

УДК 617.735–007.281–053.9:617.747–003.215–039.35

Рецидивирующий гемофтальм при клапанном разрыве сетчатки на фоне сенильного ретиношизиса

С. В. Шамбра, врач, А. Р. Король, д-р. мед. наук

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова НАНМ Украины»; Одесса (Украина)

E-mail: arkorol@inbox.ru

Ключевые слова: сенильный ретиношизис, периферический клапанный разрыв сетчатки, гемофтальм

Ключові слова: старечий ретиношизис, периферичний розрив сітківки, гемофтальм

Вступ: старечий ретиношизис — це захворювання, при якому відбувається розшарування сітківки, що починається з зовнішнього плексиформного шару, поступово просуваючись до внутрішнього ядерного шару сітківки.

Мета: представити випадок рецидивуючого гемофтальма при клапанному розриві сітківки на фоні старечого ретиношизису.

Матеріал і методи: візометрія, повне офтальмологічне обстеження, поле зору, конфокальна мікроскопія, флуоресцентна ангіографія, консультація суміжних спеціалістів.

Результати: виявлений периферичний клапаний розрив сітківки при офтальмоскопії за допомогою панфундус лінзи Mainster PRP 165 та непрямой бінокулярної офтальмоскопії з склерокомпресією, підтверджений прицільним УЗ скануванням, а також проведена відмежуюча лазерна коагуляція, що дозволило припинити розвиток відшарування сітківки та сприяло розсмоктуванню гемофтальму.

Висновок: наявність клапанного розриву з судиною, перекинutoю через нього, вимагає обов'язкової лазерної коагуляції з метою попередження гемофтальму та відшарування сітківки. За наявності ригідної зіниці показана непряма офтальмоскопія зі склерокомпресією.

Recurrent hemophthalmia in the valvular rupture of the retina against the background of senile retinosis

Shambra S. V., Korol A. P.

State Institution The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the NAMS of Ukraine; Odessa, (Ukraine)

Key words: senile retinosis, peripheral valvular rupture of the retina, hemophthalmia

Introduction. Senile retinosis is a disease in which there is detachment of the retina starting from the external plexiform layer moving gradually towards the internal nuclear layer of the retina.

Purpose. To present a case of recurrent hemophthalmia in the valvular rupture of the retina against the background of senile retinosis.

Materials and methods. Visometry, complete ophthalmoscopic examination, investigation of the field of vision, fluorescent angiography, consultation of related specialists.

Results. There was revealed a peripheral valvular rupture of the retina in ophthalmoscopy with the help of the ramp lens Mainster PRP165 and indirect binocular ophthalmoscopy with sclero-compression confirmed by a sighting US-scanning as well as there was made separating laser coagulation that allowed to stop the development of retinal detachment and promote dissolution of hemophthalmia.

Conclusion. The presence of valvular rupture with the vessel thrown over it requires obligatory laser coagulation to prevent hemophthalmia and detachment of the retina. In the presence of the rigid pupil it is indicated to use indirect ophthalmoscopy with sclero-compression.

Введение. Сенильный ретиношизис — это заболевание, при котором происходит расслоение сетчатки, начинающееся с наружного плексиформного слоя, и постепенно продвигающееся к внутреннему ядерному слою. В основе любого вида ретиношизиса лежит периферическая кистозная дегенерация сетчатки [1, 2, 3]. Слияние микрокист может привести к образованию обширных щелевидных пространств, иногда расслаивающих сетчатку на всем ее протяжении. Ряд авторов считают, что в основе ретиношизиса лежат циркуляторные расстройства кровообращения в периферической и макулярной зонах сетчатки, и это приводит вначале к отеку ткани с расслаиванием элементов сетчатки, а затем к дегенерации и гибели ретинальных структур [1, 2, 4].

При расслоении периферической сетчатки даже с разрывом, острота зрения может долгие годы существенно не снижаться. При прогрессировании и вовлечении в процесс макулярной зоны ретиношизис приводит к снижению остроты зрения. Чаще всего при появлении разрыва сетчатки возникает ее отслойка, но реже встречаются кровоизлияния в полость стекловидного тела, то есть гемофтальм.

Цель. Представить случай рецидивирующего гемофтальма при клапанном разрыве сетчатки на фоне сенильного ретиношизиса.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находился пациент Г. 56 лет. Впервые он обратился в Институт с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, плавающие помутнения в поле зрения правого глаза. Был поставлен диагноз: OD — Простой миопический астигматизм, Cornea Gutatta, оперированная смешанная III А глаукома, псевдофакия, частичный гемофтальм, OS — Cornea Gutatta, смешанная II А глаукома, начальная катаракта.

Анамнез болезни. По месту жительства в г. Киев причиной рецидивирующего гемофтальма и гифемы (7 раз за 6 месяцев) было предположено наличие новообразованного сосуда в углу передней камеры, непосредственно подходящего к скоплению пигментных клеток. Было предложено введение в переднюю камеру ингибитора ангиогенеза.

Результаты и их обсуждение

При поступлении в стационар института острота зрения правого глаза составляла 0,4 с цилиндрической коррекцией 0,9, острота левого глаза 1,0. Поле зрения правого глаза — выпадение поля с носовой стороны от центра точки фиксации, с темпоральной стороны сужение на 20°, поле зрения левого глаза сужено с назальной стороны на 20°, с темпоральной стороны на 20°. При биомикроскопии в переднем отделе обоих глаз — утолщение десцеметовой оболочки роговицы (пациенту была произведена конфокальная микроскопия обоих глаз для подтверждения диагноза Cornea Gutatta). На правом глазу скопление пигментных клеток в радужке в нижнем секторе с 17 до 19ч, что вызвало подозрение о новообразовании радужки, псевдофакия. На левом гла-

зу передняя камера мельче средней, начальные помутнения в хрусталике. При гониоскопии передней камеры правого глаза: угол открыт, пигментирован, все структуры дифференцируются, за исключением трех участков с наличием плоских гониосинехий, новообразованные сосуды отсутствуют. На правом глазу мидриаз составил 4–4,5 мм. При офтальмоскопии правого глаза — плавающие помутнения в стекловидном теле (частичный гемофтальм), ДЗН серый, экскавация (по данным ОКТ) Э/Д 0,9–1,0. На периферии сетчатки в доступных осмотру участках патологии не обнаружено. При офтальмоскопии левого глаза ДЗН бледный, экскавация (по данным ОКТ) Э/Д 0,7–0,8. При осмотре глазного дна правого глаза с линзой Mainster PRP 165 на крайней периферии на 14 ч обнаружено субретинальное кровоизлияние размером 1/3 ДЗН. Учитывая ограниченный мидриаз, частичный гемофтальм, исключение других возможных причин гемофтальма (диабетическая ретинопатия, тромбоз ЦВС, болезнь Илза, болезни крови, новообразование) было высказано предположение о наличии разрыва сетчатки на крайней периферии правого глаза. При проведении УЗ сканирования периферический разрыв сетчатки подтвердился (рис 1.А), а также был диагностирован сенильный периферический ретиношизис (рис 1.Б).

Пациент получил курс рассасывающей терапии, что позволило добиться улучшения мидриаза до 4,5–5 мм. На правом глазу был произведен первый этап отграничительной профилактической периферической лазеркоагуляции сетчатки в доступном объеме с помощью линзы Mainster PRP 165. Однако заблокировать разрыв и сосуд в полном объеме не представлялось возможным, т.к. разрыв локализовался на крайней периферии, практически возле ora serrata. После проведенного лечения кровоизлияний не было, острота зрения сохранилась на прежнем уровне. Пациент был отпущен домой, для продолжения медикаментозного курса лечения.

Через 2 недели пациент вновь обратился в институт с жалобой на ухудшение зрения. При осмотре пациента диагностировано снижение зрения до 0,01–0,02, рецидив гемофтальма, также обнаружена взвесь крови в передней камере. Нами был назначен курс рассасывающей терапии, что позволило полностью рассосать кровь в передней камере, и в стекловидном теле за 4 дня. Мидриаз составил 4–4,5 мм.

Витреоретинальными хирургами при непрямо́й биомикроскопии с бинокулярным офтальмоскопом с помощью склерокомпрессии на 14 ч подтверждено наличие разрыва сетчатки, с рекомендацией дополнительной отграничительной лазерной коагуляции разрыва и проходящего над разрывом сосуда. При помощи бинокулярного офтальмоскопа в условиях склерокомпрессии выполнена ба-

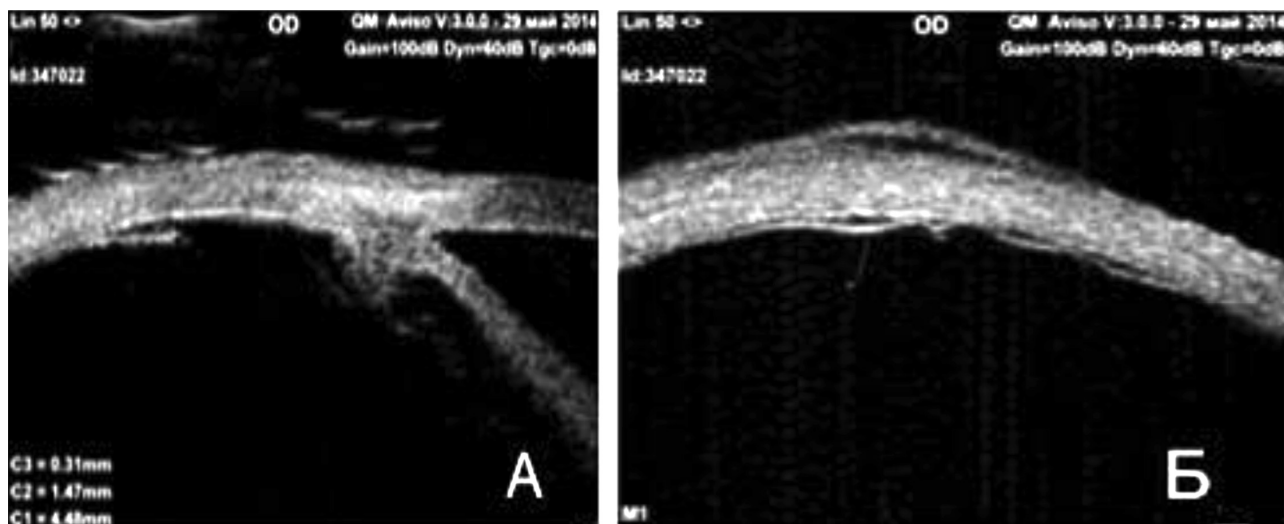


Рис 1. А. УЗИ скан периферического разрыва сетчатки. На 14 ч в 4,5 мм от УПК по его переднему краю отмечен разрыв шириной 0,3 мм. Б. УЗИ скан периферического сенильного ретиношизиса. Сонографически по всей окружности локально в области ora serrata пристеночно на высоте 0,25 мм определяется средней эхогенности пленка, протяженностью до 1,5 мм, связанная по краям с витреоретинальной границей — периферический ретиношизис.

рьерная лазерная коагуляция сетчатки с помощью лазерного излучения зеленого спектра 532 нм в полном объеме. Пациент был отпущен домой, с рекомендациями продолжить медикаментозный курс лечения.

При осмотре через 6 мес острота зрения оставалась на прежнем уровне, внутриглазное давление на обоих глазах находилось в пределах 16,0–19,0 мм рт. ст. Рецидивов гемофтальма не наблюдалось.

Выводы

1. В случае гемофтальмов, при исключении пролиферативных заболеваний на глазном дне, нару-

шений кровообращения и отсутствии новообразований, показан прицельный осмотр глазного дна для исключения разрыва сетчатки с повреждением ретинальных сосудов.

2. Данный случай свидетельствует, что наличие клапанного разрыва с сосудом, перекинутым через него, требует обязательной лазерной коагуляции с целью предупреждения гемофтальма и отслойки сетчатки.

3. При наличии ригидного зрачка показана офтальмоскопия с склерокомпрессией, при подозрении на разрыв сетчатки показано прицельное УЗ-исследование в месте предполагаемого разрыва.

Литература

1. Астахов Ю. С. Сенильный ретиношизис. / Ю. Астахов, Н. Луковская. — М.: РМЖ. Клиническая офтальмология, 2001. — Т.2. — № 4. — С. 159–162.
2. Волков В. В. Новые аспекты патогенеза, лечения и профилактики отслойки сетчатки. / В. Волков, Р. Трояновский. — М.: Актуальные проблемы офтальмологии, 1981. — 180 с.
3. Линник Л. А. Фотокоагуляция в офтальмологии / Линник Л. А. — Офтальмол. журн. — 1981. — № 8. — С.490–498.
4. Линник Л. А. Фотокоагуляция как метод лечения ретиношизиса / Л. Линник, И. Ганиченко. — Офтальмол. журн. — 1975. — № 3. — С.166–169.

Поступила 26.06.2014

References

1. Astakhov YuS, Lukovskaia N. Senile retinoschisis. M.: RMZh. Clinical Ophthalmology. 2001; 2(4): 159–2. Russian.
2. Volkov VV, Troianovskii R. New aspects of pathogenesis, treatment and prophylaxis of detachment of the retina. M.: Current issues of ophthalmology. 1981. 180 p.
3. Linnik LA. Photocoagulation in ophthalmology. Ophthalmol Zh. 1981;8:490–8. Russian.
4. Linnik LA, Ganichenko I. Photocoagulation as a method of retinoschisis treatment. Ophthalmol Zh. 1975; 3:166–9. Russian.

Received 26.06.2014