

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СОЧЕТАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ И ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

*С. А. Коротких, О. И. Борзунов*

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»  
Минздрава России, г. Екатеринбург*

**Актуальность.** Ведущие места среди причин слепоты и инвалидности по зрению на сегодняшний день занимают диабетическая ретинопатия (ДР) и первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ).

С точки зрения патогенеза эти заболевания объединяет существенная роль системных факторов, что обуславливает необходимость комплексного подхода к терапии. По этой причине до сих пор остается открытым вопрос о рисках глаукоматозного поражения у пациентов с диабетом по сравнению со здоровыми людьми. В 5,9–13 % случаев сахарный диабет (СД) наблюдается с ПОУГ [1].

Частота ПОУГ не зависит от тяжести заболевания СД. Ряд авторов считает, что диабет является серьезным фактором риска глаукоматозного поражения; приводятся данные, что СД достоверно коррелирует с риском развития двусторонней нормотензивной глаукомы.

У больных сахарным диабетом глаукома развивается в 4–5 раз чаще [2]. Наличие СД усложняет лечение ПОУГ по ряду причин:

- применение  $\beta$ -блокаторов маскирует симптомы гипогликемии;
- резкое снижение ВГД может приводить к ускорению прогрессирования ДР;
- возможно развитие или усиление макулярного отека при применении простогландинов при диабетической макулопатии.

**Цель работы** – оценить тактику комплексного лечения патогенетических больных ДР в сочетании с ПОУГ.

**Материалы и методы.** Настоящая работа выполнена на базах Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн и клиники «Профессорская Плюс».

Исследование включало 36 пациентов с диагнозом не- и препролиферативная диабетическая ретинопатия и открытоугольная глаукома II–III стадий.

В подгруппу А входили 19 пациентов, которым проводились СЛТ, симпатокоррекция № 10 и нейропротекторная терапия (Ретиналамин 5 мг внутримышечно № 10) с последующим назначением препарата Трайкор (Фенофибрат) 145 мг 1 раз в день – 3 месяца.

В подгруппу В входили 17 пациентов, которым проводились СЛТ, симпатокоррекция № 10, нейропротекторная терапия (Ретиналамин 5 мг внутримышечно № 10).

Измерение внутриглазного давления проводилось по методу Маклакова с поправкой на данные пахиметрии согласно Goldmann IOP correction table. Компьютерная периметрия проводилась на аппарате HUMPHREY Carl Zeiss по программе 30-2, за основу принимали показатель Mean Deviation (MD); оптическая когерентная томография – на приборе SOCT Copernicus (Fundus reconstr. Tomogram 25).

**Результаты и обсуждение.** Основные офтальмологические параметры при выписке и через три месяца представлены в таблице. Наиболее существенное улучшение и стабилизация в сроке 3 месяцев достигнуты в подгруппе А.

Под-группа	Параметры	Острота зрения	Границы поля зрения, град	Абсолютные скотомы	MD, дБ	Соотношение Э/Д
А	При выписке	0,73±0,07	487,2±12,3	6±1,1	-8,5±0,15	0,51±0,27
	Через 3 месяца	0,74±0,14	492,4±11,2	5±2,0	-6,1±0,13	0,51±0,20
В	При выписке	0,70±0,08	481,6±11,4	9±1,2	-8,4±0,1	0,58±0,11
	Через 3 месяца	0,63±0,08	468,3±10,0	10±1,3	-9,4±0,1	0,58±0,11

**Выводы.** Пациентам, страдающим ПОУГ и ДР и имеющим достоверную отрицательную динамику основных офтальмологических параметров, рекомендовано прохождение курсов консервативного лечения не реже 1 раза в 9 месяцев, в случае выраженного прогрессирования глаукомной оптической нейропатии вопрос о сроках решается индивидуально.

Эффективной терапевтической стратегией у пациентов с сочетанием ПОУГ и СД является сочетание симпатокоррекции со следующей схемой лечения: Ретиналамин 5 мг внутримышечно № 10, Трайкор (Фенофибрат) 145 мг 1 раз в день – 3 месяца.

Длительное применение препарата Танакан позволяет помимо патогенетического лечения снизить требуемый объем лазерной коагуляции сетчатки.

1. Дуюн И. А., Анагуни А. Э., Камфарина И. А. Об эффективности Азопта у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой и сахарным диабетом // РМЖ. 2011. № 1.
2. Алексеев И. Б., Мошетьова Л. К., Воробьева И. В. Медикаментозная активация увеосклерального оттока у пациентов с глаукомой, протекающей на фоне сахарного диабета.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ АБЕРРАЦИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ WAVEFRONT-GUIDED LASIK И WAVEFRONT-GUIDED FEMTOLASIK

О. А. Костин, С. В. Ребриков, А. И. Овчинников, А. А. Степанов  
Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»,  
г. Екатеринбург

**Актуальность.** Сущностью операции Wavefront-guided LASIK (операция LASIK с коррекцией aberrаций волнового фронта) является снижение aberrаций высших порядков при коррекции аномалии рефракций. Однако существуют данные, показывающие зависимость индуцирования aberrаций волнового фронта от формирования роговичного лоскута в ходе данной операции [4]. Представляет также несомненный интерес выяснение зависимости изменений aberrаций волнового фронта от способа формирования роговичного лоскута [6]. Во время операции Wavefront-guided LASIK производится срез роговицы механическим микрокератомом с формированием неравномерного по толщине роговичного лоскута [2]. Операция Wavefront-guided FemtoLASIK позволяет создать равномерный во всех областях по толщине роговичный лоскут [Там же], поэтому несомненный клинический интерес представляет собой оценка изменений aberrаций волнового фронта как после операции Wavefront-guided LASIK, так и после операции Wavefront-guided FemtoLASIK.

**Цель исследования** – оценка остроты зрения, рефракции, aberrаций высшего порядка после операций Wavefront-guided LASIK и Wavefront-guided FemtoLASIK при коррекции миопии и сложного миопического астигматизма на эксимерном лазере MEL-80 с системой CRS-Master при использовании механического и лазерного микрокератомов соответственно.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали две группы по 15 пациентов. В группе I (30 глаз) в ходе операции Wavefront-guided LASIK по поводу миопии и сложного миопического астигматизма для