

АНАЛІЗ ПОМИЛОК У ДІАГНОСТИЦІ ТА ВЕДЕННІ ХВОРИХ З АТРОФІЯМИ ЗОРОВИХ НЕРВІВ

АНАЛІЗ ПОМИЛОК У ДІАГНОСТИЦІ ТА ВЕДЕННІ ХВОРИХ З АТРОФІЯМИ ЗОРОВИХ НЕРВІВ – Атрофія зорових нервів – тяжка патологія зі значним зниженням зорових функцій. Проведено аналіз медичної документації хворих, які звертаються до офтальмологів відділу нейроофтальмології ДУ "Інститут нейрохірургії імені акад. А. П. Ромоданова". Проаналізовано найтипівші помилки у діагностиці атрофій зорових нервів різного генезу, а саме: не повний збір анамнезу та скарг хворих, помилки у візометрії та периметрії. Наведено клінічний випадок низхідної атрофії зорових нервів з обговоренням помилок у тактиці діагностики та лікування.

АНАЛИЗ ОШИБОК В ДИАГНОСТИКЕ И ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С АТРОФИЯМИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ – Атрофія зрительных нервів – тяжелая патология со значительным снижением зрительных функций. Проведен анализ медицинской документации больных, которые обращаются к офтальмологам отдела нейроофтальмологии ГУ "Институт нейрохирургии имени акад. А. П. Ромоданова НАМНУ". Проанализированы наиболее типичные ошибки в диагностике атрофий зрительных нервів различного генеза, а именно: не полный сбор анамнеза и жалоб больных, ошибки в визометрии и периметрии. Приведен клинический случай нисходящей атрофии зрительных нервів с обсуждением ошибок в тактике диагностики и лечения.

ERROR ANALYSIS IN THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF PATIENTS WITH OPTIC NERVE ATROPHY – Optic nerve atrophy – severe pathology with significant decrease in visual function. Analyzed the medical records of patients who turn to ophthalmologists of the Neurosurgery Institute by A. P. Romodanov. Analyzed the most common errors in the diagnosis of optic nerve atrophy of various origins, namely not a complete medical history and complaints of the patients, errors in visometry and perimetry. Clinical case shows a downward atrophy of optic nerve with discussion of errors in diagnosis and treatment tactics.

Ключові слова: атрофія зорових нервів, діагностика, помилки.

Ключевые слова: атрофия зрительных нервів, диагностика, ошибки.

Key words: optic nerve atrophy, diagnosis, errors.

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

Метою роботи було проаналізувати найтипівші помилки у діагностиці та веденні хворих з атрофіями зорових нервів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проведено аналіз медичної документації хворих, які звертаються до нейроофтальмологів відділу нейроофтальмології ДУ "Інститут нейрохірургії імені А. П. Ромоданова НАМНУ". У 2011 році лікарі-офтальмологи проконсультували 5412 хворих. У 623 (11,51%) було виявлено первинну атрофію зорових нервів. Вторинну атрофію (після застійних дисків зорових нервів) діагностували у 44 хворо-

го (0,81 %). У більшості випадків хворих направляють в інститут з різних лікувальних закладів України. Ми проаналізували найтипівші нейроофтальмологічні помилки при діагностиці атрофій зорових нервів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

1. Скарги, збирання анамнезу захворювання. Надзвичайно важливо для постановки нейроофтальмологічного діагнозу правильно зібрати анамнез захворювання. На жаль, про це дуже часто забувають лікарі-офтальмологи, або анамнез збирають 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 чинники (стреси, шкідливі фактори праці, зловживання алкоголем, тютюнокуріння тощо). Наявність цукрового діабету, гіпертонічної хвороби, захворювання нирок, тютюнокуріння більше пачки цигарок на день упродовж більше 10 років, хронічні порушення мозкового кровообігу, атеросклеротичні ураження судин, дисметаболический синдром (гіпертензія, 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. Диференційну діагностику з низхідною АЗН проводять на основі швидкості погіршення гостроти зору. При ішемічній нейропатії зір знижується швидко, може навіть раптово, або протягом доби, часто на фоні підвищенні артеріального тиску, стресу тощо. Можуть бути варіабельні зміни в полі зору, при ураженні папіломакулярного пучка виявляється відносна або абсолютна скотома. При низхідній АЗН гострота зору, як правило, знижується поступово, хоча можливо і різке зменшення, наприклад при крововиливі в аденому гіпофіза. Виявляються характерні зміни в полях зору за типом 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 скотоми). Молодий вік хворих, відсутність терапевтичної супутньої патології, зловживання алкоголем, наркотичними засобами, двосторонній характер ураження швидше свідчать у бік токсичного ураження зорових нервів. При підозрі на нейрохірургічний профіль захворювання обов'язково потрібно розпитувати хворих, чи є головний біль, нудота, блювота, шум у голові, порушення координації рухів, зміни поведінки та всіх інших скарг на момент огляду. Не можна обмежуватися лише питанням: "Коли у Вас знизився зір?", потрібно намагатися якомога повніше зібрати анамнез захворювання та виявити супутню патологію.

2. Вимірювання гостроти зору. Будь-яке офтальмологічне дослідження починається з вимірювання гостроти зору хворого. На жаль, при проведенні такого, на перший погляд, не складного дослідження, зустрі-

чаються помилки. В амбулаторних картках пацієнтів, які зверталися до нейроофтальмологів відділення, часто виявлялися неточності у візометрії. Ми пов'язуємо це перш за все зі значною кількістю пацієнтів, яких лікарі-офтальмологи поліклінік та неможливістю приділити кожному хворому достатньо часу. Якщо хворий має нормальну гостроту зору (1,0 на обидва ока) 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 в'ясування будови ока пацієнта. Можливо, має місце різного виду астигматизм, який не дає 100 % зір. За можливістю виконують також авторефрактометрію, якщо цей прилад є у наявності медичного закладу. Наявність астигматизму не виключає можливість розвитку АЗН, але в таких випадках діагноз ставлять на основі всього сипптомокомплексу, а не лише на даних візометрії. Не потрібно забувати також про можливість амбліопії у хворого, але в такому випадку зниження гостроти зору буде відмічатися протягом тривалого часу, з дитинства. Хворий може також згадати про косючість, яка була в дитинстві. Іноді пацієнти 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.

3. Периметрія. Визначення стану полів зору вкрай важливо для встановлення нейроофтальмологічного діагнозу. На жаль, 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. Ми вивчали амбулаторні картки пацієнтів з АЗН різного генезу, в більшості випадків амбулаторні записи не містили даних периметрії і це є грубою помилкою. Ми розуміємо, що великий плин 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 периметрію повинні проводити обов'язково, без винятків.

Таким чином, лікарі-офтальмологи повинні більше уваги приділяти опитуванню хворого, максимально повно збираючи анамнез, а також об'єктивно оцінювати нейроофтальмологічний статус хворого. Наводимо історію хвороби хворої, яка лікувалась в Інституті 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 офтальмолога за місцем проживання 4.12.2013. Запис в амбулаторній історії хвороби такий: VISOD=0,3 н/к, VISOS =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 ліво-

го ока (5 градусів за Гіршбергом). Було призначено постійне носіння окулярів. Упродовж наступного місяця зір поступово знижувався, тому 9.01.2014 звернулася до приватного медичного закладу за місцем проживання. VISOD= 0,4 sph +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 ступеня, анізометропія, амбліопія середнього ступеня обох очей. Часткова атрофія зорових нервів обох очей. Рекомендовано проведення курсу консервативного лікування амбліопії в офтальмологічному стаціонарі. З 21.01 до 23.01. 2014 р. хвора перебувала в очному відділенні ДМКЛ м. Полтави. При госпіталізації VISOD = 0,3 зі sph +0,75 cyl -0,75 ax 180, VISOS-світло-відчуття. Об'єктивно: очі спокійні. Кон'юнктива блідо-рожева, рогівка прозора, чутливість роگیвки збережена. Передня камера без патології, волога прозора, райдужка в кольорі, на 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, зліва дещо монотонна, судини не змінені. Враховуючи прогресивне зниження гостроти зору та наявність атрофії зорових нервів на очному дні, було негайно запропоновано проведення КТ та МРТ дослідження мозку. 22.01.2014 на КТ було виявлено ознаки об'ємного утворення супраселлярної локалізації, внутрішню гідроцефалію. 23.01.2014 проведено МРТ головного мозку з внутрішньовенним посиленням. Супраселлярно з розповсюдженням у III шлуночок виявляється кістозно-солідне новоутворення, яке фрагментарно накопичує контрастну речовину розміром 3–3,5–3,5 см. Хворій негайно запропоновано звернутися до нейрохірургів. 30.01.2014 оглянута нейроофтальмологом ДУ "Інститут нейрохірургії імені А. П. Ромоданова НАМН України". VISOD=0,6 н/к, VISOS= 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 із видалення 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.

Хвора звернулася до районного офтальмолога 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-селлярної 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 за типом бітемпоральної геміанопсії. Відсутність атрофії зорових нервів на очному дні пояснюється тим, що атрофія зорових нервів у даному випадку низхідна та на момент огляду очне дно ще було не змінене. Лікар призначив лише окуляри для постійного носіння. Через 2 тижні хвора знов звернулася до офтальмолога 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 хвору госпіталізовано в офтальмологічний стаціонар. Гострота зору лівого ока становила світловідчуття, що й привело до негайного направлення на інструментальні дослідження (КТ, МРТ). Пацієнтку направлено в Інститут нейрохірургії, де і було прооперовано. Зауваження до ведення хворої лікарями-офтальмологами такі: 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 ат-

рофії 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 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.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Васюта В. А. Нейроофтальмологічні вияви захворювань хіазмально-селярної локалізації. Особливості клініки та діагностики / В. А. Васюта // Український неврологічний журнал. – 2009. – № 1 (14). – С. 20–23.
2. Густов А. В. Практическая нейроофтальмология : в 2-х т. / А. В. Густов, К. И. Сигрианский, Ж. П. Столярова. – 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 / G. Baglin, P. Betermiez, P. Tooussaint // J. Fr. Ophtalmol. – 2010. – № 7. – P. 17–18.

Отримано 05.08.14