

РЕТИНИТ КОАТСА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Алтайский государственный медицинский университет,
кафедра офтальмологии с курсом ДПО, г. Барнаул*

Рымарь Е. Е.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Макогон С.И.

E-mail: vyk_msi@mail.ru

Ретинит Коатса – это идиопатическое заболевание, характеризующееся формированием телеангиоэктазий и микроаневризм сосудов сетчатки, что приводит к интравитреальным и субретинальным экссудатам. Лечение данной патологии направлено на облитерацию патологических сосудов и предотвращение прогрессирования отслойки сетчатки и развития вторичных осложнений, таких как неоваскулярная глаукома и субатрофия глазного яблока. Своевременно проведенная лазеркоагуляция позволяет сохранить зрительные функции у пациента с ретинитом Коатса, что и продемонстрировано в данном клиническом случае.

Ключевые слова: ретинит Коатса, телеангиоэктазии, микроаневризмы, отслойка сетчатки

Актуальность

Ретинит Коатса – это идиопатическое заболевание, сопровождающееся формированием телеангиоэктазий и микроаневризм сосудов сетчатки с интравитреальными и субретинальными экссудатами. Данная патология была впервые описана Джорджем Коатсом в начале 20-го века. Он выделил три основные формы поражения сосудов сетчатки, которые могут привести к экссудации:

1. Экссудация без видимых изменений сосудов – это самая легкая форма, при которой экссудат появляется без заметных аномалий в сосудах.

2. Экссудация с аномалиями сосудов – при этой форме наблюдаются изменения в сосудах, такие как телеангиоэктазии или микроаневризмы, которые сопровождаются выходом экссудата.

3. Васкулярные нарушения с масштабными изменениями крупных сосудов сетчатки и капилляров – это наиболее тяжелая форма, при которой происходят значительные изменения в структуре и функции сосудов, что приводит к обширной экссудации.

Эти формы поражения сосудов являются ключевыми для понимания механизмов развития ретинита Коатса и выбора соответствующего метода лечения.

На сегодняшний день проблема лечения ретинита Коатса является актуальной. Отсутствие стандартных рекомендаций по лечению делает важным индивидуальный подход к каждому случаю, основанный на текущих исследованиях и клиническом опыте. Болезнь чаще всего поражает молодых мужчин и может привести к одностороннему или, реже, двустороннему поражению глаз. Эффективность лечения зависит от многих факторов, включая стадию заболевания при диагностике и скорость начала лечения.

Цель: представить клинический случай ретинита Коатса у пациента 16 лет.

Материалы и методы

В ноябре 2023 г. в КГБУЗ АКОБ поступил пациент Э., 2008 года рождения, с жалобами на снижение остроты зрения левого глаза в течение года.

Из анамнеза известно, что впервые выявили снижение остроты зрения левого глаза год назад. После обследования у офтальмолога был выставлен диагноз: диссеминированное хориоретинальное воспаление справа.

Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ.

Пациенту провели офтальмологическое обследование: визометрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, оптическую когерентную томографию (ОКТ), ультразвуковое исследование (УЗИ) глазного яблока.

Острота зрения правого глаза 1,0. Внутриглазное давление 16 мм рт.ст.

Поле зрения в норме. Проведение биомикроскопии правого глаза – передний отрезок глазного яблока без изменений. На глазном дне: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Калибр и ход артерии и вен не изменены. Макулярная область имеет форму горизонтального расположенного овала. Очаговые изменения отсутствуют. На видимой периферии сетчатки без очаговой патологии.

Острота зрения левого глаза 0,05 с корр. sph-1.5= 0,2. Внутриглазное давление 15 мм рт. ст. Проведение биомикроскопии левого глаза – передний отрезок глазного яблока без изменений. Стекловидное тело: прозрачность снижена, воспалительная взвесь, деструкция. На глазном дне: ДЗН бледно-розовый, границы ступенчаты, ДЗН проминирует в стекловидное тело, от ДЗН визуализируются витреоретинальные тракционные мембраны с прорастанием сосудов. Макулярная область не визуализируется. На средней периферии сетчатки с 5 до 9 ч скопления интравитреального твердого желтого экссудата. На 4 и 8 ч – витреоретинальные тракции. Артерии не изменены, вены расширены (рис. 1).

Проведено УЗИ обоих глаз: справа – без изменений; слева – УЗИ-признаки деструкции стекловидного тела, признаки отслойки задней гиалоидной мембраны, признаки взвеси воспалительного характера в стекловидном теле, признаки витреоретинального тракционного синдрома (рис. 2).

ОКТ обоих глаз: справа без изменений. Слева: прозрачность оптических сред средняя. Анатомический профиль сетчатки сохранен. Фовеола определяется. Внутренние и наружные слои сетчатки дифференцированы. Субфовеолярно субатрофия слоя фоторецепторов и РПЭ. Отслойка ЗГМ с фиксацией в центре. Хориокапиллярный слой атрофичен. ДЗН: прозрачность сред средняя. ДЗН проминирует в полость ст. тела, границы ступенчаты, от

ДЗН визуализируются витреоретинальные тракционные мембраны (рис. 3).

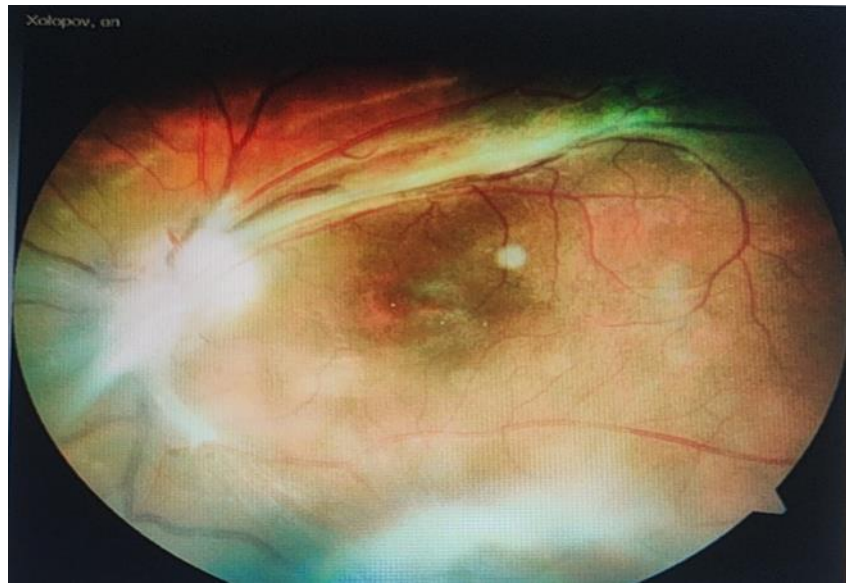


Рисунок 1. Фоторегистрация глазного дна левого глаза



Рисунок 2. УЗИ левого глазного яблока

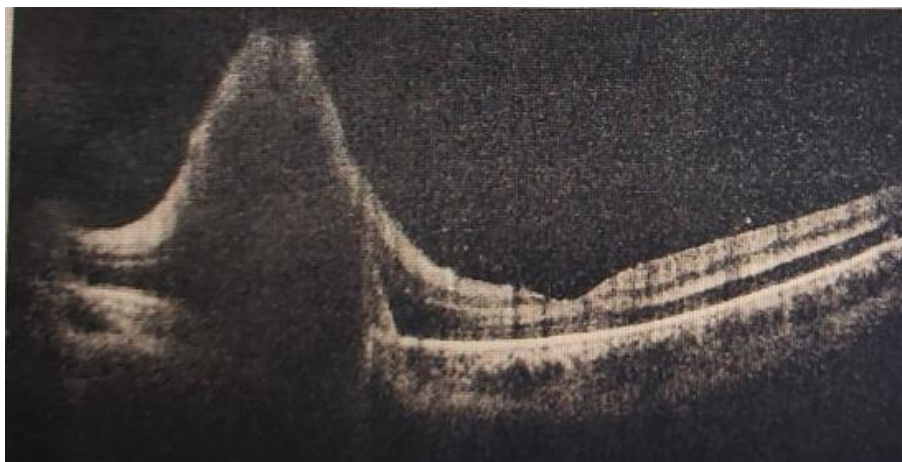


Рисунок 3. Оптическая когерентная томография левого глаза

Пациенту проведена противовоспалительная терапия (кортикостероиды, НПВП) и отграничительная лазерная коагуляция сетчатки левого глаза.

После проведенного лечения острота зрения левого глаза 0,1 с корр. sph -1.0= 0.4.

Результаты и обсуждение

Клинические проявления ретинита Коатса варьируют от локализованных сосудистых аномалий, наличия субретинальной жидкости и твердых эксудатов до обширной отслойки с массивными эксудативными проявлениями и кровоизлияниями в сетчатку. Основная цель различных терапевтических методов, включая лазерную фотокоагуляцию, криотерапию – ликвидировать аномальные сосуды и свести к минимуму эксудацию. Лазерная коагуляция устраняет как патологические сосуды, так и ишемию сетчатки. Отслойка сетчатки и неоваскулярная глаукома являются наиболее тяжелыми последствиями, и их предотвращение является ключевым аспектом лечения. Облитерация патологически измененных сосудов помогает предотвратить дальнейшее прогрессирование заболевания и развитие этих осложнений.

Неоваскулярная глаукома, развивающаяся у некоторых пациентов с ретинитом Коатса, может привести к необходимости применения инвазивных методов лечения, включая энуклеацию глаза в самых тяжелых случаях. Это подчеркивает важность ранней диагностики и лечения на начальных стадиях заболевания, чтобы максимально снизить риск развития таких осложнений [4].

Заключение

Своевременное обнаружение на ранних стадиях (без изменения в макулярной зоне) и лечение ретинита Коатса, особенно у молодых пациентов, может значительно улучшить прогноз и качество жизни, предотвращая потерю зрения и необходимость более радикального вмешательства.

Список литературы:

1. Офтальмология. Национальное руководство / Под редакцией акад. РАН С.Э. Аветисова, проф. Е.А. Егорова, акад. РАН Л.К. Мошетовой, чл.-кор. РАН В.В. Нероева, чл.-кор. РАН Х.П. Тахчиди 2-е издание, переработанное и дополненное – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018: 904.
2. Кацнельсон Л.А., Форофонова Т.И., Бунин Т.И. Сосудистые заболевания глаз. – М.: Медицина, 1990. 270.
3. Наследственные и врожденные заболевания сетчатки и зрительного нерва / Под ред. А.М. Шамшиновой. – М.: Медицина, 2001: 297-325.
4. Сушня Г. А., Марченко Л. Н., Далидович А. А.,Скрыпник О. В., Гудиевская И. Г. Диагностика и лечение ювенильной формы наружного экссудативного ретинита Коатса. БГМУ в авангарде медицинской науки и практики: рецензир. сб. науч. трудов / М-во здравоохранения Республики Беларусь, Бел. гос. мед. ун-т; Минск : БГМУ, 2019; 9: 53-59.

Как цитировать:

Рымарь Е. Е. Ретинит Коатса. Клинический случай. Материалы конференции «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в офтальмологии» 16-17 мая 2024 г., г. Барнаул. *Scientist (Russia)*. 2024; 3 (29): 229-234.
