

2. Наиболее частыми причинами прекращения антиангиогенной терапии (n=120) стали неудовлетворённость результатами лечения, финансовое бремя и общие сопутствующие заболевания, указанные соответственно в 59 (49,2%), 49 (40,8%) и 24 (20,0%) анкетах.

3. Мотивами, побудившими пациентов (n=20) сменить клинику, стали: финансовое бремя (17 случаев; 85,0%), неудовлетворённость результатами лечения (5; 25,0%) и большое расстояние от дома до больницы (1; 5,0%).

Список литературы:

1. Бобыкин Е.В. Режимы применения антиангиогенной терапии для лечения заболеваний макулы в офтальмологии. Обзор литературы / Е.В. Бобыкин // Практическая медицина. – 2018. – Т.16. – №.5. – С. 104-111. URL: 10.32000/2072-1757-2018-16-5-104-111

2. Дроздова Е.А. Динамическая оценка морфологических и иммунологических параметров при макулярном отеке на фоне окклюзии вен сетчатки / Е.А. Дроздова, Д.Ю. Хохлова // Практическая медицина. – 2017. – №3(104). – С. 25-29

3. Коротких С.А. Антиангиогенная терапия неоваскулярных заболеваний макулярной области (отдаленные результаты) / С.А. Коротких, Е.В. Бобыкин, Н.С. Назарова и др. // Вестник офтальмологии. - 2016. - Т.132. - №1. - С. 76-84. URL: 10.17116/oftalma2016132176-84

4. Нероев В.В. Заболеваемость диабетической ретинопатией в Российской Федерации по данным Федеральной статистики / В.В. Нероев, О.В. Зайцева, Л.А. Михайлова // Российский офтальмологический журнал. – 2018. - Т11. - №2. – С. 5-9. URL: 10.21516/2072-0076-2018-11-2-5-9

5. Boulanger-Scemama E. Ranibizumab for exudative age-related macular degeneration: a five-year study of adherence to follow-up in a real-life setting / E. Boulanger-Scemama, G. Querques, F. About, et al. // Journal francais d'ophtalmologie. – 2015. – Т.38. – №.7. – P. 620-627. URL: 10.1016/j.jfo.2014.11.015

6. Cohen S.Y. Results of one-year's treatment with ranibizumab for exudative age-related macular degeneration in a clinical setting / S.Y. Cohen, L. Dubois, R. Tadayoni, et al. // Am J Ophthalmol. – 2009. – Т.148. – P. 409-413. URL: 10.1016/j.ajo.2009.04.001

7. Oishi A. Remission and dropout rate of anti-VEGF therapy for age-related macular degeneration / A. Oishi, M. Mandai, A. Nishida // Eur J Ophthalmol. – 2011. – Т.21. – P. 777-782. URL: 10.5301/EJO.2011.7430

УДК 616.3.61:061.2/4

Гилева К.В., Козлова А.С., Богачев А.Е.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДВУСТОРОННЕГО РЕТРОБУЛЬБАРНОГО
НЕВРИТА

Кафедра офтальмологии

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Gilyova K.V., Kozlova A.S., Bogachev A.E.
CLINICAL CASE OF BILATERAL RETROBULBAR NEURITIS
Ophthalmology Department
Urals State Medical University
Ekaterinburg, Russian Federation

E-mail: alina.kozlova1804@yandex.ru

Аннотация. В данной статье рассматривается клиническая картина и лечение пациента с невритом зрительного нерва. Первоначальный акцент делается на клиническом анамнезе, обследовании, диагностическом тестировании и принятии медицинских решений. Оцениваются клинические признаки, результаты объективного обследования, нейровизуализации и лабораторных исследований.

Annotation. This article discusses the clinical picture and treatment of a patient with optic neuritis. The initial emphasis is on clinical history, examination, diagnostic testing and medical decision-making. Clinical signs, objective examination, neuroimaging, and laboratory tests are evaluated.

Ключевые слова: ретробульбарный неврит, рассеянный склероз, этиология, диагностика.

Key words: retrobulbar neuritis, multiple sclerosis, etiology, diagnosis.

Введение

Патология зрительного нерва различного генеза - это одна из главных причин возникновения слепоты и слабовидения, что является основным критерием для изучения этой проблемы и ставит ее в ряд наиболее важных задач современной клинической офтальмологии, кроме того, широкая распространённость среди лиц молодого возраста объясняет высокую социальную значимость данного заболевания [1].

Частота ретробульбарного неврита в центральной Европе составляет 5 случаев на 100 000 человек в год. Средний возраст в начале заболевания составляет 36 лет; редко встречается у лиц моложе 18 лет или старше 50 лет. Более 70% пациентов составляют женщины [8].

Диагноз неврита зрительного нерва ставится клинически на основании типичных признаков и симптомов, таких как снижение зрения и болезненные движения глаз [9].

Цветовое зрение обычно нарушается пропорционально остроте зрения. Классический дефект поля зрения представляет собой центральную скотому, но может быть любого типа [7].

Большинство исследователей считают, что у 80 % больных ретробульбарный неврит (РБН) может быть первым, а иногда и единственным проявлением рассеянного склероза, при этом лишь в 13 % случаев РБН возникает уже на фоне общей клиники рассеянного склероза [2].

Неврологическое обследование и МРТ головного мозга являются стандартными при обследовании пациентов с диагнозом ретробульбарный неврит [9].

Цель исследования – оценить динамику развития и клиническое течение ретробульбарного неврита у пациента без выявленной этиологии патологического процесса.

Материалы и методы исследования

Нами был проведен анализ первичной медицинской документации (данные из истории болезни пациента). В дальнейшем мы описали данный клинический случай, сделали выводы о причинах возникновения и развития ретробульбарного неврита у представленного пациента.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент С, мужчина, 42 года. Поступил 26.02.2020 в стационар с жалобами на стремительное снижение остроты зрения на оба глаза, болезненность при движении глаз. Со слов пациента 24.01.2020 перенес цистит. По назначению врача принимал нолицин и фитолизин, с положительной динамикой. Затем, в начале февраля, стал отмечать появление головных болей. 06.02.2020 г. появилась болезненность при движении глазных яблок. 12.02.2020 г. начала стремительно снижаться острота зрения. В тот же день обратился к офтальмологу, назначено инструментальное дообследование: оптическая когерентная томография (ОКТ) дисков зрительных нервов, магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, МРТ глазниц. Данные представлены на рис. 1

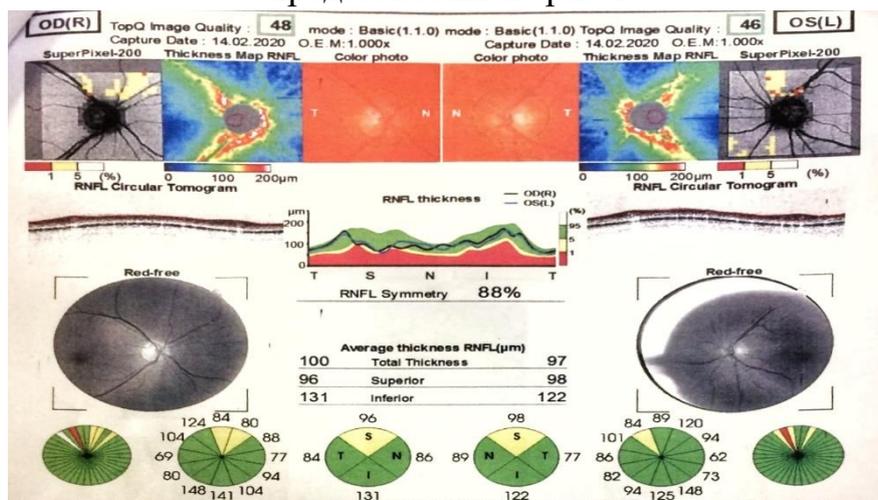


Рис. 1 ОКТ дисков зрительный нервов и комплекса ганглиозных клеток обоих глаз: выраженная асимметрия экскаваций дисков зрительных нервов отсутствует

Так же на обоих глазах наблюдается диффузно расположенное снижение толщины комплекса ганглиозных клеток, секторальное снижение толщины слоя нервных волокон в верхних отделах сетчатки. Тем не менее, эти показатели не выходят за пределы нормальных значений. 26.02.2020 г. пациент был госпитализирован в неврологическое отделение для дообследования и лечения.

Из анамнеза жизни: Операции – 2011г. – удаление мениска правого коленного сустава. Травмы – перелом носа.

При объективном осмотре патологий не выявлено. Локальный неврологический статус без особенностей.

Пациенту был поставлен диагноз: двусторонний ретробульбарный неврит.

После был выбран данный план лечения: дексаметазон по схеме 64мг: 32-32-24-24-16-16-8-8-4-4 мг, диклофенак 2,0 в/м №5, холина альфосцерат 1000мг в/в капельно, дексаметазон с/к 0,5 мл №10.

При осмотре дежурного офтальмолога от 26.02.2020 жалобы сохраняются, объективно: VOD=0,02 экс. н/к VOS=0,01 экс. н/к. TOD=12 TOS=11. OU передний отрезок спокойный, выделений нет. Хрусталик, стекловидное тело – прозрачные. Глазное дно OU – диски зрительных нервов бледно-розовые, контуры четкие, артерии и вены – без особенностей. Макула без патологии. Сетчатка прилежит. Заключение: Застойных явлений на момент осмотра на глазном дне нет.

Рекомендовано: госпитализация в отделение неврологии для дообследования и лечения. Из назначений: дексаметазон 1кап. 4р/сут в оба глаза, дексаметазон ретробульбарно 0,5 мл №10 в оба глаза, в/в дексаметазон 64 мг. по схеме 32-32-24-24-16-16-12-12-8-8-4-4 мг., в/м диклофенак 2,0 мл №5. Наблюдение офтальмолога в динамике.

Данные проведенных исследований:

ОКТ диска зрительного нерва и комплекса ганглионарных клеток обоих глаз от 14.02.2020: грубых отклонений от нормальных значений нет.

МРТ головного мозга от 15.02.2020: мелкоочаговая лейкоэнцефалопатия сосудистого генеза.

МРТ орбит от 15.02.2020: патологических изменений не выявлено.

УЗ-исследование брахиоцефальных сосудов от 17.02.2020: повышение пиковой скорости кровотока в сегментах V1 и V4 обеих позвоночных артерий на фоне их дугообразной извитости и высокого вхождения в костные каналы на уровне С₄ позвонков.

МРТ головного мозга с контрастированием от 26.02.2020: накопление контраста в ретроорбитальных отделах зрительных нервов как признак неврита зрительных нервов. Точечные неспецифические очаги в белом веществе полушарий мозга, возможно, сосудистого генеза, как исход перинатального повреждения или инцидентальные. МР-признаков SD не выявлено.

Биохимические показатели крови: обращает внимание уровень глюкозы 7,1 ммоль/л., а также ревматоидный фактор 93 Е/мл при норме меньше 14 Е/мл.

Анализ мочи общий: эритроциты неизмененные 7 в 1 мкл., лейкоциты 29 кл/мкл. Клетки плоского эпителия 0 – 5 в ПВУ. Клетки неплоского эпителия 0 – 2 в ПВУ.

На седьмой день лечения пациент отмечает заметную положительную динамику. Объективно: VOD=0.8 н/к VOS=1.0. На обоих глазах передний отрезок - без особенностей. Снимки глазного дна на седьмой день лечения представлены на рис. 2

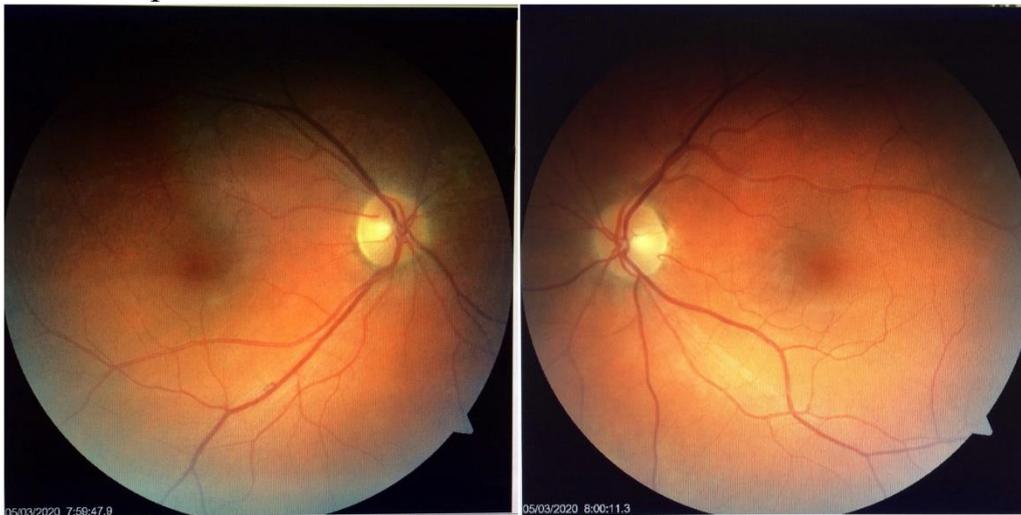


Рис. 2 Фотография глазного дна правого и левого глаза

Пациент выписан с улучшением, даны рекомендации по модификации образа жизни: полноценный сон, уменьшение действия стрессовых факторов, умеренные аэробные физические нагрузки, соблюдение диеты с низким содержанием холестерина, поддержание умственной активности.

Выводы:

1. Данный клинический случай представляет интерес для практикующих врачей, так как он отображает мультидисциплинарный подход к лечению и ведению пациентов.

2. Данный случай РБН имел благоприятное течение, на фоне противовоспалительной терапии зрение пациента быстро вернулось к исходному уровню.

3. Наблюдалась диссоциация картины на глазном дне с тяжестью снижения остроты зрения. При наличии такой картины предполагается, что РБН является синдромом РС, а не самостоятельным заболеванием [4, 5].

4. Несмотря на многочисленные инструментальные и лабораторные тесты, выявить этиологию РБН не удалось. Но с уверенностью назвать данный клинический случай РБН идиопатическим нельзя, так как пациенту не был проведен ряд важных тестов. Для уточнения природы заболевания, требуются дальнейшее наблюдение пациента, консультации стоматолога, оториноларинголога, эндокринолога, ревматолога, проведение ряда анализов (на выявление хламидий, антитела к аквапорину-4, глюкозотолерантный тест, определение антигенов HLA-B27). Полезны были бы электрофизиологические

исследования (ЭФИ), так как существуют работы, указывающие на высокую корреляционную связь между РС и изменениями функций клеток сетчатки [3].

5. Так же пациенту рекомендуется самостоятельно отслеживать появление таких симптомов как депрессия, нарушения сна, тремор рук, проблемы с мочевым пузырем, кишечником, и вовремя обращаться за консультацией к неврологу, так как не исключается развитие в дальнейшем рассеянного склероза.

6. В данном случае невозможно установить точный прогноз о том, как будет развиваться заболевание в дальнейшем, будет ли течение хроническим рецидивирующим, был ли данный эпизод дебютом РС, так как данные о возможностях прогнозирования течения РБН противоречивы.

Список литературы:

1. Колотова А.И. Нейроофтальмологическая симптоматика рассеянного склероза / А.И. Колотова, О.Д. Зуева // Вестн. офтальмол. – 2002. – №2. – С. 37-39

2. Кухтик С.Ю. Ретробульбарный неврит / С.Ю. Кухтик, М.Ю. Попова, К.С. Танцурова // Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. - Т.3. - №3. – С. 47

3. Нероев В. В. Нейродегенеративные изменения в сетчатке у больных ремиттирующим рассеянным склерозом и ретробульбарным невритом: морфофункциональные параллели / В.В. Нероев, М.В. Зуева, И.В. Цапенко, Л.В. Брылев и др. // Российский офтальмологический журнал. – 2012. – №4. – С. 63-68

4. Сорокин Е.Л. Прогнозирование хронического течения ретробульбарного неврита: монография. / Е.Л. Сорокин, В.Я. Костив. – Хабаровск: Издательство ГБОУ ВПО ДВГМУ, 2014. – 116 с.

5. Юрьева Т.Н. Визуализация зрительного нерва в диагностике и мониторинге ретробульбарного неврита / Т.Н. Юрьева, Е.В. Бурлакова, А.А. Худоногов, Е.К. Аюева // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011. - №6. – С. 133-136

6. Atkins E.J. Optic Neuritis / E.J. Atkins, Valérie Biousse, Nancy J Newman // Semin Neurol. – 2007. - № 27. – P. 21

7. Gerth-Kahlert C. Optic Neuritis / C. Gerth-Kahlert, T. K. Wermund // Klin Monbl Augenheilkd. – 2011. - №228. – P. 425

8. Wilhelm H. The Diagnosis and Treatment of Optic Neuritis / H. Wilhelm, M. Schabet // Dtsch Arztebl Int. – 2015. - №112. – P. 616-626

УДК 617.7

Данилов А.М., Коротких С.А., Гринев А.Г., Свиридова М.Б. МЕТОДИКИ УДАЛЕНИЯ СИЛИКОНОВОГО МАСЛА ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ КАПСУЛОРЕКСИС У ПАЦИЕНТОВ С КАТАРАКТОЙ

Кафедра офтальмологии