

Алгоритм лечения неоваскулярной глаукомы. Клинический случай



С. Ю. Анисимова



С. И. Анисимов

Глазной центр «Восток-Прозрение», кафедра офтальмологии ФГБОУ ДПО ИПН ФМБА России, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Представлена последовательность действий при лечении случая неоваскулярной диабетической глаукомы с высоким ВГД и выраженной неоваскуляризацией радужки и угла передней камеры. При лечении сочетали панретинальную лазеркоагуляцию сетчатки, введение анти-VEGF препаратов и антиглаукомную операцию с имплантацией дренажа. Такой алгоритм позволяет избежать целого ряда геморрагических осложнений.

Ключевые слова: неоваскулярная глаукома, панретинальная лазеркоагуляция, Луцентис, коллагеновый дренаж Ксенопласт

ABSTRACT

S. Yu. Anisimova, S. I. Anisimov

The treatment algorithm of neovascular glaucoma. Case report

The paper presents a sequence of operations for the treatment of diabetic neovascular glaucoma case with high IOP and marked iris neovascularization. In the treatment of combined panretinal laser photocoagulation of retina, injection of anti-VEGF and antiglaucomatous surgery with implantation of drainage. This algorithm permits to avoid a number of hemorrhagic complications.

Key words: neovascular glaucoma, panretinal laser coagulation, Lucentis, collagen Xenoplast drainage

Офтальмология. 2013. Т. 10, № 2. С. 73–75.

Поступила 15.04.13. Принята к печати 16.05.13

Неоваскулярная глаукома возникает на фоне пролиферативной диабетической ретинопатии. В развитии неоваскулярной глаукомы важную роль играют ангиогенные факторы, ключевым при этом считается фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) [2]. Консервативные методы лечения этой формы глаукомы, как правило, неэффективны. Общепринятым лечением, направленным на подавление неоваскуляризации радужки и угла передней камеры глаза, является панретинальная лазерная коагуляция [1, 4]. Эффективность панретинальной лазеркоагуляции при лечении рубеоза радужки достаточно высока: регресса новообразованных сосудов радужки удастся достичь в 70-73% случаев при выполнении методики панретинальной лазеркоагуляции большого объема за 3-5 сеансов [1].

С момента появления ингибиторов VEGF представляет интерес применение комплекса лазерных методов лечения и ангиогенной терапии для торможения роста патологических сосудов и запустевания новообразован-

ных сосудов радужки, угла передней камеры и глазного дна при подготовке пациента к хирургическому вмешательству с применением дренажей, которое необходимо более чем в 90% случаев [5, 8]. Авторы описывают запустевание новообразованных сосудов, а также снижение ВГД после интравитреального введения препаратов анти-VEGF, которые потенцируют эффект лазерной коагуляции, и при проведении антиглаукомной операции удастся избежать геморрагических осложнений [2, 3].

В литературе представлен разный уровень успеха при использовании различных дренажных устройств, но в клинических результатах отсутствует сколько-нибудь значимая разница при их применении. Уровень успеха значительно снижается со временем. Авторы описывают до 60% успеха в первый год при применении различных трубчатых устройств и только 10% успеха до 5 лет наблюдений, особенно низкий процент успеха при неоваскулярной глаукоме отмечен при диабетической ретинопатии [6, 7].



Рисунок 1. В просвете зрачка правого глаза ИОЛ с интенсивными поверхностными помутнениями.

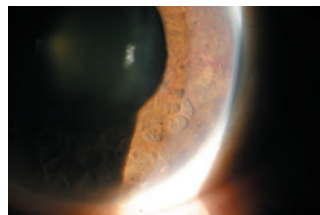


Рисунок 2. Неоваскуляризация радужки левого глаза.

Клинический случай. Пациент Б., 1954 года рождения, поступил в нашу клинику с диагнозом сахарный диабет второго типа. При обследовании: правый глаз — артифакция, вторичная оперированная глаукома. На левом глазу диагностирована вторичная неоваскулярная глаукома с высоким ВГД на 3-кратных инстилляциях ингибиторов карбоангидразы и однократном введении аналогов простагландинов; начальная катаракта; диабетическая пролиферативная ретинопатия, состояние после лазеркоагуляции. Острота зрения: правый глаз — светоощущение с правильной проекцией, левый глаз — 0.01. Внутриглазное давление (ВГД) правого глаза 20 мм рт. ст. без медикаментозного сопровождения. Левый глаз — ВГД 60 мм рт. ст. При биомикроскопическом исследовании: OD — помутнение передней поверхности ИОЛ (рис. 1). Под конъюнктивой просматривается основание дренажа ExPress, глазное дно за флером.

Левый глаз: множественные новообразованные сосуды на радужке (рис. 2), в углу передней камеры и на сетчатке. Угол передней камеры закрыт на всем протяжении.

Из анамнеза: правый глаз — лазеркоагуляция сосудов сетчатки, введение Луцентиса, антиглаукомная операция с имплантацией дренажа ExPress одномоментно с фактоэмульсификацией и имплантацией ИОЛ. В послеоперационном периоде ВГД нормализовать не удалось, оно оставалось в пределах 50-60 мм рт. ст. Проведено три процедуры циклодеструкции, после

чего ВГД было нормализовано с 2-кратными инстилляциями комбинированного препарата. Острота зрения постепенно снижалась.

При лечении этого пациента нами был применен следующий алгоритм действий.

1. Для лечения вторичной неоваскулярной глаукомы левого глаза, запускания новообразованных сосудов радужки и сетчатки и уменьшения риска геморрагических осложнений антиглаукомного вмешательства была проведена повторная лазеркоагуляция сетчатки (рис. 3). Новообразованные сосуды радужки и сетчатки после этой дополнительной лазеркоагуляции несколько запустили.

2. Через 1 неделю был введен Луцентис эндовитреально. На первый день после введения Луцентиса ВГД оставалось в пределах 60 мм рт. ст. Однако на 3 день новообразованные сосуды запустили, и ВГД снизилось до 35 мм рт. ст.

3. Следующим этапом была произведена антиглаукомная операция — ангулярно-увеальное дренирование с имплантацией дренажа Ксенопласт (ООО Трансконтакт, РФ) одним концом в угол передней камеры на поверхность радужки без проведения иридэктомии, чтобы избежать кровотечения, передняя камера наполнена OVD Дисковиск (Alcon, США). На первые сутки передняя камера глубокая, гипотония, геморрагических осложнений не отмечено. На 4 сутки отмечено измельчение передней камеры до 1,5 мм, гипотония. Через парацентез под щелевой лампой введено 0,2 мл Дисковиска. 1 неделя после операции — ВГД 20 мм рт. ст., глаз спокоен, передняя камеры глубокая, пациент отмечает некоторое улучшение зрения. 1 месяц после операции — ВГД 22 мм рт. ст. на двухкратных инстилляциях ингибиторов карбоангидразы и нестероидных противовоспалительных препаратах. На рисунке 4 виден дренаж Ксенопласт при гониоскопии.

4. Через 1 месяц после антиглаукомной операции проведена фактоэмульсификация с имплантацией ИОЛ EnVista (Bausch & Lomb, США). Послеоперационный период протекал без осложнений, отмечалось развитие

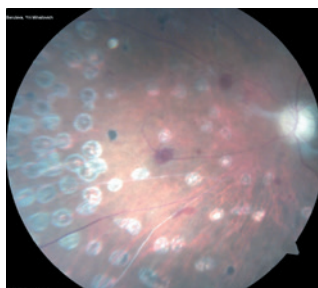


Рисунок 3. Глазное дно левого глаза после повторной лазеркоагуляции сетчатки.

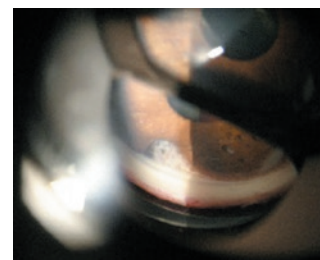


Рисунок 4. Гониоскопическая картина положения дренажа ДКА Ксенопласт в передней камере OS.

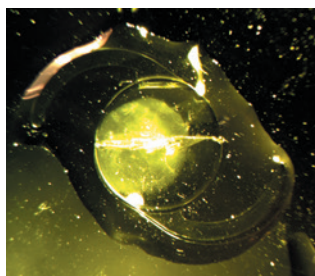


Рисунок 5. Общий вид ИОЛ, извлеченной из правого глаза.

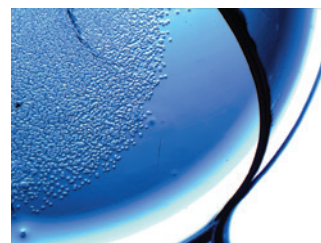


Рисунок 6. Микроскопия передней поверхности ИОЛ, извлеченной из правого глаза (предположительно была повреждена при проведении в прошлом лазерной циклокоагуляции). Боковая подсветка белым светом (6500 K), ув. X7.

эпителиопатии по типу сухого глаза (купирован 3-4 кратными инстилляциями препарата Оквис 0,3%, Дубна-Биофарм, РФ).

5. ВГД как в раннем, так и через 2 месяца после операции установилось в пределах 18-22 мм рт. ст. на двухкратных инстилляциях комбинированного препарата ингибиторов карбоангидразы и β -блокаторов.

6. На правом глазу произведена замена гидрофильной ИОЛ на ИОЛ EnVista. Острота зрения на обоих глазах 0.08. На рисунке 5 представлена удаленная ИОЛ, четко видна поврежденная передняя поверхность в пределах зрачка, часть оптической зоны ИОЛ, которая была прикрыта радужкой, осталась неповрежденной.

ВЫВОДЫ

1. При лечении неоваскулярной глаукомы с высоким ВГД и выраженной неоваскуляризацией радужки и угла передней камеры необходимо сочетать панретинальную лазеркоагуляцию сетчатки, введение анти-VEGF препаратов и антиглаукомную операцию с имплантацией дренажа. Такой алгоритм позволяет избежать целого ряда геморрагических осложнений.

2. Биологический дренаж Ксенопласт является эффективным устройством с высокой степенью совместимости, может имплантироваться в угол передней камеры и в заднюю камеру на поверхность цилиарного тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазурина Н.К., Сдобникова С.В., Столяренко Г.Е. О расширении показаний к панретинальной лазеркоагуляции при пролиферативной диабетической ретинопатии. Проллиферативный синдром в офтальмологии. // Матер. 1 Междунар. научно-практ. конф. М., 2000. С. 60-61.
2. Сургуч В.К., Еричев В.П. Ангиогенная терапия при неоваскулярной глаукоме // Глаукома. 2010. № 2. С. 55-58.
3. Davidorf F., Mouser J., Derick R. Rapid improvement of rubeosis iris from a single bevacizumab (Avastin) injection // Retina. 2006. V.26. P. 354-356.
4. Duke J., Brown G. The efficacy of panretinal photocoagulation for neovascularization of the iris after central retinal artery obstruction // Ophthalmology. 1989. V. 96. P. 92-95.
5. Ehlers J., Spirn M., Lam A., et al. Combination intravitreal bevacizumab/panretinal photocoagulation versus panretinal photocoagulation alone in the treatment of neovascular glaucoma // Retina. 2008. V. 28. P. 696-702.
6. Mermoud, A., Salmon S., Alexander P., et al. Molteno tube implantation for neovascular glaucoma. Long term results and factors influencing outcome // Ophthalmology. 1993. V. 100. P. 897-902.
7. Molteno A., Fucik M., Demster A., et al. Otago glaucoma surgery outcome study, factors controlling capsule fibrosis around Molteno implants with histological correlation // Ophthalmology. 2003. V.110. P. 2198-2206.
8. Wakabayashi T., Oshima Y., Sakaguchi H., et al. Intravitreal bevacizumab to treat iris neovascularization and neovascular glaucoma secondary to ischemic retinal diseases in 41 consecutive cases // Ophthalmology. 2008. V. 115. P. 1571-1580.

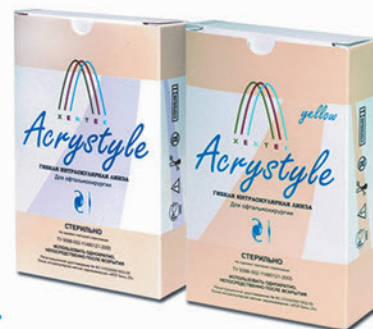


ООО «Трансконтакт»
и группа компаний
КСЕНТЕК

ООО «Трансконтакт» (495) 605-39-38
ООО «Дубна-Биофарм» (495) 921-36-97

ACRYSTYLE

Мягкие
интраокулярные
линзы



КСЕНОПЛАСТ

Коллагеновый
антиглаукоматозный дренаж
и материалы для
склеропластики



ОКВИС

Протектор
тканей глаза –
глазные капли



ЛОКОЛИНК

Аппарат для
фототерапии
роговицы
методом
локального
кросслинkingа



❁ **БИОСОВМЕСТИМОСТЬ**
❁ **БЕЗОПАСНОСТЬ**
❁ **ЭФФЕКТИВНОСТЬ**