



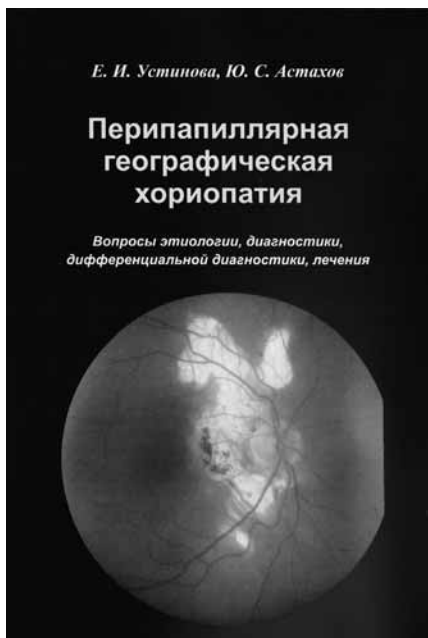
РЕЦЕНЗИЯ

на монографию профессора Е. И. Устиновой и профессора Ю. С. Астахова

«ПЕРИПАПИЛЛЯРНАЯ ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ ХОРИОПАТИЯ

(Вопросы этиологии, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения)»

В конце 2006 года вышла в свет монография профессора Е. И. Устиновой и профессора Ю. С. Астахова «Перипапиллярная географическая хориопатия». — СПб: «Левша. — Санкт-Петербург», 2006. — 128 с.



Заболевание, которому посвящена монография, является хроническим, неуклонно прогрессирующим поражением оболочек заднего отрезка глазного яблока, которому до последнего времени уделялось сравнительно мало внимания. Относительно немногочисленные публикации, касающиеся перипапиллярной географической хориопатии, в зарубежной печати представлены, как правило, сообщениями, базирующимися на небольшом клиническом материале. При этом до сих пор рассматриваемая проблема не освещена в монографиях, а информация о ней в соответствующих разделах руководств для врачей-офтальмологов остается весьма ограниченной.

В предлагаемой читателю монографии на большом клиническом материале проанализированы результаты собственных исследований авторов по вопросам этиопатогенеза, дифференциальной диагностики и лечения больных с перипапиллярной географической хориопатией. Собственный материал авторов также удачно дополнил скрупулезный и критический анализ данных современной литературы.

Монография состоит из 5 глав. В первой главе дана историческая справка, обсуждены вопросы терминологии и эпидемиологии ПГХ. Отражен выдающийся вклад в решение рассматриваемых вопросов Кг. Sveinsson (1939), A. Sorsby (1949) и других исследователей. Вместе с тем, единого мнения о наименовании рассматриваемой нозологической формы в доступной литературе пока не сформировано. Авторы монографии отдают предпочтение термину «хориопатия», поскольку вопросы этиологии и патогенеза данного заболевания еще до конца не разрешены. До настоящего времени ни в отечественной, ни в зарубежной литературе не представлено обоснованных статистических данных о заболеваемости и распространенности перипапиллярной географической хориопатии. Судя по публикациям, заболевание является редким. В отечественной литературе были представлены работы лишь двух авторов — С. Я. Бранчевской (1976) и С. С. Шершевской (1988), обследовавших соответственно 7 и 8 больных с рассматриваемым заболеванием. Авторы рецензируемой монографии располагают основательным клиническим материалом: результатами наблюдений за 220 больными с перипапиллярной географической хориопатией.

Глава 2 посвящена вопросам этиологии, патогенеза и патоморфологии перипапиллярной географической хориопатии. Этиология ее остается неясной. Авторы монографии обоснованно исключают туберкулезную, герпетическую и токсоплазмозную этиологию заболевания. С учетом данных литературы исключена роль и инфекционно-аллергических факторов, системных и синдромных заболеваний. Наиболее же вероятной предполагается генетическая предрасположенность к перипапиллярной географической хориопатии. Об аутосомно-доминантном наследовании свидетельствуют 40-летние наблюдения Кг. Sveinsson за двумя такими больными и их потомками в 4 поколениях. С другой стороны, R. Fossdol et al. (1995) установили, что рассматриваемое заболевание обусловлено аутосомно-рецессивной наследственностью по хромосоме 11p15. Мнения о его патогенезе также разноречивы. Одни авторы выделяют 2 основные патогенетические формы заболевания (абиотрофию и воспалительный

процесс). Другие же, в том числе авторы монографии, — 2 фазы (экссудативную и дистрофическую) единого патологического процесса. Сообщения о морфологических исследованиях при начальных стадиях перипапиллярной географической хориопатии пока отсутствуют, в то время как морфологическая картина при поздних стадиях заболевания не имеет характерных отличий от других центральных хориоретинальных дистрофий.

В главе 3 подробно рассмотрена клиническая картина перипапиллярной географической хориопатии, представлена классификация заболевания. Среди больных рассматриваемой категории преобладают лица среднего и пожилого возраста. В материалах авторов возрастная группа до 20 лет включает всего 12 больных: 4 ребенка и 8 подростков. Вместе с тем, длительные наблюдения за 4 поколениями больных с перипапиллярной географической хориопатией, проведенные Kt. Sveinsson (1979), показали, что она часто возникает в детстве или в подростковом возрасте. Взаимосвязи рассматриваемого заболевания как с соматической патологией, так и с аномалиями рефракции не обнаружено. Преобладает двустороннее поражение глаз (69 %), хотя почти в трети таких случаев между поражением одного и другого глаза наблюдается временной разрыв от 1 до 10 и более лет. Односторонний процесс диагностирован у 31 % больных.

Основным офтальмологическим проявлением перипапиллярной географической хориопатии являются перипапиллярные хориоретинальные очаги ланкартообразной формы, которые в продвинутых стадиях распространяются на макулу и периферию глазного дна. Преобладающим цветом очагов является серебристо-белый (57 %) и белый (17 %). Более чем у половины больных с ПГХ отмечается умеренная пигментация очагов в виде пятен («шкура леопарда»).

В разработанной авторами классификации по локализации очагов и распространенности процесса выделены 3 основные стадии перипапиллярной географической хориопатии: при начальной (I стадии) очаги располагаются исключительно в перипапиллярной зоне; при выраженной (II) — перипапиллярно, с распространением на макулу; при далеко зашедшей (III) — обширные очаги локализуются как в центральных, так и в периферических отделах глазного дна. II стадию заболевания авторы подразделили на II-A (с поражением периферии макулы) и II-B (с поражением центральной зоны макулы). К любой стадии процесса применимы предложенные зарубежными авторами фазы перипапиллярной географической хориопатии — экссудативная и дистрофическая. При формулировке

диагноза рассматриваемого заболевания отмечаются стадия, фаза процесса и имеющиеся осложнения. Наиболее частыми из них явились отслойка пигментного эпителия, нейроэпителия и субретинальная неоваскулярная мембрана в макулярной зоне. Острота зрения зависит от состояния макулярной области сетчатки. Увеличение слепого пятна наблюдалось в 96,5 % случаев, центральные и парацентральные скотомы — в 96,8 %, сужение периферических границ поля зрения — в 22,8 % (при III стадии заболевания). Снижение темновой адаптации было выявлено также у больных с III стадией перипапиллярной географической хориопатии (в 88 % случаев).

Глава 4 посвящена диагностике и дифференциальной диагностике рассматриваемого заболевания. Описанная выше офтальмоскопическая картина является ее патогномоничным признаком и наблюдается у 96 % таких больных. Для оценки состояния глазного дна необходимо использование современных методов офтальмоскопии, в том числе биомикроофтальмоскопии с асферическими высокодигтрийными линзами, офтальмоскопии в трансформированном свете, а в необходимых случаях — с применением оптической когерентной томографии. Выявление патогномоничных проявлений заболевания позволяет устанавливать диагноз уже только по одной офтальмоскопической картине. Однако при их отсутствии, диагностика перипапиллярной географической хориопатии представляет значительные трудности. Особые сложности связаны с своевременной диагностикой ее атипичных форм. В обоих этих случаях требуется тщательная дифференциальная диагностика с применением клинко-лабораторных методов, провокационных проб, флюоресцентной ангиографии и зачастую динамического наблюдения за больным. В главе представлены многочисленные клинические примеры с качественными иллюстрациями.

Глава 5 посвящена лечению перипапиллярной географической хориопатии и его результатам. Представлены данные о целесообразности регулярного проведения медикаментозной патогенетической терапии. Проводится местная и системная метаболитическая терапия в сочетании (при экссудативной фазе заболевания) с неспецифическими противовоспалительными препаратами. Продолжительность курса лечения обычно составляет месяц. Авторы рекомендуют повторять их не менее 2–3 раз в год. Разработаны примерные схемы лечения дистрофической и экссудативной фаз заболевания. Впервые при лечении таких больных успешно применена методика лазерного воздействия для предупреждения распространения хориоретинальных очагов на макулу. Для

лечения перечисленных выше осложнений перипапиллярной географической хориопатии применяются общепринятые лазерные вмешательства. При II—III стадиях заболевания с устойчивой дистрофической фазой и низкими зрительными функциями апробирована операция реваскуляризации хориоидеи.

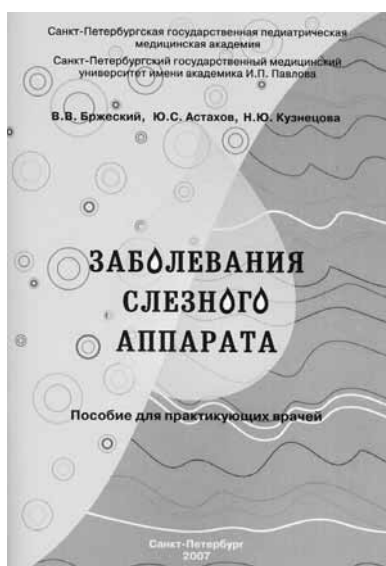
Положительные результаты комплексного лечения перипапиллярной географической хориопатии заключаются в стабилизации патологического

процесса и сохранении зрительных функций. При отсутствии же регулярного лечения у большинства больных наблюдается неуклонное прогрессирование заболевания и снижение зрительных функций, вплоть до их потери.

Монография написана на современном научно-методическом уровне, хорошо иллюстрирована и является существенным вкладом в науку и клиническую практику.

*Заведующий кафедрой офтальмологии
Санкт-Петербургской государственной
педиатрической медицинской академии
доктор медицинских наук, профессор
В. В. Бржеский*

СКОРО ВЫЙДЕТ В СВЕТ!



На состоявшейся в октябре 2007 года конференции «Диагностика и лечение болезней слезных органов глаза» было представлено Пособие для практикующих врачей «Заболевания слезного аппарата» авторов В. В. Бржеского, Ю. С. Астахова, Н. Ю. Кузнецовой. Это издание представляет особый интерес для врачей-офтальмологов и ринологов так как затрагивает вопросы, касающиеся анатомо-физиологических особенностей слезных органов, методов их исследования и лечения. Книга рекомендована учебно-методическим объединением (УМО) по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России (от 11.02.2008) в качестве учебного Пособия для врачей системы послевузовского профессионального образования.