

А.Ю. ХУДЯКОВ, Н.В. ПОМЫТКИНА, Е.Л. СОРОКИН, Я.Б. ЛЕБЕДЕВ, И.З. КРАВЧЕНКО
Хабаровский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ
Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Частота и структура формирования ретинальных осложнений при консервативном лечении тромбоза ветвей центральной вены сетчатки

УДК 616.145.154-08-039.73

Худяков Александр Юрьевич

врач-офтальмолог, заведующий отделением витреоретинальной хирургии
680033, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, д. 211, тел. (4212) 72-27-92, e-mail: nauka@khvmtk.ru

Изучено состояние сетчатки и зрительных функций у 89 пациентов (89 глаз) с тромбозами ветвей ЦВС через 12-26 месяцев после медикаментозной и лазерной терапии. Выявлено, что, несмотря на первоначальное повышение зрительных функций в 52,8% глаз, все же в отдаленном периоде в 66,2% случаев развились рецидивирующий гемофтальм, кистозный макулярный отек, неоваскуляризация сетчатки, неоваскулярная глаукома.

Ключевые слова: тромбоз, вена сетчатки, отдаленные осложнения.

A.I. KHUDYAKOV, N.V. POMYTKINA, E.L. SOROKIN, I.B. LEBEDEV, I.Z. KRAVCHENKO
Khabarovsk branch IRTC «Eye Microsurgery» named after acad. S.N. Fedorov» MH of RF
Far-Eastern State Medical University, Khabarovsk

Frequency and structure of retinal complications formation at conservative treatment of the central retinal vein occlusion

The condition of retina and visual functions at 89 patients (89 eyes) with the central retinal vein occlusion in 12-26 months after medicamentous and laser therapy is studied. It is revealed that despite initial increase of visual functions in 52.8% of eyes, nevertheless relapsing hemophthalmus, cystoid macular edema, neovascularization of a retina, neovascular glaucoma developed in the remote period in 66.2% of cases

Keywords: occlusion, retinal vein, remote complications.

Одной из самых частых и тяжелых в плане функциональных последствий острых сосудистых катастроф в глазу является тромбоз центральной вены сетчатки (ЦВС). До 85% его структуры составляет тромбоз ветвей ЦВС. Чаще поражается верхне-височная ветвь ЦВС (свыше 80% случаев). Она играет стратегическое значение для кровоснабжения макулярной области [1]. Более чем у половины пациентов с тромбозами ветвей ЦВС формируется необратимое снижение центрального зрения, обусловленное формированием кистозного макулярного отека, зон ретинальной неоваскуляризации [2, 3-7].

Традиционное лечение пациентов с тромбозами ветвей ЦВС включает курс медикаментозной терапии, направленный на снижение ретинального отека, повышение перфузии пораженной вены, снижение ишемических последствий. При формировании зон ретинальной ишемии ряд исследователей проводят в раннем периоде профилактическую лазеркоагуляцию данных зон. Многие отмечают эффективность подобных подходов. Но, как правило, приводятся результаты ближайшего периода [8, 9]. Каковы же отдаленные исходы консервативного и лазерного лечения тромбозов ветвей ЦВС? Насколько долго-

срочна та положительная динамика, которая достигается после выполнения лечения? Ответов на эти вопросы мы не нашли в литературе. Между тем они важны для понимания долгосрочного прогноза и планирования, при необходимости, более радикальных методов лечения данной патологии.

Цель работы: изучить частоту и структуру поздних ретинальных осложнений тромбозов ЦВС и ее ветвей у пациентов при традиционных методах лечения.

Материал и методы

Методом сплошной выборки для данного анализа были взяты медицинские карты 89 пациентов (89 глаз) с тромбозами ЦВС и ее ветвей, проходивших стационарное лечение в глазной клинике в 2007-2009 гг. Их возраст составил от 37 до 78 лет. Мужчин было 39, женщин — 50. У всех пациентов имела место гипертоническая болезнь, сочетавшаяся у 12 чел. с сахарным диабетом 2-го типа.

Сроки возникновения тромбоза ЦВС и ее ветвей варьировали от 3 суток до 18 месяцев (в среднем — 2,5 мес.). В структуре тромбозов непосредственно тромбоз ЦВС имел место лишь у 19 человек (19 глаз — 21%). У подавляющего большинства (70 чел. — 70 глаз) имел место тромбоз ветвей ЦВС (79%). Наиболее часто было представлено поражение верхне-височной ветви (42 глаза), реже — нижне-височной (11 глаз). В 17 глазах развилась гемииокклюзия ЦВС (17 глаз). Неишемический тип тромбоза имел место в 83 глазах, ишемический — в 6 глазах.

На 66 глазах при поступлении в клинику имелись изменения макулярной зоны различной степени выраженности (94%). Они были представлены диффузным с геморрагиями (59 глаз) или крупно-кистозным отеком (5 глаз). В 2 глазах уже сформировался преретинальный фиброз. Зрительные функции во всей совокупности глаз в зависимости от степени поражения макулярной зоны варьировали от 0,02 до 0,5. Уровень ВГД составил от 17 до 27 мм рт. ст.

Всем пациентам проводились курсы медикаментозного и физиотерапевтического видов лечения, включающие в себя препараты, улучшающие реологию крови, направленные на уменьшение макулярного отека, ретинальной ишемии, рассасывание геморрагий, коррекцию АД, а также способствующие реканализации тромбированной вены (внутривенные инфузии растворов сулодексида, реополиглюкина, милдроната, парабультбарные инъекции дексона с гепарином, антиагреганты). Дополнительно в 18 глазах данной совокупности с формированием диффузного макулярного отека и ишемических зон на сетчатке спустя 2-3 недели после начала консервативного лечения была выполнена диодная лазеркоагуляция макулярной зоны — длина волны 532 нм (методики модифицированной «решетки», панмакулярная, частичная панретинальная — по зоне сетчатки вокруг пораженного сосуда).

Пациенты были вызваны для углубленного обследования состояния сетчатки через 12-26 месяцев после проведенного лечения. Всем выполнялась непрямая бинокулярная офтальмоскопия, оптическая когерентная томография (ОКТ) макулярной зоны («STRATUS OCT model 3000» фирмы «Carl Zeiss»). Кроме того, 29 пациентам с наличием ишемических зон и зон неоваскуляризации была дополнительно выполнена флюоресцентная ангиография (ФАГ) глазного дна (фундус-камера «Carl Zeiss» FF-450 (Германия) с системой архивации «Visupac»). Учитывались и систематизировались ретинальные осложнения.

Результаты и обсуждение

Согласно медицинским картам сразу после проведения курса медикаментозного и лазерного лечения отмечена ста-

билизация процесса во всех глазах. В 14 случаях выполнения лазеркоагуляции по типу «решетки» удалось добиться значительной редукции макулярного отека. Зрительные функции повысились в 59 глазах, остались без динамики — в 14 глазах и ухудшились на 12 глазах. Степень повышения визометрии составила: в 9 глазах — на 0,3-0,4; в 38 — на 0,1-0,2; в 12 глазах — на 0,05-0,1. Отсутствие положительной динамики визометрии в 38 глазах объяснялось ишемией макулярной зоны, наличием кистозного отека в 29 глазах (32,5%).

При углубленном обследовании данных пациентов спустя 12-26 месяцев различные посттромботические осложнения были выявлены в 59 глазах (66,2%). Они оказались представлены: 19 случаями рецидивирующего гемофтальма, формированием кистозного макулярного отека — в 31 глазу; ишемической макулопатией с неперфузионными зонами — в 6 глазах, признаками неоваскулярной глаукомы — в 3 глазах.

За данный период у 19 пациентов отмечены рецидивы гемофтальма с периодичностью от 2 до 6 раз (т.е. каждые 3-4 мес.). Ввиду выраженного снижения зрительных функций и отсутствия эффекта от рассасывающей терапии всем данным пациентам были проведены витреоретинальные хирургические вмешательства. При этом нами практически во всех оперированных глазах обнаруживались фиброваскулярные мембраны, сформировавшиеся на поверхности задней гиалоидной мембраны. Они и служили источником рецидива гемофтальмов, легко повреждаясь за счет инерционных колебаний стекловидного тела. Повторные интравитреальные геморрагии способствовали формированию и прогрессированию витреоретинальных тракций с формированием тракционной отслойки сетчатки в 5 глазах.

Несмотря на ранее выполненную частичную панретинальную лазеркоагуляцию сетчатки в 15 глазах, отмечено формирование участков преретинальной неоваскуляризации в зонах ее первичного ишемического поражения. Причем сочеталось это в 2 глазах с неоваскуляризацией диска зрительного нерва (ДЗН) до 1/3 его диаметра.

В трех глазах имел место стойкий подъем ВГД до 29-36 мм рт. ст. на фоне наличия новообразованных сосудов в зоне сосудистых аркад и диска зрительного нерва. Это потребовало срочной панретинальной лазеркоагуляции сетчатки, после которой уровень ВГД в одном глазу снизился до 25 мм рт. ст. В 2 глазах пришлось выполнить дополнительно диодлазерную циклофотокоагуляцию, благодаря которой удалось стойко снизить ВГД до 23-24 мм рт. ст. Выяснилось, что у 9 человек (9 глаз) возникли повторные эпизоды тромбозов ветвей ЦВС (в сроки от 5 мес. до 1,5 года), приведшие к значительной утрате зрительных функций в 6 глазах.

Таким образом, взятые методом сплошной выборки случаи тромбозов ЦВС и ее ветвей оказались в 79% случаев представлены поражениями ее ветвей. Отмечено, что в 67,4% глаз пациентов с тромбозами ветвей ЦВС, несмотря на консервативную и лазерную терапию, развились тяжелые ретинальные осложнения в отдаленном периоде. Это в свою очередь указывает на необходимость углубленного и длительного диспансерного наблюдения за состоянием сетчатки у данных пациентов, желательно в условиях специализированного отделения. Но, поскольку это достаточно затруднительно, на наш взгляд, целесообразнее было бы исходно выделять группу высокого риска тяжелых ретинальных осложнений из всей структуры пациентов с тромбозом ЦВС и ее ветвей. И, возможно, выполнять им в раннем периоде развития заболевания незамедлительное хирургическое витреоретинальное вмешательство, направленное на повышение ретинальной перфузии пораженной вены и устранение провоцирующих факторов развития неоваскулярных осложнений.

**Выводы**

1. Несмотря на достаточно высокую непосредственную клиническую эффективность медикаментозной и лазерной терапии тромбоза ЦВС и ее ветвей, составившую 52,8%, все же спустя 12-26 мес. отмечено формирование тяжелых ретинальных и геморрагических осложнений, повлекших снижение зрительных функций в 66,2% глаз.

2. Выявление возможностей прогнозирования отдаленных ретинальных осложнений тромбозов вен ЦВС помогло бы в своевременной профилактике их развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахов Ю.С., Тульцева С.Н. Этиологические факторы развития тромбоза вен сетчатки у пациентов молодого возраста // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. — 2004. — № 4. — С. 39-42.

2. Танковский В.Э. Тромбозы вен сетчатки. — М.: Воениздат, 2000. — 262 с.

3. Худяков А.Ю., Сорокин Е.Л. Анализ отдаленных результатов лечения тромбозов ветвей центральной вены сетчатки // Макула-2010: тез. докл. IV всерос. семинара. — Ростов н/Д, 2010. — С. 477-478.

4. Худяков А.Ю., Сорокин Е.Л., Лебедев Я.Б. Анализ причин рецидивирующего гемофтальма при хирургии сосудистых заболеваний, осложненных витреоретинальной пролиферацией // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии: сб. науч. ст. — М., 2007. — С. 223-225.

5. Худяков А.Ю., Помыткина Н.В., Коленко О.В. и др. Структура тромбозов центральной вены сетчатки и исходы их лечения // Доказательная медицина — основа современного здравоохранения: материалы VI междунар. конгр. — Хабаровск, 2007. — С. 357-360.

6. The Central Vein Occlusion Study Group. Baseline and early natural history report: The Central Vein Occlusion Study // Arch. Ophthalmol. — 1993. — Vol. 111. — P. 1087-1095.

7. The Central Vein Occlusion Study Group. Natural history and clinical management of central retinal vein occlusion // Arch. Ophthalmol. — 1997. — Vol. 115. — P. 486-491.

8. Пеутина Н.В. Влияние комплексной терапии на функциональные показатели зрительного анализатора и регионарную гемодинамику, прогноз у больных тромбозом ретинальных вен: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Челябинск, 2009. — 23 с.

9. Торопыгин С.Г., Мошетова Л.К. Современные аспекты этиопатогенеза, медикаментозного и лазерного лечения тромбоза ветви центральной вены сетчатки // Вестник Российской академии медицинских наук. — 2009. — № 7. — С. 37-41.

УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ!

Перед тем как отправить статью в редакцию журнала «Практическая медицина», проверьте:

■ Направляете ли Вы отсканированное рекомендательное письмо учреждения, заверенное ответственным лицом (проректор, зав. кафедрой, научный руководитель).

■ Текст статьи должен быть в формате .doc, но не .docx.

■ Резюме 8-10 строк на русском и английском языках должно отражать полученные результаты, но не актуальность проблемы.

■ Рисунки должны быть черно-белыми, цифры и текст на рисунках не менее 12-го кегля, в таблицах не должны дублироваться данные, приводимые в тексте статьи.

■ Цитирование литературных источников в статье и оформление списка литературы должно соответствовать требованиям редакции.

Журнал «Практическая медицина» включен Президиумом ВАК в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.