

MÜXTƏLİF TIPLI İDİOPATİK YUKSTAFOVEAL TELEANGİEKTAZİYALAR ZAMANI KLİNİKİ YANAŞMA VƏ MÜALİCƏNİN ƏSAS PRİNSİPLƏRİ (KLİNİKİ HAL)

Akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., Azərbaycan

Açar sözlər: *idiopatik, makulyar telangiektaziya, Koats xəstəliyi, retinal vena okkluziyaları*

Retinal telangiektaziya termini ilk dəfə Reese tərəfindən izah olunmuşdur [1]. Bu xəstəlik torlu qişanın nadir hallarda rast gəlinən xəstəliklərindəndir. Etiologiyası hələ də dəqiq müəyyən olunmamışdır. Lakin Makulyar Telangiektaziya layihəsi (The Macular Telangiectasia Project (Mac Tel Project)) telangiektaziyalar ilə şəkərli diabet arasında 28%, arterial hipertenziya arasında isə 52% hallarda əlaqə olduğunu aşkara çıxarmışdır. Xəstəliyin orta və gec yaşlarda və damarlarında yaşa bağlı dəyişikliklər olan şəxslərdə ortaya çıxmasını nəzərə alaraq xəstənin yaşını da etioloji faktor kimi qeyd edirlər [2,3,4].

Retinal telangiektaziya əsasən torlu qişanın damar və iltihabi xəstəlikləri ilə birlikdə rast gəlinir [5]. Belə ki, xroniki neyrodegenerativ proseslər, damarların iltihabi xəstəlikləri, kapillyarlarda okkluziya və genişlənmə kimi dəyişikliklər torlu qişanın xarici nüvə qatının dağılmasına, ellipsoid zonanın itməsinə və psevdolamellyar makulyar dəliyin formalaşmasına, daxili qatlarda isə sistlərin və boşluqların əmələ gəlməsinə səbəb olur. Histopatoloji müayinədə perisitlərin itməsi, teleangioektatik damarlar, ətrafı retinal pigment epitel (RPE) hüceyrələri ilə sarıymış, genişlənməmiş venulaların düz bucaq altında torlu qişanın dərin qatlarına keçməsi görünür. Xəstələrdə teleangioektatik damarlar nahiyəsində eksudatlar, hemorragiyalar, subretinal neovaskulyarizasiya, gecikmiş mərhələlərdə diskformal fibroz inkişaf edə bilər [2,3,4].

İdiopatik halları fərqləndirmək üçün Gass və Oyakawa 1982-ci ildə idiopatik yukstafoveal retinal (makulyar) telangiektaziya terminini istifadə etmiş və xəstəliyin tərifini yukstafoveolyar hissədəki damarların telangiektaziyası və anevrizmal dilatasiyası kimi vermişdir [6]. Xəstəliyin bir çox təsnifatı verilsə də ən çox istifadə olunan 1993-cü ildə Gass və Blodi tərəfindən hazırlanmış təsnifatdır. Onlar yukstafoveal telangiektaziyayı 3 əsas qrupa, hər bir qrupu da a və b olaraq iki alt qrupa ayırmışdır [7,8].

1. tip a) birtərəfli kongenital yukstafoveal telangiektaziya
1. tip b) birtərəfli idiopatik fokal telangiektaziya
2. tip a) bilateral idiopatik akkiz telangiektaziya
2. tip b) yuvenil gizli ailəvi telangiektaziya
3. tip a) bilateral idiopatik telangiektaziya və kapillyar okkluziya
3. tip b) qrup 3 a + mərkəzi sinir sistemi vaskulopatiyası

Yannuzi və həmk. Optik koherent tomoqrafiya (OKT) müayinəsinin görüntülərinə əsaslanaraq təsnifatı biraz da təkmilləşdirmiş, 1A və 1B-ni birləşdirmiş, çox az rast gəlinən 2B-ni isə təsnifatdan çıxartmışdır [9].

1-ci tip yukstafoveal telangiektaziya iki cür – kongenital və qazanılma olur. Əsasən təkərəfli olur (97%), kişilərdə və 40 yaşlarda rast gəlinir [10,11]. Kliniki müayinədə makulanın temporalında görünən bilən telangiektaziyalar və anevrizmal dilatasiyalar müşahidə olunur. Təxminən 2 disk diametri ölçüsündə sahəni əhatə edir və bu hissədə retinal qalınlaşma, kistoz makula ödemə və eksudasiyalar izlənilir [6,7]. Başlanğıc görmə itiliyi 0.1-0.8 arasında dəyişir [11,12]. Flüoressein angiografiyada (FA) səthi və dərin kələfdə orta xətdən yuxarı və aşağı yayılan genişlənməmiş damarlar görünür. Əlavə olaraq foveada zəif işemiya və eksudasiyalar müşahidə olunur [6,9,11]. Tip 1 telangiektaziya anevrizma və genişlənməmiş damarların olmasına və sızma ilə müşahidə olunduğuna görə həqiqi telangiektaziyalar qrupuna aid edilərək Koats xəstəliyinin variasiyası kimi də qiymətləndirilir [6,9]. OKT müayinəsi zamanı retinal qalınlaşma, kistoz makulyar ödemə və hətta ödemənin çox olduğu hissədə makulyar qopma da müşahidə olunur [9]. Bunlara əlavə olaraq xarici nüvə qatında anormal genişlənməmiş damarlar, ancaq fotoreseptorlar və RPE-in intakt qalması, daxili nüvə qatında isə kiçik kistoz dəyişikliklər müşahidə olunur.

Differensial diaqnostikasi Koats xəstəliyi, telangiektaziya ilə müşahidə olunan retinal vena okkluziyaları, diabetik retinopatiya, radiasyon retinopatiya və digər damar xəstəlikləri ilə aparılır [13,14].

Müalicəsi:

1. Tip A qrup yukstafoveal telangiektaziyada görmə itiliyinin aşağı düşməsinin əsas səbəbi makulyar ödemə və onun səviyyəsidir [9]. Buna görə də müalicə makulyar ödemənin azalmasına yönəlmiş lazer fotokoagulyasiyası

(LK), intravitreal triamsinolon inyeksiyası (İVT), fotodinamik terapiya (FDT) və anti-VEGF preparatlar tətbiq olunur [1,6,8,15,16].

1. Tip B qrup yukstafoveal telangiektaziya 2 saata qədər dar bir sahədə kapillyar telangiektaziya görünür. Görmə itiliyinə əksər hallarda təsir etmədiyinə görə müalicə tələb etmir. Görmə itiliyi azalan hallarda isə LK, İVT və anti-VEGF inyeksiyası məsləhət görülür [10,11].

2-ci tip yukstafoveal telangiektaziya ən çox rast gəlinən və üzərində ən çox çalışılan qrupdur [6,7]. Bəzi ədəbiyyatlarda perifoveal telangiektaziya kimi də adlandırılır. Kişilərdə və qadınlarda rastgəlmə tezliyi eynidir, daha çox həyatın 6-cı dekadında ortaya çıxır [8,10,11]. Chev və həmk. 2. tip telangiektaziya ilə şəkərli diabet arasında əlaqə olub-olmadığını araşdırmış və nəzərəcarpacaq əlaqə olmadığını aşkara çıxarmışlar [17]. Göz dibində telangiektaziyalar, eksudasiyalar 1. tipə nisbətən az rast gəlinir. Makulada erkən mərhələlərdə kristallik depozitlər, damarların düz bucaq altında ayrılması, RPE-də dəyişikliklər izlənilir. Son mərhələdə isə fibrovaskulyar toxuma inkişafı, subretinal neovaskulyar membranın (SRNVM) əmələ gəlməsi, FA-da hiperflüoresensiya müşahidə olunur. Gass və Blodi 2. tip telangiektaziyaları klinikası və FA əlamətlərinə əsasən 5 mərhələyə bölmüşdür [7,8].

Müalicəsi

Qeyri-proliferativ yukstafoveal telangiektaziya LK, FDT, İVT inyeksiyası və anti-VEGF inyeksiyaları istifadə olunmuşdur [18,19]. Araşdırmalarda digər səbəbli ödemlərdə müsbət təsir göstərən lazer fotokoagulyasiyasının və FDT-nin heç bir effekti olmamışdır [18,20]. Bu nəticənin xəstəliyin patogenezi ilə əlaqəli olduğu düşünülür. Belə ki, histoloji müayinədə ödem damarlardan sızma nəticəsində əmələ gəlmədiyi, ekstrasellulyar maye mənşəli olduğu görünmüşdür [21,22].

Aparılan araşdırmalar zamanı proliferativ 2. tip telangiektaziya İVT və anti-VEGF inyeksiyası ilə FDT-nin kombinə terapiyası və anti-VEGF-in monoterapiyası müsbət effekt vermişdir [23,24].

3-ci tip yukstafoveal telangiektaziya

İkitərəfli perifoveal kapillyar okkluziya, retinal işemiya, kapillyar telangiektaziya və kiçik eksudasiyalarla xarakterizə olunur. 2-ci tip ilə eyni yaşda müşahidə olunur. Görmənin azalmasının əsas səbəbi işemik makulopatiyadır. Bəzən mərkəzi sinir sisteminin vaskulopatiyası ilə birlikdə gedir. Ədəbiyyatlara görə effektiv müalicəsi yoxdur [6,7,10,11].

Biz üç kliniki halda 3 tip idiopatik yukstafoveal telangiektaziyasının müayinəsini, müalicəsini və alınmış nəticələri diqqətə çatdırmağa çalışmışıq.

1-ci kliniki hal. 1953-cü il təvəllüdü, kişi cinsli xəstə E.Ə. akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinə sol gözdə tədricən görmənin azalması şikayəti ilə daxil olub. Daxil olarkən görmə itiliyi: Vis OD=0,9; Vis OS=0,2 k/olunmur; Tn OU=15-18 mm c.s., OS-göz dibində makulada sirsinata şəkilli sərt eksudatlar, kapillyarların qıvrılması, mikrohemorragiyalar müşahidə olunmuşdur (şək.1). Xəstəyə OKT və FA müayinələri aparıldı. OKT müayinəsində foveanın mərkəzi qalınlığının 500 mkm olması, iri ölçülü kistoz ödem müşahidə olundu (şək.3a). FA-Başlanğıc mərhələdə fovea ətrafında kapillyarların qıvrılması, teleangioektatik genişlənməsi, son fazada patoloji damarlardan kistoz şəkilli likic qeydə alındı (şək.2). Xəstəliyin kliniki şəklinə, OKT və FA müayinəsinə əsasən OS-1-ci tip idiopatik telangiektaziya diaqnozu qoyuldu. Müalicə: OS- intravitreal anti-VEGF inyeksiyası (bevasizumab 1.25mq) və 10 gün sonra makulada ödem nəhiyəsində qrid lazer koagulyasiyası tətbiq olundu. Daha sonra ayda bir dəfə olmaqla 2 ay təkrar intravitreal bevasizumab inyeksiya olundu.

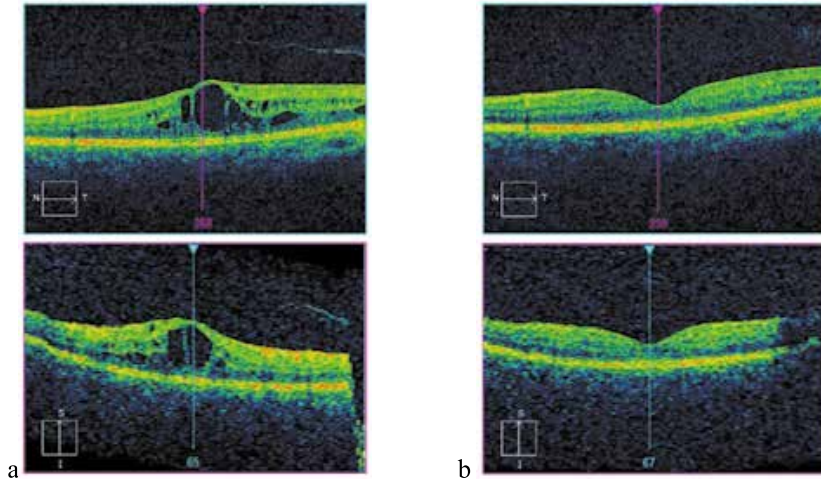
Sonrakı müraciətlərdə: 3-cü ay-Vis OS=0.4, 6-cı ay-Vis OS=0.5, makulada ödem azalması,eksudatların hissəvi sorulması müşahidə olundu. Xəstənin sonrakı 1 il ərzində müraciətləri zamanı Vis OS=0.9, göz dibində prosesin tam sabitləşməsi, OKT müayinəsində makulanın mərkəzi qalınlığının azalaraq 244 mkm olması, kistoz ödem tamamilə itməsi qeydə alındı (3b).



Şək.1. Xəstə E.Ə., OS – fundus foto



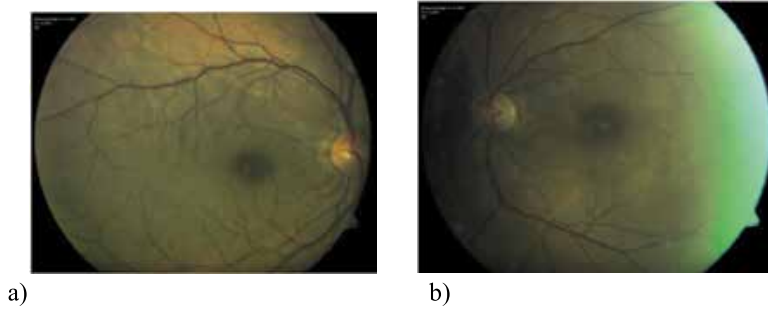
Şək.2. Xəstə E.Ə., OS – flüoressein angiografiya müayinəsi



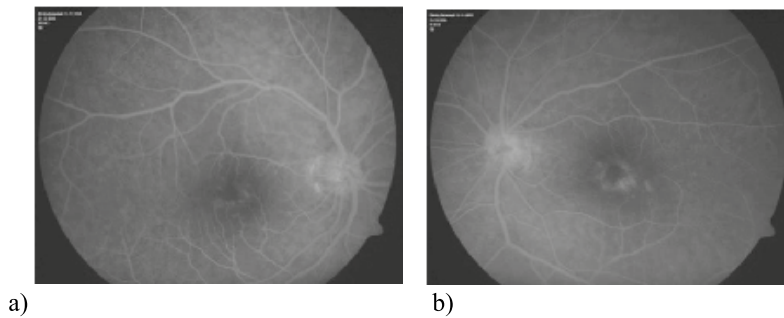
Şək.3. a) Xəstə E.Ə., OS - OKT müayinəsi (müalicədən əvvəl);
b) Xəstə E.Ə., OS - OKT müayinəsi (müalicədən sonra)

2ci kliniki hal. 1953-ci il təvəllüdlü qadın cinsli xəstə E.Q. Milli Oftalmologiya Mərkəzinə hər iki gözündə zəif görmə ilə müraciət edib. Obyektiv müayinədə: VisOD=0,7 k/olunmur, VisOS=0,4 k/olunmur, Tn OU=16 mm c.s., göz dibi müayinəsində OU-damarların qıvrılması, makulada parafoveal kapilyarların zəif dilatasiyası, OS-azsaylı sərt eksudatlar qeyd olundu (şək.4). OKT və FA müayinələri aparıldı. OKT müayinəsində makulanın mərkəzi qalınlığı OD-478 mkm, OS-555 mkm olması və iri ölçülü bir neçə kistoz boşluqlu makula ödemi aşkar olundu (şək. 6). FA müayinəsində başlanğıc mərhələdə parafoveal kapilyarların dilatasiyası, telangiektaziyalar, son mərhələdə teleangioektatik damarlarda sızma nəticəsində fokal kistoz şəkilli ödem müşahidə olundu. Anamnezə, xəstəliyin kliniki şəklinə, OKT və FA müayinələrinin nəticələrinə əsaslanaraq OU-2-ci tip yukstafoveal telangiektaziya diaqnozunu qoyuldu (şək.5). Müalicə: əvvəlcə intravitreal bevasizumab 1.25 mq inyeksiya olundu. 10 gün sonra makulada telangiektatik damarlar ətrafında fokal qrid lazer tətbiq olundu.

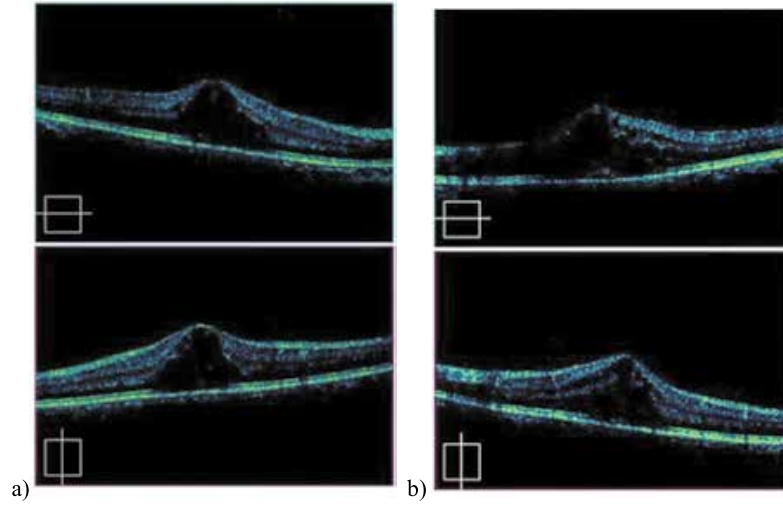
Sonrakı müraciətlərdə: 3-cü ay-Vis OD=0,7; Vis OS=0,5; 6 ay sonra-Vis OD=0,8; Vis OS=0,6; 1 il sonra- Vis OD=0,8 Vis OS=0,6; Göz dibində makulada eksudatların tamamilə sorulması, OKT müayinəsində makulanın mərkəzi qalınlığının OD-295 mkm, OS-300 mkm-ə qədər azaldığı və makula ödeminin sorulduğu qeydə alındı (şək.7).



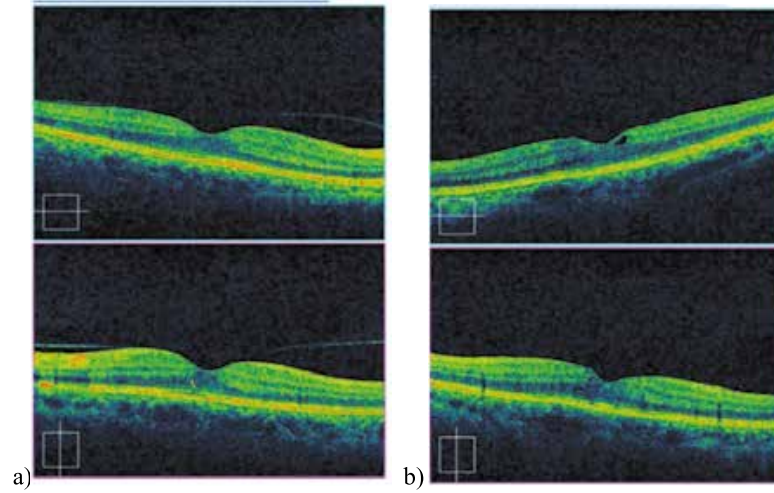
Şək.4. Xəstə E.Q., fundus foto: a) OD; b) OS



Şək.5. Xəstə E.Q. - FA müayinəsi: a) OD; b) OS

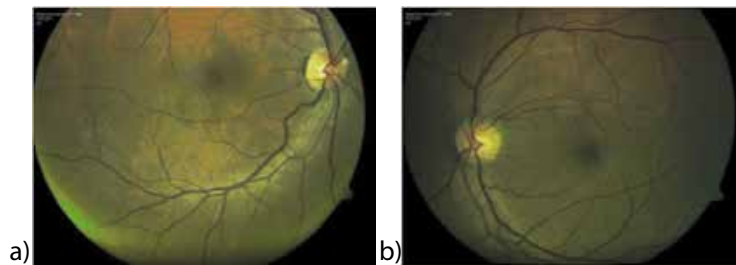


Şək.6. Xəstə E.Q., OKT müayinəsi (müalicədən əvvəl): a) OD; b) OS

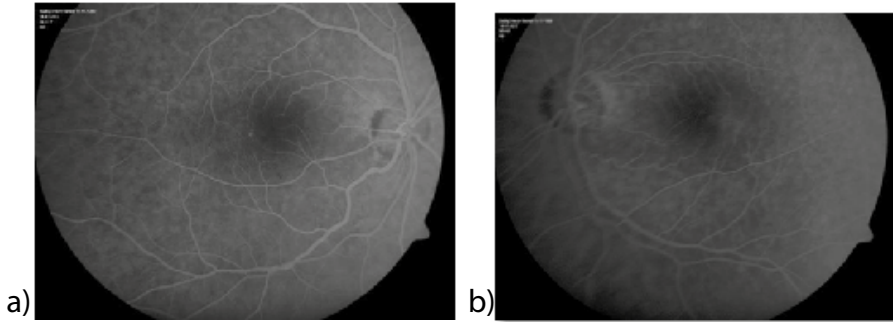


Şək.7. Xəstə E.Q., OKT müayinəsi (müalicədən sonra): a) OD; b) OS

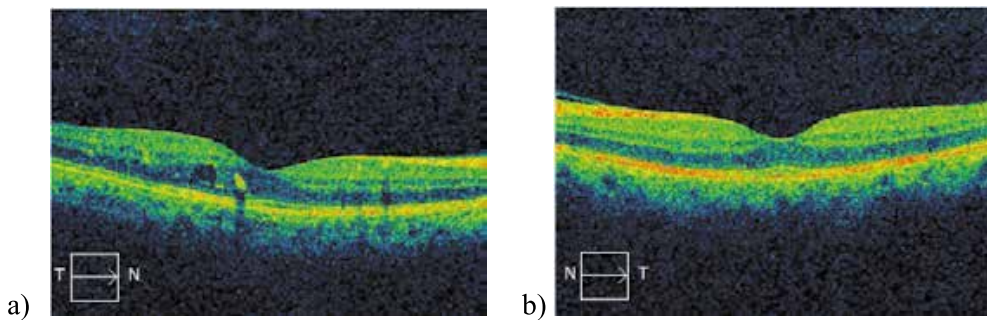
3cü kliniki hal. 1960 ci il təvəllüdü, kişi cinsli xəstə S.O. mərkəzimizə hər iki gözdə görmənin tədricən zəifləməsi, yanaşı olaraq baş ağrıları şikayəti ilə daxil olub. Daxil olarkən: Vis OD = 0,5; Vis OS = 0,6; Tn OU = 15 mm c.s. Göz dibi müayinəsində OU- görmə siniri diski normal, makulada foveal refleksin genişlənməsi qeyd olunmuşdur (şək.8). Xəstədə OKT və FA müayinələri aparıldı. OKT müayinəsində makulanın mərkəzi qalınlığı OU-300 mkm-ə yaxın, OD-parafoveal zəif qabarma, foveanın intakt olması qeydə alındı (şək.10). FA-başlanğıc mərhələdə foveal avaskulyar zonanın (FAZ) bir qədər genişlənməsi, parafoveal temporal kvadrantda kapilyarların zəif dərəcəli teleangiyeotatik genişlənməsi müşahidə olundu (şək.9). Son fazada bu kapilyarlardan fokal şəkilli zəif likic qeyd olundu. Xəstəyə anamnezə,müayinələrin nəticələrinə əsasən 3-cü tip yukstafoveal telangiektaziya diaqnozu qoyuldu. Xəstə heç bir müdaxilə edilmədən dinamik müşahidəyə alındı.



Şək.8. Xəstə S.O., fundus foto: a) OD; b) OS



Şək.9. Xəstə S.O., FA müayinəsi: a) OD; b) OS



Şək.10. Xəstə S.O., OKT müayinəsi: a) OD; b) OS

Müzakirə

Təqdim olunmuş kliniki hallarda 1-ci xəstədə aparılan lazer koagulyasiya və intravitreal anti- VEGF inyeksiyası makulyar ödemənin itməsinə, OKT və FA müayinələri zamanı müsbət göstəricilərin əldə olunmasına və görmə itiliyinin artmasına imkan yaratmışdır. Beləliklə, müalicədən əldə etdiyimiz nəticələr Gass və Blodi tərəfindən aparılan tədqiqata uyğun olaraq 1-ci tip telangiektaziya müalicənin effektiv olduğunu göstərir [7]. Stoffelns və həmk. müəllifi olduğu bir ədəbiyyat mənbəsində və intravitreal triamsinolon inyeksiyasının (İVT) dəyərləndirildiyi bir araşdırmada 2-ci tip telangiektaziya lazer koagulyasiyası və İVT zamanı makulyar ödemənin azalmasına, OKT və FA göstəricilərinin normallaşmasına baxmayaraq görmə itiliyində artım olmadığı qeyd olunmuşdur [15, 25, 26]. Lakin Çakır və həmk.nın apardığı tədqiqatda triamsinolon inyeksiyası, Charbel İssa və həmk.nın apardığı tədqiqatda intravitreal bevasizumab inyeksiyası istifadə olunmuş və makulyar ödemənin azalması, OKT və FA göstəricilərinin qismən normallaşması və eyni zamanda görmə itiliyində artım qeydə alınmışdır [25, 27]. Bizim apardığımız müalicədə lazer koagulyasiyası və bevasizumab inyeksiyası makulyar ödemənin sorulması və görmə itiliyinin artması ilə nəticələnmişdir. Bu, tədqiqatımız sonuncu iki araşdırmanın nəticələrinə uyğun olmuşdur. Tədqiqatımız zamanı 3-cü kliniki halda araşdırılmış ədəbiyyat mənbələrində göstərilirdiyi kimi, xəstənin anamnezi, nevroloji statusun olması, makulada işemiya (foveal avaskulyar zonanın genişlənməsi) kimi xüsusiyyətlər bizə bu xəstəyə 3-cü tip telangiektaziya diaqnozu qoymağa imkan verdi. Xəstədə hər hansı müalicənin aparılmaması isə makulada işemik prosesin mövcudluğu ilə izah edilir. Beləliklə, təqdim edilmiş 3 kliniki halın misalında idiopatik yukstafoveal telangiektaziyalı xəstələrdə diaqnozun qoyulması, müxtəlif tiplər arasında differensasiya aparılması və müalicə taktikasının seçilməsində flüoressein angiografiya və optik koherent tomoqrafiya müayinələrinin yüksək əhəmiyyəti bir daha sübut olunmuşdur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Reese A.B. Telangiectasis of the retina and Coats' disease // Am. J. Ophthalmol., 1956, v.42, p.1-8.
2. Clemons T.E., Gillies M.C., Chew E.Y. et al. Macular Telangiectasia Project Research Group, Medical characteristics of patients with macular telangiectasia type 2 (MacTel Type 2) MacTel project report no.3 // Ophthal. Epidemiol., 2013, v.20(2), p.109-113.

3. Wu L., Evans T., Arevalo J.F. Idiopathic macular telangiectasia type 2 (idiopathic juxtafoveolar retinal telangiectasis type 2A, Mac Tel 2) // *Surv. Ophthalmol.*, 2013, v.58(6), p.536-559.
4. Charbel Issa P., Gillies M.C., Chew E.Y. et al. Scholl HP. Macular telangiectasia type 2 // *Prog. Retin. Eye Res.*, 2013, v.34, p.49-77.
5. Novilaty S.R., Al-Shamsi H.N., Al-Khars W. Idiopathic juxtafoveolar retinal telangiectasis: A current Review // *Middle East Afr. J. Ophthalmol.*, 2010, v.17, p.224-241.
6. Gass J.D., Owawaka R.T. Idiopathic juxtafoveolar retinal telangiectasis // *Arch. Ophthalmol.*, 1982, v.10, p.769-780.
7. Gass J.D., Blodi B.A. Idiopathic juxtafoveolar retinal telangiectasis. Update of classification and follow-up study // *Ophthalmology*, 1993, v.100, p.1936-1946.
8. Novilaty S.R., Al-Shamsi H.N., Al-Khars W. Idiopathic juxtafoveolar retinal telangiectasis: A current Review // *Middle East Afr. J. Ophthalmol.*, 2010, v.17, p.224-241.
9. Yannuzzi L.A., Bardal A.M., Freund K.B. et al. Idiopathic macular telangiectasia // *Arch. Ophthalmol.*, 2006, v.124, p.450-460.
10. Kadayıfçılar S. İdiyopatik parafoveal telanjiektazi // *Ret. Vit.*, 2004, v.12, p.152-157.
11. Sanchez J.G., Garcia R.A., Wu L. et al. Optical coherence tomography characteristics of group 2A idiopathic parafoveal telangiectasis // *Retina*, 2007, v.27, p.1214-1220.
12. Wong W.T., Forooghian F., Majumdar Z. et al. Fundus autofluorescence in type 2 idiopathic macular telangiectasia: Correlation with optical coherence tomography and microperimetry // *Am. J. Ophthalmol.*, 2009, v.148, p.573-583.
13. Shields J.A., Shields C.L., Honavar S.G. et al. Clinical variations and complications of Coats disease in 150 cases: the 2000 Sanford Gifford Memorial Lecture // *Am. J. Ophthalmol.*, 2001, v.13, p.561-571.
14. Smithen L.M., Brown G.C., Brucker A.J. et al. Coats' disease diagnosed in adulthood // *Ophthalmology*, 2005, v.112, p.1072-1078.
15. Stoffelns B.M., Schoepfer K., Kramann C. Idiopathic macular telangiectasia - follow-up with and without laser photocoagulation // *Klin. Monbl. Augenheilkd.*, 2010, v.227, p.252-256.
16. Gonzalez C. Treatment of Type 1 idiopathic macular telangiectasia by series of 3 ranibizumab injections after 1 year follow-up // *Acta Ophthalmol.*, 2010, v.88, p.4318.
17. Chew E.Y., Murphy R.P., Newsome D.A. et al. Parafoveal telangiectasis and diabetic retinopathy // *Arch. Ophthalmol.*, 1986, v.104, p.71-75.
18. Park D.W., Schatz H., McDonald H.R. et al. Grid laser photocoagulation for macular edema in bilateral juxtafoveal telangiectasis // *Ophthalmology*, 1997, v.104, p.1838-1846.
19. Finger R.P., Charbel Issa P., Hendig D. et al. Monthly ranibizumab for choroidal neovascularizations secondary to angioid streaks in pseudoxanthoma elasticum: a one-year prospective study // *Am. J. Ophthalmol.*, 2011, 152, p.695-703.
20. De Lahitte G.D., Cohen S.Y., Gaudric A. Lack of apparent shortterm benefit of photodynamic therapy in bilateral acquired, parafoveal telangiectasis without subretinal neovascularization // *Am. J. Ophthalmol.*, 2004, v.138, p.892-824.
21. Green W.R., Quigley H.A., De la Cruz Z. et al. Parafoveal retinal telangiectasis. Light and electron microscopy studies // *Trans. Ophthalmol. Soc. UK*, 1980, v.100, p.162-170.
22. Gass J.D. Histopathologic study of presumed parafoveal telangiectasis // *Retina*, 2000, v.20, p.226-227.
23. Jorge R., Costa R.A., Calucci D. et al. Intravitreal bevacizumab (Avastin) associated with the regression of subretinal neovascularization in idiopathic juxtafoveolar retinal telangiectasis // *Graef. Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.*, 2007, v.245, p.1045-1048.
24. Kurt R.A., Batioğlu F., Özmert E. Tip 2a idiyopatik juxtafoveal retinal telanjiektazi olgusunda gelişen koroid neovaskularizasyonu ve intravitreal ranibizumab ile tedavisi // *Ret. Vit.*, 2011, v.19, p.71-74.
25. Cakir M., Kapran Z., Basar D. et al. Optical coherence tomography evaluation of macular edema after intravitreal triamcinolone acetonide in patients with parafoveal telangiectasis // *Eur. J. Ophthalmol.*, 2006, v.16, p.711-717.
26. Martinez J.A. Intravitreal triamcinolone acetonide for bilateral acquired parafoveal telangiectasis // *Arch. Ophthalmol.*, 2003, v.121, p.1658-1659.
27. Charbel Issa P., Holz F.G., Scholl H.P. Findings in fluorescein angiography and optical coherence tomography after intravitreal bevacizumab in type 2 idiopathic macular telangiectasia // *Ophthalmology*, 2007, v.114, p.1736-1742.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЮКСТАФОВЕАЛЬНОЙ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИИ РАЗЛИЧНОГО ТИПА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Национальный Центр офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой, г. Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *идиопатическая макулярная телеангиэктазия, болезнь Коатса, окклюзия вен сетчатки*

РЕЗЮМЕ

Представлены три клинических случая больных с различными типами идиопатической макулярной телеангиэктазии. Диагноз был поставлен на основе флюоресцентной ангиографии оптической когерентной томографии. Больным была произведена грид-лазеркоагуляция макулы и интравитреальные anti-VEGF инъекции. Клиническая эффективность лечения различных типов этого заболевания представлены на основе данных остроты зрения и повторных ОКТ исследований.

Shahmalieva A.M., Nazazova G.O.

CLINICAL APPROACH AND PRINCIPAL PRINCIPLES OF TREATMENT OF THE VARIOUS TYPE IDIOPATHIC JUSCTAFOVEAL TELANGIECTASIA (CLINICAL CASE)

National Ophthalmology Center named after acad. ZarifaAliyeva, Baku, Azerbaijan

Key words: *idiopathic macular telangiectasia, Coates disease, retinal vein occlusion*

SUMMARY

Three clinical cases of patients with different types of idiopathic macular telangiectasia are presented. The diagnosis was based on the fluorescent angiography of optical coherence tomography. Patients received a laser-coagulated macula and intravitreal anti-VEGF injections. Clinical efficacy of treatment of various types of this disease is presented on the basis of visual acuity data and repeated OKT studies.

Korrespondensiya üçün:

Şahmalıyeva Aişəxanım Məcməddin qızı, tibb üzrə fəlsəfə doktoru, akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin lazer cərrahiyyəsi bölməsinin rəhbəri

Namazova Günay Orucəli qızı, akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin rezidenti

Ünvan: AZ 1114, Bakı şəh., Cavadxan küç., 32/15

Tel: (+99412) 569-09-07; (+99412) 569-09-47

E-mail: administrator@eye.az; www.eye.az