
Случай из практики

УДК 617.7-615.47-114 : 616-07-08

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕТИНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ МАКРОАНЕВРИЗМЫ

А. В. Селезнев^{1*}, кандидат медицинских наук,

З. М. Нагорнова¹

Л. Г. Воронина²

¹ ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

² ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница», 153040, Россия, г. Иваново, ул. Любимова, д. 1

РЕЗЮМЕ Представлен клинический случай ретиальной артериальной макроаневризмы, осложненной преретиальным кровоизлиянием, у пациента 55 лет. В данном случае выполнение флуоресцентной ангиографии глазного дна после курса консервативной терапии, направленной на рассасывание преретиального кровоизлияния, позволило выбрать оптимальную тактику дальнейшего ведения пациента (без применения лазерной терапии) с восстановлением остроты зрения до 0,9.

Ключевые слова: ретиальная артериальная макроаневризма, преретиальное кровоизлияние, флуоресцентная ангиография, тактика ведения.

* Ответственный за переписку (corresponding author): fellerok.seleznev@yandex.ru

Ретиальная артериальная макроаневризма (РАМ) – мешотчатое или веретенообразное расширение ретиальных артериол первого-третьего порядков. Термин «макроаневризма сетчатки» был предложен D. Robertson в 1973 г. [7]. Истинная частота РАМ неизвестна, так как чаще всего они выявляются случайно при диагностическом осмотре. Чаще встречаются у пациентов 60–80 лет, но могут быть обнаружены в любом возрасте [5]; 70% всех РАМ выявляются у женщин, 30% – у мужчин. В 90% случаев РАМ носит односторонний характер. Наиболее характерное расположение РАМ – в области височных сосудистых аркад, с одинаковой частотой по ходу верхневисочной и нижневисочной ветвей [10]. По форме течения выделяют: хроническую (экссудативную) форму РАМ, которая характеризуется ретиальным отеком и массивным липидным выпотом; острую

(геморрагическую) форму с преретиальными, субретиальными или витреальными кровоизлияниями [1]. Также известна классификация A. G. Palestine, основанная на локализации:

- I – РАМ, расположенная в пределах сосудистых аркад с вовлечением макулярной области, сопутствующие признаки – отек сетчатки, «твёрдые экссудаты», геморрагии;
- II – ретиальная макроаневризма в пределах сосудистых аркад с осложнениями или без, без вовлечения макулярной зоны;
- III – РАМ на периферии сосудистой аркады с наличием осложнений или без таковых, без вовлечения макулярной области.

Функциональный прогноз у пациентов с I формой непредсказуем и зависит от степени выраженности и длительности течения осложнений,

RETINAL ARTERIAL MACROANEURYSM: A CLINICAL CASE

A. V. Seleznyov, Z. M. Nagornova, L. G. Voronina

ABSTRACT The authors presented the clinical case of retinal arterial macroaneurysm which was complicated with preretinal hemorrhage in a patient of 55 years old. Conservative therapy was followed by eyegrounds fluorescent angiography which was directed to preretinal hemorrhage resolution. It allowed to choose the optimal tactics for further treatment of the patient (without laser therapy) with visual acuity restoration to 0,9.

Key words: retinal arterial macroaneurysm, preretinal hemorrhage, fluorescent angiography, treatment tactics.

II и III формы относятся к бессимптомным макроаневризмам с благоприятным зрительным прогнозом [4, 11].

Факторами риска развития РАМ являются артериальная гипертензия, атеросклероз, саркоидоз, сахарный диабет и ревматоидный артрит [6, 12]. К осложнениям ретинальных артериальных макроаневризм относят гемофтальм, кистовидный отек сетчатки макулярной зоны, макулярный разрыв, отслойку сетчатки, хориоидальную неоваскуляризацию. Чаще всего снижение зрения обусловлено макулярным (интратретинальным, субретинальным или преретинальным) кровоизлиянием, исходом которого могут являться рубцовые изменения ретинальной ткани [8].

Дифференциальную диагностику проводят с окклюзией ветвей центральной вены сетчатки (ОВЦВС), кавернозной гемангиомой, меланомой хориоидеи, влажной формой возрастной макулярной дегенерации, болезнью Коатса. При этом особое внимание обращают на характерную офтальмоскопическую картину, односторонность процесса, анамнез (резкое безболезненное снижение зрения), данные флуоресцентной ангиографии (ФАГ).

Дискутабельным остается вопрос терапии РАМ. Цель лечения – инволюция РАМ, резорбция геморрагий и твердых экссудатов, купирование макулярного отека. Поэтому бессимптомные макроаневризмы, расположенные на периферии и в парацентральной зоне без вовлечения макулы, как правило, не требуют лечения. Наиболее часто в клинической практике применяют прямое, непрямое или комбинированное лазерное воздействие на РАМ. Для лечения геморрагических осложнений используют лазерную гиалоидопунктуру и ретинопунктуру [2, 3, 9], в редких случаях (при обширных и медленно рассасывающихся преретинальных и витреальных кровоизлияниях) выполняют витрэктомию.

Стоит отметить, что РАМ является редко диагностируемой патологией, поскольку, во-первых, она часто протекает бессимптомно, а во-вторых, даже при развитии геморрагических или экссудативных осложнений лечебные мероприятия традиционно сводятся к рассасыванию кровоизлияний и уменьшению ретинального отека, при этом дальнейшее наблюдение пациента с выполнением ФАГ, позволяющее поставить точный диагноз, обычно не проводится. Ниже представлено описание клинического случая РАМ.

Больной Ш., 55 лет, в сентябре 2014 г. на фоне полного физического и духовного благополучия почувствовал резкое безболезненное снижение зрения правого глаза. Лишь через 2 недели он

обратился к офтальмологу и после проведенного обследования с диагнозом «преретинальное кровоизлияние в правом глазу» был направлен в офтальмологическое отделение. Данные анамнеза: раньше оба глаза видели одинаково хорошо, очками не пользовался, офтальмологических операций, травм глаз не было; страдает гипертонической болезнью с 2011 г. с кризовым течением.

При поступлении в стационар: острота зрения правого глаза (OD): счет пальцев эксцентрично (правильная светопроекция), острота зрения левого глаза – 1,0. Внутриглазное давление (ВГД) OD = 20 мм рт. ст. При периметрии была выявлена обширная абсолютная центральная скотома. Биомикроскопия: правый глаз спокоен, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, камерная влага прозрачная; радужка спокойная, зрачок диаметром 3 мм, округлый, в центре, фотореакции сохранены; хрусталик во фронтальной плоскости, начальные помутнения вещества хрусталика в задних субкапсулярных слоях. Офтальмоскопия: слабая деструкция стекловидного тела, диск зрительного нерва (ДЗН) бледно-розовый, границы четкие, вены расширены, артерии сужены, симптом артериовенозного перекреста 2-й степени (Salus II); в макулярной зоне обширное преретинальное кровоизлияние, распространяющееся от верхней до нижней сосудистой аркады по вертикали и от височного края ДЗН на 5 диаметров ДЗН кнаружи по горизонтали. На периферии без клинически значимой патологии.

Проведено консервативное лечение, направленное на рассасывание преретинального кровоизлияния: первые 3 дня – периокулярные и внутримышечные инъекции 12,5%-ного раствора этамзилата, с 4-го дня – ежедневные периокулярные инъекции препарата «Гемаза» по 5000 ЕД. Через 10 дней пациент выписан из стационара с улучшением – острота зрения правого глаза – 0,02, не корригируется (н/к). ВГД OD = 19 мм рт. ст. При периметрии – центральная абсолютная скотома меньшей площади. Биомикроскопия – без отрицательной динамики. Офтальмоскопически: в макулярной зоне преретинальное кровоизлияние, распространяющееся от верхней до нижней сосудистой аркады по вертикали и от височного края ДЗН на 3 диаметра ДЗН кнаружи по горизонтали, менее плотное.

В ноябре 2014 г. острота зрения правого глаза – 0,6, н/к; ВГД OD = 19 мм рт. ст. При периметрии – границы поля зрения не изменены, центральная скотома отсутствует. Офтальмоскопия: слабая деструкция стекловидного тела, ДЗН бледно-розовый, границы четкие, вены расширены, артерии сужены, Salus II. В макулярной зоне легкий эпиретинальный фиброз, чуть ниже верхневисочной

аркады визуализируется желто-розовый округлый очаг, окруженный интратретиальной геморрагией диаметром до 1 ДЗН, с перифокальным отложением «твердого» экссудата (липидные депозиты). Картина глазного дна представлена на рис. 1.

Для дифференциальной диагностики РАМ, идиопатической хориоидальной неоваскуляризации и очагового хориоретинита была выполнена ФАГ. В раннюю фазу ангиограммы выявлены: заполнение РАМ красителем с визуализацией частично облитерированного «приводящего» сосуда, зона перифокальной гипофлуоресценции, соответствующая локализации интратретиальной геморрагии (рис. 2). При этом в позднюю фазу ангиограммы просачивания красителя из макроаневризмы выявлено не было. Учитывая высокие зрительные функции, отсутствие экстравазации красителя и частичную облитерацию приводящего сосуда по ФАГ (признаков активности макроаневризмы) было принято решение продолжить наблюдение и воздержаться от лазерного лечения.

При осмотре в конце декабря 2014 г. острота зрения правого глаза – 0,9, н/к. Офтальмоскопически: чуть ниже верхней височной аркады определяется желтый очаг размерами 1/4 ДЗН с признаками склероза и полной облитерации приводящего сосуда, отмечено полное рассасывание интратретиальных геморрагий и липидных депозитов, в макулярной зоне сохраняется легкий эпиретинальный фиброз.



Рис. 1. Фотография глазного дна пациента с ретинальной артериальной макроаневризмой после рассасывания преретинального кровоизлияния

Таким образом, во всех случаях односторонней острой безболезненной потери зрения, обусловленной спонтанно развившимися суб- или преретинальными геморрагиями без офтальмоскопических признаков ОВЦВС у пациентов с гипертонической болезнью или другой сердечно-сосудистой патологией, в первую очередь стоит предполагать наличие РАМ.

После проведения курса местной рассасывающей терапии необходимо продолжить активное наблюдение пациента с выполнением ФАГ через 4–6 недель с момента манифестации заболевания. Информативность ФАГ в более ранние сроки может быть значительно ниже вследствие экранирования РАМ преретинальным или витреальным кровоизлиянием. При выявлении РАМ решение о лазерной терапии (лазерной коагуляции «приводящего» сосуда с целью запускания и склерозирования РАМ) принимается на основании наличия признаков «активности» макроаневризмы (просачивания красителя и интенсивного кровотока в «приводящем» сосуде по ФАГ, офтальмоскопически определяемого макулярного отека). Выполнение гиалоидопунктуры с целью уменьшения преретинального кровоизлияния (за счет излития крови из ретрогиалоидного пространства в стекловидное тело) и повышения остроты зрения у пациентов с РАМ мы считаем нецелесообразным ввиду высокого риска ятрогенного повреждения сетчатки и длительного рассасывания (по срокам превышающего резорбцию преретинального кровоизлияния) гемофтальма.



Рис. 2. Ранняя фаза флуоресцентной ангиографии глазного дна пациента с ретинальной артериальной макроаневризмой

ЛИТЕРАТУРА

1. Канцельсон, Л. А. Сосудистые заболевания глаз / Л. А. Канцельсон, Т. И. Форофонова, А. Я. Бунин. – М. : Медицина, 1990. – С. 270.
2. Тактика ведения пациентов с ретиальной артериальной макроаневризмой / А. Г. Щуко, В. В. Букина, Т. Н. Юрьева, М. В. Акуленко // Современные технологии в офтальмологии. – 2014. – № 1. – С. 116.
3. Bloom, S. M. Laser surgery of the posterior segment / S. M. Bloom, A. J. Brucker. – NY : Lippincott-Raven, 1997. – 287 p.
4. Ciardella, A. P. Ruptured retinal arterial macroaneurysm associated with a stage IV macular hole / A. P. Ciardella // Am. J. Ophthalmol. – 2003. – Vol. 135, № 6. – P. 907–909.
5. Gass J. D. M. Stereoscopic atlas of macular diseases: diagnosis and treatment / J. D. M. Gass. – St. Louis : Mosby-Year Book, 1997. – 476 p.
6. Hochman, M. A. Pathophysiology and management of subretinal hemorrhage / M. A. Hochman, C. M. Seery, M. A. Zarbin // Surv. Ophthalmol. – 1997. – Vol. 42, № 3. – P. 195–213.
7. Moosan, R. A. Retinal artery macroaneurysms: clinical and fluorescein angiographic features in 34 patients / R. A. Moosan, K. S. Fong, A. Chopdar // Eye. – 2005. – Vol. 20. – P. 1011–1120.
8. Panton, R. W. Retinal arterial macroaneurysms: risk factor and natural history / R. W. Panton, M. F. Goldberg, M. D. Farber // Br. J. Ophthalmol. – 1990. – Vol. 74. – P. 595–600.
9. Retinal arterial macroaneurysms: a retrospective study of 40 patients / M. J. Lavin [et al.] // Brit. J. Ophthalmology. – 1987. – Vol. 71. – P. 817–825.
10. Retinal vascular Disease / A. M. Joussen [et al.]. – Berlin : Springer, 2007. – 560 p.
11. Tonotsuka, T. Visual prognosis for symptomatic retinal arterial macroaneurysm / T. Tonotsuka // Jpn. J. Ophthalmol. – 2003. – Vol. 47, № 5. – P. 498–502.
12. Wiznia R. A. Development of a retinal artery macroaneurysm at the site of a previously detected retinal artery embolus / R. A. Wiznia // Am. J. Ophthalmol. – 1992. – Vol. 114. – P. 642–643.