

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ

¹Новожилова А.А., ²Сайфуллина Ф.Р.

¹КГМА–филиал ФГБОУДПО РМАНПО МЗ РФ, г.Казань

²ФГБНУНИИР им.В.А. Насоновой, г.Москва

Актуальность. Антифосфолипидный синдром (АФС) – наиболее частая форма аутоиммунной тромбофилии, в основе патогенеза которой лежит процесс тромбовоспаления.

Антифосфолипидный синдром - симптомокомплекс, включающий рецидивирующие тромбозы (артериальный и/или венозный), акушерскую патологию (чаще синдром потери плода), и связан с синтезом антифосфолипидных антител (аФЛ): антикардиолипидных антител (аКЛ) и/или волчаночного антикоагулянта (ВА), и/или антител к бета2-гликопротеину I (beta2-GPI).

Поражение глаз является одним из важных клинических проявлений АФС. Изменения органа зрения встречаются у пациентов с АФС в широком диапазоне от 15 до 88 % случаев. Антифосфолипидный синдром может вызывать тромбоз в любом органе. Поражение сосудов сетчатки может быть первым проявлением этого состояния. Роль АФС в развитии глазной сосудистой окклюзии возрастает у пациентов молодого возраста (менее 45 лет) в отсутствие традиционных сосудистых факторов риска. Окклюзии сосудов глаза возможны в дебюте заболевания у пациентов с антифосфолипидным синдромом, поэтому важна роль своевременной офтальмологической диагностики.

Цель. Анализ диагностики и лечения изменений органа зрения при антифосфолипидном синдроме.

Основными жалобами пациентов при АФС являются затуманивание, временная потеря зрения на один или оба глаза - amaurosis fugax (AF), диплопия, фотопсии. Продолжительность полной или секторальной потери зрения может составлять от нескольких секунд до минуты или даже часа.

Патология органа зрения при АФС включает широкий спектр клинических проявлений в переднем и заднем сегментах глазного яблока. Поражения переднего отрезка глаза у пациентов с АФС протекают в виде телеангиэктазий конъюнктивы, микроаневризм, эписклерита, лимбального или нитевидного кератита, ирита. Изменения заднего отрезка глазного яблока данных пациентов могут быть в виде витреита, отслойки сетчатки, заднего склерита .

Специфическими клиническими проявлениями поражения заднего отрезка глаза у пациентов с АФС являются окклюзия центральной артерии и вены сетчатки разной степени тяжести и передняя ишемическая оптическая

нейропатия. При АФС в основном поражаются артерии малого калибра. Процесс носит как одно так и двухсторонний характер. Для АФС характерно поражение микроциркуляторного русла сетчатки ишемического характера. Преходящие нарушения зрения могут быть связаны как с окулярной, так и с церебральной ишемией у пациентов с АФС.

Поражение сосудов глаза обнаруживаются при дебюте АФС, поэтому важна роль своевременной и эффективной офтальмологической, в том числе функциональной, диагностики с помощью современных методов исследования.

При первичном антифосфолипидном синдроме примерно в 9% наблюдений встречается невропатия зрительного нерва

Алгоритм диагностики глазных изменений при антифосфолипидном синдроме включает специальные методы исследования локальной гемодинамики (флюоресцентная ангиография глазного дна, цветное доплеровское картирование сосудов глаза и орбиты, оптическая когерентная томография с ангиографией (ОСТА) и функциональной активности нейрорецепторного аппарата глаза (компьютерная статическая периметрия и электроретинография).

Диагноз антифосфолипидного синдрома следует рассматривать у всех пациентов с рецидивирующим системным или глазным тромбозом при отсутствии известных факторов риска. Наличие изолированного тромбоза глаза со стойко повышенным титром антифосфолипидных антител следует расценивать как достоверный АФС. Офтальмологическое обследование требуется всем пациентам как с подтвержденным, так и с вероятным АФС.

Лечение изолированного глазного антифосфолипидного синдрома должно основываться на тех же принципах, что и у всех пациентов с системным АФС.

15 мая 2019 г. European League Against Rheumatism опубликовала рекомендации по лечению антифосфолипидного синдрома у взрослых.

1. У бессимптомных носителей антифосфолипидных антител (не подходящих никаким сосудистым или акушерским классификационным критериям антифосфолипидного синдрома) с профилем антифосфолипидных антител высокого риска, с или без традиционных факторов риска, рекомендуется профилактическое лечение с применением аспирина в низкой дозе (75 - 100 мг в день).

2. У пациентов с системной красной волчанкой и без наличия в анамнезе тромбозов или осложнений беременности:

А. с профилем антифосфолипидных антител высокого риска рекомендуется профилактическое лечение с применением аспирина в низкой дозе.

В. с профилем антифосфолипидных антител низкого риска можно рассмотреть профилактическое лечение с применением аспирина в низкой дозе.

3. У небеременных женщин с наличием в анамнезе только акушерского антифосфолипидного синдрома (с или без системной красной волчанки) после надлежащей оценки риск/польза рекомендуется профилактическое лечение с применением аспирина в низкой дозе.

4. У пациентов с точным антифосфолипидным синдромом и впервые возникшим венозным тромбозом:

А. рекомендуется лечение с применением антагонистов витамина К с целевым МНО 2 - 3.

В. нельзя применять ривароксабан у пациентов с тремя положительными подтипами антифосфолипидных антител в виду высокого риска рецидивных событий.

С. у пациентов с непровоцированным впервые возникшим венозным тромбозом антикоагуляция должна продолжаться длительное время.

5. У пациентов с точным антифосфолипидным синдромом и рецидивным венозным тромбозом несмотря на лечение с применением антагониста витамина К с целевым МНО 2 -3:

А. необходимо рассмотреть расследование приверженности и обучение приверженности к применению антагониста витамина К совместно с частым тестированием МНО.

В. если целевые значения МНО 2 -3 достигнуты, то можно рассмотреть добавление аспирина в низкой дозе, повышение МНО до 3 - 4 или замену на низкомолекулярный гепарин.

6. У пациентов с точным антифосфолипидным синдромом и впервые возникшим артериальным тромбозом:

А. Рекомендуется применение антагониста витамина К, чем изолированное применение аспирина в низкой дозе.

В. Рекомендуется применение антагониста витамина К с целевым МНО 2 -3 или МНО 3 – 4 с учетом индивидуального риска кровотечений и рецидивных тромбозов. Можно также рассмотреть применение антагониста витамина К с целевым МНО 2 -3 плюс аспирин в низкой дозе.

С. Нельзя применять ривароксабан у пациентов с тремя положительными подтипами антифосфолипидных антител и с артериальными событиями. На основании имеющихся сейчас доказательств, не рекомендуется применение НОАК у пациентов с точным антифосфолипидным синдромом и с артериальными событиями в виду высокого риска рецидивных тромбозов.

7. У пациентов с рецидивным артериальным тромбозом, несмотря на должное лечение с применением антагониста витамина К, после оценки на другие потенциальные причины можно рассмотреть повышение МНО до 3 - 4, добавление аспирина в низкой дозе, или замену на низкомолекулярный гепарин.

Выводы. Антифосфолипидный синдром представляет собой достаточно новую проблему, клиническое значение которой, тем не менее, в последнее время только возрастает. Из-за частого поражения глаз у пациентов с антифосфолипидным синдромом офтальмологическое обследование должно стать неотъемлемой частью клинического осмотра всех пациентов с подозрением на это заболевание.

Своевременное назначение антикоагулянтной терапии не только улучшает прогноз для здоровья пациента, но также может оказаться решающим для сохранения зрения. Клиницисты должны настороженно относиться к подобным симптомам и, при необходимости, направлять на дальнейшее обследование, чтобы исключить возможность АФС. Опасность заключается в том, что игнорирование таких проявлений может привести к тяжелым последствиям. Поэтому важность ранней диагностики и интервенции в данном контексте нельзя переоценить – это ключ к успешному исходу лечения и сохранению качества жизни пациентов.