

Данная работа врача-офтальмолога, доцента О.Д. Рудковской будет интересна и полезна неврологам. Ведь неврит зрительного нерва — частое проявление клинически изолированного синдрома ряда заболеваний центральной нервной системы (рассеянного склероза, рассеянного энцефаломиелита, митохондриальных патологий и др.) и относится к труднокурабельным болезням. Данная патология актуальна и для мировой практики. Мы рекомендуем по возможности ознакомиться также со статьей «Eculizumab in AQP4-IgG-positive relapsing neuromyelitis optica spectrum disorders: an open-label pilot study» авторов S. Pittock et al., опубликованной в журнале Lancet Neurology, 2013, № 12, 554-562 (<http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422%2813%2970076-0/fulltext>).

Главный редактор «Международного неврологического журнала»
профессор С.К. Евтушенко

УДК 617.731-002-085-036.8

РУДКОВСЬКА О.Д.

Кафедра офтальмології ім. Б.Л. Радзіховського Буковинського державного медичного університету,
м. Чернівці

ВИПАДКИ УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ НЕВРИТУ ЗОРОВОГО НЕРВА ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЦИКЛОПЛЕГІВ (попереднє повідомлення)

Резюме. Запропоновано лікувати неврит зорового нерва стандартною терапією на тлі двобічної циклоплегії. Попередні результати свідчать про більш швидке і повне відновлення зорових функцій у пацієнтів, лікованих за новим методом. Автор пропонує концепцію, згідно з якою тригером невриту зорового нерва може бути слабкість акомодатії через різке та тривале звуження зіниці внаслідок дистресу. Відключення акомодатії атропіном блокує тригер захворювання, що реалізується у підвищенні ефективності лікування хворих з невритом зорового нерва.

Ключові слова: неврит зорового нерва, слабкість акомодатії, циклоплегія.

Вступ

Неврит зорового нерва — тяжка патологія, що нерідко призводить до слабкого зору та інвалідності хворих [4, 8].

У більшості випадків етіологія захворювання не встановлюється, тоді процес вважають ідіопатичним [3, 5].

Симптоми оптичного невриту можуть говорити про автоімунне захворювання. Точна причина невриту вченим невідома [1, 9]. Вважають, що імунна система помилково атакує мієлін, що вкриває зоровий нерв. Даний процес веде до запалення й пошкодження мієліну. Не встановлено, що примушує імунну систему атакувати мієлін власних клітин. Автоімунні захворювання з невритом зорового нерва: розсіяний склероз, оптичний

нейромієліт, саркоїдоз, системний червоний вовчак та інші.

Для хворих з оптичним невритом характерним є те, що зіниця звужується набагато менше, ніж у здорових людей, під дією яскравого світла [5]. Причина вказаного симптому не встановлена.

Адрес для переписки с автором:

Рудковська Оксана Дмитрівна
59000, м. Чернівці, Театральна площа, 2,
кафедра офтальмології ім. Б.Л. Радзіховського
Буковинського державного медичного університету
rudkovskaya.oksana@gmail.com

© Рудковська О.Д., 2013

© «Міжнародний неврологічний журнал», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

Більшість людей після оптичного невриту відновлюють нормальну гостроту зору протягом 12 місяців після появи перших симптомів, у частини розвивається необоротна сліпота внаслідок атрофії зорового нерва [1, 8].

Останнім часом запропоновано такі методи лікування оптичного невриту: кортикостероїдна пульс-терапія [4, 6], комбінована генетична терапія [8], внутрішньовенне введення імуноглобулінів [1].

Кортикостероїди в пульс-дозах пришвидшують терміни відновлення зору, але не впливають на відсоток хворих із повним відновленням зору [4]. Генетичні методи (використання трансгенних копій ферментів — супероксиддисмутази і каталази — для зменшення пошкодження волокон зорового нерва шляхом пригнічення активних форм кисню) розроблені тільки в експериментах на тваринах [8]. При застосуванні внутрішньовенних імуноглобулінів гострота зору досягає максимальних значень лише через 6–12 місяців після появи перших симптомів оптичного невриту [1].

Мета — підвищити ефективність лікування невриту зорового нерва.

Під нашим спостереженням було п'ятеро хворих з ідіопатичним невритом зорового нерва. Вік пацієнтів від 21 до 33 років, 4 жінки і 1 чоловік. В анамнезі хворих сильний стрес. Ретельні клінічні обстеження (консультації лор-лікаря, стоматолога, невропатолога, терапевта, інфекціоніста), лабораторні та інструментальні дослідження, включаючи МРТ мозку та орбіт, патології не виявили.

Клініка невриту характеризувалась різким зниженням гостроти зору (0,03–0,06 н.к.), випадіннями в полі зору (абсолютна центральна скотома до 30–40°). У всіх пацієнтів спостерігався аферентний зіничний дефект (мідріаз до 4,0–4,5 мм, зіниця мляво реагувала на світло). На очному дні — диск зорового нерва (ДЗН) набряклий, гіперемований, із нечіткими контурами, вени помірно розширені, у склоподібному тілі над диском — ексудат, у макулі — помірний набряк сітківки (вторинний).

Згідно з протоколом надання спеціалізованої допомоги офтальмологічним хворим [7] вказаним пацієнтам була проведена антибактеріальна, дегідратаційна, десенсibiliзуюча, антиоксидантна, судинорозширююча, вітамінотерапія. Особливістю ведення даних хворих було застосування двобічної циклоплегії (атропін 1% 1 р/день в обидва ока) протягом усього курсу лікування.

Результати та їх обговорення

В усіх п'яти випадках на 8–9-й день лікування (при виписці) була досягнута гострота зору 1.0 на ураженому невритом оці. У полі зору відзначалась відносна центральна скотома до 5–10°. На очному дні значно зменшився набряк ДЗН, зникла гіперемія, контури диска стали чіткішими. Минув набряк сітківки в центральній зоні.

Для оцінки ефективності запропонованого методу лікування було проведено ретроспективний аналіз

18 архівних історій хворих, лікованих в очному відділенні ОКЛ протягом 2012–2013 років із приводу невриту зорового нерва нез'ясованої етіології з використанням стандартної терапії. Місцевий і загальний статус указаних хворих був порівнянний зі статусом пацієнтів, лікованих із застосуванням циклоплегіків. Встановлено, що в результаті курсу традиційної терапії гострота зору була нижчою — $0,30 \pm 0,16$ (від 0,1 до 0,5); уполю зору залишились більш значні випадіння (центральні відносні скотоми до 20–30°). Ліжко-день був тривалішим ($12,4 \pm 1,3$ днів), у зв'язку з чим сумарні дози гормональних препаратів (кортикостероїди парабульбарно і внутрішньовенно) були більшими, ніж при лікуванні за новим методом із використанням циклоплегіків.

Як можна пояснити більш високу ефективність лікування пацієнтів з ідіопатичним невритом на тлі циклоплегії?

На нашу думку, тригером ідіопатичного невриту зорового нерва може бути слабкість акомодатії. При значному звуженні зіниці внаслідок дистресу (емоційного чи фізичного) різко ослаблюється акомодатійний рефлекс. У цьому випадку включається природна компенсаторна реакція у вигляді аферентного зіничного дефекту, що супроводжується парезом акомодатії (спільна іннервація м'язів зіниці та м'язів війкового тіла). Можливо, таким чином зоровий аналізатор намагається створити сприятливі умови для спокою ослабленої акомодатії. Для полегшення роботи акомодатійного апарату запускається автоімунний запальний процес у зоровому нерві. При цьому різко знижується гострота зору, що теж знижує навантаження на акомодатійний механізм.

Відключаючи акомодатію у хворих на неврит зорового нерва за допомогою атропіну, лікар працює синергічно з організмом, блокуючи тригер захворювання — слабкість акомодатії.

Зекономлені на непрацюючій акомодатії енергосурси витрачаються організмом на прискорення репаративних процесів у зоровому нерві, що в описаних нами випадках реалізувалось у відновленні гостроти зору і поля зору практично до нормального рівня за короткий строк (8–9 днів).

Таким чином, запропонований нами метод лікування оптичного невриту є простим, доступним, не потребує дороговартісного введення імуноглобулінів чи пульс-доз кортикостероїдів, які можуть давати серйозні побічні ефекти. Метод значно пришвидшує повне відновлення зорових функцій, що відчутно економить витрати пацієнта і держави на лікування вказаної патології.

Оскільки в оптичного невриту і розсіяного склерозу спільні патогенетичні механізми [2], можливо, циклоплегія буде корисною і при лікуванні пацієнтів із розсіяним склерозом.

Для остаточної оцінки методу потрібні тривалі клінічні спостереження з аналізом віддалених результатів.

Висновки

1. Тригером ідіопатичного невриту зорового нерва може бути слабкість акомодатції внаслідок дистресу.

2. У пацієнтів із невритом зорового нерва доцільно проводити циклоплегію обох очей на тлі стандартного курсу лікування.

3. Попередні дані свідчать про більш швидке і повне відновлення зорових функцій у пацієнтів з ідіопатичним невритом, лікованих із застосуванням циклоплегіків.

Список літератури

1. Жабоедов Г.Д. Лікування оптичної нейропатії при демієлінізуючих захворюваннях нервової системи за допомогою внутрішньовенних імуноглобулінів / Г.Д. Жабоедов, В.О. Мельник // *Офтальмологічний журнал*. — 2005. — № 5. — С. 71-75.

2. Малов В.М. Новые перспективы ранней диагностики оптического неврита и рассеянного склероза / В.М. Малов, И.В. Малов, Е.В. Синеек и др. // *Неврологический вестник*. — 2010. — Т. XLII, вып. 1. — С. 71-74.

3. Нервові хвороби / За ред. С.М. Віничука, Є.Г. Дубенка. — К.: Здоров'я, 2001.

4. Нероев В.В. Пульс-терапия в лечении оптического неврита при рассеянном склерозе / В.В. Нероев, И.З. Карлова, М.Р. Гусева и др. // *Вестник офтальмологии*. — 2003. — Т. 119, № 5. — С. 28-31.

5. Нероев В.В. Клинические особенности течения оптического неврита и изменения локального иммунного ответа у больных рассеянным склерозом / В.В. Нероев, И.З. Карлова, А.Н. Бойко и др. // *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. — 2004. — Т. 104, № 9. — С. 4-9.

6. Оглезнева О.К. Комплексная кортикостероидная терапия острого неврита зрительного нерва при рассеянном склерозе / О.К. Оглезнева, О.М. Моисеенко, Г.Ф. Качалина // *Новое в офтальмологии*. — 2004. — № 2. — С. 23-24.

7. Організація офтальмологічної допомоги на сучасному етапі. Довідник лікаря / За ред. головного офтальмолога МОЗ України проф. С.О. Рикова. — К.: Здоров'я України, 2008. — С. 148-149.

8. Туохи Д. Комбинированная генетическая терапия в лечении неврита зрительного нерва / Д. Туохи // *Новое в офтальмологии*. — 2009. — № 2. — С. 50-51.

9. Интернет-ресурсы: www.eye-doctor.ru; www.mosors.narod.ru; www.myglaz.ru; www.yod.ru.

Отримано 12.08.13 □

Рудковская О.Д.

Кафедра офтальмологии им. Б.Л. Радзиховского Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы

СЛУЧАИ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРИТА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦИКЛОПЛЕГИКОВ (предварительное сообщение)

Резюме. Предложено лечить неврит зрительного нерва стандартной терапией на фоне двусторонней циклоплегии. Предварительные результаты свидетельствуют о более быстром и полном восстановлении зрительных функций у пациентов, леченных по новому методу. Автор предлагает концепцию, согласно которой триггером неврита зрительного нерва может быть слабость аккомодации из-за резкого и длительного сужения зрачка в результате дистресса. Отключение аккомодации атропином блокирует триггер заболевания, что реализуется в повышении эффективности лечения больных с невритом зрительного нерва.

Ключевые слова: неврит зрительного нерва, слабость аккомодации, циклоплегия.

Rudkovska O.D.

Department of Ophthalmology named after B.L. Radzikhovsky of Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

CASES OF SUCCESSFUL TREATMENT OF OPTIC NEURITIS USING CYCLOPLEGIC AGENTS (Preliminary Report)

Summary. It has been proposed to treat optic neuritis using standard therapy against bilateral cycloplegia. Preliminary results indicate a more rapid and complete recovery of visual function in patients treated with the new method. The author proposes the concept that trigger of optic neuritis may be a weakness of accommodation because of a sharp and prolonged constriction of the pupil as a result of distress. Cycloplegia induced by atropine blocks the trigger of the disease, that is realized in raising the efficacy of treating patients with optic neuritis

Key words: optic neuritis, weakness of accommodation, cycloplegia