

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2020-4-71-74>
УДК 617.747

Синдром Терсона (Terson's syndrome): клинический случай

М.Б. Имантаева, А.С. Асылбекова, В.А. Нуракунова

ТОО «Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт глазных болезней», Алматы, Казахстан

Terson's syndrome (Terson's syndrome): clinical case

M.B. Imantayeva, A.S. Assylbekova, V.A. Nurakhunova

LP «Kazakh order «Honor Sign» scientific-research Institute of eye diseases», Almaty, Kazakhstan

РЕФЕРАТ

В статье описан клинический случай синдрома Терсона. Удалось доказать, что причиной интраокулярных геморрагий и отека диска зрительного нерва явилось субарахноидальное кровоизлияние, про-

никновение крови при котором происходило (по данным флюоресцентной ангиографии и ОСТ) через оболочки зрительного нерва.

Ключевые слова: синдром Терсона, субарахноидальное кровоизлияние, преретинальные геморрагии, флюоресцентная ангиография, оптическая когерентная томография. ■

Точка зрения. Восток – Запад. 2020;4:71-74.

ABSTRACT

The article describes a clinical case of Terson's syndrome. It was possible to prove that the cause of intraocular hemorrhages and edema of the optic disc was a subarachnoid hemorrhage, the penetration of

blood in which occurred (according to fluorescent angiography and OST) through the optic nerve membranes.

Key words: Terson syndrome, subarachnoid hemorrhage, preretinal hemorrhages, fluorescein angiography, optical coherence tomography. ■

Point of View. East – West. 2020;4:71-74.

Одним из первых в 1900 году Терсон описал синдром, при котором в результате субарахноидального кровоизлияния появляется кровоизлияние в стекловидное тело [1]. Считается, что это заболевание может наблюдаться в любом возрасте и встречается у 15-20% больных с внутрочерепными кровоизлияниями [2, 3]. В этот синдром стали включать и случаи появления интраокулярного кровоизлияния при возникновении острого внутричерепного, субдурального и субарахноидального кровотечения при разрыве церебральной аневризмы передней коммуникантной артерии. Внутрочерепные кровоизлияния обычно локализуются в субарахноидальном пространстве. Спонтанные кровоизлияния — результат сосудистых аномалий, таких как аневризмы, артериовеноз-

ные мальформации или фистулы [4].

По мнению некоторых исследователей, причиной внутриглазного кровоизлияния является просачивание крови из субарахноидального пространства в полость глаза по межоболочечным пространствам зрительного нерва через решетчатую пластинку склеры [5, 6]. В результате последующих исследований, авторы пришли к мнению, что резкое повышение внутрочерепного давления приводит к венозному стазу, влекущему за собой повышение давления и в венах сетчатки с разрывом ретинальных, пери- и папиллярных капилляров. Это в конечном итоге и является причиной ретинальных, преретинальных и интравитреальных кровоизлияний. Повышенное орбитальное венозное давление передается напрямую из кавернозного синуса или возникает от сдавле-

ния глазничной вены и прилежащих ретинохориоидальных сосудов [7].

При обращении больного могут быть жалобы на головную боль и снижение зрения, причем степень его снижения зависит от локализации и объема внутриглазного кровоизлияния. Осмотр глазного дна выявляет ретинальные и преретинальные геморрагии, обычно расположенные перипапиллярно или в области заднего полюса, а также изменения со стороны диска зрительного нерва: папиллярный отек, расширение эпипери- и папиллярных капилляров. Элементы крови могут обнаруживаться и в стекловидном теле. Другие глазные признаки, связанные с синдромом Терсона (Terson's syndrome), включают параличи черепно-мозговых нервов, позднее развитие эпиретинальной мембраны или тракционную отслойку сетчатки [8, 9]. При флюорес-

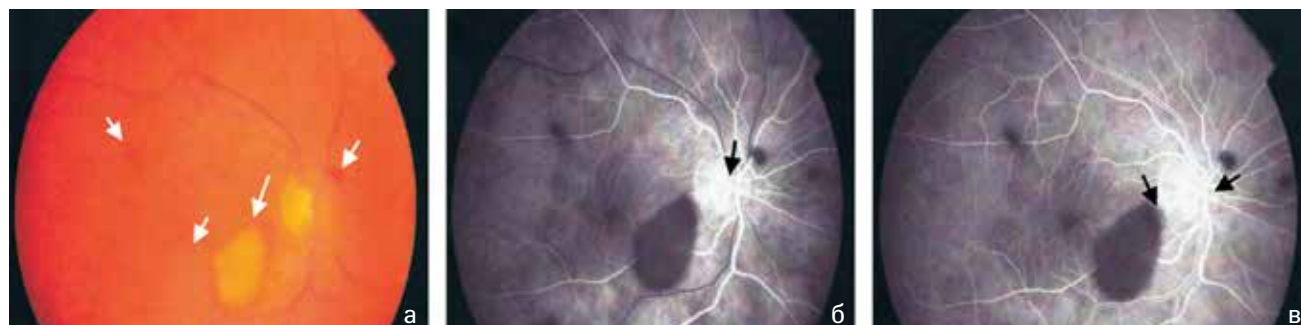


Рис. 1. Фото глазного дна: а) ретиальные и преретиальные кровоизлияния (указаны стрелками) в стадии рассасывания; б) ФАГ: в артериальную фазу видны расширенные мелкие сосуды на ДЗН (указаны стрелками), распространение флюоресценции к его краю и экранирование ретиальных и хориоидальных сосудов в местах геморрагий; в) в артерио-венозную фазу флюоресценция ДЗН становится более выраженной и частично переходит на парамакулярную зону, при этом на ФАГ более четко, чем на фото просматривается связь геморрагии с ДЗН (указано стрелками)

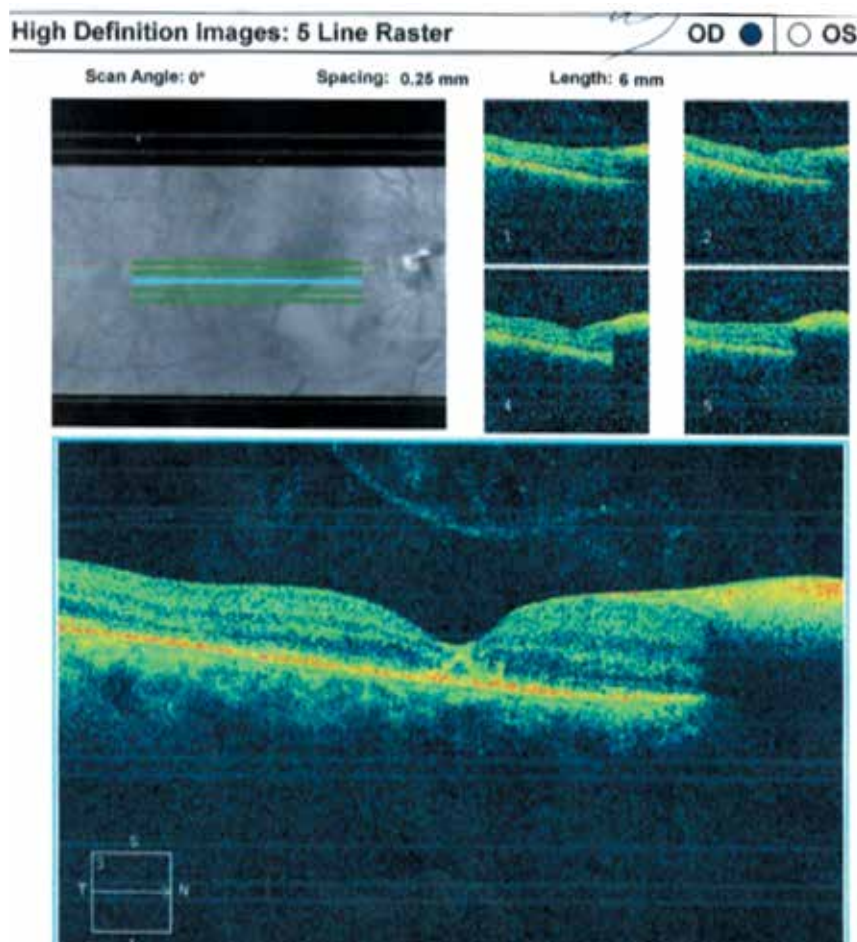


Рис. 2. ОКТ макулы. Преретиальное кровоизлияние в назальном секторе макулы распространяющееся в перипапиллярную зону. Перипапиллярная сетчатка рыхлая, отечная

центной ангиографии (ФАГ) кровоизлияния выглядят гипофлюоресцентными. Они блокируют ретиальную и хориоидальную флюоресценцию. Определяется выраженная гиперфлюоресценция диска зритель-

ного нерва на поздних фазах исследования.

Удивительно, но прогноз остроты зрения при данном синдроме часто благоприятный. Со временем геморрагии самопроизвольно резор-

бируются, что сопровождается восстановлением зрительных функций. Иногда на глазном дне они оставляют след в виде пигментации на поверхности сетчатки. Редко возникает организация кровоизлияний с формированием преретиального фиброза. Резорбция гемофтальма происходит спонтанно. В случаях двусторонних кровоизлияний в стекловидное тело или плотного нерассасывающегося гемофтальма возможно проведение витрэктомии [3, 4].

В связи с достаточной редкостью заболевания, разноречивостью мнений о механизме появления кровоизлияний в полости глаза и определенной сложностью его диагностики, мы сочли целесообразным описать наблюдавшийся нами следующий клинический случай.

В клинику обратился пациент Ш., 1950 г.р., с жалобами на снижение зрения правого глаза. Из анамнеза, по данным выписки из нейрохирургического отделения, стало известно, что он был оперирован по поводу субарахноидального кровоизлияния.

Объективно: острота зрения правого глаза – 0,3, не корригирует, левого – 1,0. Передний отрезок обоих глаз не изменен, хрусталик прозрачный, в стекловидном теле правого глаза имеется мелкодисперсная взвесь, в левом глазу – стекловидное тело прозрачное. На глазном дне правого глаза: диск зрительного нерва (ДЗН) отечен, преимущественно по краю и перипапиллярно с височной области, с продолжением распространения его в парамакулярную зону (рис. 1а). Вены расширены и извиты, множество рети-

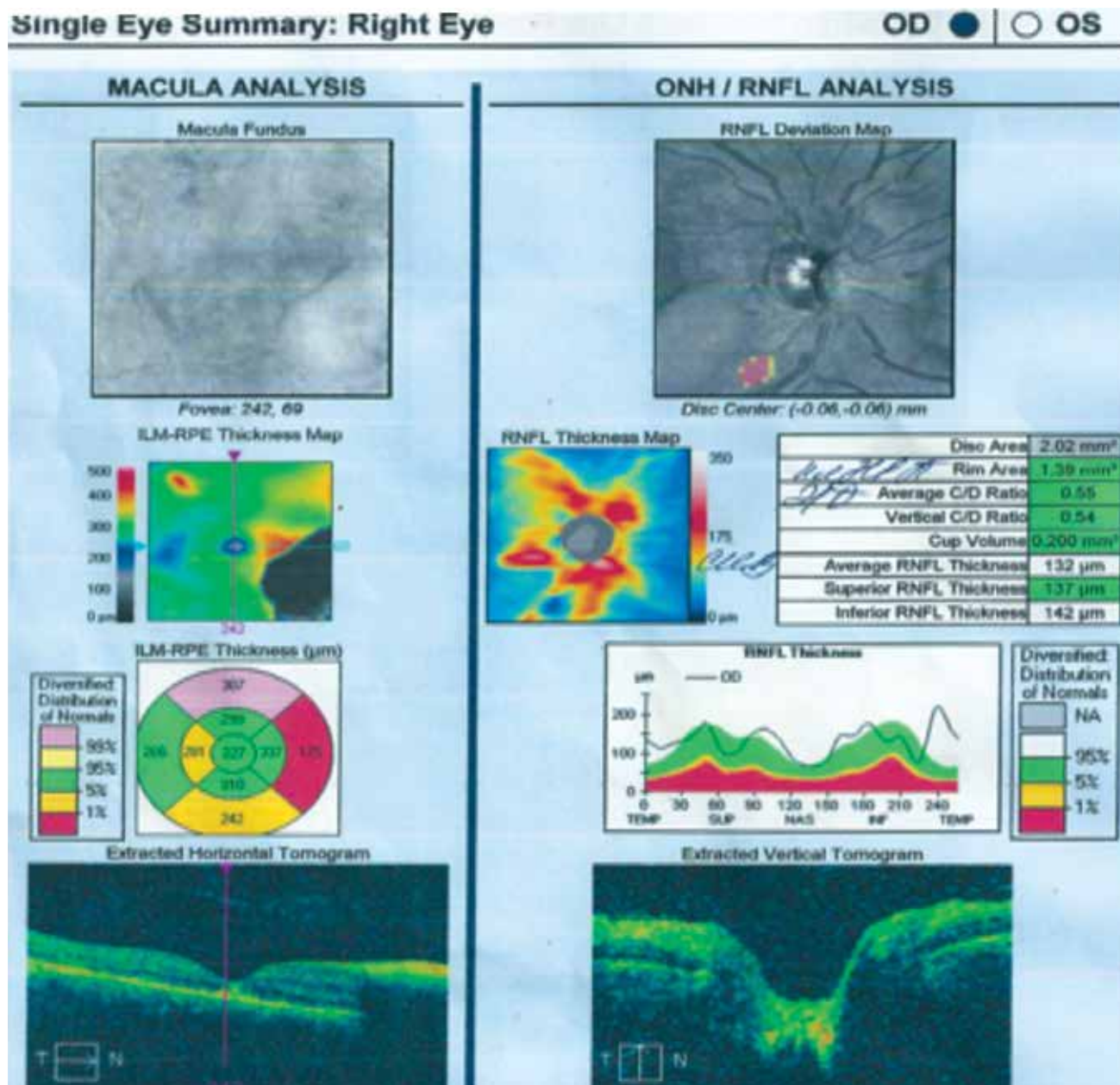


Рис. 3. ОКТ диска зрительного нерва. Скопление жидкости отмечается между оболочками ДЗН. СНВС утолщен за счет перипапиллярного отека

нальных кровоизлияний, располагающихся в парамакулярной зоне, и преретинальных – по краю ДЗН, в местах более выраженного его отека. Большая часть кровоизлияний в стадии частичного рассасывания.

Большому была произведена флюоресцентная ангиография (ФАГ). При этом в артериальную фазу (рис. 1б) наблюдалось экранирование ретинальных и хориоидальных сосудов в местах геморрагий, на ДЗН были видны расширенные мелкие сосуды, распространение флюоресценции про-

исходило преимущественно по краю ДЗН. На ФАГ более четко, чем на фото, просматривалась связь геморрагий с ДЗН. В артерио-венозную фазу (рис. 1в) флюоресценция ДЗН становилась более выраженной и распространялась на парамакулярную зону.

По данным оптической когерентной томографии (рис. 2, 3), в стекловидном теле имеются мелкодисперсные помутнения, полная отслойка задней гиалоидной мембраны, при этом фовеолярный контур правильный, а в фовеа имеются единичные

сухие друзы, наблюдаются истончение пигментного эпителия сетчатки, преретинальное кровоизлияние в назальном секторе макулы, распространяющееся в перипапиллярную зону, скопление жидкости между оболочками ДЗН. Перипапиллярная сетчатка рыхлая, отечная, слой нервных волокон сетчатки (СНВС) утолщен за счет перипапиллярного отека.

Синдром Терсона – такой диагноз был выставлен пациенту на основании анамнеза и результатов обследования. Данные ФАГ и ОСТ говори-

ли о распространении флюоресцина между оболочками зрительного нерва и по его краю, примыкании массивной преретинальной геморрагии к ДЗН свидетельствовали о том, что одной из причин попадания крови из черепа (в данном случае из субарахноидального пространства) в полость глаза, а конкретно – в ретинальное и интравитреальное пространство, происходит по межоболочечным пространствам зрительного нерва. В связи с тем, что кровоизлияния уже начали рассасываться, больному была рекомендована симптоматическая терапия и наблюдение в динамике у нейрохирурга и офтальмолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Garfinkle AM, Danys IR, Nicolle DA et al. Terson's syndrome: a reversible cause of blindness following subarachnoid hemorrhage. *J. Neurosurg.* 1992; 76: 766-771.
2. Wietholter S, Steube D, Stotz HP. Terson syndrome: a frequently missed ophthalmologic complication in subarachnoidhemorrhage. *Zentralbl. Neurochir.* 1998; 59: 166-170.
3. Ritland JS, Syrdalen P, Eide N et al. Outcome of vitrectomy in patients with Terson syndrome. *Acta Ophthalmol. Scand.* 2002; 80: 172-175.
4. Красновид Т.К., Седак-Петрецькая О.С., Наровченко Т.В. Тактика лечения гемофтальма с отслойкой внутренней пограничной мембраны при синдро-

ме Терсона. *Офтальмологический журнал.* 2009;3: 203.

5. Yokoi M, Kase M, Hyodo T et al. Epiretinal membrane formation in Terson syndrome. *Jpn. J. Ophthalmol.* 1997; 41: 168-173.

6. Gauntt CD, Sherry RG, Kannan C. Terson syndrome with bilateral optic nerve sheath hemorrhage. *J. Neuroophthalmol.* 2007;27: 193-194.

7. Castano-Duque CH, Pons-Irazazabal LC, Lopez-Moreno JL. Subarachnoid hemorrhage associated to Subhyaloid hemorrhage: «Terson syndrome». *Rev. Neurol.* 1997; 25: 1081-1083.

8. Ogawa T, Kitaoka T, Dake Y, Amemiya T. Tersonsyndrome: a case report suggesting the mechanism of vitreous hemorrhage. *Ophthalmology.* 2001; 108: 1654-1656.

9. Ducournau D. ILM Peeling comes of age. *Ophthalmology Times Europe.* 2008; 4: 13-17.