

ID: 2014-05-3883-A-3743

Клинический случай

Моисеев Р.В., Седов Д.С.

Клинический случай риногенного оптохиазмального арахноидита

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра оториноларингологии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Мареев Г.О.

Резюме

Демонстрация клинического случая риногенного оптохиазмального арахноидита в клинической практике.

Ключевые слова: клинический случай риногенного оптохиазмального арахноидита**Введение**

Оптохиазмальный арахноидит (ОХА) представляет собой клинический синдром хронического продуктивного воспалительного процесса мозга и его оболочек с преимущественным поражением области хиазмы и зрительных нервов. ОХА относится к полиэтиологическим заболеваниям с обязательным присутствием в патогенезе наряду с другими компонентами аллергического, в связи с чем выделяют 4 формы ОХА:

- 1) инфекционно-аллергический;
- 2) семейно-наследственный;
- 3) травматический;
- 4) посттравматический.

Грипп и перенесенные инфекции наиболее часто сочетаются и предшествуют развитию ОХА. Другой частой причиной является воспаление придаточных пазух носа вследствие их тесных анатомо-топографических взаимоотношений со зрительными нервами. Общность стенок костного зрительного канала и основной пазухи, а иногда непосредственное соприкосновение слизистой оболочки основной пазухи и твердой мозговой оболочки зрительного нерва, когда последний расположен в основной пазухе, делает наиболее уязвимыми для воспалительных процессов зрительные нервы при парасинуситах. Больные указывают на непосредственную связь понижения зрения с перенесенным гнойным насморком. Наличие очагов гнойной инфекции в придаточных пазухах носа, ангины, тонзиллиты, отиты и др. поддерживают воспалительный процесс в оболочках мозга и зрительных нервов и способствуют аллергизации организма за счёт продуктов распада. Изменение иммунологических свойств организма приводит к тому, что заболевание становится инфекционно-аллергическим. Аллергическое происхождение ОХА подтверждается также мноморфностью гистологических и морфологических изменений, вызываемых ОХА различной этиологии. Как правило, в развитии ОХА выявляется несколько причин одновременно: грипп и синуситы, грипп и травма в анамнезе, грипп и тонзиллиты и т.д. По клиническому течению выделяют острую, подострую и хроническую стадии ОХА. Среди наиболее часто встречающихся симптомов выделяют прогрессирующее падение остроты зрения обоих глаз, появление в поле зрения обоих глаз центральной скотомы. Возможный исход ОХА - нисходящая атрофия дисков зрительных нервов (сначала их височных, а затем и носовых половин) с последующей необратимой потерей зрения.

Цель исследования: демонстрация клинического случая риногенного оптохиазмального арахноидита в клинической практике.

Материал и методы

На базе взрослого оториноларингологического отделения клинической больницы имени С.Р. Миротворцева СГМУ был проведён ретроспективный анализ истории болезни пациентки с диагнозом «Двусторонний этмоидит, сфеноидит. Оптохиазмальный арахноидит».

Результаты

Больная К., 37 лет поступила в ЛОР-клинику 25 ноября 2001 года (ИБ №11371), с жалобами на ухудшение зрения, постоянную разлитую головную боль, заложенность носа и затруднение носового дыхания. Снижение остроты зрения появилось в начале года, однако быстро стало прогрессировать за несколько месяцев до поступления. Больная лечилась по этому поводу как амбулаторно, так и стационарно, однако эффекта не отмечалось, снижение зрения продолжалось. Больная была консультирована оториноларингологом, после выполнения КТ и МРТ головы переведена в ЛОР-клинику с диагнозом «Двусторонний этмоидит, сфеноидит. Оптохиазмальный арахноидит». При поступлении офтальмологом диагностировано отсутствие предметного зрения на оба глаза, сохраняется светоощущение с правильной проекцией света. Глазное дно – застойный сосок зрительного нерва, атрофия зрительного нерва. При осмотре оториноларинголога – отечность слизистой оболочки в полости носа, отделяемого в полости носа нет. На КТ отмечаются признаки двустороннего этмоидита, сфеноидита. На МРТ в хиазмальной области отмечается усиление МР сигнала. После поступления проведен консилиум с участием нейрохирурга, оториноларинголога, офтальмолога, на котором было решено выполнить оперативное вмешательство на клетках решетчатого лабиринта и клиновидной пазухе. 27.11.2001 выполнено оперативное вмешательство под наркозом – эндоскопическая этмоидэктомия с обеих сторон, эндоскопическая сфенотомия. Во время проведения оперативного вмешательства обнаружено, что в клетках решетчатого лабиринта с обеих сторон находилось гнойное отделяемое, утолщенная слизистая оболочка. В клиновидной пазухе были обнаружены полипозные разрастания слизистой оболочки, закрывающие ее соустье и гнойное отделяемое.

После проведенного оперативного вмешательства течение послеоперационного периода гладкое. Проводилась антибактериальная, десенсибилизирующая терапия, местное лечение (сосудосуживающие капли в нос, промывание полости носа), физиотерапия, противоневритическая терапия. На фоне проводимого лечения больная отметила улучшение – уменьшились и исчезли головные боли, улучшилось носовое дыхание. Больная выписана через 2 недели после оперативного вмешательства в

удовлетворительном состоянии. При повторном осмотре через 2,5 месяца – отсутствие предметного зрения, светоощущение с правильной проекцией света. Головные боли больную не беспокоят.

Заключение

Таким образом, приведенный клинический пример показывает развитие оптохиазмального арахноидита в результате заболевания клиновидной пазухи – сфеноидита, приведшее к резкому ухудшению зрения.

Литература

1. О.Н. Соколова, Н.Д. Парфёнова, И.Л. Осипова, Оптохиазмальные арахноидиты, М.: Медицина, 1990. С. 8-29.
2. В.С. Лобзин, Менингиты и арахноидиты. - Л.: Медицина, 1983. С. 192.
3. А.А. Маляревский, Клиника и хирургическое лечение оптохиазмального арахноидита; Многотомное руководство по хирургии. - М., 1968 — Т. 3. Кн. 2. - С. 713-726.