

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ИЗМЕНЕНИЙ ГЛАЗНОГО ДНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.

**Жалалова Д.З.**

Самаркандский государственный медицинский университет

### ARTICLE INFO.

**Ключевые слова:** Не существует официальных рекомендаций по регулярному скринингу на гипертоническую ретинопатию у асимптомных пациентов с диагнозом системной гипертензии.

### Аннотация

Лечение ГРи хориоретинопатии направлено на снижение системного артериального давления и, при необходимости, управление основным заболеванием. Оптометрист или офтальмолог, обнаруживший гипертоническую хориоретинопатию у пациента с недиагностированной гипертензией, находится в положении уменьшить заболеваемость и смертность пациента.

<http://www.gospodarkainnowacje.pl/> © 2023 LWAB.

Лечение ГРи хориоретинопатии направлено на снижение системного артериального давления и, при необходимости, управление основным заболеванием. Оптометрист или офтальмолог, обнаруживший гипертоническую хориоретинопатию у пациента с недиагностированной гипертензией, находится в положении уменьшить заболеваемость и смертность пациента. Не существует официальных рекомендаций по регулярному скринингу на гипертоническую ретинопатию у асимптомных пациентов с диагнозом системной гипертензии. Однако, если пациент без диагноза гипертензии представляет признаки легкой гипертонической ретинопатии, мы рекомендуем направить его к общему врачу в течение одной недели. При умеренной ГРпациент должен быть оценен общим врачом в течение одного или двух дней. Пациентов, представляющих с тяжелой гипертонической ретинопатией или гипертонической хориоретинопатией, следует сразу измерить артериальное давление и направить в ближайший приемный пункт для срочной коррекции артериального давления. Не существует официальных рекомендаций по скринингу женщин с гипертензией, вызванной беременностью; однако мы рекомендуем, чтобы беременные женщины, представляющие с гипертонической ретинопатией, были направлены к акушеру-гинекологу для оценки преэклампсии. Хотя оптометристы и офтальмологи обычно не управляют гипертензией, необходимо близкое сотрудничество с общими врачами, чтобы обеспечить получение пациентами соответствующего лечения. Эти пациенты должны часто наблюдаться для оценки регрессии изменений, вызванных гипертонической хориоретинопатией. В настоящее время подход к лечению ГР в основном сосредотачивается на контроле системного артериального давления до нормы, что в первую очередь достигается с помощью оральной фармакотерапии. Снижение артериального давления, достигнутое при использовании ингибиторов АПФ, может уменьшить риск прогрессирования

изменений ГР. Такая терапия также приводит к улучшению артериольной архитектуры, редукции и увеличению плотности артериол. В отличие от более тяжелой ретинопатии, ранняя ее проявление более вероятно обратимо. По этой причине раннее обнаружение поражений ретины может оказаться полезным не только для эффективного предотвращения дальнейшего развития болезни, но и для поиска новых терапевтических возможностей. Основным препятствием в терапии, основанной в основном на пероральном приеме лекарств, является недостаточное соблюдение пациентами рекомендаций. Мета-анализ 2017 года на группе из 12 603 пациентов с гипертонией выявил невыполнение фармакотерапии у 45,1% пациентов. Последние отчеты также указывают на то, что тяжелые поражения, связанные с злокачественной гипертензивной ретинопатией, могут регрессировать или даже полностью исчезнуть. Стрэчен и Макнайт описали случай 34-летней женщины, которой была поставлена диагноз гипертония и гипертензивная ретинопатия стадии IV по шкале KWB. Изменения, видимые на дне глаза, исчезли через 10 месяцев после терапии ирбесартаном (антагонистом АТ1-R), атенололом (антагонистом b1-адренорецепторов) и амлодипином (блокатором кальциевых каналов). Еще один случайный отчет сосредоточился на 23-летнем пациенте с ухудшением зрения и злокачественной гипертензивной ретинопатией, которая появилась через 1 месяц после прекращения приема антигипертензивных препаратов. Через шесть недель после возвращения к фармакотерапии признаки злокачественной ГР исчезли, и острота зрения улучшилась. Кроме того, наличие феохромоцитомы, опухоли, характеризующейся частыми скачками артериального давления, может привести к быстрому развитию злокачественной ГР. Лечение, основанное на адреналэктомии и нормализации показателей артериального давления, было успешным, и наблюдалось улучшение отека зрительного диска и жировых и мягких экссудатов. К сожалению, существует недостаток исследований, ориентированных в первую очередь на терапию ретинальных поражений, возникающих в ходе гипертонии. Большинство информации о новых направлениях лечения основано на отчетах о случаях и исследованиях с небольшими выборками пациентов. Один из перспективных подходов основан на корреляции между системной гипертонией и повышением внутриглазного давления (IOP). Проводились попытки использования местного введения препаратов, снижающих IOP, в системную гипертонию с целью улучшения кровотока и насыщенности артериол кровью. Однако применение тимолола (антагонист бета-адренорецепторов) и дорзоламида (ингибитор карбоангидразы) не оказало эффекта или оказало минимальное воздействие на кровоток в сетчатке. Интересно, что последний отчет подразумевает, что диета, богатая L-метилфолатом и витамином D, может быть полезной для пациентов с гипертензивной ретинопатией. Однако этот подход должен быть подтвержден на более крупной группе пациентов. Направленное воздействие на неоваскуляризацию, которая может играть важную роль в патофизиологии ГР, кажется многообещающим. Бевацизумаб, антитело против VEGF, широко используется в офтальмологии для лечения заболеваний, связанных с повышенной васкулярной проницаемостью, таких как экссудативная возрастная макулярная дегенерация (AMD) и диабетическая ретинопатия (DR). Васкулярная утечка также наблюдается в ходе злокачественной ГР. Когда гипертензивная ретинопатия переходит в экссудативную стадию, происходит повреждение гемато-сетчаточного барьера и увеличение васкулярной проницаемости. Интраокулярные инъекции антитела против VEGF были успешно использованы у 2 пациентов с гипертонией и злокачественной гипертензивной ретинопатией с наличием отека макулы и зрительного диска. Через месяц после

инъекции острота зрения улучшилась, и поражения, характерные для экссудативной стадии, исчезли. Это не единственный отчет о возможной эффективности лечения антителами против VEGF при злокачественной ретинопатии. Еще три случая, два с использованием бевацизумаба и один с использованием ранибизумаба, также антитела против VEGF, подтвердили их эффективность. Решение о введении инъекции ранибизумаба было обусловлено отсутствием улучшения ретинального изображения в ходе злокачественной ГР, несмотря на обширный контроль артериального давления. Поэтому направленное воздействие на VEGF и неоваскуляризацию, как потенциальный патомеханизм ГР, кажется разумным.

Рекомендации Европейского общества кардиологии (ESC) и Европейского общества гипертензии (ESH) по управлению артериальной гипертензией 2018 года рекомендуют проведение фундускопии у пациентов с гипертонией 2 или 3 степени по классификации КВБ (KWB) или у гипертонических пациентов с диабетом, у которых более вероятно наличие значительной ретинопатии. В то время как у пациентов на ранних стадиях заболевания признаки гипертонической ретинопатии имеют меньшую предсказательную ценность и ограничены вариабельностью между наблюдателями. Исследование Biesenbach и др. (1994) уже показало, что фундускопия и офтальмологическое обследование при оценке артериальной гипертензии улучшают показания для системной терапии. Диагностика гипертонической ретинопатии действительно может помочь выбрать пациентов с гипертонией, нуждающихся в более агрессивном лечении. Grosso и др. (102) рекомендовали использовать дополнительный поток схемы оценки риска, который может помочь врачам-терапевтам дальше направлять свое лечение. При наличии гипертонии граничного характера или несогласованных показателей гипертонии, оценка глазного врача и классификация гипертензии могут быть полезными и могут помочь врачу-терапевту определить, следует ли начинать дополнительную антигипертензивную терапию или достаточно более строгой коррекции образа жизни. Для гипертонических пациентов с КВБ 1 или 2 степени рекомендуется рассмотреть направление к офтальмологу для пациентов с диабетом или симптомами зрения. При наличии умеренных признаков ретинопатии офтальмологи могут направлять людей на дополнительное кардиологическое обследование для улучшения стратификации риска цереброваскулярных нарушений, и может потребоваться фармакологическое лечение. Наличие ретинопатии может быть показанием для более агрессивного вмешательства по поводу сопутствующих факторов риска для сердечно-сосудистых заболеваний и сопутствующих заболеваний, и имеет важное практическое значение для принятия решений о лечении и для тщательного наблюдения. Для всех пациентов с гипертонией 3 степени КВБ существуют веские показания для офтальмологического обследования для выявления и лечения сосудистых осложнений сетчатки. В случае злокачественной гипертонической ретинопатии пациенту необходимо немедленное лечение гипертонии. Были проведены исследования по интравитреальному антителами против факторов роста сосудов при острой гипертонической ретинопатии, и они показали уменьшение макулярного отека и кровоизлияний в сетчатке. Кроме того, другое исследование показало быстрое восстановление злокачественной гипертонической ретинопатии у пациентов после введения бевацизумаба. Однако применение этих средств пока не получило широкого распространения или одобрения.

**Литература:**

1. Жалалова Д.З., Махкамова Д.К Мультикомпонентный подход к диагностике изменений сетчатки при артериальной гипертензии Журнал «Проблемы биологии и медицины» – 2021. №5 С – 205-211.
2. Жалалова Д.З., Махкамова Д.К.ОКТ- ангиография при оценке сосудистого русла сетчатки и хориоидеи Журнал «Проблемы биологии и медицины»– 2021. №6 С – 211-216.
3. Zhalalova D.Z.The content of endothelin and homocysteine in blood and lacrimal fluid in patients with hypertensive retinopathy Web of Scientist:International Scientific Research Journal Volume 3,ISSUE 2,February-2022,C. 958-963
4. Zhalalova D.Z. Modern aspects of neuroprotektive treatment in hypertensive retinopathy Web of Scientist:International Scientific Research Journal Volume 3,ISSUE 2,February-2022,C. 949-952
5. Zhalalova D.Z.Development of classification criteria for neuroretinal ischemia in hypertension Web of Scientist:International Scientific Research Journal Volume 3,ISSUE 2,February-2022,C. 972-978
6. Жалалова Д.З.Классификационные критерии изменений сосудов сетчатки при артериальной гипертензии Журнал «Проблемы биологии и медицины» – 2022. №1 С – 50-53.
7. Жалалова Д.З.Диагностические критерии оптической когерентной томографии с функцией ангиографии при ишемических заболеваниях органа зрения на фоне артериальной гипертензии Журнал «Проблемы биологии и медицины» – 2022. №5 С –73-78
8. Жалалова Д.З.Оценка маркеров эндотелиальной дисфункции в слезной жидкости у пациентов с артериальной гипертензией Журнал «Биомедицина ва амалиет». Тошкент - 2022, Том № ,№. С.
9. Жалалова Д.З. ОКТ-ангиография в оценке ретинальной и хореоретинальной микроциркуляции у пациентов с неосложненной артериальной гипертензией Международный офтальмологический конгресс ИОС Ташкент 2021,С 95-96
10. Жалалова Д.З. Современные аспекты нейропротекторного лечения при гипертонической ретинопатии Журнал ТМА – 2022. № 4 С 84-87