

UOT: 617.7-007.681-021.5

Feyziyeva K.V., Rüstəmovə N.M., Ağayeva F.Ə.

### İLTİHAB MƏNŞƏLİ İKİNCİLİ UVEAL QLAUKOMA (KLİNİK HAL)

*Akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., AZ1114, Cavadxan küç. 32/15*

**Açar sözlər:** *uveit, uveal qlaukoma*

Feyziyeva K.V., Rustamova N.M., Aghayeva F.A.

### SECONDARY INFLAMMATORY UVEAL GLAUCOMA (CLINICAL CASE)

#### SUMMARY

This article discusses three clinical cases of uveal glaucoma of various etiologies. In the first patient, uveal glaucoma was detected against the background of sarcoidosis, in the second patient against chronic herpetic uveitis, and in the third, uveitis of unknown etiology. For the combined treatment of uveitis and glaucoma, steroidal and non-steroidal anti-inflammatory and anti-glaucoma drugs were used. Anti-glaucoma drug treatment was not effective enough in the second and third patients. These patients underwent anti glaucomatous surgery - STEC. In the postoperative period, intraocular pressure returned to normal, and disk excavation and changes in visual fields remained stable.

#### **Conclusion**

Thus, timely diagnosis and treatment of uveal glaucoma allows you to normalize intraocular pressure and maintain high vision.

**Keywords:** *uveitis, uveal glaucoma*

Фейзијева К.В., Рустамова Н.М., Агаева Ф.А.

### ВТОРИЧНАЯ УВЕАЛЬНАЯ ГЛАУКОМА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

#### РЕЗЮМЕ

В представленной статье рассматриваются три клинических случая увеальной глаукомы различной этиологии. У первого пациента увеальная глаукома была обнаружена на фоне саркоидоза, у второго пациента - на фоне хронического герпетического увеита, а у третьего увеит неизвестной этиологии. С целью комбинированного лечения увеита и глаукомы применяли стероидные и нестероидные противовоспалительные, а также антиглаукомные препараты. Антиглаукомное медикаментозное лечение было не достаточно эффективным у второго и третьего пациентов. Этим больным была произведена антиглаукоматозная операция – СТЭК. В послеоперационном периоде внутриглазное давление нормализовалось, а экскавация диска и изменения полей зрения остались стабильными.

#### **Заключение**

Таким образом, своевременное диагностирование и лечение увеальной глаукомы позволяет нормализовать внутриглазное давление и сохранить высокое зрение.

**Ключевые слова:** *uveit, увеальная глаукома*

Uveit, nisbətən çox yayılmasına baxmayaraq, dünya miqyasında qarşısı alın bilən korluğun üçüncü öndə gedən səbəbidir [1, 2]. Bu da məsələnin nə qədər aktual olduğunu göstərir.

Qadınların daha çox xəstələnməsinə baxmayaraq, yaş artdıqca hər iki cinsin xəstələnmə ehtimalı yüksəlir [3]. Uveit normal, aşağı və yüksək gözdaxili təzyiqlə (GDT) müşayiət oluna bilər [4]. Uveal qlaukoma ikincili qlaukomaların ən çox yayılmış formalarından biri olub, ön uveitlərin ən çox rast gəlinən ciddi ağırlaşmalarındandır [5, 6, 7]. Uveitli xəstələrin 10-20%-də qlaukoma rast gəlinir [4, 8, 9, 10].

Uveit, iridosiklit zamanı gözdaxili mayenin xaric olmasının obstruksiya mexanizminə kəskin və adətən geri dönmə forma (məsələn, trabekullararası sahədə iltihab elementlərinin toplanması, trabekulyar səhifələrin ödemə və ya siliar cismin şişkinləşməsi nəticəsində kamera bucağının bağlanması) və xroniki forma (məsələn, ön kamera bucağında çarıqlaşmanın və ya membranın əmələ gəlməsi) aid olunur [8]. Elliotun mexanizminin nəzəriyyəsinə əsasən də gözdaxili təzyiğin səbəbi gözdaxili mayenin su tərkibinin dəyişməsi, filtrasiya bucağının iltihab hüceyrələri və çöküntülərlə obstruksiyasıdır [4].

A.V.Xvatova həmmüəllifləri ilə birgə uveit keçirmiş uşaqlarda 5% halda erkən dövrdə, 30% halda uzaq dövrdə uveal qlaukoma aşkarlamışlar [7]. Azərbaycanda pediatrik qlaukomanın yayılma tezliyi 100 min əhaliyə 1.6 təşkil etmiş və onlardan ikinci yer uveal qlaukomanın (9,8%) payına düşmüşdür [11].

Uveal qlaukoma zamanı gözdaxili təzyiğin artmasının müxtəlif patogenetik mexanizmi müəyyən olunub ki, bu da xəstəliyin müxtəlif kliniki təzahürlərlə üzə çıxmasını izah edir. Belə ki, uveal qlaukomanın gedişi uveitin klinik xüsusiyyətləri və gedişindən çox asılıdır [7, 12, 13].

Yuxarıda qeyd olunanları nəzərə alaraq, məqalədə akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinə müraciət etmiş müxtəlif etiologiyalı uveal qlaukoma ilə 3 klinik hal təqdim olunur.

### **Klinik hal 1**

Xəstə Ə.E. 1965-ci il təvəllüdlü qadın zəif görmə və gözdə ağrı şikayətləri ilə (2015-ci ildə) daxil olmuşdur. Pasiyentdə sarkoidoz xəstəliyini qeyd olunur. İki il ərzində Metipred həb şəklində sxem üzrə qəbul edib: 2 ay – 32 mq, 2 ay – 16 mq, 2 ay – 8 mq, hazırda – 4 mq.

Müayinə zamanı: OU – qapaqlar cüzi şişkin, konyunktiva hiperemiyalıdır (OD>OS), ön kamerada və şüşəvari cisimdə iltihab hüceyrələri, göz dibində – şüşəvari cisimdə üzən bulanma, görmə siniri məməciyi açıq çəhrayı, hüdudları aydın, makula\foveolyar refleks aydın, periferiya normal, arteriovenoz damarların nisbəti – 1:3.

Vis OD=0,5 k\i sph+0.75 cyl -2.0 ax5 = 0,8    Vis OS=0,5 k\i sph+0.75 cyl -1.5 ax172=0,8

Tn OD= 28 mm c.s.

Tn OS=20 mm c.s. (Maklakov üsulu ilə)

HRT müayinədə: OD – ekskvasiya, OS – göstəricilər norma daxilindədir.

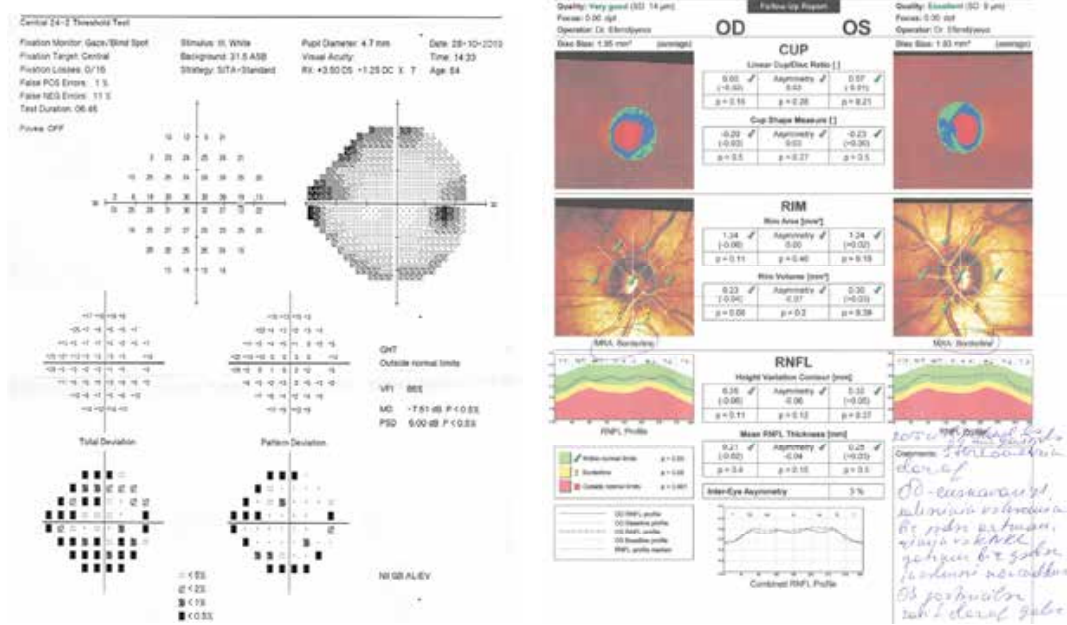
Perimetriyada: OD – görmə sahəsində aşağı qövşəkilli skatoma (Byerrum skatoması) müşahidə olunub. Laborator müayinədə qanda sitomeqalovirus aşkarlanmışdır (şək. 1).

Diaqnoz: OU – İntermediar uveit, OD – Açıqbucaqlı 1A uveal qlaukoma

Təyinat: Sol.Predforte x 5 dəfə, Sol.Dicloftil x 3 dəfə, Sol.Tropin x 3 dəfə, Sol.Normatin x 2 dəfə.  
Təzyiqlik tam normaya düşmədiyi üçün xəstəyə yeni damcılar: Sol.Alfam və Sol.Azarqa təyin olunmuşdur.  
Müalicədən sonra təzyiqlik normaya düşmüşdür, hazırda:

Vis OD = 0,6 k'i 0,9      Vis OS = 0,7-0,8 k'i 1,0

Tn OD= 19 mm c.s.      Tn OS=18 mm c.s. (Maklakov üsulu ilə)



Şəkl.1. OD - Perimetriyada: görmə sahəsində qövşəkilli skatoma, HRT müayinədə: ekskvasiya müşahidə olunur

## Klinik hal 2

Xəstə A.F., 1972-ci il təvəllüdlü kişi. (ilk dəfə 2009-cu ildə müraciət edib)

Daxil olarkən: Vis OD = 0,6 k'etmir      Vis OS = 1,0

Tn OD = 34 mm c.s.      Tn OS = 18 mm c.s.

Müayinə zamanı: OD – göz almasında zəif perikorneal inyeksiya, buynuz qişa endotelində piqmentli presipitatlar, ön kamera orta dərinlikdə, bəbəyin işığa reaksiyası ləng, şüşəvari cisimdə bulanmalar, göz dibi norma daxilindədir, ekskvasiyanın görmə siniri diskinə nisbəti – 0,6. OS – gözün ön hissəsi normada, şüşəvari cisimdə hissəvi bulanmalar, göz dibi norma daxilində, arteriovenoz damarların nisbəti – 1:2,

Qonioskopiya: OU ön – kamera bucağında sinexiyalar müşahidə olunur. Laborator müayinədə qanda herpes və sitomeqalovirus infeksiyaları aşkarlanmışdır (şəkl. 2a).

Diaqnoz: OD – Xroniki herpetik uveit, ikincili 3B uveal qlaukoma.

Təyinat: Sol.Atropin x 3 dəfə, Sol.Dexametazon x 1 saatdan bir, Sol Poludan, Sol.Timolol x 2 dəfə, Sol.Azopt x 3 dəfə, Prednizolon 90 mq (nahara qədər), Amiprozol 1 həb x 1 dəfə, Diakarb 1\2 x 4 dəfə (3 saatdan bir), Panangin 1 həb x 1 dəfə 3 gün. Sonra – Sol.Dexametazon, Sol.Rodiklof.



Müayinə zamanı: OD – gözün ön hissəsi normadadır, büllurda başlanğıc bulanma, bəbəyin işığa reaksiyası zəif, göz dibin norma daxilində, OS – buynuz qısa endotelində xırda presipitatlar, bəbəyin işığa reaksiya zəif, büllurda natamam bulanma, göz dibi müayinə olunmur,

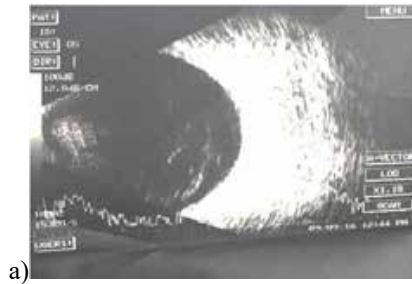
B-scan USM: OS-qışalar yerində, arxa hialoid membranın total qopması, şüşəvari cisimdə diffuz zəif reflektivli bulanma, genişlənmiş ekskavasiya izlənilir (şək.3).

HRT müayinədə: OD – stereometrik göstəricilər norma daxilində olmuş, OS – şüakeçirici mühitlər şəffaf olmadığı üçün müayinə mümkün olmayıb.

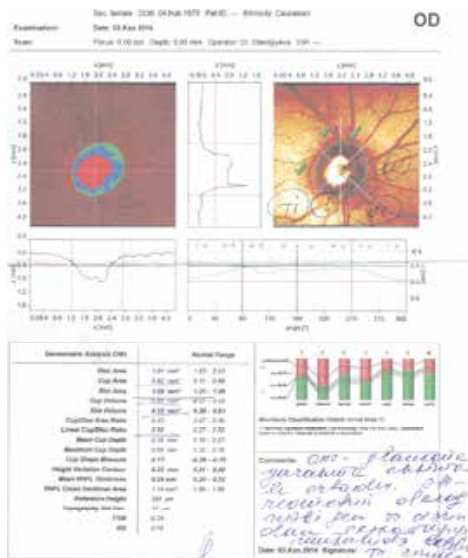
Çağırılmış görmə potensiallarının müayinəsində OD – latentlik normal, amplitudası bir qədər azalmışdır, OS – latentlik normal, amplitudası kəskin azalmışdır (şək. 3).

Laborator müayinədə heç bir infeksiya aşkarlanmamış, anamnezində və müayinəsində heç bir autoimmun xəstəlik və göz travması olmadığı müəyyən olunmuşdur.

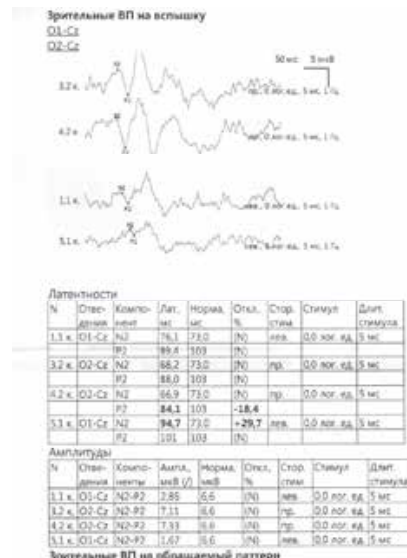
Təyin olunmuş antiqlaukotoz damcılar lazımlı effekt vermədiyi üçün xəstəyə STEK cərrahi əməliyyatı icra olunmuşdur.



a)



b)



c)

**Şək.3.** a) OS B-scan USM – arxa hialoid membranının total qopması, genişlənmiş ekskavasiya, b) OD HRT; c) OD ÇGP – norma; OS ÇGP – amplitudası kəskin azalmı izlənilir Diaqnoz: OS - A\B A c\ə olunmuş uveal qlaukoma, uveit, fəsadlı katarakta. Təyinat: OS-Sol.Predforte x 8 dəfə, Sol. Dicloftil x 3 dəfə, Sol.Midriacyl x 2 dəfə. Hazırda: Tn OS = 7 mm c.s.

### Müzakirə

Göründüyü kimi, uveal qlaukomanın yaranma səbəblərinə autoimmun və infeksiyon uveitlər də daxildir. Sarkaidoz zamanı pasiyentlərin 38%-də gözlərin zədələnməsi baş verir və hətta bunlar xəstəliyin ilk əlaməti ola bilər [10]. Uveitlərin müalicəsi üçün tətbiq olunan steroidlərin uzun müddətli istifadəsi isə steroid qlaukoma yarada bilər. Lakin, toplanmış ətraflı anamnez və diqqətli müşahidə steroid qlaukomanı uveal qlaukomadan ayırmağa kömək edir [8]. Həmçinin, xəstədə unilateral (birtərəfli) qlaukoma iltihabi qlaukomanın olmasına şübhə yaratmalıdır [4].

Uveal qlaukoma həm aktiv iltihabi proses zamanı həmçinin, daha uzaq dövrlərdə xəstəliyin aşkar əlamətləri olmadıqda yarana bilər. İltihabi prosesin tam sönməsinə əmin olmaq üçün uzun müddətli müşahidə lazımdır [14]. Belə ki, qlaukoma daha çox xroniki uveitlərdə yaranır və rast gəlmə tezliyi 46% təşkil edir [4]. E.C.Novitskaya tərəfindən xroniki uveitlərin 66,7%-də gözdaxili təzyiqin artması müşahidə olunub, hansı ki, 1/3 hallarda yüksək gözdaxili təzyiq xəstəliyin uzaq dövrlərində qeyd olunmuşdur [5]. Herpetik keratouveit səbəbindən 10-54% hallarda ikincili açıq bucaqlı qlaukoma yaranır. Xəstəlik stromal keratit (96%) və ya metherpetik xora (4%) ilə gedən və təkrarlanan keratouveitdən bir neçə həftə və ya il sonra özünü biruzə verə bilər. Patogenezinə böyük ehtimal trabekulositlərin iltihab məhsulları və virus ilə birbaşa zədələnməsi də dayanır [10].

Uveitli xəstələrdə oftalmohipertenziyanı nəzərdən qaçırmaq üçün mütləq GDT ölçülməli və görmə siniri diskinin vəziyyətinə baxılmalıdır, həmçinin, qonioskopiya aparılmalı, görmə sahəsi müayinə olunmalıdır. Belə ki, uveal qlaukoma üçün görmə siniri diskinin zədələnməsi (ekskavasiya) və görmə sahəsindəki dəyişikliklər (birincili qlaukomadakı dəyişikliklərə analoji olan) xarakterikdir. Hazırkı dövrdə xəstələrə görmə siniri diskinin tomoqrafiyası və kompüter perimetriyası icra olunur [14]. Uveal qlaukomanın mərhələləri, gözdaxili təzyiqin vəziyyəti və prosesin stabilləşməsi birincili qlaukomaya analoji olaraq klassifikasiya olunur [15].

Uveal qlaukomanın müalicəsində ən çətin problem gözdaxili təzyiqin normallaşması və görmə funksiyalarının stabilləşməsidir [7, 13]. İridosiklit, uveit və qlaukomanın kombinə müalicəsinə steroid və qeyri-steroid iltihab əleyhinə və qlaukoma əleyhinə preparatlar daxildir. Ancaq uveit zamanı qlaukoma əleyhinə preparatlar gözdaxili təzyiqə gözlənilməz təsir göstərə bilər. Əgər preparatlar kömək etməzsə təzyiqi salmaq üçün cərrahi əməliyyata ehtiyac duyulur [8]. Nakashizuka M. və həmmüəllifləri tərəfindən iridosiklit fonunda gedən uveal qlaukomada trabekulektomiya tətbiq ediblər [16]. Ancaq Spencer N. A. və həmmüəllifləri tərəfindən aparılmış belə iridektomiyada zəif müsbət effekt almışlar. Belə ki, 3 ay ərzində 28 iridektomiyadan 39%-də effekt saxlanılmış, qalan 61%-də isə dəlik obliterasiya olmuşdur [17]. Müəlliflərdən çoxu kombinə olunmuş antiqlaukom müdaxiləyə üstünlük verir [6, 12].

### Yekun

İkincili uveal qlaukomanın yaranması cavan, əmək qabiliyyətli insanlarda görmənin azalmasına və əlilliyə səbəb olur. Bu bir tərəfdən sağlamlıqda ciddi problemə, digər tərəfdən sosial cəhətdən problemlərə səbəb olur.

Beləliklə, uveal qlaukomanın vaxtında aşkarlanıb müalicə edilməsi normal gözdaxili təzyiqə nail olmağa və yüksək görmə itiliyini qoruyub saxlamağa şərait yaradır.

#### ƏDƏBİYYAT:

1. Foster C.S., Vitale A.T. Diagnosis and treatment of uveitis. Philadelphia: WB Saunders, 2001, p.17-23.
2. Vadot E. Epidemiology of intermediate uveitis: a prospective study in Savoy // *Dev. Ophthalmol.*, 1992, v.23, p.33-34.
3. Gritz C., Wong G. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California. The Northern California Epidemiology of Uveitis Study // *Ophthalmol.*, 2004, v.111, p.491-500.
4. Netland P.A., Denton N.C. Uveitic glaucoma // *Contemp. Ophthalmol.*, 2006, v.5, p.1-26.
5. Новицкая Е.С. Особенности диагностики и лечения увеальной офтальмогипертензии и постувеальной глаукомы у больных хроническими увеитами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2007, 16 с.
6. Пеньков М.А., Зубарев С.Ф., Аврущенко М.Н. и др. Хирургическое лечение увеальной глаукомы // *Офтальмол. журн.*, 1990, №1, с.10-12.
7. Хватова А.В., Катаргина Л.А. Глаукома и гипертензия при эндогенных увеитах у детей раннего возраста // *Актуальные вопросы детской офтальмологии / Сб. научн. стат.: Межотраслевой научн.-техн. комплекс «Микрохирургия глаза».*, М., 1990, с.132-138.
8. Bodh S.A., Kumar V., Raina U.K. et al. Inflammatory glaucoma // *Oman J. Ophthalmol.*, 2011, v.4, p.3-9.
9. Heinz C., Koch J.M., Zurek-Imhoff B. et al. Prevalence of uveitic secondary glaucoma and success of nonsurgical treatment in adults and children in a tertiary referral center // *Ocul. Immunol. Inflamm.*, 2009, v.17, p.243-248.
10. Glaukoma. Basik and Klinikal Aspectsa / Ed. by Shimon Rumelt, 2013, 510 p.
11. Гасанова Н.А., Гасанов Дж.В. Проблема детской глаукомы в Азербайджане // *Точка зрения. Восток – Запад*, №3, 2018.
12. Катаргина Л.А., Хватова А.В. Эндогенные увеиты у детей и подростков. М.: Медицина, 2000, с.276-299.
13. Уманская С.В., Лебедев О.И., Стырт Г.Л. Особенности лечения постувеальной глаукомы у детей // *Материалы межрегиональной науч.-практич. конф.: Воспалительные заболевания органа зрения*, Челябинск, 2004, с.65-67.
14. Устинова Е.И. Увеальная (воспалительная и послевоспалительная) глаукома (патогенез, клиника, классификация, лечение) // *Офтальмол. ведомости*, 2009, с.81-91.

15. Нестеров А.П. Глаукома. М.: Медицина, 1995, с.76-83, с.144-146.
16. Nakashizuka M., Yamazaki Y, Tokumara M. et al. Varicella-zoster viral antigen identified in iridocyclitis patient // Jpn. J. Ophthalmol., 2002, v.46(1), p.70-73.
17. Spencer N.A, Hall A.J., Stawell R.J. Nd:YAG laser iridotomy in uveitic glaucoma // Clin. Exp. Ophthalmol., 2001, v.29(4), p.217-219.

**Müəlliflərin iştirakı:**

Tədqiqatın anlayışı və dizaynı: Rüstəmovə N.M., Feyziyevə K.V.

Materialın işlənməsi: Feyziyevə K.V., Ağayevə F.Ə.

Mətnin yazılması: Feyziyevə K.V.

Redaktə edilməsi: Rüstəmovə N.M., Feyziyevə K.V.

**Müəllif münəqişələrin (maliyyə, şəxsi, peşəkar və digər maraqları) olmamasını təsdiqləyir****Korrespondensiya üçün:**

Feyziyevə Könül Vaqif qızı, akad. Zərifə Əliyevə adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin "Müalicə - reabilitasiya və gözün yoluxucu xəstəlikləri" şöbəsinin həkim-oftalmoloqu  
kenulv@yahoo.com