

УДК 617.736

Редкий случай спонтанного супрахориоидального кровоизлияния у пациентки с артериальной гипертензией и влажной формой возрастной макулодистрофии

А.А. Казарян, Е.Н. Пономарёва, Л.В. Обвинцева

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий» ФМБА России, Москва

РЕФЕРАТ

Цель. Описать клинический случай спонтанного супрахориоидального кровоизлияния (СК) у пациентки с артериальной гипертензией и влажной формой возрастной макулодистрофии.

Материал и методы. Описаны клинические проявления, течение заболевания и исход впервые зарегистрированного в России редкого случая спонтанно возникшего СК у пациентки 80 лет с влажной формой ВМД и кризовым течением артериальной гипертензии.

Результаты. В результате комплексного лечения (местного и системного) супрахориоидальное и витреальное крово-

излияния полностью рассосались и процесс был стабилизирован в течение 10 мес.

Заключение. У пациентов пожилого возраста активная хориоидальная неоваскуляризация (ХНВ), ассоциированная с неконтролируемой гипертонической болезнью, может быть причиной развития массивного СК и требует более агрессивного мониторинга ВМД.

Ключевые слова: супрахориоидальное кровоизлияние, возрастная макулярная дегенерация, артериальная гипертензия. ■

Авторы не имеют финансовых или имущественных интересов в упомянутых материале и методах.

Офтальмохирургия.- 2014.- № 4.- С. 72-75.

АБСТРАКТ

A rare case of spontaneous suprachoroidal hemorrhage in patient with arterial hypertension and wet age-related macular degeneration

А.А. Kazaryan, E.N. Ponomareva, L.V. Obvintseva

The Federal Scientific Clinical Center of Specialized Mods of Medical Care and Medical Technologies of Russia, Moscow

Purpose. To describe a clinical case of spontaneous suprachoroidal hemorrhage in a female patient with arterial hypertension and wet age-related macular degeneration (AMD).

Material and methods. There are described clinical manifestations, the course and outcome of the first registered in Russia rare case of spontaneous suprachoroidal hemorrhage in a 80-year-old female patient with wet age-related macular degeneration and crisis course of arterial hypertension.

Results. In the result of complex treatment (local and systemic) vitreous and suprachoroidal hemorrhages were com-

pletely resolved and the process has been stabilized during 10 months.

Conclusions. The active choroidal neovascularization associated with uncontrolled systemic arterial hypertension may be a cause of massive suprachoroidal hemorrhage in elderly patients and need a more aggressive AMD monitoring.

Key words: suprachoroidal hemorrhage, age-related macular degeneration, arterial hypertension. ■

No author has a financial or proprietary interest in any material or method mentioned.

Ophthalmosurgery.- 2014.- No. 4.- P. 72-75.

Супрахориоидальное кровоизлияние (СК) чаще ассоциировано с хирургическим вмешательством на глазном яблоке (хирургия катаракты, глаукомы, трансплантация роговицы, витреоретинальная хирургия), а также травмой глаза [11, 12]. СК, приводящее к выталкиванию содержимого глазного яблока через операционную рану, обозначается как экспульсивное СК (expulsive – изгоняющий). По времени возникновения экспульсивные кровотечения делятся на интраоперационные (возникающие в ходе проведения операции) и отсроченные, развивающиеся в раннем послеоперационном периоде (до 10 дней).

В литературе описаны редкие случаи возникновения СК, не связанные с хирургическим вмешательством на глазном яблоке и травмой глаза, так называемые спонтанные СК. Последние встречаются при применении системной антикоагулянтной терапии и антиагрегантов [1-5, 7, 8, 13, 15], кератите [9], перфорации язвы роговицы [12], меланоме хориоидеи [10], возрастной макулдистрофии [2, 3, 5, 6, 15], идиопатической полиповидной васкулопатии [14], миопии высокой степени [1].

Анализ клинических случаев спонтанного СК указывает в 80% случаев на пожилую возраст пациентов (старше 65 лет), отягощенный сердечно-сосудистый анамнез (у 40% пациентов выявлено 2 и более заболевания), прием антикоагулянтов и антиагрегантов (60% пациентов). Таким образом, возникновение спонтанного СК в более чем половине клинических случаев ассоциировано с сочетанием нескольких крайне усугубляющих состояние сосудистого русла факторов, которые способны с большой вероятностью привести к возникновению таких редких и тяжелых осложнений со стороны глаз-

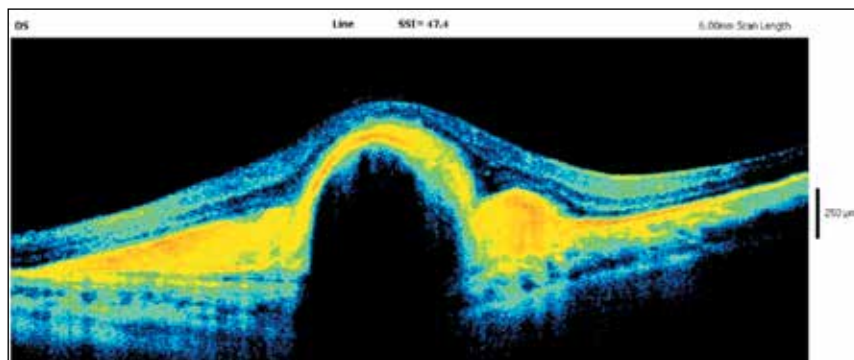


Рис. 1. ОКТ макулярной зоны левого глаза. Фиброваскулярная отслойка пигментного эпителия и нейроэпителия сетчатки в макулярной зоне

ного яблока. Учитывая множественные отягощающие обстоятельства, сопровождающие СК в данных случаях, такие кровоизлияния вряд ли правомочно называть спонтанными.

Поиск данных в базе Medline/Pubmed, Рунете, отечественной периодике выявил, что в зарубежной литературе описаны 2 случая возникновения спонтанного СК у пациентов с «влажной» формой возрастной макулярной дистрофии (ВМД) и неконтролируемой артериальной гипертензией (без приема антикоагулянтов и антиагрегантов) [6], а в отечественной офтальмологической литературе – ни одного.

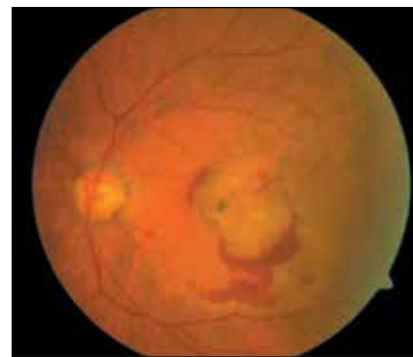


Рис. 2. Глазное дно: обширный очаг субретинального фиброза и хориоидальной неоваскулярной мембраны в макулярной зоне с перифокальным свежим субретинальным кровоизлиянием

ЦЕЛЬ

Описать клинические проявления, течение заболевания и исход впервые зарегистрированного в России редкого случая спонтанно возникшего СК у пациентки с «влажной» формой ВМД и артериальной гипертензией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Пациентка О., 80 лет, регулярно наблюдается в отделении офтальмо-

логии ФНКЦ ФМБА России с 2010 г. по поводу ВМД обоих глаз: «сухая» форма в правом глазу, «влажная» форма с формированием активной хориоидальной неоваскулярной мембраны в левом глазу. Пациентке неоднократно проводилось интравитреальное введение антиангиогенного препарата (анти-VEGF-фактор) Луцентис (Novartis) в левый глаз с положительным эффектом – сокращение площади и значительное снижение активности неоваскулярной мембраны. Последнее интравитреальное введение проведено в апреле 2010 г. При очередном осмотре в ноябре 2012 г. острота зрения левого глаза составила движение руки эксцентрично н/к, ВГД в левом глазу – 16 мм рт.ст. по Маклакову. На глазном дне определялся обширный субретинальный рубец в макулярной зоне с ободком свежего субретинального кровоизлияния, что интерпретировано как рецидив активности остаточной ХНВ (рис. 1, 2). В связи с сомнительным прогнозом в отношении остаточных зрительных функ-

Для корреспонденции:

Казарян Армине Амасевна, докт. мед. наук, зав. отделением офтальмологии;

Пономарева Елена Николаевна, врач-офтальмолог;

Обвинцева Людмила Владимировна, врач-офтальмолог

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий» ФМБА России

Адрес: 115682, Москва, Ореховый бульвар, 28

E-mail: administracia83@bk.ru

ций в левом глазу пациентка воздержалась от очередного интравитреального введения лувентиса. Vis OD с «сухой» формой ВМД составила на момент осмотра 0,8.

Пациентка регулярно наблюдается у кардиолога по поводу гипертонической болезни 2 ст., ИБС: СН 2 ФК. На высоте повышения АД до 205/105 мм рт.ст. в 1993 г. перенесла эпизод ОНМК. В настоящее время регулярно принимает ингибиторы АПФ, изосорбид. Адаптирована к АД 130/80 мм рт.ст. В связи с наличием в анамнезе язвенной болезни 12-перстной кишки прием антиагрегантов противопоказан.

22.12.2012 г. пациентка вновь обратилась к офтальмологу с жалобами на резкую боль, практически полное отсутствие поля зрения в левом глазу, головную боль, тошноту. Жалобы появились рано утром 22.12.2012 г. Объективно: острота зрения левого глаза – неправильная светопроекция (в верхнем височном секторе), ВГД по Маклакову 40 мм рт.ст., умеренный отек всех слоев роговицы, мелкая передняя камера, за счет равномерной дислокации иридохрусталиковой диафрагмы впереди, витреальное кровоизлияние, рефлекс с глазного дна – практически отсутствовал. При УЗИ глазного яблока определялись 2 «целующихся» пузыря отслоенной хориоидеи с содержимым высокой эхогенности – геморрагическая отслойка хориоидеи (рис 3а). АД в момент обращения составило 190/110 мм рт.ст.

Лечение: местно и внутрь ингибиторы карбоангидразы (ИКА), местно β -блокаторы, гипотензивная терапия, обезболивание с применением НПВС. Спустя 2 часа на проводимой терапии ВГД снизилось до 22 мм рт.ст. Рекомендовано амбулаторное наблюдение, прием гипотензивных

препаратов, продолжение инстилляций ингибиторов карбоангидразы (ИКА), местно β -блокаторы.

28.12.2012 г. у пациентки вновь появился выраженный болевой синдром в левом глазу, отсутствие зрения на фоне проводимой терапии. Объективно: острота зрения левого глаза – 0, ВГД по Маклакову 38 мм рт.ст., умеренный отек всех слоев роговицы, мелкая передняя камера, витреальное кровоизлияние, рефлекс с глазного дна отсутствовал. При УЗИ глазного яблока выявлены 2 более крупных «целующихся» пузыря отслоенной хориоидеи с содержимым высокой эхогенности – геморрагическая отслойка хориоидеи (рис. 3б). АД в момент осмотра составило 180/90 мм рт.ст. Произведена дренирующая склеротомия, продолжен прием ИКА, местно β -блокаторы. Спустя 2 недели – ВГД в левом глазу – 17 мм рт.ст. по Маклакову, Vis=0. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, витреальное кровоизлияние, рефлекс с глазного дна отсутствовал.

В очередной раз пациентка обратилась в ФНКЦ через 10 мес. – в октябре 2013 г. За весь этот период и в момент обращения у пациентки были жалобы только на отсутствие предметного зрения в левом глазу. Колебания АД в течение 10 мес. составило 130/80-150/90 мм рт.ст., а в момент осмотра – 130/80 мм рт.ст.

Офтальмологический статус: Vis OS=0, ВГД 16 мм рт.ст. по Маклакову. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, равномерная. Диффузные помутнения во всех слоях хрусталика, что затруднило проведение офтальмоскопии. УЗИ глазного яблока выявило проминирующий в эхогенно прозрачное стекловидное тело очаг повышенной эхогенности – возможно

дисциформный рубец (рис. 3в). Очаг был расположен в области заднего полюса, с локальной, возможно серозной отслойкой сетчатки (судя по пониженной эхогенности субретинального содержимого).

ВЫВОДЫ

1. Диагностика спонтанного СК основывается на клинических данных с учетом факторов риска.

2. Недостаточная коррекция АД может обуславливать возникновение крайне редкого, но серьезного состояния – массивного СК даже вне приема препаратов, действующих на агрегацию и свертывание крови.

3. Вероятно, требуется более агрессивный мониторинг ВМД у пациентов с совокупностью факторов риска: активная ХНВ, неконтролируемая гипертоническая болезнь, пожилой возраст.

4. Рекомендуется продолжение введения анти-VEGF-факторов при активной ХНВ, даже при сомнительном зрительном прогнозе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chak M., Williamson T. Spontaneous suprachoroidal haemorrhage associated with high myopia and aspirin // Eye. – 2003. – Vol. 17. – P. 525-527.

2. Chandra A., Barsam A., Hugkulstone C. A spontaneous suprachoroidal haemorrhage: a case report // Cases Journal. – 2009. – Vol. 2. – P. 185.

3. Chen Yu-Yen, Chen Ying-Ying, Sheu S. Spontaneous Suprachoroidal Hemorrhage Associated with Age-related Macular Degeneration and Anticoagulation Therapy // J. Chin. Med. Assoc. – 2009. – Vol. 72, № 7. – P. 385-387.

4. De Marco R., Aurilia P., Mele A. Massive spontaneous choroidal hemorrhage in a patient with chronic renal failure and

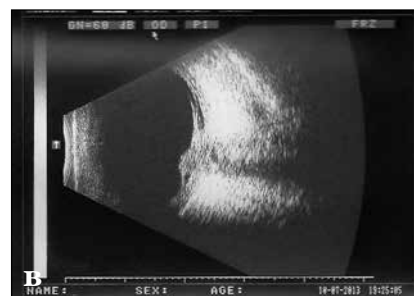


Рис. 3. УЗИ левого глазного яблока: а) 2-й день после появления жалоб, «целующиеся» пузыри СК; б) через неделю; в) через 10 мес., проминирующий в стекловидное тело очаг повышенной эхогенности (дисциформный рубец)

coronary artery disease treated with plavix // Eur. J. Ophthalmol. – 2009. – Vol. 19, № 5. – P. 883-886.

5. Knox F., Johnston P. Spontaneous suprachoroidal haemorrhage in a patient with age-related macular degeneration on excessive anticoagulation therapy // Eye. – 2002. – Vol. 16. – P. 669-670.

6. Lee C., Lee S., Park J. Spontaneous Suprachoroidal Hemorrhage Associated with Wet Type of Age-Related Macular Degeneration and Hypertension: Two Cases // J. Korean Ophthalmol. Soc. – 2011. – Vol. 52, № 8. – P. 999-1004.

7. Lee Y., Sung M., Kang B. Acute angle-closure glaucoma from spontaneous massive hemorrhagic retinal detachment // Korean J. Ophthalmol. – 2007. – Vol. 21, № 1. – P. 61-64.

8. Nguyen H., Nork T. Massive Spontaneous Suprachoroidal Hemorrhage in a Young Woman with Cystic Fibrosis and Diabetes Mellitus on Anticoagulants // Retin. Cases Brief. Rep. – 2012. – Vol. 6, № 2. – P. 216-218.

9. Orbir A., Pikkell J., Groisman G. Spontaneous expulsive suprachoroidal hemorrhage // Cornea. – 2001. – Vol. 20, № 8. – P. 893-896.

10. Perry H., Hsieh R., Evans R. Malignant melanoma of the choroid associated with spontaneous expulsive choroidal hemorrhage // Am. J. Ophthalmol. – 1977. – Vol. 84, № 2. – P. 205-208.

11. Speaker M., Guerriero P., Met G. et al. A case-control study of risk factors for intraoperative suprachoroidal expulsive

hemorrhage // Ophthalmology. – 1991. – Vol. 98, № 2. – P. 202-209.

12. Srinivasan M. Expulsive choroidal haemorrhage // Indian J. Ophthalmol. – 1992. – Vol. 40. – P. 100-102.

13. Tajika T., Yokozeki H., Isbimaru K. et al. A rare case of choroidal hemorrhage complicated with hypertension due to chronic renal failure // J. Med. Invest. – 2008. – Vol. 55. – P. 151-155.

14. Tan C., Wong H., Lim B. et al. Polypoidal choroidal vasculopathy causing massive suprachoroidal haemorrhage // Eye. – 2007. – Vol. 21, № 1. – P. 132-133.

15. Yang S., Fu A., McDonald H. et al. Massive spontaneous choroidal hemorrhage // Retina. – 2003. – Vol. 23, № 2. – P. 139-144.

Поступила 23.01.2014

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в работе Юбилейной Международной научно-практической конференции «Современные достижения офтальмологии», посвященной 25-летию Тамбовского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России,

которая состоится 22 мая 2015 года

в Тамбовском филиале ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

Обсуждаемые вопросы:

- витреоретинальная хирургия,
- рефракционная хирургия,
- хирургия катаракты,
- хирургия глаукомы,
- лазерная хирургия,
- детская офтальмопатология.

Официальные языки конференции: русский, английский

В сборник материалов конференции принимаются оригинальные статьи (объем статьи – 10-12 стр. формата А4). Для более подробного ознакомления с правилами оформления статьи перейдите по ссылке <http://vestnik.tsutmb.ru/old/upload/sub/inf/tech2012.pdf>

Статьи будут изданы в журнале «Вестник Тамбовского университета» (журнал перечня ВАК).

Публикация статей бесплатная.

Работы принимаются в электронном виде в формате Word до 30 января 2015 года

по e-mail: naukatmb@mail.ru. Редакционная коллегия оставляет за собой право осуществлять отбор материалов с последующей корректурой текстов. Не принятые к печати тезисы возврату не подлежат.

Адрес оргкомитета: 392000, г. Тамбов, Рассказовское шоссе, д. 1. Тамбовский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, научный отдел.

Тел.: +7-(4752) 72-24-78, факс: +7-(4752) 71-51-65 Оргкомитет.