



УДК 616.145.154 - 005.6

А.Ю. Худяков, Н.В. Помыткина, Е.Л. Сорокин, Я.Б. Лебедев, И.З. Кравченко

ВЫЯСНЕНИЕ ОТДАЛЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗОВ ВЕТВЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ

Хабаровский филиал ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова Росмедтехнологий,
680033, ул. Тихоокеанская, 211, тел.: 8-(4212)-22-51-21, e-mail: mail@khvmntk.ru, г. Хабаровск

Большинство случаев тромбозов центральной вены сетчатки (ЦВС) представлено поражением ее ветвей в 67,2-85% случаев. При этом преимущественно в 82,4% случаев поражается верхневисочная ветвь ЦВС, играющая наиболее важную роль в кровоснабжении макулярной области [1]. Поэтому исходом более половины случаев тромбоза ветвей ЦВС является необратимое снижение центрального зрения. Оно обусловлено формированием кистозного макулярного отека, зон ретиальной неоваскуляризации, развитием неоваскулярной глаукомы, рецидивирующими гемофтальмами [2-5].

Несмотря на актуальность данной проблемы, мы не встретили в доступной литературе работ по углубленному анализу отдаленных исходов консервативного и лазерного лечения тромбозов ветвей ЦВС.

Цель работы — изучение клинической эффективности и исходов консервативного, медикаментозного и лазерного лечения тромбозов ЦВС и ее ветвей.

Материалы и методы

Был выполнен катаристический анализ отдаленных исходов лечения 89 пациентов (89 глаз), взятых методом сплошной выборки (по данным медицинских карт). Среди них мужчин было 39, женщин — 50 чел. Их возраст варьировал от 37 до 78 лет. Давность тромбоза ЦВС и ее ветвей варьировала от 3 сут до 18 мес. (в среднем 2,5 мес.). В их структуре непосредственно тромбоз ЦВС имел место лишь у 19 чел. (19 глаз — 21%). У подавляющего большинства (70 чел. — 70 глаз) имел место тромбоз ветвей ЦВС (79%). Наиболее часто было представлено поражение верхневисочной ветви (42 глаза), реже нижневисочной (11 глаз). В 17 глазах развилась гемокклюзия ЦВС (17 глаз). Неишемический тип тромбоза имел место в 83 глазах, ишемический — в 6 глазах.

Резюме

Проведено исследование отдаленных исходов лечения тромбозов ЦВС и ее ветвей при изучении медицинских карт 89 пациентов (89 глаз) со сроком наблюдения 12-26 мес. Оказалось, что проводимые медикаментозная и лазерная терапии тромбоза ветвей ЦВС позволили повысить зрительные функции на 0,1-0,4 в 52,8% глаз. В отдаленные сроки наблюдения в 66,2% случаев отмечены тяжелые осложнения (рецидивирующий гемофтальм, формирование кистозного макулярного отека, неоваскуляризация сетчатки, развитие неоваскулярной глаукомы).

Ключевые слова: тромбоз, вена сетчатки, отдаленные осложнения.

A.Yu. Khudyakov, N.V. Pomytkina, E.L. Sorokin,
Ya.B. Lebedev, I.Z. Kravchenko

DETERMINATION OF REMOTE CLINICAL EFFICIENCY OF THE TREATMENT OF RETINA CENTRAL VEIN THROMBOSIS

Khabarovsk branch R&T Complex «Eye microsurgery»
after acad. S.N. Fyodorov Rosmedtechnologii, Khabarovsk

Summary

The presented study demonstrate remote treatment results based at the study of medical charts of 89 patients (89 eyes) during the observation period of 12-26 months. It has turned out that therapy of thrombosis of the branches of CVS has allowed improving the visual functions on 0,1-0,4 in 52,8% of eyes. At remote periods of the observation in 66,2% cases severe complications were noted.

Key words: thrombosis, retinal vein, remote severe complications.

На 66 глазах при поступлении в клинику имелись изменения макулярной зоны различной степени выраженности (94%). Они были представлены диффузным отеком с геморрагиями (59 глаз); крупнокистозным отеком (5 глаз). В 2 глазах к этому сроку успел сформироваться преретинальный фиброз. Зрительные функции во всей совокупности глаз исходно были снижены и варьировали от 0,02 до 0,5 в зависимости от степени поражения макулярной зоны. Уровень ВГД при поступлении составлял от 17 до 27 мм рт.ст.

Сопутствующим соматическим фоном формирования тромбозов ЦВС являлось наличие у 12 пациентов сахарного диабета 2 типа, у всех пациентов — гипертонической болезни.

Всем пациентам проводились курсы медикаментозного и физиотерапевтического лечения, включающие в себя препараты, улучшающие реологию крови, направленные на уменьшение макулярного отека, ретинальной ишемии, рассасывание геморрагии, коррекцию АД, а также способствующие реканализации тромбированной вены (внутривенные инфузии растворов сулодексида, реополиглюкина, милдроната, парабульбарные инъекции дексона с гепарином, антиагреганты).

Дополнительно в 18 глазах с формированием диффузного макулярного отека и ишемических зон на сетчатке спустя 2-3 нед. после начала консервативного лечения выполнялась диодная лазеркоагуляция макулярной зоны — длина волны 532 нм (методики модифицированной «решетки», панмакулярная, частичная панретинальная по зоне сетчатки вокруг пораженного сосуда). Исходы лечения оценивались через 4-26 мес. после проведенного лечения. При этом учитывались и систематизировались ретинальные осложнения.

В период динамического наблюдения всем пациентам выполнялась офтальмоскопия, оптическая когерентная томография (ОКТ) макулярной зоны («STRATUS OCT model 3000» фирмы «Carl Zeiss»), 29 пациентам из их числа была выполнена флюоресцентная ангиография (ФАГ) глазного дна с помощью фундус-камеры «Carl Zeiss» FF-450 (Германия) с использованием системы архивации «Visupac» (при уточнении наличия ишемических зон, а также зон неоваскуляризации). Срок динамического наблюдения составил 12-26 мес.

Результаты и обсуждение

Непосредственно сразу после курса медикаментозного и лазерного лечения острота зрения повысилась в 59 глазах, осталась без динамики в 14 глазах и ухудшилась в 12 глазах. Степень ее повышения составила: в 9 глазах — на 0,3-0,4; в 38 глазах — на 0,1-0,2, в 12 глазах — на 0,05-0,1. В 14 случаях выполнения лазеркоагуляции по типу «решетки» удалось добиться значительной редукции макулярного отека. Отсутствие либо слабая положительная динамика зрительных функций (38 глаз) объяснялись преимущественно поражением макулярной зоны: ее ишемией, наличием кистозного отека в 29 глазах (32,5%).

Но при динамическом обследовании данных пациентов спустя 12-26 мес. оказалось, что различные посттромботические осложнения имеют место в 59 глазах (66,2%). В их структуре отмечены: рецидивирующие гемофтальмы — в 19 глазах, кистозный макулярный отек — в 31

глазу; ишемическая макулопатия с формированием неперфузионных зон (по ФАГ глазного дна) — в 6 глазах, признаки неоваскулярной глаукомы — в 3 глазах. ПерIODичность рецидивирования гемофтальма в 19 глазах за период наблюдения варьировала от 2 до 6 раз. Ввиду выраженного снижения зрительных функций и отсутствия эффекта рассасывающей терапии данным пациентам во всех случаях были проведены витреоретинальные хирургические вмешательства. Как выяснилось, причиной гемофтальмов практически во всех оперированных глазах являлось наличие сформировавшейся по поверхности задней гиалоидной мембраны стекловидного тела фиброваскулярной мембраны. При инерционных колебаниях стекловидного тела новообразованные сосуды легко повреждались, вызывая повторные интравитреальные геморрагии, что, в свою очередь, способствовало развитию витреоретинальных тракций с формированием тракционной отслойки сетчатки.

В 15 глазах, несмотря на проводимую частичную панретинальную лазеркоагуляцию сетчатки, в зонах ее ишемического поражения сформировались участки преретинальной неоваскуляризации. В 2 глазах это сочеталось с развитием неоваскуляризации диска зрительного нерва (ДЗН) до 1/3 его диаметра.

В 3 глазах (3 чел.) к 1-1,5 г. наблюдения были выявлены признаки неоваскулярной глаукомы (подъем ВГД до 29-36 мм рт.ст. на фоне наличия новообразованных сосудов в зоне сосудистых аркад и диска зрительного нерва). Это потребовало проведения срочного выполнения панретинальной лазеркоагуляции сетчатки, а в 2 глазах и дополнительной диодлазерной циклофотокоагуляции.

У 9 чел. (9 глаз) в период от 5 мес. до 1,5 лет возникли повторные тромбозы ветвей ЦВС, приведшие в 6 глазах к значительной утрате зрительных функций.

Таким образом, в структуре тромбозов ЦВС подавляющая часть была представлена поражениями ее ветвей — 79% случаев. У значительной части пациентов с тромбозами ветвей ЦВС (67,4%), несмотря на проведение современного консервативного и лазерного видов лечения, в отдаленном периоде имеют место тяжелые последствия.

Ввиду этого, на наш взгляд, в структуре пациентов с тромбозом ЦВС и ее ветвей необходимо исходно выделять группу высокого риска тяжелых ретинальных осложнений. Это необходимо для выполнения им незамедлительного хирургического витреоретинального вмешательства, направленного на повышение ретинальной перфузии пораженной вены и устранение провоцирующих факторов развития неоваскулярных осложнений. Это позволит минимизировать у них необратимые потери зрительных функций.

Выводы

1. Проводимая медикаментозная и лазерная терапия тромбоза ветвей ЦВС позволила повысить зрительные функции на 0,1-0,4 непосредственно после курса лечения в 52,8% глаз.

2. В отдаленные сроки наблюдения в 66,2% глаз с перенесенным тромбозом ветви ЦВС развились тяжелые ретинальные и геморрагические осложнения.

3. Необходимы разработка объективных методов по прогнозированию исхода тромбозов вен ЦВС, а также поиски более эффективных методов их лечения при вы-

соком риске развития ретинальных осложнений в отдаленном периоде.

Л и т е р а т у р а

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. Терещенко А.В., Шкворченко Д.О., Новиков С.В. и др. Экспериментальное обоснование проведения радиальной оптической нейротомии при тромбозе центральной вены сетчатки // Офтальмохирургия. - 2004. - №3. - С. 13-17.

4. 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.

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

Координаты для связи с авторами: Худяков Александр Юрьевич — зав. офтальмологическим отделением, врач-офтальмолог высшей квалификации Хабаровского филиала ФГУ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, тел.: 8-(4212)-37-67-00; Помыткина Наталья Викторовна — врач-офтальмолог отделения лазерной хирургии Хабаровского филиала ФГУ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, тел.: 8-(4212)-75-02-58; Сорокин Евгений Леонидович — доктор мед. наук, профессор, зам. директора по научной работе Хабаровского филиала ФГУ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, зав. кафедрой глазных болезней ДВГМУ, e-mail: esorokin@khvmntk.ru, тел.: 8-(4212)-22-51-21; Лебедев Ян Борисович — врач-офтальмолог высшей категории Хабаровского филиала ФГУ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, тел.: 8-(4212)-37-67-00, e-mail: lebedev@khvmntk.ru; Кравченко Игорь Захарович — врач-офтальмолог высшей категории отделения лазерной хирургии Хабаровского филиала ФГУ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, тел.: 8-(4212)-75-02-58.

