

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ ГЛАУКОМЫ

Сердюк В. Н., Устименко С. Б., Березнюк Л. Г., Гетман Ю. В., Цурбан И. В.  
Днепропетровская областная клиническая офтальмологическая больница.

Окклюзии вен сетчатки – самый частый вариант ретинопатии после диабета и возрастных изменений макулы.

Тромбоз центральной вены сетчатки и её ветвей составляет до 60% всей сосудистой патологии глаза. Результатом венозной окклюзии нередко являются ретинальные ишемические зоны, которые приводят к неоваскуляризации сетчатки, диска зрительного нерва и радужки. По данным В. Э. Танковского неоваскулярная глаукома может сформироваться в среднем через 3–5 месяцев, а риск развития в первые 6 месяцев составляет около 60–70% всех случаев глаукомы. Тяжесть поражения глаза, выраженный болевой синдром, высокий уровень (50–70%) слепоты объясняет возрастание интереса к проблеме данной патологии.

**Цель:** поиск оптимальной тактики лечения пациента со вторичной неоваскулярной глаукомой в условиях разнообразия лекарственных средств и хирургических методик.

### Материалы и методы

Материалом для исследования послужили данные наблюдения за 17 пациентами (17 глаз) в возрасте от 62 до 78 лет (средний возраст  $68 \pm 2$ ), находившиеся на лечении в офтальмологическом отделении № 2 ДОКОЛ в 2009–2011 году с диагнозом вторичная посттромботическая глаукома. Среди них 12 мужчин (71%) и 5 женщин (29%). Причиной тромбоза центральной вены сетчатки были гипертоническая болезнь у 11 больных (65%) и диабетическая ретинопатия 6 больных (35%).

В последние годы в офтальмологии широко применяются препараты, подавляющие выработку эндотелиального сосудистого фактора роста (VEGF) – Macugen, Avastin, Lucentis. «Avastin» (авастин) представляет собой полноценное антитело против всех разновидностей (изоформ) VEGF. С 2005 года этот препарат активно применяется американскими офтальмологами. Вве-

Таблица 1

Динамика показателей у исследуемых пациентов

Группа	кол-во пациентов	Острота зрения	ВГД	неоваскуляризация радужки
<b>После стационарного лечения</b>				
I	4 (23%)	прежнее	$30,0 \pm 6,0$	прежняя
II	6 (35%)	$0,05 \pm 0,02$	$10,0 \pm 2,2$	уменьшилась
III	7 (42%)	$0,05 \pm 0,03$	$10,0 \pm 2,2$	уменьшилась
<b>Через 1 месяц</b>				
I	4 (23%)	$0,01 \pm 0,02$	$26,0 \pm 5,0$	увеличилась
II	6 (35%)	$0,05 \pm 0,02$	$15,0 \pm 2,2$	прежняя
III	7 (42%)	$0,1 \pm 0,06$	$12,0 \pm 1,1$	увеличилась в 2-х случаях (повторно введен авастин)
<b>Через год</b>				
I	4	$0,0 \pm 0,2$	$30,0 \pm 5,0$	реимплантация 1-го клапана
II	5	$0,05 \pm 0,02$	$17,0 \pm 2,2$	3-м сделано ФЭК с ИОЛ
III	7	$0,2 \pm 0,06$	$11,0 \pm 5,5$	2-м пациентам повторно введен авастин

дение в полость стекловидного тела обеспечивает высокую концентрацию лекарственного средства в месте его приложения, т. к. способен проникать через все слои сетчатки.

При исследовании всем больным проводилась флюоресцентная ангиография (ФАГ) для визуализации венозных и капиллярных экстравазаций на диске зрительного нерва и сетчатке, исключение составляли только больные с болевым приступом вторичной глаукомы. Контрольно ФАГ проводился через неделю после оперативного вмешательства.

Нами было выделено 3 группы пациентов.

Первая группа 4 пациента (23%) на фоне общепринятого лечения произведена имплантация клапана «Ахмед» по общепринятой методике с образованием предварительного склерального лоскута в месте формирования прокола и введения трубки.

Во второй группе 6 человек (35%) наряду с вышеописанной схемой лечения применялось однократное введение авастина в стекловидное тело за 2 дня до имплантации клапана «Ахмед».

В третьей группе 7 человек (42%) на фоне общего лечения после интравитреального введения авастина через 2 дня проводилась имплантация клапана «Ахмед» с одновременной коаксиальной микрофакоэмульсификацией с имплантацией ИОЛ (Adapt или Mi60).

В течение первых суток при биомикроскопии радужки, гониоскопии, фундус-осмотре картины глазного дна отмечалось уменьшение коли-

чества новообразованных сосудов на радужке, в углу передней камеры и на диске зрительного нерва.

### Результаты

Эффективность лечения оценивали по данным обследований, проведенных до операции, при выписке из стационара, через месяц и год после лечения. Исходная острота зрения была практически одинакова во всех группах. Среднее её значение соответствовало  $0,02 \pm 0,05$ . Повышение внутриглазного давления колебалось в среднем  $42,0 \pm 8,0$ . Неоваскуляризация радужки соответствовала III–IV стадии.

Оптимальное состояние угла передней камеры для имплантации клапана наступало на 2–3 сутки, это позволяло нам в интраоперационном и послеоперационном периоде избежать перепада ВГД, что обеспечивало меньшее рубцевание и бесперебойную работу клапана (табл. 1).

### Заключение

Сравнительный анализ клинко-функциональных результатов свидетельствует о том, что комбинированное лечение – интравитреальное введение авастина с последующим проведением ФЭК с ИОЛ и имплантацией клапана «Ахмед» является перспективным и высокоэффективным методом лечения вторичной неоваскулярной глаукомы.

## CENTRAL VEIN OCCLUSION IS THE MAIN CAUSE OF VASCULAR EYE PATHOLOGY

There were examined 17 patients (17 eyes) with secondary neovascular glaucoma. The average age of all patients was  $68 \pm 2$ . Combined treatment with the use of anti-VEGF, microphacoemulsification and Ahmed valve is a very effective and promising approach in treatment of secondary neovascular glaucoma.

**Keywords:** secondary neovascular glaucoma, Ahmed valve, anti-VEGF.