

КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 617.7

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2014

*В.А.Васюта, Л.В.Задояний, Н.М.Братусь,
К.С.Єгорова, В.М.Жданова*

АНАЛІЗ ПОМИЛОК У ДІАГНОСТИЦІ ТА ВЕДЕННІ ХВОРИХ З АТРОФІЯМИ ЗОРОВИХ НЕРВІВ ДУ „Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України”

Вступ. Атрофія зорових нервів – важка патологія зі значним зниженням зорових функцій.

Мета. Проаналізувати найбільш типові помилки у діагностиці та веденні хворих з атрофіями зорових нервів.

Матеріали та методи. Проведений аналіз медичної документації хворих, що звертаються до нейроофтальмологів відділу нейроофтальмології ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМНУ».

Результати. Проаналізовано найбільш типові помилки у діагностиці атрофій зорових нервів різного ґенезу, а саме не повний збір анамнезу та скарг хворих, помилки у візометрії та периметрії. Приведено клінічний випадок низхідної атрофії зорових нервів з обговоренням помилок у тактиці ведення хворих.

Висновки. Для встановлення діагнозу атрофії зорових нервів необхідно максимально повно збирати анамнез та скарги хворого, проводити ретельно візометрію та в обов'язковому порядку проводити периметричне дослідження. Чим раніше встановлюється діагноз атрофії зорових нервів, тим більше шансів врятувати зір хворого.

Ключові слова: атрофія зорових нервів, методи дослідження, помилки.

ВСТУП

Атрофія зорових нервів (АЗН) – важка, інвалідизуюча патологія зі стійким зниженням зорових функцій внаслідок органічної деструкції аксонів гангліозних клітин сітківки та їхніх мієлінових оболонок. Дана патологія зустрічається в практичній діяльності всіх лікарів – офтальмологів. Чим раніше буде встановлений діагноз і розпочато адекватне лікування, тим більше шансів стабілізувати зорові функції хворого. Нажаль, не завжди діагноз атрофії зорових нервів встановлюється своєчасно.

Мета роботи: проаналізувати найбільш типові помилки у діагностиці та веденні хворих з атрофіями зорових нервів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведений аналіз медичної документації хворих, що звертаються до нейроофтальмологів відділу нейроофтальмології ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМНУ». У 2011 році лікарями - офтальмологами було проконсультовано 5412 хворих. У 623 хворих (11,51%) була виявлена первинна атрофія зорових нервів. Вторинні атрофії (після застійних дисків зорових нервів) діагностувались у 44 хворого (0,81 %). У більшості випадків хворі направляються в інститут з різних лікувальних закладів України. Ми проаналізували найбільш типові нейроофтальмологічні помилки при діагностиці атрофії зорових нервів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1. *Скарги, збирання анамнезу захворювання.* Надзвичайно важливо для постановки нейроофтальмологічного діагнозу правильно зібрати анамнез захворювання. Нажаль, про це дуже часто забувають лікарі - офтальмологи, або анамнез збирається не повно. Аналізуючи амбулаторні картки, записи з історій хвороб та виписні епікризи, дуже рідко зустрічалися повноцінні опитування хворих щодо початку хвороби, супутні захворювання та інші життєво важливі фактори (стреси, шкідливі фактори праці, зловживання алкоголем, паління, тощо). Наявність цукрового діабету, гіпертонічної хвороби, захворювання нирок, паління більше пачки цигарок на день на протязі більше 10 років, хронічні порушення мозкового кровообігу, атеросклеротичні ураження судин, дисметаболический синдром (гіпертонія, ожиріння за абдомінальним типом, дисліпідемія) можуть призводити до порушення кровообігу в системі зорового нерва, що проявляється передньою та задньою ішемічною нейропатіями з розвитком атрофії зорових нервів. При задній ішемічній нейропатії картина очного дна певний час може бути не зміненою, пізніше розвивається атрофія зорового нерва. Диференційна діагностика з низхідною АЗН проводиться на основі швидкості погіршення гостроти зору. При ішемічній нейропатії зір знижується швидко, може навіть раптово, або на протязі доби, часто на фоні підйому артеріального тиску, стресу, тощо. Можуть бути варіабельні зміни в полі зору, при ураженні папіломакулярно пучка виявляється відносна або абсолютна скотома. При низхідній АЗН гострота зору, як правило, знижується поступово, хоча можливо і різке падіння, наприклад, при крововиливі в аденному гіпофіза. Виявляються характерні зміни в полях зору по типу геміанопсій (чаткові, повні, відносні чи абсолютні). При невриті зорових нервів, що закінчується атрофією, не слід забувати про больовий синдром при рухах очами на фоні зниження гостроти зору, характерні зміни у полях зору (частіше скототи). Молодий вік хворих, відсутність терапевтичної супутньої патології, зловживання алкоголем, наркотичними засобами, двосторонній характер ураження скоріше свідчать в бік токсичного ураження зорових нервів. При підозрі на нейрохірургічний профіль захворювання обов'язково треба розпитувати хворих на предмет головного болю, нудоти, блювоти, шуму в голові, порушення координації рухів, зміни поведінки та всіх інших скарг на момент

огляду. Не можна обмежуватися лише питанням „коли у Вас знизився зір”, треба намагатися якомога повніше зібрати анамнез захворювання та виявити супутню патологію.

2. *Вимірювання гостроти зору.* Будь-яке офтальмологічне дослідження починається з вимірювання гостроти зору хворого. Нажаль, при проведенні такого, на перший погляд, не складного дослідження, зустрічаються помилки. У амбулаторних картках пацієнтів, що зверталися до нейроофтальмологів відділення, часто виявлялися неточності у візометрії. Ми пов'язуємо це, в першу чергу, зі значною кількістю пацієнтів, що оглядають лікарі – офтальмологі поліклінік та неможливістю приділити кожному хворому достатньо часу. Якщо хворий має нормальну гостроту зору (1,0 на обидва очи) без корекції або з корекцією, то підозра на АЗН зберігається лише при змінах у полі зору пацієнта. Інше питання, коли гострота зору знижена. Перш за все необхідно провести скіаскопічне дослідження для виявлення будови ока пацієнта. Можливо, має місце різного виду астигматизм, який не дає 100% зір. По можливості, виконується також авторефрактометрія, якщо даний прилад є у наявності медичного закладу. Наявність астигматизму не виключає можливість розвитку АЗН, але в таких випадках діагноз ставиться на основі всього сипптомокомплексу, а не лише на даних візометрії. Не треба забувати також про можливість амбліопії у хворого, але в такому випадку зниження гостроти зору бути відміченими на протязі тривалого часу, з дитинства. Хворий може також згадати про косоокість, яка була в дитинстві. Іноді хворі навіть при 100% гостроті зору можуть скаржитися на дискомфорт в очах, періодичне зниження гостроти зору, „став бачити не так як завжди”. Такі симптоми не можна залишати без уваги. Навіть при нормальній гостроті зору в такому випадку необхідно ретельно перевірити поля зору, можливо, зоровий дискомфорт пов'язаний зі скотомати в полі зору.

3. Периметрія. Визначення стану полів зору вкрай важливо для встановлення нейроофтальмологічного діагнозу. Нажаль, медична документація на амбулаторному прийомі лікаря-офтальмолога часто ведеться не в повному обсязі. Майже всі записи офтальмологів зводяться до даних щодо перевірки гостроти зору, іноді скіаскопії (частіше у дітей), опису заломлюючих середовищ та очного дна. Нами вивчалися амбулаторні картки пацієнтів з АЗН різного генезу, у більшості випадків амбулаторні записи не містили даних периметрії і це є грубою помилкою. Ми розуміємо, що великий потік хворих не дозволяє лікарю-офтальмологу приділяти достатньо уваги кожному хворому. Не всі офтальмологічні кабінети оснащені сучасними периметрами, крім того дане дослідження вимагає певного часу для проведення. Але ми наполягаємо на тому, що при підозрі на АЗН периметрія повинна проводитися обов'язково, без виключень.

Таким чином, лікарі – офтальмологи повинні більше уваги приділяти опитуванню хворого, максимально повно збираючи анамнез, а також об'єктивно оцінювати нейроофтальмологічний статус хворого. Нами приводиться історія хвороби хворої, що лікувалась в Інститут нейрохірургії та мала низхідну атрофію зорових нервів.

Хвора М., історія хвороби № 140465. З анамнезу відомо, що захворіла гостро 3 грудня 2013 року, коли почала відмічати, що погано бачить на ліве око. Звернулися до районного окуліста за місцем проживання 4.12.2013. Запис в амбулаторній історії хвороби наступний: VIS OD=0,3 н/к VIS OS =0,4 н/к. Гіперметропічна рефракція на обидва ока (+3,5). Передній відділ очного яблука не змінений. На очному дні диски зорових нервів блідо-рожеві, межі чіткі, звужені судини. Діагноз: гіперметропія обох очей, помірний страбізм лівого ока (5 градусів за Гіршбергом). Було призначено постійне носіння окулярів. На протязі наступного місяця зір поступово знижувався, тому 9.01.2014 звернулася до приватного медичного закладу за місцем проживання. VIS OD= 0,4sph +0,75 cyl -0,75 ax 180= 0,5-0,6, VIS OS= 0,1 sph +2.75 cyl -1,5 ax165=0,3 ексцентрично. Передній відрізок очного яблука не змінений. Заломлюючі середовища прозорі. На очному дні диски зорових нервів бліднуваті, межі чіткі, дещо звужені судини. Діагноз: гіперметропічний астигматизм слабого ступеню, анізомеропія, амбліопія середнього ступеню обох очей. Часткова атрофія зорових нервів обох очей (?). Рекомендовано проведення курсу консервативного лікування амбліопії в офтальмологічного стаціонару. З 21.01 по 23 01. 2014 хвора знаходилася на очному відділенні ДМКЛ м. Полтави. При поступленні VISOD = 0,3 зі sph +0,75 cyl -0,75 ax180, VIS OS- світловідчуття. Об'єктивно: очі спокійні. Кон'юнктива блідо-рожева, рогівка прозора, чутливість рогівки збережена. Передня камера без патології, волога прозора, райдужка в кольорі та малюнку не змінена. Зіниці круглі, реакція на світло жива. Циліарне тіло безболісне при пальпації. Кришталик та склисте тіло прозорі. Очне дно: диски зорових нервів бліді, межі чіткі, справа сітківка не змінена, ліва дещо монотонна, судини не змінені. Враховуючі прогресивне зниження гостроти зору та наявність атрофії зорових нервів на очному дні, було негайно запропоноване проведення КТ та МРТ дослідження мозку. 22.01.2014 на КТ були виявлені ознаки об'ємного утворення супраселлярної локалізації, внутрішня гідроцефалія. 23.01.2014 проведене МРТ головного мозку з внутрішньовенним посиленням. Супраселлярно з розповсюдженням у III шлуночок, виявляється кистозно-солідне новоутворення, яке фрагментарно накопичує контрастну речовину, розміром 3-3,5-3,5см. Хворій негайно запропоновано звернутися до нейрохірургів. 30.01.2014 оглянута нейроофтальмологом ДУ «Інститут нейрохірургії ім.А.П. Ромоданова НАМН України». VISOD=0,6 н/к, VIS OS= 0. У полі зору правого ока відмічається абсолютна верхньоквадрантна геміанопсія, поле зору лівого ока не визначається. Заломлюючі середовища прозорі. На очному дні диски зорових нервів бліді, межі чіткі, звужені судини. Діагноз: хіазмальний синдром, проста низхідна атрофія зорових нервів обох очей (справа часткова). Хворій проведено хірургічне втручання по видаленню новоутворення. 17.02.2014 повторний огляд нейроофтальмолога після операції. VISOD=0,7н/к., VISOS= 0,01н/к. У полі зору правого ока відмічається абсолютна верхньоквадрантна геміанопсія,

зліва поле зору збережено у верхньовнутрішньому квадранті. На очному дні проста часткова атрофія зорових нервів обох очей.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Хвора звернулася до районного окуліста відразу як відчула зниження гостроти зору. Лікар вказує гіперметропічну рефракцію та амбліопію на обидва ока, але зниження гостроти зору внаслідок гіперметропії не відбувається раптово. Хвора поскаржилася на гостре зниження гостроти зору. В даному випадку мало місце тиснення новоутворення хіазмально-селярної локалізації на зорові нерви. Це призвело як до зниження гостроти зору так і до змін у полі зору. Коли ці зміни досягли критичного рівня, хвора почала відчувати значний зоровий дискомфорт. Не проводилось дослідження поля зору хоча б орієнтовним методом у той час, коли були значні зміни по типу бітемпоральної геміанопсії. Відсутність атрофії зорових нервів на очному дні пояснюється тим, що атрофія зорових нервів в даному випадку низхідна та момент огляду очне дно ще було не змінене. Лікарем призначені лише окуляри для постійного носіння. Через 2 тижня хвора знов звернулася до окуліста приватного лікувального закладу. На момент огляду зір ще більше погіршився та з'явилися ознаки атрофії зорових нервів на очному дні. Лікар направив хвору в стаціонар, але не для дообстеження причини виникнення атрофії зорових нервів, а для лікування амбліопії в умовах стаціонару. Через 2 тижні хвора поступає в очний стаціонар. Гострота зору лівого ока становила світловідчуття, що й привело до негайного направлення на інструментальні дослідження (КТ, МРТ). Пацієнтка направлена до Інституту нейрохірургії, де і була прооперована. Зауваження до ведення хворої лікарями – офтальмологами наступні: 1) На першому прийомі не враховано, що зір знижувався за останній час, тобто не зібраний правильно анамнез захворювання, 2) не вимірювалися поля зору, навіть орієнтовним методом, 3) при погіршенні зору та наявності атрофії зорових нервів на очному дні направлення у стаціонар для консервативного лікування амбліопії. У післяопераційному періоді відбулося незначне (до 0,7 справа та 0,01 зліва) покращення зору, але прогноз щодо повного відновлення зорових функцій на обидва ока залишається сумнівним.

ВИСНОВКИ

Таким чином, для встановлення діагнозу атрофії зорових нервів необхідно максимально повно збирати анамнез та скарги хворого, проводити ретельно візометрію та в обов'язковому порядку проводити периметричне дослідження. Чим раніше встановлюється діагноз атрофії зорових нервів, тим більше шансів врятувати зір хворого.

Література

1. Васюта В.А. Нейроофтальмологічні вияви захворювань хіазмально – селярної локалізації. Особливості клініки та діагностики // Український неврологічний журнал. – 2009. - №1 (14). – с. 20 – 23.

2. Густов А.В. Практическая нейроофтальмология / Густов А.В., Сигрианский К.И., Столярова Ж.П. - Н. Новгород: Изд-во Нижегородской гос. мед. академии, 2000.- Т. 1. - 264 с.

3. Baglin G. Pituitary apoplexy and severe bilateral visual loss : a case report / Baglin G., Betermiez P., Tooussaint P. // J. Fr.Ophtalmol. – 2010. - № 7. – P. 17 – 18.

Васюта В.А., Задоянний Л.В., Братусь Н.Н., Жданова В.Н.
Анализ ошибок в диагностике и ведении больных с атрофиями зрительных нервов

ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМНУ»

Вступление. Атрофия зрительных нервов – тяжелая патология со значительным снижением зрительных функций.

Цели. Проанализировать наиболее типичные ошибки в диагностике и ведении больных с атрофиями зрительных нервов.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации больных, которые обращаются к нейроофтальмологам отдела нейроофтальмологии ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины».

Результаты. Проанализировано наиболее типичные ошибки в диагностике атрофий зрительных нервов различного генеза, а именно не полный сбор анамнеза и жалоб больных, ошибки в визометрии и периметрии. Приведен клинический случай нисходящей атрофии зрительных нервов с обсуждением ошибок в тактике ведения больных.

Выводы. Для установки диагноза атрофии зрительных нервов необходимо максимально полно собирать анамнез и жалобы больного, проводить тщательно визометрию и в обязательном порядке проводить периметрическое исследование.

Ключевые слова: атрофия зрительных нервов, методы исследования, ошибки.

V.A.Vasyuta, L.V.Zadoyanni, N.N.Bratus, E.S.Egorova, V.N. Zhdanova
Error analysis in the diagnosis and management of patients with optic nerve atrophy

A.P. Romodanov Institute of Neurosurgery NAMSOF Ukraine, Kyiv

Introduction. Optic nerve atrophy - severe pathology with a significant decrease in visual function.

Purpose. Analyze the most common errors in diagnosis and management of patients with optic nerve atrophy.

Materials and methods. The analysis of medical histories of patients who visited neuroophthalmologists of the department of neuroophthalmology of „Institute of Neurosurgery, named after Romodanov A.P. NAMSU”.

Results. Analyzed the most common errors in the diagnosis of optic nerve atrophy, the most common are not complete medical history and complains of patients, errors in visometry and perimetry. Present a clinical case of descending optic nerve atrophy with discussion of errors in the management of patients.

Conclusions. For the diagnosis of optic nerve atrophy is necessary to collect the fullest history and patients complaints, conduct carefully visometry and necessarily perimetry.

Key words: optic nerve atrophy, research methods, mistakes.

Відомості про авторів:

Васюта Віра Анатоліївна - к.м.н., лікар – офтальмолог, Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова. Адреса: Київ, вул. Платона Майбороди 32, тел.: (044) 483-91-98.

Задояний Леонід Володимирович - к.м.н., зав. відділом, Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова. Адреса: Київ, вул. Платона Майбороди 32.

Братусь Наталя Миколаївна - лікар – офтальмолог, Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова. Адреса: Київ, вул. Платона Майбороди 32.

Сгорова Катерина Сергіївна - лікар – офтальмолог, Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова. Адреса: Київ, вул. Платона Майбороди 32.

Жданова Валентина Миколаївна - к.м.н., зав. відділом фізіотерапії, Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова. Адреса: Київ, вул. Платона Майбороди 32.

УДК 616-089.5

© **О.А. ГАЛУШКО, 2014**
О.А. Галушко

ГІПОФОСФАТЕМІЯ У ПАЦІЄНТІВ ВІДДІЛЕНЬ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ І ВЛАСНИЙ ДОСВІД

**Національна медична академія післядипломної
освіти імені П.Л.Шупика**

Резюме. Гіпофосфатемія – один з частих електролітних розладів, для розвитку якого у критично хворих пацієнтів є багато причин. Ми проаналізували базу даних Medline з метою ідентифікування статей, які містили б в якості одного з ключових слів «гіпофосфатемія» за останні 40 років. Результати були обмежені статтями англійською мовою та статтями про дослідження у людей. Цей пошук дав 1665 статей. Всі статті були проаналізовані на предмет відношення до критично хворих пацієнтів. На основі вивчених статей нами були підсумовані відомості про метаболізм фосфатів, відображені основні клінічні прояви гіпофосфатемії (респіраторні, кардіоваскулярні, гематологічні, ендокринні, нейроп'язові), обговорені проблеми взаємозв'язку гіпофосфатемії та летальності у пацієнтів відділень інтенсивної терапії (ВІТ). Представлений аналіз способів діагностики та корекції гіпофосфатемії, а також власний досвід лікування гіпофосфатемії у пацієнтів ВІТ.

Ключові слова: гіпофосфатемія, відділення інтенсивної терапії, критично хворі пацієнти.

ВСТУП

Електролітні розлади часто виникають у критично хворих пацієнтів протягом терміну їх перебування у відділеннях інтенсивної терапії (ВІТ). Тому