

6. Wisse RP, Bijlsma WR, Stijlma JS. Ocular firework trauma: a systematic review on incidence, severity, outcome and prevention. Br J Ophthalmol.- 2010;94(12):1586–1591.

7. Rutherford WH. The medical effects of seat-belt legislation in the United Kingdom: a critical review of the findings. Arch Emerg Med. - 1985;2(4):221–223.

Сведения об авторах

Н.В. Бабаева – студент

Е.И. Колесникова – врач-офтальмолог

Е.В. Бобыкин – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры офтальмологии

Information about the authors

N.V. Babaeva – Student

E.I. Kolesnikova – ophthalmologist

E.V. Bobykin – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

УДК: 616-06

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА РАМСЕЯ-ХАНТА

Екатерина Эдуардовна Ведерникова¹, Максим Сергеевич Лыков², Ксения Игоревна Карташова³, Хийир Тагирович Абдулкеримов⁴, Ксения Валерьевна Шаманская⁵.

¹⁻⁵ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Екатеринбург, Россия

¹E-mail: likov2@rambler.ru

Аннотация

Введение. Синдром Рамсея-Ханта — редкое заболевание, вызываемое вирусом *Varicella zoster* характеризующееся, главным образом, параличом лицевого нерва и сыпью на ухе (*herpes zoster oticus*) или на слизистой оболочке полости рта. **Цель исследования** - поделиться опытом лечения больной с синдромом Рамсея-Ханта, обратить внимание на междисциплинарные проявления данного синдрома. **Материалы и методы.** В статье описаны классические симптомы заболевания у женщины 82 лет, трудности диагностики и лечения, связанные с редкостью данной патологии. **Выводы.** Синдром Рамсея-Ханта является междисциплинарной проблемой врачей неврологов и оториноларингологов.

Ключевые слова: Синдром Рамсея-Ханта, вирус *VaricellaZoster*, паралич лицевого нерва, оталгия.

RAMSAYHUNTSYNDROME: CASEREPORT

Ekaterina Eduardovna Vedernikova¹, Maxim Sergeevich Lykov², Ksenia Igorevna Kartashov³, Hiyir Tagirovich Abdulkirimov⁴, Ksenia Valeryevna Shamanskaya⁵.

¹⁻⁵Ural State Medical University Yekaterinburg, Russian Federation

¹E-mail: likov2@rambler.ru

Abstract

Introduction. Ramsey-Hunt syndrome is a rare disease caused by the *Varicella*

zoster virus and characterized mainly by facial nerve paralysis and a rash on the ear (herpes zoster oticus) or on the oral mucosa. **The aim of the study-** to share the experience of treating a patient with Ramsey-Hunt syndrome, to pay attention to the interdisciplinary manifestations of this syndrome. **Materials and methods.** The article describes the classic symptoms of the disease in an 82-year-old woman, the difficulties of diagnosis and treatment associated with the rarity of this pathology. **Conclusions.** Ramsey-Hunt syndrome is an interdisciplinary problem of neurologists and otorhinolaryngologists.

Key words: Ramsay Hunt syndrome, Varicella Zoster virus, facial paralysis, otalgia.

ВВЕДЕНИЕ

Вирус *Varicella zoster*, или вирус опоясывающего лишая, ДНК-содержащий вирус, относится к семейству герпесвирусов, отличается широким распространением высокой контагиозностью. Характерной особенностью вируса является его способность к длительной персистенции с последующей реактивацией, а также дермато- и нейротропность. Источниками инфекции является только человек. Пути передачи воздушно-капельные и контактные. Заболеваемость имеет сезонный характер - больше весной и осенью. При первичном инфицировании человека вирусом *Varicella Zoster* происходит развитие ветряной оспы с появлением везикулезной сыпи и лихорадки. При этом выздоровление происходит, как правило, через 2-3 недели. После этого вирус пожизненно персистирует в латентном состоянии в спинномозговых ганглиях, ганглиях черепных нервов и вегетативной нервной системы. У взрослых иммуносупрессивные состояния, тяжелые инфекционные или соматические заболевания, переохлаждение, длительный стресс могут приводить реактивации вируса. Его репликация приводит к развитию опоясывающего лишая или другим неврологическим проявлениям, включающим постгерпетическую невралгию, миелит, менингоэнцефалит, синдром Рамсея—Ханта (СРХ), поражение симпатических ганглиев, а также цереброваскулярные осложнения в результате развившегося васкулита. Неврит лицевого нерва, связанный с воспалением коленчатого ганглия и сопровождающийся везикулезными высыпаниями в наружном слуховом проходе и ушной раковине («ушная форма», или *herpeszosteroticus*), ротовой полости, был описан американским неврологом James Ramsay Hunt в 1907 г. Данное состояние впоследствии получило название синдром Рамсея – Ханта(СРХ) и составляет около 12% случаев от всех невропатий лицевого нерва. Вирус реактивируется вдоль VII пары черепно-мозговых нервов через коленчатый ганглий, при этом деструкция нейронов коленчатого узла распространяется как на сенсорные, так и на моторные волокна. Ряд авторов в своих исследованиях указывают на возможность реактивации вируса не только в коленчатом ганглии лицевого нерва, но и в спиральном, вестибулярном, что обуславливает нейросенсорную тугоухость и вестибулярные нарушения. При этом не у всех пациентов выявляются характерные изменения на аудиограмме. В некоторых случаях неврит лицевого нерва не сопровождается появлением сыпи, но обнаруживается многократным увеличением антител к *VaricellaZoster*

в сыворотке крови. Начальные проявления заболевания связаны появлением односторонней боли лица и уха и обычно сопровождаются прозопарезом. Близость лицевого нерва к вестибулокохлеарному нерву может привести к шуму в ушах и головокружению. Везикулярная сыпь часто появляется через 2-3 дня после появления начальных неврологических симптомов. Сыпь считается инфекционной, и вирус выводится из сыпи [1,2].

А.С. Гусева и соавторы в своих работах приводят следующие комплекс симптомов: герпетическое поражение кожи наружного уха и слизистой оболочки ипсилатеральной стороны неба; нейропатию лицевого нерва, в том числе с парезом стремянной мышцы и поражением барабанной струны (с развитием нарушений вкуса на передних 2/3 языка ипсилатерально); нарушение чувствительности в зоне иннервации тройничного нерва; нарушение чувствительности в области шейных дерматомов, преимущественно иннервируемых С2—С4 спинальными нервами; поражение кохлеовестибулярного нерва; поражение других черепных нервов (II, IV, IX и X); развитие энцефалита, церебрального васкулита с развитием инсульта.

Согласно клинической классификации, выделяют четыре основных формы синдрома: I тип — высыпания в зоне, иннервируемой коленчатым ганглием, не сопровождаются неврологической симптоматикой. II тип — герпетические высыпания протекают с парезом лицевого нерва. III тип — лицевой парез и пузырьковая сыпь сочетаются с ухудшением слуха. IV тип — к проявлениям, характерным для синдрома Ханта III, присоединяются вестибулярные расстройства.

При объективном осмотре у больных СРХ выявляется эритематозная везикулярная сыпь на лице, ушной раковине и слуховом проходе, слизистой оболочки полости рта. В качестве лабораторной диагностики выступают методы ПЦР или ИФА для определения антител к VZV.

СРХ необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями: тройничной нейропатии; невралгии языкоглоточного нерва; идиопатической нейропатией лицевого нерва; рожистого воспаления ушной раковины; острым средним отитом; невринома лицевого нерва или его корешка; опухолью мосто-мозжечкового угла.

Без проведения этиотропной терапии СРХ заболевание приобретает затяжное течение с длительным неврологическим дефицитом. По данным литературных источников с описанием клинических случаев при лечении синдрома авторами используется ацикловир, кортикостероиды или их комбинации. Несвоевременное лечение может привести к серьёзным последствиям таким как менингит и менинго энцефалит. При своевременно начатой терапии, при синдроме Рамсея Ханта, прогноз благоприятный для выздоровления. Рецидивы заболевания часто обусловлены неполной элиминацией вируса [2].

Цель исследования - поделиться опытом лечения больной с синдромом Рамсея-Ханта, обратить внимание на междисциплинарные проявления данного синдрома.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данной статье представлен клинический случай синдрома Рамсея-Ханта у пациентки 83-х лет. Особенность клинического случая заключается в том, что данная патология малораспространенная и в связи с этим могут возникать трудности с дифференциальной диагностикой и назначением своевременного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический случай. Пациентка А., 1939г.р. доставлена бригадой скорой медицинской помощи в хирургическое отделение ГАУЗ СО «Режевская ЦРБ» 23.07.21г. с жалобами на боли в правом ухе, правой половине головы, выделения из уха и мокнутие ушной раковины. Симптомы сопровождали пациентку около двух недель, одновременно с ними появились жалобы на сильные боли в правом ухе, правой половине лица, мокнущие язвы ушной раковины. Самостоятельно не лечилась.

Проживает одна, является инвалидом первой группы по зрению, уход осуществляют социальные работники. Слух понижен много лет. Для коррекции слуха никогда не обращалась.

Объективно: правая ушная раковина увеличена, кожа ушной раковины и слухового прохода гиперемирована, изъязвлена, кровянистые выделения. В слуховом проходе кровянисто – гнойные выделения обильные, барабанная перепонка гиперемирована, мацерирована, контуры не определяются. Пальпация сосцевидного отростка болезненная. Отмечается лагофтальм справа, опущен правый угол рта, парусит щека.

Поставлен диагноз: Острый средний отит справа, осложненный наружным, парезом лицевого нерва. Дерматит ушной раковины.

Обследована: взят мазок на микрофлору, выделен St. Haemolyticus IV ст. ОАК лейкоц. 6.6; СОЭ 18 мм/час.

В отделении получала антибактериальную терапию, системные глюкокортикостероиды, обезболивающее, местное лечение – без эффекта.

Направлена в лор отделение СОКБ№1, где находилась на лечении с 29.07.2021 по 13.08.2021. 30.07.2021 произведена операция – ревизия барабанной полости справа (барабанная перепонка, барабанная полость – без признаков воспаления, слуховые косточки сохранены, подвижны; обнаружены нагноившиеся язвы в полости ушной раковины).

МРТ головного мозга от 04.08.2021. Мелкоочаговая и перивентрикулярная лейкоэнцефалопатия сосудистого генеза. Генерализованная атрофия 2 степени. Формирующееся пустое, турецкое седло. Изменения в сосцевидном отростке и пирамиде височной кости справа могут соответствовать мастоидиту и отиту.

Получала антибактериальную терапию, противовирусную, обезболивающее и местное лечение.

Выписана с диагнозом: Наружный гнойный отит справа. Парез лицевого нерва справа (синдром Рамсея – Ханта)

С 13.08.2021 по 24.08.2021 находилась на долечивании в неврологическом отделении ГАУЗ СО «Режевская ЦРБ» где получала восстановительную терапию по поводу неврита лицевого нерва справа (Синдром Рамсея – Ханта)

ВЫВОДЫ

Синдром Рамсея-Ханта является междисциплинарной проблемой врачей неврологов и оториноларингологов. Трудность диагностики синдрома Рамсея-Ханта заключается в позднем обращении пациентов, далеко запущенных клинических проявлениях заболевания, редко встречающейся патологии.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ:

1. Шакарян А.К., Митрофанова И.В., Шахгильдян С.В. Синдром Рамсея Ханта у ребенка: описание случая и выбор тактики лечения. Нервно-мышечные болезни 2021;11(4):55–60. DOI: 10.17650/2222-8721-2021- 11-4-55-60.
2. Юсупов Ф.А., Юлдашев А.А. Синдром Рамсея Ханта (Клинический случай). Журнал The Scientific Heritage No 80 (2021).

Сведения об авторах

Е.Э. Ведерникова - ординатор

М.С. Лыков – ординатор

К.И. Карташова – кандидат медицинских наук, доцент

Х.Т. Абдулкеримов – доктор медицинских наук, профессор

К.В. Шаманская – ассистент кафедры

Information about the authors

E.E. Vedernikova - resident

M.S. Lykov – resident

K.I. Kartashova – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

H.T. Abdulkarimov – Doctor of Medical Sciences, Professor

K.V. Shamanskaya – assistant of the department

УДК617.741-004.11

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ КАТАРАКТЫ У ПАЦИЕНТА С ГИПЕРМЕТРОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

Ю.В. Григорьева¹, М.Р.Образцова²

¹⁻²ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

Минздрава России, Москва

¹E-mail: prostoboss2202@bk.ru

Аннотация

Введение. Распространенность рефракционных нарушений очень велика. Одной из сложнокорректируемых аномалий рефракции является гиперметропическая. В настоящее время распространенным способом коррекции гиперметропии является факорефракционная хирургия. Современная микроинвазивная бесшовная технология факоэмульсификации с минимальными разрезами и возможностью имплантации эластичных ИОЛ позволяет использовать метод удаления прозрачного хрусталика для коррекции гиперметропии высокой степени. **Цель исследования-** оценить клинико-функциональные зрительные результаты у пациента с осложненной катарактой