



УДК 616.833.115-002-036:616.5-004.1-06

## Особенности течения ретробульбарного неврита при рассеянном склерозе (клинический случай)

**А.М. НУГУМАНОВА, Г.Х. ХАМИТОВА**

Казанский государственный медицинский университет

**Нугуманова Альфия Махмутовна**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры офтальмологии  
420012, г. Казань, ул. Булterова, д. 49  
тел. (843) 236-00-53, e-mail: Alfiyam@list.ru

*В статье описан клинический случай оптической формы течения рассеянного склероза, проявившегося в сочетанном поражении зрительного нерва и спинного мозга, без патологических изменений со стороны белого вещества головного мозга. Проводимая ранее терапия ретробульбарного неврита (антибактериальная, глюкокортикостероидная и противовоспалительная) не давала эффекта. Отсутствии прогрессирования снижения зрительных функций и увеличение продолжительности ремиссии наступило лишь на фоне лечения иммуноглобулином.*

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, ретробульбарный неврит, оптическая форма, интермиттирующий тип, иммуноглобулин.

## Features of optic neuritis as a symptom of multiple sclerosis (medical case)

**A.M. NUGUMANOVA, G.KH. KHAMITOVA**

Kazan State Medical University

*This article describes a clinical case of optic form of multiple sclerosis in the combined optic nerve and spinal cord disorder without pathological findings in the white matter of the brain. The previous therapy of optic neuritis (antibacterial, glucocorticosteroid and anti-inflammatory) did not give any effect. Absence of the future loss of visual function and increased duration of remission happened only in the course of the treatment with immunoglobulin.*

**Key words:** multiple sclerosis, optic neuritis, optic form, intermittent type, immunoglobulin.

Впервые информация о рассеянном склерозе (РС) была опубликована в 1866 г. французским невропатологом Жаном Мартеном Шарко. С тех пор прошло почти полтора века, но проблема диагностики и лечения РС в настоящее время остается актуальной в связи с отсутствием точных методов диагностики из-за многоочаговости (рассеянности) и неоднородности поражения головного и спинного мозга и разнообразия их клинических проявлений [1-4].

В последнее время отмечается рост заболеваемости населения РС, которое протекает в виде следующих клинических форм заболевания: цереброспинальная, спинальная, мозжечковая, стволовая и оптическая [5].

Приводим клиническое наблюдение необычного течения ретробульбарного неврита на фоне рассеянного склероза. В отличие от классического течения РС, сопровождающегося поражением зрительного нерва, ко-

торое обычно дебютирует в молодом возрасте, чаще бывает односторонним процессом и сопровождается поражением белого вещества головного мозга, у данной пациентки наблюдался поздний дебют, двустороннее поражение зрительных нервов и присутствовали признаки поражения спинного мозга без признаков повреждения головного мозга.

*Больная Т., 43 года, впервые обратилась в Республиканскую клиническую офтальмологическую больницу МЗ РТ 10.01.2008 г. с жалобами на резкое снижение зрения и пятно перед левым глазом, дискомфорт при движении глазного яблока, наблюдающиеся в течение месяца.*

При обследовании было выявлено: Visus OD=0,08 с корр.(-)6,0D=1,0, Visus OS=0,06 с корр.(-)6,0D=0,6. При периметрии определялась центральная абсолютная скотома на левом глазу. Офтальмоскопия глазного дна

показала изменения диска зрительного нерва (ДЗН) слева, а именно — ступеванность границ с носовой стороны, единичные геморрагии, цвет диска не изменен, справа — патологии не обнаружено.

Консультации смежных специалистов (ЛОП-врач, стоматолог, невропатолог): патологии не выявлено. На МРТ характерных изменений для РС не выявлено.

Результаты лабораторных исследований (общий анализ крови с лейкоформулой, биохимический анализ крови, общий анализ мочи) — в норме.

На основании жалоб и результатов обследования был установлен диагноз: Ретробульбарный неврит левого глаза невыясненной этиологии, миопия высокой степени, ангиопатия сосудов сетчатки обоих глаз.

В результате проведенного лечения (парабульбарно в одном шприце — смесь реополиглукина, дескона, гепарина №3; гентамицин с дексоном №6; внутривенно — инъекции пентоксифиллина 0,5 мл на физрастворе; внутримышечно — аскорбиновая кислота №10, per os — медовир, цефамед, супрастин, индометацин).

После лечения зрение восстановилось, скотома исчезла: Visus OD=0,08 с корр.(-)6,0D=1,0, Visus OS=0,06 с корр.(-)6,0D=1,0.

Обострение заболевания наступило через 3 месяца (в марте 2008 г.), когда вновь появилось пятно перед левым глазом и снижение зрения на нем с коррекцией до 0,8. Течение заболевания и его лечение было аналогичным предыдущему. В результате проведенного лечения острота зрения на левом глазу вновь повысилась до 1,0.

Третье и четвертое обострение наступило в мае и июне 2008 г. (период ремиссии сократился), но процесс по-прежнему оставался левосторонним, появилась анизокория (слева шире, чем справа), снижена прямая реакция на свет слева и содружественная слева направо. Из неврологических симптомов отмечались: оживление рефлексов слева, мозжечковая атаксия, левосторонний тремор пальцев, диффузная мышечная гипотония (слева сильнее). Имеющаяся симптоматика и повторяющийся ретробульбарный неврит позволили невропатологу высказаться в пользу РС. Больная получила курс иммуноглобулина нормального человеческого (1,5 г/кг в/м x 2 раза в неделю).

В сентябре 2008 г. (пятый рецидив) больная стала предъявлять жалобы не только на левый глаз, но и на правый: зрение на нем ухудшилось, появилась центральная скотома, возникали боли при движении обоих глазных яблок. Из общих жалоб отмечает частые головные боли, больше в височных областях, в затылочной области, чаще в вечернее время, после физического утомления; постоянную слабость, быструю утомляемость.

Объективно: Visus OD=0,05 с корр.(-)6,0D=0,7, Visus OS=0,05 с корр.(-)6,0D=0,6.

На глазном дне обоих глаз границы ДЗН были четкими, отмечалась височная деколорация диска; артерии слегка сужены, вены — в норме. Макулярная зона — без патологии. Описание полей зрения: сужение носовой границы на все цвета на 10° на обоих глазах.

Консультация невролога (ГУ «Межрегиональный клиничко-диагностический центр», г. Казань): ширина зрачков одинаковая, фотореакции: прямая слева снижена, содружественная снижена слева направо, движения глазных яблок в полном объеме, слабость конвергенции с двух сторон, глазные щели — слева шире, чем справа, мелкоразмашистый нистагм в крайних отведениях, двусторонний тремор пальцев вытянутых рук, больше слева, рефлексы повышены, слева больше, брюшные рефлексы снижены, больше слева, тонус мышц снижен, справа тонус выше.

Результаты параклинических методов исследования: данные зрительно вызванных потенциалов (ЗВП) свидетельствовали о нарушении функции зрительного анализатора по диемиленизирующему типу с обеих сторон, больше слева.

Заключение из протокола ультразвукового исследования экстракраниального отдела магистральных артерий головы: гемодинамических нарушений по брахиоцефальным артериям не выявлено. Сенсомоторный потенциал с рук и ног — в норме. Кожные вызванные симпатические потенциалы — без патологии. При ультразвуковом исследовании кровотока по орбитальным артериям было обнаружено расширение периневрального пространства до 0,46 см на левом глазу, на правом глазу — 0,28 см. На МРТ изменения, характерные для РС, отсутствовали. Клинические анализы крови и мочи — в норме.

Большой Т. было рекомендовано продолжить курс иммуноглобулина человека нормального до 0,5 года. На фоне этого лечения у больной наступила более длительная ремиссия (4 года). Профилактический осмотр неврологом Научно-исследовательского центра по рассеянному склерозу (г. Казань) в феврале 2012 г. с результатами ЗВП и МРТ показал отсутствие отрицательной динамики. Прием иммуноглобулина нормального человеческого способствовал прекращению рецидивов со стороны глаз и улучшению общего состояния больной, уменьшились головные боли и утомляемость. В настоящее время больная Т. находится на диспансерном учете в Научно-исследовательском центре по рассеянному склерозу.

#### Заключение

Приведенный пример клинического случая показывает оптическую форму течения РС по ремиттирующему типу с более редкой комбинацией — сочетание поражений зрительного нерва и спинного мозга, в отличие от наиболее часто встречающегося — с вовлечением белого вещества головного мозга. Увеличение продолжительности ремиссии на фоне патогенетического лечения РС [6] указывает на то, что основной причиной ретробульбарных невритов у данной пациентки является РС, а проводимая ранее терапия (антибактериальная, гормональная и противовоспалительная) эффекта не давала.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз: руководство для врача / 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 272 с.
2. Calabresi P. Multiple sclerosis and demyelinating conditions of the central nervous system // Cecil Medicine. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, 2007. — 427 p.
3. D'hooghe M.B., Nagels G., Bissay V., De Keyser J. Modifiable factors influencing relapses and disability in multiple sclerosis // Mult. Scler. — 2010. — Vol. 16, № 7. — P. 773-785.
4. Волкова Л.И. Рассеянный склероз (эпидемиология, патогенез, диагностика) // Вестник первой областной клинической больницы. — 2002. — № 2. — С. 15-20.
5. Rejda K., Jackson S., Giovannoni G. Multiple sclerosis: a practical overview for clinicians // British Medical Bulletin. — 2010. — Vol. 95, № 1. — P. 79-104.
6. Tullman M.J., Lublin F.D., Miller A.E. Immunotherapy of multiple sclerosis — Current practice and future directions // Journal of Rehabilitation Research and Development. — 2002. — Vol. 39, № 2. — P. 273-286.