

Аманжол
секретарь
19.589
Аманжол



ISSN 0002-3221

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН УЛУТТУК
ИЛИМДЕР АКАДЕМИЯСЫНЫН
КАБАРЛАРЫ**

ИЗВЕСТИЯ

**НАЦИОНАЛЬНОЙ АКАДЕМИИ НАУК
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

PROCEEDINGS

**OF THE NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES
OF KYRGYZ REPUBLIC**

№ 4

2020

ISSN 0002 – 3221

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
УЛУТТУК ИЛИМДЕР АКАДЕМИЯСЫНЫН

КАБАРЛАРЫ

ИЗВЕСТИЯ

НАЦИОНАЛЬНОЙ АКАДЕМИИ НАУК
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

БИШКЕК



2020

ilimbasma@mail.ru

СЕЙСМОЛОГИЯ

Кендирбаева Д. Ж.

Гидрогеохимические и гидродинамические эффекты при сейсмической активизации Кыргызстана59

Кыргызстандын сейсмикалык активдештирүүсүнүн гидрогеохимиялык жана гидродинамикалык эффекттери

Hydrogeochemical and hydrodynamic effects during seismic activation of Kyrgyzstan

ИСТОРИЯ

Наркеев С. А.

Миңбай датканын эрдиги элдик оозеки чыгармаларда баяндалышы.....72

Мужество Миңбай датки в народных устных произведениях

Feat of Minbai datka in oral folk works

Жолдошев Н. Ж.

Памир кыргыздарынын мергенчилик өнөрү.....76

Охотничий промысел памирских кыргызов

The hunting art of the pamir kyrgyz

МЕДИЦИНА

Бекбоева К. Б., Медведев М. А.

Профилактика прогрессирующей близорукости хирургическим путем84

Прогрессивдүү миопиянын хирургиялык алдын алуу

Surgical prevention of progressive myopia

Бекбоева К.Б., Молдоташова А.К.

Склеропластические операции при близорукости и их влияние на функциональное состояние зрительного анализатора.....88

Склеропластикалык операциянын көрүү анализаторуна карата таасири

The effect of scleroplasty operations in myopia on the functional condition of the visual analyzer

ФИЛОСОФИЯ

Мукасов Ы. М.

Проблема восток-запад в контексте философской мысли кыргызов. 94

Кыргыздардын философиялык ойломунун контекстинде чыгыш – батыш маселеси

The east-west problem in the context of philosophical thought of the kyrgyz

**МЕДИЦИНА
MEDICINE**

УДК 617.753.2-089.819.843:617.723-092.9

Бекбоева Кундуз Бекбоевна
соискатель
Bekboeva Kunduz Bekboevna
applicant

Медведев Михаил Анатольевич
кафедра офтальмологии, КРСУ им. Б.Н. Ельцина
Medvedev Mikhail Anatolievich
department of ophthalmology, KRSU them. B.N. Yeltsin

**ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТИ
ХИРУРГИЧЕСКИМ ПУТЕМ**

Аннотация. Миопия - наиболее частая патология органов зрения среди молодежи, в настоящее время, по крайней мере, в области доказательной медицины, не существует метода контроля развития миопического процесса. Исследования в этой области продолжаются.

Необычайное разнообразие и технологичность различных операций склеропластики, называемых склеропластикой, проистекает из неудовлетворенности офтальмохирургов результатами таких вмешательств.

Ключевые слова: миопия, склеропластика, коагуляты, близорукость.

ПРОГРЕССИВДУУ МИОПИЯНЫН ХИРУРГИЯЛЫК АЛДЫН АЛУУ

Аннотация. Миопия - жаштар арасында көрүү органдарынын эң көп тараган патологиясы. Азыркы учурда, жок дегенде, далилдүү медицинанын алкагында, миопиялык процесстин өнүгүшүнүн көзөмөлдөө методикасы жок. Бул багытта изилдөөлөр тынымсыз жүргүзүлүп келе жатат.

Склеропластика деп аталган ар кандай склеропластикалык операциялардын укмуштуу түрлөрү жана технологиялык ыкмалар офтальмологиялык хирургдардын мындай кийлигишүүлөрдүн натыйжаларына канааттангандыгынын жоктугунан келип чыгат.

Негизги сөздөр: миопия, склеропластика, коагуляттар, близорукость.

SURGICAL PREVENTION OF PROGRESSIVE MYOPIA

Abstract. Myopia is most common pathology of the organ vision among young people. At the moment, there are methods of drug control of the progression of the myopic progress, at least in the framework of evidence – based medicine. Although research in this direction constantly underway.

An extraordinary variety of various so called scleroplasty operations with using most different sclero – strengthening materials and technological methods convincingly testifies to the lack of satisfaction of ophthalmic surgeons with is that it results of such interventions.

Key words: myopia, scleroplasty, coagulant.

Близорукость является самой распространенной патологией органа зрения среди лиц молодого возраста. На настоящий момент не существует методик медикаментозного контроля прогрессирования миопического процесса во всяком случае в рамках доказательной медицины. Хотя исследования в этом направлении постоянно ведутся.

Чрезвычайное разнообразие различных так называемых склеропластических операций с использованием самых разных склероукрепляющих материалов и технологических приемов убедительно свидетельствует, о недостаточной удовлетворенности офтальмохирургов результатами такого рода вмешательств [1-4].

Цель исследования: изучить в клинике эффективность и безопасность нового комбинированного способа укрепления склеры при прогрессирующей близорукости.

Материал и методы: Под наблюдением находились 15 пациентов (27 глаз) с прогрессирующей близорукостью высокой степени. Мужчин 7, женщин 8, у 12 пациентов операция проведена на оба глаза с интервалом между операциями 6 месяцев. Величина близорукости варьировала от 6.5d до 18.0 d. Возраст больных от 11 лет до 41 года (средний 17.6 лет). Градиент прогрессирования близорукости во всех случаях был не менее 1 диоптрий в год. Перед операцией с пациентами и их родителями проводилось подробное собеседование, в ходе которого в обязательном порядке получали информированное согласие. Предоперационное обследование включало в себя стандартный комплекс общеклинических и специальных методов обследования.

Оперативная техника вмешательства включала в себя следующие основные моменты:

Обработка операционного поля, перидуральная анестезия, разрез конъюнктивы в нижне - наружном квадранте в 6 мм. от лимба, формирование эписклерального «кармана» по направлению к заднему

полусу глаза экспланта, проведение фотополимеризации биоклеем при помощи диодного лазера (с длиной волн 810 нм.), герметизация конъюнктивальной раны шовным материалом Викрил 8-0, введение под конъюнктиву антибиотика с кортикостероидом.

Важнейшими моментами в ходе проведения операции считали следующее:

- минимальная травматизация тканей в месте разреза конъюнктивы и отсепаровки теноновой оболочки

- формирование адекватного по размерам эписклерального тоннеля кармана по направлению к заднему полюсу глазного яблока. Размеры тоннеля по глубине не менее 10-12 мм, по ширине 5-6 мм.

- контроль качества очистки склеры от эписклеральных тканей на всем протяжении тоннеля;

- адекватное расположение склерального экспланта в сформированном тоннеле, эксплант должен равномерно прилегать к склере на всем протяжении;

- трансплантат должен быть расположен как можно глубже по направлению к заднему полюсу глаза;

- равномерное распределение смеси биоклея с фотоотвердителем по внутренней поверхности экспланта.

- выбор адекватной мощности излучения и длительности импульса. С одной стороны, процесс фотополимеризации должен обеспечить качественную адгезию между эксплантом и склерой хозяина, с другой не допустимы ожоги (коагуляты) сетчатки. В идеале следует добиваться появления коагулятов 1-2 ст. Контроль адекватности мощности излучения может быть с успехом осуществлен при помощи непрямой офтальмоскопии или использования контактных диагностических лиц непосредственно в момент операции.

При использовании диодного лазера с длиной волны 810 нм. Мы учитывали, что эффект коагуляции полностью проявлялся только через несколько минут, поэтому сразу после коагуляции, для достижения необходимого эффекта, коагуляты должны

были офтальмологически выглядеть как еле заметные светло-серые очажки.

Коагуляты должны наноситься по возможности почти по всей длине трансплантата, начиная от 12 мм. От лимба и до 20мм.

Коагуляты наносились в шахматном порядке обычно в количестве 9-12 шт.

- дополнительная фиксация трансплантата не требуется.

Результаты и обсуждения: Несмотря на достаточно большой объем оперативного вмешательства, значительное количество эксплантируемой чужеродной ткани (гомосклера) и применение лазеркоагуляции в процессе вмешательства, значительной послеоперационной реакции не было отмечено ни в одном случае. В целом послеоперационное течение было адекватным и примерно соответствовало таковому при проведении склеропластики по М.В.Зайковой («однолокутный» вариант) С первого дня после операции отмечался легкий отек нижнего века, умеренный отек и гиперемия конъюнктивы в нижнее - наружном квадранте, скудное слизистое отделяемое. На фоне применения комбинированных капель (антибиотик + кортикостероид) все вышеперечисленные явления проходили к концу первой недели после операции. Инстиллянии продолжали постепенно, снижая их частоту до 4 недель после операции. Одновременно с этим, в течении месяца, назначали инстиллянии ирифрин 2.5% по 1 капле утром и тимолола малеата 0.25% по 1 капле на ночь. Контрольные осмотры проводились еженедельно первый месяц, затем ежемесячно до 6 мес. после операции и затем 2 раза в год. При каждом осмотре проводили рефрактометрию, биомикроскопию, визиометрию. Ежемесячно проводилось измерение ВГД. Раз в 6 месяцев больным измеряли ПЗО, проверяли поле зрения и ПЧКХ. Минимальным сроком для того

чтобы судить о стабилизации процесса считали 1 год. Все больные прослежены в сроки от 1 года до 2.5 лет.

Средний срок наблюдения 1.4 года.

Основным критерием успеха склероукрепляющих операций является остановка прогрессирования близорукости. Оценку стабилизации процесса проводили по данным рефракции в условиях циклоплегии и измерения ПЗО ультразвуковым методом.

Прогрессирование миопии отмечено только в 1 случае на 2 глазах (7.4%) на 0.75 D за 2 года, что выявлялось по данным рефрактометрии при этом показатели ПЗО оставались стабильными.

В раннем послеоперационном периоде у части больных отмечено некоторое ослабление рефракции которое, однако проходило к 6-9 месяцам после операции, и рефракция возвращалась к исходной. Практически у всех больных отмечалось незначительное снижение ВГД которое возвращалось к норме через 6-12 месяцев. Эти эффекты нового оперативного вмешательства будут отдельно рассмотрены в специальном сообщении. Практически все больные 12 человек (80%) отмечали, что «мир стал ярким», что послужило основанием для включения в дальнейшем комплект исследовательских мероприятий изучения цветового зрения и контрастной чувствительности.

Выводы

1. Склеропластическая операция по разработанной нами технологии является безопасным оперативным вмешательством.

2. По своей эффективности она как минимум с другими, причем более сложным дорогими и травматическими операциями для остановки прогрессирования близорукости.

3. Некоторые эффекты наблюдения в послеоперационном периоде требует дальнейшего исследования и объяснения.

Литература

1. *Тарутта Е. П., Максимова М. В., Кружкова Г. В., Ходжабебян Н. В., Маркосян Г. А.* Акустическая плотность склеры как фактор прогноза развития периферических витреохориоретинальных дистрофий при миопии: результаты 10-летнего динамического наблюдения // - Вестник офтальмологии. – 2013. – № 1. – С. 13–20.
2. *Гндоян И. А., Петраевский А. В.* Влияние некоторых местных лекарственных препаратов на гемоперфузию переднего сегмента глаза при миопии // Российская педиатрическая офтальмология. – 2015. – № 2. – С. 5–9.
3. *Тарутта Е. П.* Склероукрепляющее лечение и профилактика осложнений прогрессирующей близорукости // Зрительные функции и их коррекция у детей / под ред. Аветисова С. Э., Кащенко Т. П., Шамшиновой А. М. – М.: Медицина, 2015. – С. 191–202.
4. *Iomdina E., Tarutta E., Markossian G., Aksenova J., Smirnova T., Bedretdinov A.* Sclera as the Target Tissue in Progressive Myopia // *Pom. J. Life Sci.* – 2015. – Vol. 61, №2. – P. 146–152.