

Результаты исследования и их обсуждение

В настоящее время в школе обучается 68 человек. Возрастной состав от 3 до 18 лет, девочек — 34, мальчиков — 34. Среди них:

- инвалидами по зрению являются 41 (60 %) ученик;
- тотально слепыми (острота зрения 0 — свето-ощущение) являются 9 (13 %) человек;
- частично зрячими (острота зрения 0,005–0,04) — 8 (12 %) человек;
- глубокое слабовидение (острота зрения 0,05–0,08) отмечено у 13 (19 %) учеников;
- слабовидение (0,09–0,3) — у 38 (56 %) учеников.

Из 68 учащихся врожденная патология органа зрения наблюдалась у 42 (61 %) человек. Среди них, аномалии развития: микрофтальм, гипоплазия зрительного нерва составили 7 (17 %) человек, врожденная катаракта — 9 (21 %), глаукома — 3 (7 %) случая, дистрофия сетчатки — 6 (14 %) случаев, аномалии рефракции — 17 (41 %). С приобретенной патологией органа зрения — 21 (31 %) учащийся; среди них атрофия зрительного нерва отмечена у 17 (81 %) учеников.

Группа тотально слепых составляет 9 учеников, среди которых 6 человек с ретинопатией недоношенных, в которой 5 девочек и 1 мальчик. Несмотря на малое количество детей с этой патологией, именно эти дети составляют группу тотально слепых.

Выводы.

1. По нашим данным ведущее положение среди причин слепоты и слабовидения принадлежит врожденной патологии органа зрения.

2. Профилактические мероприятия этой патологии должны быть направлены на своевременное и эффективное устранение инфекционных заболеваний женщины в период беременности, а также исключение воздействия химических, токсических и лучевых факторов и бытовых ядов (курение, алкоголь) на их организм.

3. Офтальмологическая помощь слепым и слабовидящим детям в современных условиях должна оказываться в соответствии с научными современными данными и закрепляться нормативными актами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Международный день слепых. К 2020 году на Земле будет 75 миллионов незрячих людей: [Электронный ресурс] / Аргументы и факты. AIF.RU. — Режим доступа: www.aif.ru/life/37895.
2. Всемирный день зрения: [Электронный ресурс] / РИА Новости. — Режим доступа: <https://ria.ru/20161013/1478940323.html>.
3. Горчакова, Н. Ю. Ретинопатия недоношенных / Н. Ю. Горчакова // Практическая медицина. — 2012. — № 7–1(63) ноябрь. — С. 31–35.

УДК 617.731-06

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ТОЛОСА — ХАНТА

Шарова А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. В. Конопляник

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Синдром Толоса-Ханта (СТХ) — это односторонняя орбитальная или периорбитальная боль, сочетающаяся с парезом одного или нескольких черепно-мозговых нервов (III, IV и (или) VI), гранулематозным воспалением кавернозного синуса, верхнеглазничной щели или орбиты (International Headache Society, 2018). Этиология СТХ

окончательно не установлена. Ведущая роль в патогенезе заболевания отводится аутоиммунным механизмам [1]. Согласно The International Classification of Headache Disorders (2018), диагностические признаки СТХ включают одностороннюю орбитальную или периорбитальную боль, гранулематозное воспаление кавернозного синуса, верхнеглазничной щели или орбиты, выявленное при МРТ или биопсии, парез одного или более черепно-мозговых нервов (III, IV и (или) VI), при постановке диагноза должны быть исключены другие причины, вызывающие сходную клиническую картину (опухоль, сосудистая патология, базальные менингиты, саркоидоз), боль и парез успешно поддаются лечению кортикостероидами [2]. Результаты исследований отечественных и зарубежных авторов за 2014–2018 гг. указывают на то, что при наличии клинической картины, соответствующей положению патологического очага в области кавернозного синуса или верхнеглазничной щели, от 10 до 60 % пациентов имели нормальную картину МРТ, при этом во всех случаях отмечены четкие временные рамки развития офтальмоплегических симптомов после появления боли, а также успешность лечения кортикостероидами [3, 4]. В связи с этим отмечается, что СТХ может быть выставлен как диагноз исключения — после исключения заболеваний со сходной симптоматикой. Предложены формулировки: «СТХ с нормальной МРТ» [4], «идиопатический СТХ» (Б. Н. Бейн, К. Б. Якушев, 2018).

Цель

Изучить вариант течения СТХ на примере клинического случая.

Материал и методы исследования

Проанализированы данные анамнеза, результаты клинического обследования и лечения пациента с признаками дисфункции глазодвигательных нервов и болевым синдромом орбитальной и периорбитальной локализации.

Результаты исследования и их обсуждение

Под нашим наблюдением находилась пациентка К., в возрасте 71 года. Жалобы при поступлении: интенсивная боль жгучего характера в области правого глаза, надбровной дуги, виска справа, двоение перед глазами (при взгляде прямо и во все стороны), опущение верхнего века справа, нарушение подвижности правого глаза. Появлению жалоб предшествовала внегоспитальная правосторонняя пневмония, средней степени тяжести, от которой пациентка проходила лечение в инфекционном стационаре. Через 2 недели после начала пневмонии появилась вышеописанная боль, которая нарастала в течение суток. Через 2 дня после появления боли появились офтальмоплегические жалобы. В инфекционной больнице выставлен диагноз: миастения, глазная форма (?) и назначена консультация невролога и офтальмолога. Пациентка была госпитализирована в неврологическое отделение УО «ГГКБ № 2» г. Гомеля, выставлен диагноз СТХ и назначено лечение кортикостероидами. Офтальмологический статус: острота зрения правого глаза (OD) 0,3 н.к., левого глаза (OS) — 0,2 н.к. Внутриглазное давление по Маклакову: OD/OS = 22/23 мм рт. ст. Поля зрения симметричны, границы поля зрения на белый цвет сужены концентрично на 10–20°. Границы поля зрения на красный и зеленый цвета — в пределах нормы. Правый глаз: опущение верхнего века на 1/2 роговицы, отклонен кнаружи на 2–5°, подвижность ограничена кверху, кверху-кнутри, кнутри, книзу-кнутри, книзу, книзу-кнаружи, кверху-кнаружи (движения глазного яблока ограничены в сторону мышц, иннервируемых глазодвигательным и, возможно, блоковым нервом, возможная локализация патологического процесса — верхне-наружный отдел кавернозного синуса или верхне-внутренний отдел верхнеглазничной щели). Положение и подвижность левого глаза в норме, отмечена легкая ретракция верхнего века. На обоих глазах состояние переднего отрезка в норме. Радужки рельефны, обычного цвета, зрачки округлые, диаметром 3 мм, реакция зрачка на свет сохранена, сим-

метрична на обоих глазах. Хрусталики с начальным помутнением. Картина глазного дна соответствует гипертонической ангиопатии, возрастной макулярной дегенерации. При проведении МРТ головного мозга и орбит изменений в области кавернозного синуса и глазницы не обнаружено. Заключение: признаки сосудистой лейкоэнцефалопатии. Отсутствие гранулематозных изменений на МРТ обусловило необходимость исключения других заболеваний со сходной клинической картиной. Неполная клиническая картина, изменения со стороны глазодвигательных мышц потребовали дифференциальной диагностики с эндокринной офтальмопатией (ЭОП). Диплопия у пациентки (при взгляде во все стороны) характерна для СТХ, в то время как при ЭОП двоение возникает чаще всего при взгляде кверху и кнаружи, при взгляде прямо — нехарактерна и наблюдается только при тяжелом поражении орбит с выраженными интра- и экстраорбитальными проявлениями. Наличие болевого синдрома также ставит под сомнение диагноз ЭОП. К тому же у пациентки отсутствовали такие характерные ранние проявления ЭОП как чувство засоренности глаза, светобоязнь, отек периорбитальной клетчатки, инъекция конъюнктивы, экзофтальм (экзофтальмометрия по Гертелю: 12/14 мм, basis = 89 мм). В анамнезе не отмечено изменения массы тела. УЗИ глазниц показало нормальную толщину экстраокулярных мышц, зрительного нерва, не выявило патологических изменений ретробульбарного пространства. Проведено УЗИ щитовидной железы (ЩЖ), взят анализ на гормоны ЩЖ, пациентка консультирована эндокринологом — патологических изменений не обнаружено, диагноз ЭОП не подтвержден. Необходимо, однако, помнить, что изменения со стороны ЩЖ могут быть зафиксированы позже. Неврологом исключена миастения и другая неврологическая патология, объемные образования головного мозга, сосудистые мальформации, подтвержден диагноз СТХ. Исследование спинномозговой жидкости не выявило патологических отклонений. Серологические анализы исключили лайм-боррелиоз, цитомегаловирусную и герпетическую инфекцию. Терапевтом, ревматологом исключены саркоидоз, гранулематоз Вегенера. Пациентке назначено лечение метпрезоном по 500 мг в сутки внутривенно, № 5. Боль исчезла в течение 72 часов после начала лечения. Через 2 недели после проведенного лечения птоз уменьшился до 1/3 роговицы, через 1 месяц исчезли диплопия, отклонение глазного яблока кнаружи, началось восстановление функции глазодвигательных мышц.

Выводы

1. Диагноз СТХ выставлен на основании анамнеза, характерной клинической картины, результатов инструментальных исследований, исключения других заболеваний со сходной клинической картиной, а также положительной динамики при лечении кортикостероидами.
2. Возможность отсроченного появления изменений со стороны щитовидной железы создает необходимость дальнейшего наблюдения пациентки эндокринологом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Jovanovic, M.* Mechanical injuries of the eyeball: frequency, structure, and possibility of the prevention / M. Jovanovic // Srpski arhiv za celokupno lekarstvo. — 2006. — Vol. 134, № 1–2. — P. 11–21.
2. *Пономарев, В. В.* Синдром Толоса — Ханга: дефиниции, клиника, диагностика, лечение / В. В. Пономарев // Медицинские новости. — 2015. — № 1. — С. 6–9.
2. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition // Cephalalgia. — 2018. — Vol. 38(1). — P. 1–211.
3. Tolosa-Hunt syndrome: is it really necessary to show granuloma? — The report on eight cases / Ana Podgorac [et al.] // Vojnosanit. Pregl. — 2017. — Vol. 74(3). — P. 287–293.
4. Probable Tolosa-Hunt syndrome with a normal MRI / M. Abdelghany [et al.] // Cephalalgia. — 2015. — Vol. 35(5). — P. 449–452.