижением корригированной остроты зрения в данной группе.

В КГ выявлена обратная связь между остротой зрения с коррекцией и толщиной сетчатки в фовеа на сроках 2 недели, 1 – 6 месяцев ( $r_s = -0,212$ ,  $p = 0,05$ ;  $r_s = -0,259$ ,  $p = 0,016$ ;  $r_s = -0,293$ ,  $p = 0,006$ ;  $r_s = -0,283$ ,  $p = 0,008$ ), а через 1 год между остротой зрения без коррекции и с коррекцией ( $r_s = -0,237 - 0,247$ ,  $p = 0,022 - 0,028$ ), то есть чем больше толщина сетчатки в фовеа, тем ниже острота зрения.

В парафовеа группы достоверно отличались между собой толщиной сетчатки - сверху, снизу и с височной стороны (в ОГ толщина нейросенсорной сетчатки в этих зонах была больше). В динамике происходит уменьшение толщины сетчатки на сроке 2 недели в ОГ после лечения почти во всех точках измерения, за исключением носовой стороны, где уменьшение начинается через 1 месяц, и продолжается вплоть до 6 месяца, со стабилизацией к 1 году. В группе контроля (КГ) происходит достоверное повышение толщины сетчатки в парафовеа снизу уже через 1 месяц, парафовеа сверху, снизу, с височной и носовых сторон к 3 месяцу наблюдения и сохраняется до 6 месяцев наблюдения парафовеа сверху и снизу, а к 1 году наблюдения – парафовеа с височной стороны.

В области перифовеа исследуемые группы также отличались между собой толщиной сетчатки (толщина нейросенсорной сетчатки в перифовеа была больше в ОГ). В динамике происходит достоверное уменьшение толщины сетчатки уже через 2 недели после лечения в ОГ и продолжается снижение до 6 месяца наблюдения, к 1 году наступает стабилизация показателей. В ИГ2 достоверно увеличивается толщина сетчатки через 2 недели перифовеа сверху, через 1 месяц перифовеа снизу и с височной стороны. Увеличение толщины нейросенсорной сетчатки сохраняется во всех этих зонах перифовеа до 6 месяцев, а перифовеа снизу и с височной стороны до 1 года наблюдения. Более раннее увеличение толщины сетчатки перифовеа связано с тем, что эти зоны ближе расположены к основным сосудистым аркадам и больше подвержены отеку. Проведенное лечение способствует уменьшению толщины сетчатки уже в ранние сроки после лечения, в дальнейшем эффект нарастает к 6 месяцу и стабилизируется в дальнейшем к 1 году.

### **ВЫВОДЫ**

Апробация и внедрение в клиническую практику лечения токсоплазмозной макулодистрофии комбинации Омк 2 и Ретиналамин на фоне базисного лечения позволило добиться высоких клинических результатов.

Внедрение в офтальмологическую практику разработанных методов лечения позволило вооружить офтальмологию новыми эффективными средствами лечения большой группы молодого трудоспособного населения, сократить сроки их нетрудоспособности и исключить связанные с этим социально-экономические потери.

1.Терапевтический эффект комплексного применения препарата Омк 2 и Ретиналамина на фоне базисной терапии сравнительно выше традиционной терапии.

2.Омк 2 и ретиналамин в комплексе усиливают протivotоксаплазмозное действие антибиотиков, что ведет к ускоренному уменьшению толщины сетчатки в парафовеа.

3. Выявлена хорошая переносимость препарата больными, не было отмечено случаев аллергических реакций или побочных проявлений при применении препарата Омк 2 в процессе лечения токсоплазмозной макулодистрофии.

*Список использованных источников*

1. Жалалова, Д. З. Метод комбинированного лечения диабетической ретинопатии // Врач-аспирант, (2009). 37(10), 864-868.
2. Жалалова Д.З.Эндотелин -1 ва гомоцистеин даражасини артериал гипертензия фониди тўр пардв ўзгаришларида эндотелиал дисфункциянинг маркерлари сифатида текшириш // Биомедицина ва амалиёт журнали, ( 2021) том 6 №5, 203-210
3. Жалалова Д.З. Мультикомпонентный подход к диагностике изменений сетчатки при артериальной гипертензии // Биология ва тиббиёт муаммолари, ( 2021) № 5 (130),205-211
4. Жалалова Д.З. ОКТ-ангиография в оценке ретинальной и хореоретинальной микроциркуляции у пациентов с неосложненной артериальной гипертензией / I Международный офтальмологический конгресс ИОС Uzbekistan, 2021 г, Ташкент,с 96
5. Жалалова Д.З.ОКТ- ангиография при оценке сосудистого русла сетчатки и хориоидеи// Биология ва тиббиёт муаммолари, ( 2021) № 6 (130),211-216
6. Жалалова Д.З. Классификационные критерии изменений сосудов сетчатки при артериальной гипертензии/ Международная научная конференция Университетская наука: взгляд в будущее, (2022) , Курск, 56-64
7. 3. Бабаев, С. А., Кадирова, А. М., Юсупов, А. А., Бектурдиев, Ш. С., & Сабирава, Д. Б. Наш опыт хирургического исправления вторичного расходящегося косоглазия у детей // Точка зрения. Восток–Запад, (3), (2016). 124-126.
8. 4. Бабаев, С. А., Кадирова, А. М., Садуллаев, А. Б., Бектурдиев, Ш. С., Салахиддинова, Ф. О., & Хамрокулов, С. Б. Эффективность операции факоемульсификации с имплантацией интраокулярных линз при зрелых старческих катарактах // Вестник врача, (2017). (3), 23.
9. 5. Бабаев, С. А., Кадирова, А. М., & Орипова, Е. Ч. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ПРЕМИЛЕНА В ХИРУРГИИ ВРОЖДЕННОГО БЛЕФАРОПТОЗА // ВЕСТНИК ВРАЧА, 20.
10. 6. Бобоев, С. А., Кадирова, А. М., Исмоилов, Ж. Ж., Косимов, Р. Э., & Бобоев, С. С. ОПЫТ ТРАНССКЛЕРАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ФОТОКОАГУЛЯЦИИ ЦИЛИАРНОГО ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМОЙ // In VOLGAMEDSCIENCE (2021). (pp. 430-432).
11. 7. Долиев, М. Н., Тулакова, Г. Э., Кадырова, А. М., Юсупов, З. А., & Жалалова, Д. З. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИЕЙ // Вестник Башкирского государственного медицинского университета, (2016). (2), 64-66.
12. 8. Жалалова, Д. З., Кадирова, А. М., & Хамракулов, С. Б. ИСХОДЫ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ КЕРАТОУВЕИТОВ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ «ОФТАЛЬМОФЕРОН» В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУННОГО СТАТУСА

- ПАЦИЕНТОВ // МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ, (2021). 103.
13. 9. Жалалова, Д. З. Метод комбинированного лечения диабетической ретинопатии // Врач-аспирант, (2009). 37(10), 864-868.
14. 10. Кадилова, А. М., Бобоев, С. А., & Хакимова, М. Ш. РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ СПАЗМА АККОМОДАЦИИ У ДЕТЕЙ // Форум молодых ученых, (2021) (5), 191-196.
15. 11. Кадилова, А. М., Бобоев, С. А., & Хамракулов, С. Б. (2021). ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕТИНАЛАМИНА В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ МИОПИИ. In VOLGAMEDSCIENCE (pp. 429-430).
16. 12. Кадилова, А. М., Рузиев, Т. Х., & Хамракулов, С. Б. (2019). ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АУТОПЛАСТИКИ КОНЪЮНКТИВАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ У БОЛЬНЫХ С КРЫЛОВИДНОЙ ПЛЕВОЙ. ТОМ-I, 235.
17. 13. Кодирова А.М., Бабаев С.А., Каландаров Ф.У., Гаффаров Г.К. Эффективность дакриоцисториностомии биканальной интубацией слезной полости Силиконовыми трубчатými путями // «На пути научных открытий». Материалы научно-практической конференции молодых ученых, 9 апреля, Ташкентское шоссе, 2013 г. стр. 231.
18. 14. Кадилова А. М., Хамракулов С. Б., Хакимова М. Ш. ЛЕЧЕНИЕ СПАЗМА АККОМОДАЦИИ У ДЕТЕЙ //СОВРЕМЕННАЯ НАУКА: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ. – 2021. – С. 231-236.
19. 15. Мухамадиев, Р. О., Дехканов, Т. Д., Блинова, С. А., Юсупов, А. А., & Хамидова, Ф. М. Возрастные особенности кристаллизации слезы у здоровых лиц // ВЕСТНИК ВРАЧА, 26.
20. Мухамадиев, Р. О., Рахимова, Л. Д., Кадилова, А. М., & Хамидова, Ф. М. ХАР ХИЛ КЎЗ КАСАЛЛИКЛАРИДА КЎЗ ЁШЛАРИ КРИСТАЛЛОГРАФИЯСИ // МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ, 123.
21. Сабилова, Д. Б., Юсупов, А. А., Искандаров, Ш. Х., Кадырова, А. М., & Тулакова, Г. Э. Клиническая оценка озонотерапии и криопексии у пациентов с герпетическим кератитом // Точка зрения. Восток-Запад, (2016). (1), 147-149.
22. . Сабилова, Д. Б., Тулакова, Г. Э., & Эргашева, Д. С. Комплексное лечение диабетической макулопатии путем применения пептидного биорегулятора" Ретиналамин" и лазеркоагуляции сетчатки // Точка зрения. Восток-Запад, (2017). (2), 114-116.
23. Сабилова, Д. Б., Искандаров, Ш. Х., Косимов, Р. Э., Эргашева, Д. С., & Юсупов, А. А. Совершенствование лечения герпетических кератитов с использованием озона в виде газа через очки аппарата" Орион-си" // Российский общенациональный офтальмологический форум, (2015). 1, 159-163.
24. Сабилова, Д. Б., Облоеров, И. Х., & Хазратова, Д. Ф. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕСЕННЕГО КАТАРА И ЛЕЧЕНИЕ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩИМИ СРЕДСТВАМИ // НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, (2019).52.

25. Саттарова, Х. С., Жалалова, Д. З., & Бектурдиев, Ш. С. Причины слепоты и слабовидения при сахарном диабете // Академический журнал Западной Сибири, (2011). (6), 27-28.
26. Тулакова, Г. Э., Сабилова, Д. Б., Хамракулов, С. Б., & Эргашева, Д. С. Отдалённые результаты ксеносклеропластики при миопии высокой степени // Научный форум. Сибирь, (2018). 4(1), 80-80.
27. Хамидова, Ф. М., Амриддинова, Ш. А., & Очилова, Н. Н. Ретиналамин в комплексном лечении больных с осложненной прогрессирующей миопией // Ответственный редактор, (2012). 3, 727.
28. Юсупов, А. А., Бобоев, С. А., Хамракулов, С. Б., Сабилова, Д. Б., & Косимов, Р. Э. Взаимосвязь функциональных и анатомо-оптических параметров глаза при врожденной близорукости // Вопросы науки и образования, (2020). (22 (106)), 44-53.
29. Юсупов, А., Хамракулов, С., Бобоев, С., Кадилова, А., Юсупова, Н., & Юсупова, М. (2021). АМЕТРОПИЯЛАРНИ ИНТРАОКУЛЯР ФАКИК ЛИНЗАЛАР БИЛАН КОРРЕКЦИЯЛАШ. Журнал стоматологии и краниофациальных исследований, 2(1),13-17.
30. Юсупов, А. А., Юсупова, Н. К., & Хамракулов, С. Б. Интраокулярная коррекция высокой анизометропии при косоглазии // Современные технологии в офтальмологии, (2020).(4), 251-252.
31. Юсупов, А. А., Кадилова, А. М., Бабаев, С. А., Очилова, Н. Н., Косимов, Р. Э., & Салахиддинова, Ф. О. Криопексия в комплексной терапии больных с неоваскулярной болящей глаукомой. // Российский общенациональный офтальмологический форум, (2015). 1, 196-198.