

УДК [617.735:616.13/.14]-002

А.С. АМАНЖОЛОВА, Б.Г. ИСАЕВА, М.Г. НОГАЕВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,

Городской ревматологический центр, г. Алматы

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ РЕТИНОВАСКУЛИТ СЕТЧАТКИ



Аманжолова А.С.

В статье описывается клинический случай пациентки с идиопатическим ретиноваскулитом сетчатки.

Ключевые слова: идиопатический ретиноваскулит сетчатки.

Васкулиты сетчатки (ВС) представляют собой гетерогенную группу заболеваний, основная черта которых – воспаление, протекающее в ретинальных сосудах, имеющих, как правило, неблагоприятный прогноз для зрительных функций и поражающих преимущественно лиц молодого возраста. В некоторых случаях воспаление возникает только в сосудах сетчатки, в других оно выступает как проявление системных заболеваний или признак воспалительных заболеваний оболочек глаза [1].

Выделяют следующие формы ВС:

1. ВС как одно из проявлений внутриглазного воспаления (срединный увеит, задний увеит, генерализованный увеит, васкулит диска зрительного нерва).

2. ВС при первичных системных васкулитах (гигантоклеточный артериит, артериит Такаясу, узелковый полиартериит, болезнь Кавасаки, гранулематоз Вегенера, синдром Чарджа–Стросса, микроскопический полиангиит, пурпура Геноха–Шенлейна, болезнь Бехчета).

3. ВС при вторичных васкулитах (инфекционные васкулиты, васкулиты при ревматических болезнях, других системных заболеваниях, лекарственный васкулит и др.).

4. Изолированный (идиопатический, аутоиммунный) ВС.

Эти заболевания отличаются клинической картиной, этиопатогенезом, течением и требуют различной терапии. В связи с этим для успешного лечения необходима точная диагностика формы ВС.

ВС следует также отличать от васкулопатий, встречающихся при ишемическом глазном синдроме, дистрофических, неопластических, паранеопластических процессах, первичном или вторичном антифосфолипидном синдроме и др. [3].

Под нашим наблюдением находилась пациентка с идиопатическим ретиноваскулитом сетчатки.

Клинический случай

Пациентка Р., 15 лет, поступила в ревматологическое отделение Городского ревматологического центра (ГРЦ) в сентябре 2014 года с жалобами на ухудшение зрения, больше слева, периодические головные боли.

Из анамнеза болезни: дебют болезни с апреля 2014 г., когда внезапно пациентка кратковременно ослепла, в связи с чем обратилась к окулисту. Дважды находилась на стационарном лечении в Научно-исследовательском институте глазных болезней с диагнозом: ретиноваскулит неясной этиологии, частичный гемофтальм. Для выяснения причины нарушения зрения была направлена на консультацию к ревматологу и госпитализирована в ГРЦ.

Anamnesis vitae: росла и развивалась соответственно возрасту. Хронические заболевания, в том числе туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит, отрицает. Операций и травм не было. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет по 3-5 дней, через каждые 28 дней. Наследственность, аллергоанамнез не отягощены.

Status praesens: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы обычной окраски, периферических отеков нет. Костно-суставная система визуально не изменена, отеков нет. В легких перкуторно легочный звук, аускультативно везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Границы сердца в пределах нормальных значений. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 110/70 мм рт.ст., ЧСС 86 в минуту. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальные обследования:

Общий анализ крови (24.09.2014): эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 140 г/л, лейкоциты – $9,7 \cdot 10^9/л$, СОЭ 6 мм/ч. Заключение: без отклонений от нормы. Общий анализ мочи (24.09.2014): количество – 100,0 мл, цвет – соломенно-желтый, прозрачность – мутная, удельный вес – 1030, белок – отрицательный, плоский эпителий – 6-8 в п/зр, лейкоциты – 12-14 в поле зрения, оксалаты 10-12 в поле зрения.

Биохимический анализ крови (24.09.2014): общий белок 59,4 г/л, мочевины 3,3 ммоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л, АЛТ

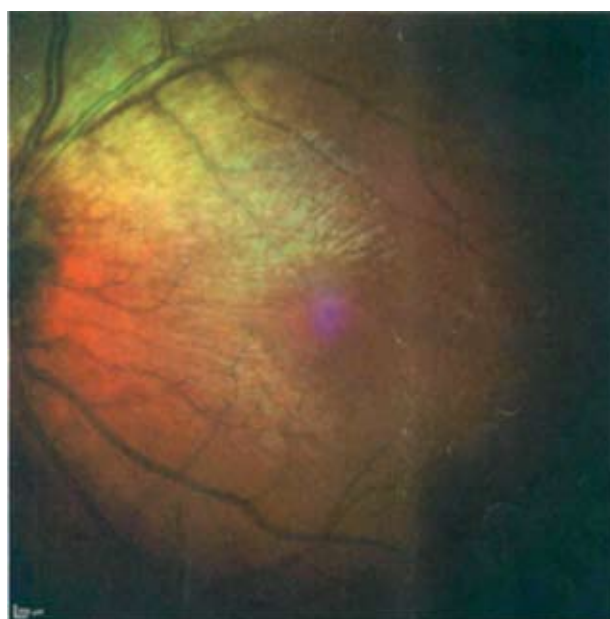


Рисунок 1 – Циклоскопия OS пациентки Ц.Р., 15 лет

– 9 ед; АСТ – 15 ед; СРБ – отрицательный; ревматоидный фактор – 4,1 МЕ/мл; АСЛ-О – 21,3 МЕ/мл.

Иммунодиагностика (25.09.2014). Антицитрулиновый пептид 1 ед/мл – отрицательно, антитела к кардиолипину 1 ед/мл (отрицательно), антитела к цитоплазме нейтрофилов – 0,493/0,174 (отрицательно), антитела к двуцепочечной ДНК – 8 ед/мл (отрицательно).

Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга (17.09.2014) – патологических изменений со стороны орбит и зрительных трактов не выявлено. Ретроцеребральная арахноидальная киста. Небольшая региональная водянка слева.

Иммуноферментный (ИФА) на токсоплазмоз, бруцеллез, цитомегаловирус (18.04.2014) – отрицательно.

ИФА на вирус гепатитов В и С (16.07.2014) – отрицательно.

Флюорография грудной клетки (31.01.14) – патологических изменений нет.

Электрокардиография (22.09.2014) – ритм синусовый с ЧСС – 85 в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца.

Циклоскопия: OD – артерии сужены, вены полнокровные, преимущественно в верхней половине имеются новообразованные сосуды и участки преретикального кровоизлияния. OS – единичные новообразованные сосуды, отмечается помутнение сетчатки, сосуды сужены, вены полнокровные.

Для исключения системного васкулита на фоне ревматических заболеваний проведено полное клиническое обследование пациентки, исключение воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, легких и почек, поражение которых бывает свойственно для данных заболеваний. Учитывая отсутствие кожных, суставных проявлений и системности поражения со стороны других внутренних органов, нормальные по-

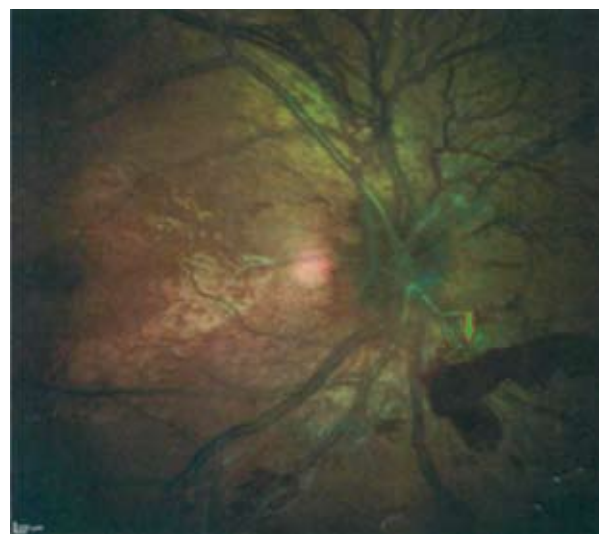


Рисунок 2 – Циклоскопия OD пациентки Ц.Р., 15 лет

казатели лабораторно-инструментального обследования пациентки, диагноз системного васкулита был снят. На основании изолированного поражения сосудов сетчатки выставлен диагноз идиопатического ретиноваскулита сетчатки и рекомендовано дальнейшее наблюдение у офтальмолога.

Васкулиты сетчатки (ВС) представляют собой гетерогенную группу заболеваний, основная черта которых воспаление, протекающее в ретинальных сосудах, имеющих, как правило, неблагоприятный прогноз для зрительных функций и поражающих преимущественно лиц молодого возраста. В некоторых случаях воспаление возникает только в сосудах сетчатки, в других оно выступает как проявление

системных заболеваний или признак воспалительных заболеваний оболочек глаза [1].

Вывод

Верификация идиопатического васкулита сетчатки требует полного клинико-лабораторного обследования с включением иммунологического, а также инструментального обследования (МРТ и циклоскопия).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ермакова Н.А. Васкулиты сетчатки // X Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Федоровские чтения – 2012»: Сб. тез. / Под общей ред. Б.Э. Малюгина. – М.: Изд-во «Офтальмология», 2012. – С. 248
- 2 Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 290-331
- 3 Дядык А.И., Яровая Н.Ф., Зборовский С.Р., Сулиман Ю.В. Симпозиум 56 «Первичные системные васкулиты (часть 1): Общие вопросы» // Газета «Новости медицины и фармации». Кардиология. – 2012 (406). – С. 35 -37

4 Зборовская И.А. Общие принципы терапии системных васкулитов // Визуальная ревматология. – 2013. – № 7. – С. 15 -18

Т Ы Ж Ы Р Ы М

А.С. АМАНЖОЛОВА, Б.Г. ИСАЕВА, М.Г. НОГАЕВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,

Қалалық ревматологиялық орталығы, Алматы қ.

ТОР ҚАБЫҒЫНЫҢ ИДИОПАТИЯЛЫҚ РЕТИНОВАСКУЛИТІ

Мақалада тор қабығының идиопатиялық ретиноваскулиті бар науқастың клиникалық жағдайы жазылған.

Негізгі сөздер: тор қабығының идиопатиялық ретиноваскулиті.

S U M M A R Y

A.S. AMANZHOLOVA, B.G. ISSAYEVA, M.G. NOGAIEVA

Kazakh National medical university n.a. S.D. Asfendiyarov, City rheumatic center, Almaty c.

THE IDIOPATHIC RETINOVASKULIT RETINAS

In article the clinical case of the patient with an idiopathic retinovaskulit of a retina is described.

Key words: the idiopathic retinovaskulit retinas.