УДК 617.723

Л.В. Дука, С.А. Алпатов*

ЛЕЧЕНИЕ СУБХОРИОИДАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Иркутский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова Росмедтехнологии», Иркутск
**Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск*

Тактика лечения субхориоидального кровотечения построена на двух принципах: дренировании крови из субхориодального пространства в сочетании с одномоментным эндовитреальным вмешательством, объем которого зависит от степени разрушений витреальной полости. Применение этой тактики позволило добиться максимального анатомического результата (реконструкции витреальной полости) в 11 случаях из 13.

Ключевые слова: *супрахориоидальное кровотечение*

TREATMENT OF SUBCHOROIDAL HEMORRHAGE

L.V. Duka, S.A. Alpatov*

Irkutsk Branch of S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, Irkutsk
**Irkutsk State Medical University, Irkutsk*

Tactics of subchoroidal hemorrhage treatment is constructed on two principles: drainage of blood from subchoroidal space combined with simultaneous endovitreous surgery, which extent depends of degree of vitreous disturbance. Using of this method allowed producing maximal anatomical result (reconstruction of vitreous) in 11 cases from 13.

Key words: *subchoroidal hemorrhage*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одним из самых опасных, но, к счастью, довольно редких осложнений в офтальмохирургии является экспульсивное субхориоидальное кровотечение. В связи с развитием современной оперативной техники частота его составляет по данным разных авторов от 0,32 до 0,8 %. Этот успех объясняется тем, что более 90 % внутриглазных операций выполняется на «закрытом» глазу. Но, тем не менее, если субхориоидальное кровотечение развивается, оно является даже для опытного хирурга большой проблемой. Непосредственный пусковой механизм субхориоидального кровотечения неизвестен, но описан смоделированный в эксперименте на кроликах патогенез [1] (рис. 1). Падение внутриглазного давления (синдром парацентеза) приводит к снижению трансмурального давления в хориоидальной сосудистой системе, эффузии (набуханию), что в свою очередь натягивает и разрывает цилиарные артерии (длинные и короткие). Также обструкция вортикозных вен может стать причиной хориоидальной эффузии [2].

Известны факторы риска субхориоидального кровотечения. Это системные сосудистые заболевания, пожилой возраст, сопутствующие глазные заболевания, такие как глаукома, осевая миопия. Так как подавляющее большинство наших больных находится в группе риска, субхориоидальное кровотечение можно расценивать как фатальное осложнение, а благоприятный исход может зависеть от своевременности оказания помощи и владения хирургом современными технологиями. Традиционные методы лечения долгие годы сводились лишь к дренированию субхориоидального пространства. В связи с низкой эффективностью этой меры и развитием интравитреальной пролиферации, были предложены комбинированные хирургические вмешательства, которые заключаются в сочетании дренирования субхориоидального пространства с одномоментной витрэктомией и эндовитреальной тампонадой. Такая тактика позволила максимально удалить излившуюся под оболочки кровь и восстановить анатомо-топографические взаимоотношения структур глазного яблока [1–4].

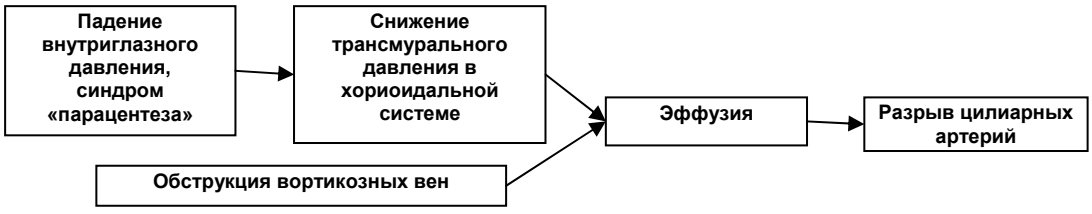

Рис. 1. Схема патогенеза субхориоидальных кровотечений.

Целью настоящего исследования явился анализ результатов хирургического лечения субхориоидального кровотечения разной степени тяжести и разработка дифференцированных подходов к лечению субхориоидального кровотечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 13 пациентов (13 глаз), оперированных по поводу субхориоидального кровотечения в период между 2001 и 2007 годами. Из них было 9 женщин и 4 мужчин. У 11 пациентов субхориоидальное кровотечение развилось в ходе операции, а у 2 – в раннем послеоперационном периоде, когда операции были выполнены накануне по поводу далекозашедшей глаукомы с высоким внутриглазным давлением.

По поводу катаракты были прооперированы 9 глаз. Из них экстракция катаракты выполнялась в 7 случаях, из них экстракапсулярная экстракция катаракты – в 5 случаях и интракапсулярная экстракция катаракты – в 2 случаях. Дважды факоэмульсификация катаракты осложнялась субхориоидальным кровотечением, причем в одном из них в сочетании с непроникающей глубокой склерэктомией. В двух случаях субхориоидальным кровотечением осложнились антиглаукомные операции: 1 непроникающая глубокая склерэктомия и 1 глубокая скерэктомия, еще в 2 глазах – операции по поводу отслойки сетчатки (эписклеральные). В анамнезе у всех 13 пациентов имелись указания на наличие системных сосудистых заболеваний: сахарный диабет, гипертоническая болезнь, атеросклероз, тахиформа сердечных аритмий. В двенадцати случаях из тринадцати соматические факторы риска сочетались с местными: глаукомой – у 7 пациентов, осевой миопией – у 5. Все случаи субхориоидального кровотечения относились ко второй категории по классификации W.J. Wirostko, D.P. Han, W.F. Meiler [4], т.е. центральной хориоидальной оппозиции. Следует отметить, что у 5 пациентов субхориоидальное кровотечение возникло в единственном функциональном глазу (40 %)!

В зависимости от тяжести кровотечения больные были разделены на 3 группы:

- центральная хориоидальная оппозиция без выпадения стекловидного тела (4 гл.).
- центральная хориоидальная оппозиция с выпадением стекловидного тела и частичным разрушением витреальной полости (2 гл.).
- центральная хориоидальная оппозиция со значительной потерей стекловидного тела и почти полным разрушением витреальной полости (7 гл.). В эту группу вошли экстракции катаракты с большим разрезом.

Больным 1 группы выполнялась субтотальная витрэктомия, и дренирование производилось на фоне постоянного давления, создаваемого в витреальной полости посредством ирригации и интраоперационной тампонады перфторорганическими соединениями. Операция завершалась заменой перфторорганических соединений на ирригационный раствор. Во всех случаях был достигнут анатомический и функциональный результат. Острота зрения на момент выписки составила 0,1 – 0,5.

Во второй группе операция выполнялась по той же схеме, но в два этапа: первый этап завершался тампонадой перфторорганическими соединениями, через 7 – 10 дней по завершении лизиса субхориоидального сгустка производилось повторное дренирование субхориоидального пространства на фоне создания в витреальной полости избыточного давления для лучшей экспрессии лизированной крови. По окончании операции перфторорганические соединения заменены на ирригационный раствор. Реконструкция витреальной полости и прилегание оболочек достигнуто, острота зрения на момент выписки составила 0,08 и 0,1.

У пациентов, которых мы отнесли к третьей группе, первоначальное введение перфторорганических соединений производилось транспупиллярно в объеме 0,2 – 1,0 мл для создания условий установки ирригационной системы. Затем выполнялась эвакуация жидкой крови и сгустков на фоне витрэктомии и поэтапного доведения перфторорганических соединений до возможно полного заполнения витреальной полости. Дренирование производилось через склеральные разрезы, которые по окончании операции были ушиты [3]. Второй этап операции производился через 10 – 12 дней и состоял из повторного дренирования с созданием в витреальной полости давления на оболочки с помощью максимально возможного объема перфторорганических соединений. На заключительном этапе операции раствор перфторорганических

Таблица 1

Операции, осложнившиеся субхориоидальным кровотечением

№ п/п	Вид операции	Количество операций
1	Экстракапсулярная экстракция катаракты	5
2	Интракапсулярная экстракция катаракты	2
3	Факоэмульсификация катаракты	1
4	Факоэмульсификация катаракты + непроникающая глубокая склерэктомия	1
5	Непроникающая глубокая склерэктомия, глубокая склерэктомия	2
6	Эписклеральные по поводу сетчатки	2

соединений был заменен на силиконовое масло. Прилегание оболочек (анатомический эффект) достигнуто в пяти случаях из семи. У двоих пациентов уже в раннем послеоперационном периоде была диагностирована отслойка сетчатки. Еще у двоих – отслойка сетчатки развилась после удаления силиконового масла спустя 3 месяца. Острота зрения на момент выписки у пациентов этой группы была от правильной светопроекции до 0,05. У двух пациентов исходом субхориоидального кровотечения явился *phtisis* глазного яблока.

ВЫВОДЫ

1. Успех лечения зависит от количества излившейся крови и степени разрушения витреальной полости, а значит – от оперативности обнаружения оболочечных пузырей (опытности хирурга).

2. Дренирование субхориоидального пространства в сочетании с эндовитреальным вмешательством дает максимальный анатомический эффект.

3. Классификационный подход определяет варианты эндовитреального компонента операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Callebert J.M. Therapeutic possibilities and limits of vitreoretinal surgery after expulsive choroidal hemorrhage / J.M. Callebert, L. Dralands, B. Foets // Bull. Soc. Belge Ophthalmol. – 1994. – Vol. 252. – P. 81–86.

2. Chu T.G. Suprachoroidal hemorrhage: Major review / T.G. Chu, R.L. Green // Survey of Ophthalmology. – 1999. – Vol. 43. – P. 471–486.

3. Meier P. Massive suprachoroidal hemorrhage: secondary treatment and outcome / P. Meier, P. Wiedemann // Graefe Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. – 2000. – Vol. 238. – P. 28–32.

4. Suprachoroidal hemorrhage. Outcome of surgical management according to hemorrhage severity / W.J. Wirostko, D.P. Han, W.F. Meiler et al. // Ophthalmology. – 1998. – Vol. 105. – P. 2271–2275.

Сведения об авторах

Дука Любовь Витальевна – врач-офтальмолог Иркутского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова Росмедтехнологии», тел.: 564107. E-mail: shishkinamntk@mail.ru

Алпатов Сергей Анатольевич – д.м.н., ассистент кафедры глазных болезней Иркутского государственного медицинского университета