

ID: 2013-03-23-A-2094

Клинический случай

Антонова Н.А.

Передняя ишемическая невропатия зрительного нерва слева (клиническое наблюдение)

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра нервных болезней

Научный руководитель: д.м.н. профессор Шоломов И.И.

Ключевые слова: ишемическая невропатия, скорость кровотока, центральная артерия сетчатки, задняя короткая цилиарная артерия

Введение

Передняя ишемическая невропатия зрительного нерва – одна из самых частых причин внезапной слепоты или резкого снижения зрения у лиц старше 50 лет. Распространённость заболевания составляет 2,3-10,2 на 100 000 населения старше 50 лет. Мужчины страдают в 5 раз чаще, чем женщины. К развитию передней ишемической невропатии могут привести многие причины: васкулиты, заболевания крови, острая гипотензия, гипертоническая болезнь, глазные причины: глаукома с нормальным ВГД, эндокринная офтальмопатия, операция по поводу катаракты.

Цель: представить клинический случай передней ишемической невропатии зрительного нерва слева

Клинический пример

В неврологическое отделение обратилась пациентка Х.М.З с жалобами на снижение зрения на левый глаз в течение нескольких дней. За 3-4 дня до госпитализации, после стрессовой ситуации (конфликт с мужем, соседкой) впервые отметила появление «ощущения тумана, бури, песка в левом глазу». В течение нескольких дней постепенно нарастало снижение зрения. За 2 дня до госпитализации со слов пациентки, уже не видела окружающих, ориентировалась по голосу.

Была консультирована офтальмологом, исключена офтальмологическая причина заболевания, рекомендовано проведение МРТ головного мозга. Заключение МРТ головного мозга: данные за инсульт, объемное образование головного мозга отсутствуют. Консультирована нейрохирургом, было высказано предположение о демиелинизирующем заболевании ЦНС, рекомендована госпитализация в неврологический стационар.

Со слов пациентки, правый глаз не видит уже 20 лет, когда внезапно, через 4 месяца после вторых родов, пропало зрение на этот глаз. Получала лечение у офтальмолога по м/ж (курс из 7-8 ретробульбарных инъекций, назвать препарат, диагноз затрудняется).

В дальнейшем у офтальмолога не наблюдалась.

В неврологическом статусе выявлялось снижение зрения до уровня светоощущения, отсутствие реакции зрачков на свет, ограничение движения глазного яблока справа кнаружи (сходящееся косоглазие). Признаков альтернации, нарушения чувствительности, пирамидных симптомов, мозжечковых, менингеальных знаков выявлено не было. Пациентка может точно определить источник звука. При поступлении был установлен диагноз: Инфаркт мозга в бассейне ЗМА справа. Амавроз. Назначено обследование и лечение.

Результаты параклинических и инструментальных исследований: ОАК, б/х крови, коагулограмма – без особенностей, ЭКГ – без острой коронарной патологии. Анализ цереброспинальной жидкости – без патологии. Дуплексное исследование сосудов шеи, головы – показатели кровотока по исследованным артериям в пределах нормы. Признаки умеренного нарушения венозного оттока. Зрительные вызванные потенциалы – зарегистрирована легкая дисфункция проведения по зрительным путям.

Допплерография сосудов бассейна сонной артерии выявила снижение скорости кровотока в центральной артерии сетчатки и задней короткой цилиарной артерии. При повторном проведении МРТ головного мозга с контрастным усилением данные за инсульт, объемное образование головного мозга отсутствуют, зрительных вызванных потенциалов – выраженные изменения в зрительных путях. Повторная консультация офтальмолога – амавроз центрального генеза.

Дифференциальный диагноз проводился со следующими заболеваниями:

Нарушением кровообращения в бассейне ЗМА должно проявиться гомонимной (правосторонней или левосторонней) гемианопсией. Зрачковые реакции сохранены, имеется сосудистый анамнез.

Истерическим амаврозом: такие больные (чаще молодые женщины) утверждают, что все вокруг них погружено во тьму. В анамнезе, как правило, выявляются другие истерические симптомы (ком в горле, псевдопарезы, истерические припадки, мутизм, астазия-абазия). Зрачковые реакции в норме, нет стволовых симптомов. Больные демонстративно спокойны. ЭЭГ и ЗВП не обнаруживают изменений.

Наследственной невропатией зрительных нервов Лебера – встречается главным образом у молодых мужчин и характеризуется происходящей в течение нескольких недель утратой центрального зрения на один глаз с почти неизбежным вовлечением второго глаза через несколько недель или месяцев. При исследовании глазного дна выявляются поверхностные капиллярные телеангиоэктазии, в последующем постепенно развивается атрофия зрительного нерва. Заболевание связано с мутацией в митохондриальном геноме, которую больные наследуют от матери. В большинстве случаев потеря зрения необратима.

Токсической невропатией зрительных нервов – проявляется внезапной утратой зрения, двусторонним отеком диска зрительного нерва, наличием центральных скотом. Связана с отравлением метиловым спиртом, антифризом.

Ретробульбарным невритом – определяют как снижение или потерю зрения, связанные с первичной демиелинизацией зрительного нерва. У большинства больных, помимо острого падения зрения, отмечается боль в глазном яблоке, усиливающаяся при его движении. После первого эпизода почти всегда отмечается хорошее спонтанное восстановление. Заболевание может рецидивировать, а у многих больных в последующем развивается рассеянный склероз.

Передняя ишемическая невралгия зрительного нерва вызывается недостаточностью кровотока по задней цилиарной артерии, кровоснабжающей ДЗН. Характерна внезапная утрата зрения на один глаз, не сопровождающаяся болью в глазном яблоке. Иногда бывают предвестники в виде кратковременных эпизодов нарушения зрения. Исследование глазного дна выявляет отек и геморрагии в области ДЗН. Причиной в большинстве случаев является атеросклероз, развивающийся на фоне артериальной гипертензии и сахарного диабета.

Оптико-пирамидным синдромом – наблюдается при тромбозе ВСА в месте ответвления от нее глазной артерии. Развивающийся при этом синдром включает слепоту или резкое снижение остроты зрения глаза на стороне поражения или гемипарез на противоположной. На глазном дне определяется ишемический отек ДЗН, сменяющийся через 2-3 недели атрофией зрительного нерва. Наиболее частой причиной данного синдрома является сочетание атеросклероза и гипертонической болезни.

Результаты

После проведения дополнительных инструментальных исследований, дифференциального диагноза пациентке был установлен диагноз: Передняя ишемическая невралгия зрительного нерва слева.

Обсуждение

К особенностям данного клинического случая можно отнести – отсутствие в анамнезе системного заболевания, гипертонической болезни; сахарного диабета; отсутствие изменений на глазном дне при проведении офтальмологического исследования; не совсем ясная причина амавроза справа (что заставило в начале заподозрить демиелинизирующее заболевание); ведущую роль в патогенезе данной ишемической невралгии зрительного нерва слева сыграло снижение скорости кровотока в ЦАС и ЗКЦА; наличие провоцирующего фактора – психотравмирующая ситуация.

Заключение

В случае передней ишемической невралгии зрительного нерва не всегда удастся выявить причинный фактор (системные заболевания, гипертоническая болезнь, болезни крови и др.), изменения со стороны глазного дна. Иногда решающее значение может играть доплерография сосудов бассейна сонной артерии с выявлением снижения скорости кровотока в ЦАС и ЗКЦА.

Литература

1. Акимов Г.А и др. Дифференциальная диагностика нервных болезней. - СПб., 2004
2. Берлит П. Неврология. Справочник. М., 2010
3. Гусев Е.И. и др. Неврологические симптомы, синдромы и болезни. - М., 2006
4. Лесселл С. и др. Нейроофтальмология. - М., 1983