

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ЛАТЕНТНОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ХОРТОНА

УДК 616.715.3: 617.751
ГРНТИ 76.29.56
БАК 14.01.07

© Ю. С. Астахов, Г. А. Даль, В. В. Лапин, Я. С. Коненкова,
А. В. Ленкевич, И. В. Касьянов

Кафедра офтальмологии с клиникой ГОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова МЗСР РФ, Санкт-Петербург

✧ **Ключевые слова:** височный артериит; гранулематозный гигантоклеточный артериит; передняя ишемическая нейрооптикопатия.

Среди причин слабовидения и слепоты сосудистые заболевания органа зрения занимают одно из ведущих мест. К одной из наиболее часто встречающихся подобных патологий относится передняя ишемическая нейрооптикопатия, частота случаев которой неуклонно растёт из года в год. Как известно, передняя ишемическая нейрооптикопатия делится на неартериитную и артериитную (при болезни Хортона) формы. Для неартериитной передней ишемической нейрооптикопатии характерно, как правило, острое начало с той или иной степенью снижения зрения чаще в утренние часы после пробуждения, наличие у пациента отягощённого соматического анамнеза — гипертонической болезни, генерализованного атеросклероза, системной гипотонии, ночных апноэ, ревматизма, полицитемии, а также индивидуальных анатомических особенностей глазного яблока — маленькой экскавации диска зрительного нерва (“disk at risk” по W. Hoyt), друз диска зрительного нерва. Офтальмоскопически в острый период заболевания наблюдается бледный тотальный либо секторальный отек диска зрительного нерва, обычно с небольшими полосчатыми геморрагиями на диске и вдоль сосудов около него.

Вены сетчатки расширены, артерии сужены. При исследовании поля зрения чаще всего выявляется горизонтальная (альтитудинальная) нижняя скотома, хотя возможны разнообразные дефекты поля зрения (центральные, парацентральные, дугообразные). Как признак несомненного поражения зрительного нерва можно наблюдать относительный афферентный зрачковый дефект. Возраст пациентов с передней ишемической нейрооптикопатией весьма вариабелен. Чаще это люди старше 50 лет, но нередки случаи поражения молодых людей. При неартериитной форме передней ишемической нейрооптикопатии в 15–30 % случаев существует вероятность поражения второго глаза в различ-

ные сроки — по наблюдениям от 3 дней до 20 лет (в среднем через 2–4 года).

Практически все вышеуказанное можно выявить и при артериитной форме передней ишемической нейрооптикопатии с добавлением некоторых немаловажных моментов. Поражение парного глаза при болезни Хортона встречается гораздо чаще, причём в более ранние сроки — в 30 % случаев в первый день, в 30 % в 1-ю неделю и в 30 % в 1-й месяц от начала заболевания. Кроме того, мы имеем дело с гораздо более значительным снижением зрительных функций — до сотых и даже до полной слепоты без дальнейшего восстановления зрения при отсутствии адекватной терапии, в то время как при неартериитной форме острота зрения остается, как правило, в пределах десятых, а иногда и не изменяется вовсе и в 40 % случаев в течение 6 месяцев может наступить улучшение зрения.

Как же не пропустить грозную болезнь Хортона (синонимы: височный артериит, гранулематозный гигантоклеточный артериит)? Ведущим механизмом в развитии заболевания считаются иммунные нарушения. Депозиты иммуноглобулинов обнаруживаются в области внутреннего эластичного слоя артерий.

Поражаются артерии среднего и большого калибра (особенно поверхностная височная, глазная, артерии, питающие жевательную мускулатуру). Характерна инфильтрация всех слоев сосудистой стенки мононуклеарными клетками с разрушением внутреннего эластичного слоя и появлением в нем гигантских клеток. Заболевают всегда люди старше 50 лет, причём в 60–65 % случаев — женщины. Для постановки правильного диагноза чрезвычайно важен подробный, целенаправленный опрос пациента.

90 % больных беспокоит головная боль. Боль жгучая, пульсирующая, усиливающаяся ночью, чаще в области виска, но может быть и в затылке и в темени. Для болезни Хортона очень характерна повышенная чувствительность кожи волосистой части головы,

резкая болезненность при дотрагивании и причёсывании волос, ношении головного убора. Одновременно может присутствовать боль в нижней челюсти во время жевания, разговора, беспричинная зубная боль. Топически боль обусловлена областью питания ткани поражённой артерией. Возможны миалгии плечевого и тазового комплекса, скованность проксимальных отделов мышц, как правило, без мышечной слабости. Нередко наблюдается субфебрильная лихорадка, ночная потливость, снижение аппетита, похудание. При осмотре больного выявляются набухание, извитость, плотные узелки по ходу поверхностных височных артерий, их равномерное уплотнение, отечность, гиперемия и даже гангрена кожи над артерией, снижение или отсутствие пульсации артерии. В анализах крови почти у всех пациентов имеется повышение СОЭ до 50–70 мм в час. Возможны гипо- и нормохромная анемия, лейкоцитоз, диспротеинемия (гипоальбуминемия), тромбоцитоз, редко эозинофилия. Характерно появление положительных результатов анализов крови на С-реактивный белок и ревматоидный фактор (СРБ, РФ).

Выделяют пять клинических вариантов течения височного артериита:

- с краниалгическими симптомами,
- с ревматической полимиалгией,
- сочетание первого и второго вариантов,
- с лихорадкой без признаков поражения краниальных сосудов,
- вариант болезни, выделенный сравнительно недавно, протекающий латентно без признаков системного процесса (без жалоб на головные боли, лихорадку, обильное ночное потоотделение, без повышения СОЭ!), в то время как анализ крови на С-реактивный белок всегда является положительным. Встречается подобный вариант течения в 10–15 % всех случаев височного артериита. Дебютом заболевания является поражение глаз.

По данным литературы, орган зрения при болезни Хортона поражается в 25–50 %, в подавляющем большинстве случаев в виде передней ишемической нейрооптикопатии, гораздо реже в виде задней ишемической нейрооптикопатии и окклюзии центральной артерии сетчатки, обычно через 2–4 недели после появления основных жалоб и симптомов заболевания.

В 2009 году на базе Офтальмологического центра Городской многопрофильной больницы № 2 города Санкт-Петербурга пролечено 78 пациентов с передней ишемической (неартериитной) нейрооптикопатией (39 женщин и 39 мужчин) в возрасте от 24 до 82 лет. Средний возраст составил 61 год, причём у женщин 64 года, а у мужчин 58 лет. За этот же пери-

од времени было выявлено 5 пациентов с болезнью Хортона, проходивших лечение по поводу передней ишемической нейрооптикопатии. Из них 2 мужчин и 3 женщины в возрасте от 61 до 82 лет (средний возраст 73 года). Это составило 6 % от количества всех пациентов с передней ишемической нейрооптикопатией, что соответствует данным мировой статистики (4–6 %). Диагноз «височный артериит» был поставлен в ранние сроки после госпитализации на основании характерных для болезни жалоб, повышения СОЭ (> 50 мм в час), положительного анализа крови на СРБ, а в дальнейшем подтверждён результатами морфологического исследования (биопсии участка поверхностной височной артерии). Пациенты были пролечены высокими дозами стероидов (1,2 г метилпреднизолона внутривенно капельно в течение 3 дней с последующим переводом на пероральную поддерживающую дозу преднизолона) и выписаны с улучшением общего состояния, стабилизацией зрительных функций, нормализацией СОЭ и СРБ. Спустя 4–6 месяцев больные были осмотрены повторно. У всех наблюдалось сохранение зрительных функций на прежнем уровне, отсутствие жалоб на головные боли, нормальные значения СОЭ и СРБ. Следует подчеркнуть, что данные пациенты нуждаются в обязательном лечении у ревматолога и терапевта.

Особого внимания заслуживает один клинический случай.

13 марта 2009 года в Офтальмологический центр ГМПБ № 2 поступил пациент Н. — мужчина 77 лет с жалобами на слепоту правого глаза. Зрение снизилось внезапно за 9 дней до поступления в стационар. Жалоб на общее состояние больной не предъявлял. При осмотре: зрение правого глаза = 0 (ноль), левого = 0,3н/к; относительный афферентный зрачковый дефект справа. Офтальмоскопически ОД: бледный отек диска зрительного нерва с единичными штрихообразными геморрагиями в верхнем секторе диска, артерии сетчатки резко сужены, вены полнокровны, по ходу верхне-носовой ветви центральной вены сетчатки ватообразные очажки, макулярная зона и периферия сетчатки без очаговой патологии. Обратила на себя внимание маленькая физиологическая экскавация диска зрительного нерва левого глаза-0,1 (“disk at risk”).

Внутриглазное давление обоих глаз в пределах нормы. На основании вышеуказанных данных был поставлен диагноз — передняя ишемическая нейрооптикопатия правого глаза. Пациент страдал гипертонической болезнью с периодическими подъёмами АД до 200/100 мм рт. ст., полноценного лечения по поводу повышенного АД не получал. Учитывая пожилой возраст больного, полную потерю зрения

поражённого глаза, что при неартериитной форме передней ишемической нейрооптикопатии бывает крайне редко, нельзя было исключить артериитную природу заболевания, в связи с чем пациент был подробно опрошен на предмет общих жалоб, характерных для болезни Хортона. Удалось лишь выяснить, что за последний месяц пациента неоднократно беспокоили неприятные ощущения в правой половине волосистой части головы, дискомфорт во время дотрагивания до волос при отсутствии явного болевого синдрома. Поэтому в дополнение к общеклиническому обследованию было добавлено определение по cito СОЭ, СРБ и РФ. По результатам анализов выявлено следующее: СОЭ — 17 мм в час, СРБ + + + +, РФ — отр. Подозрение на наличие у пациента болезни Хортона с латентным вариантом течения усилилось, в связи с чем была назначена срочная консультация ревматолога. Перед консультацией утром пациент пожаловался на отсутствие зрения второго глаза. При осмотре: зрение левого глаза — неправильная светопроекция, на глазном дне картина передней ишемической нейрооптикопатии. Неотложно выполнены следующие мероприятия: парацентез роговицы, массаж глазного яблока, диакарб 0,25 г *per os*, ретробульбарная инъекция дексазона 4 мг, атропина 0,1 % — 0,2 мл и гепарина 1000 Ед., внутривенно струйно дексазон 8 мг, внутривенно капельно раствор кавинтона. В течение часа больного осмотрел ревматолог и поставил диагноз: болезнь Хортона, латентное течение. В целях экстренной терапии больной получал в течение 3 дней внутривенно капельно метилпреднизолон в дозировке 1,2 г в сутки, после чего переведен на режим 60 мг преднизолона перорально. Для подтверждения клинического диагноза была произведена биопсия участка поверхностной височной артерии справа протяжённостью 0,5 см. Морфологическое исследование показало наличие инфильтративно-пролиферативного васкулита с полиморфноклеточной воспалительной инфильтрацией и единичными гигантскими клетками. Больной был выписан на 21-й день с восстановлением остроты зрения левого глаза до исходной (0,3 н/к) и значительным концентрическим сужением поля зрения до 10–30 градусов. Правый глаз остался слепым. Анализ крови на СРБ при выписке отрицательный, СОЭ — 9 мм в час.

Нет сомнений, что современные офтальмологи в случае классического течения болезни Хортона без затруднений могут установить правильный диагноз. Но нельзя забывать о редко встречающейся форме латентного течения заболевания, когда на первое место выступает, казалось бы, несомненная картина

передней ишемической нейрооптикопатии как исключительно сосудистой патологии глаза, не связанной с артериитной природой.

Несвоевременно выявленные истинные причины болезни могут привести к катастрофической ситуации — к полной поочерёдной потере зрения обоих глаз в короткие сроки (буквально в течение дней)!

Необходимо помнить о возможности латентного течения височного артериита, при котором практически только положительный анализ крови на С-реактивный белок наведет на мысль о данном заболевании. И хотя этот анализ не является абсолютным критерием опасной болезни и может иметь место при большом количестве системных патологий, с учетом картины всего процесса он заставит врача заподозрить височный артериит и лечить пациента совместно с ревматологом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кацнельсон Л. А., Бунин А. Я., Форофорова Т. И. Сосудистые заболевания глаз. — М.: Медгиз, 1990.
2. Кацнельсон Л. А., Лысенко В. С., Талиева В. В. Оптическая нейропатия // III Московская нейроофтальмологическая конференция. — 1999. — с. 43.
3. Густов А. В., Сигрянский К. И., Столярова Ж. П. Практическая нейроофтальмология. — Нижний Новгород, 2000. — С. 89–90.
4. Мизгирева А. П. Сосудистые поражения зрительного нерва // IV Московская нейроофтальмологическая конференция. — 2000. — С. 54.
5. Пономарева Н. В. Хориоретинальное микроциркуляторное русло при общей сосудистой патологии // Морфологические аспекты офтальмологии. — М., 1983. — С. 83–85.
6. Трон Е. Ж. Заболевания зрительного пути. — М.: Медицина, 1968.
7. Мирошникова Л. М. Сосудистая патология зрительного нерва // Офтальмологический журнал. — 1982. — № 2. — С. 114–118.
8. Кружкова Г. В., Агронович М. С. Патология глазного дна и зрительного нерва. — М., 1991.
9. Терещенко И. В., Гилева С. Г., Кузнецова О. Я. Поражение органа зрения при болезни Хортона // Вестник офтальмологии. — 2010. — № 3. — С. 45–48.
10. Бунчук Н. В. Гигантоклеточный артериит и ревматическая полимиалгия. — М., 1992.
11. Насонова В. А., Астапенко М. Г. Клиническая ревматология. — М., 1989. — С. 234.
12. Папиров Г. С., Каменева Л. И. Болезнь Хортона // Клиническая медицина. — 1991. — № 4. — С. 96.
13. Семенова Е. Н. Системные васкулиты. — М., 1988.
14. Егоров Е. А., Ставицкая Т. В., Тутаева Е. С. Офтальмологические проявления общих заболеваний. — М., 2006.
15. Никифоров А. С., Гусева М. Р. Нейроофтальмология. — М., 2008.

16. Bradley K. F. The Basics of Neuroophthalmology. — USA, 1991. — P. 265–266.
17. Walch and Hoyts Clinical Neuroophthalmology // ed. by N. R. Miller. — USA., 1982. — P. 212, 219–220.
18. Optic Nerve Disorders // ed. By L. B. Kline. — USA., 1996. — P. 75.
19. Hunder G. G. Giant cell (temporal) arteritis // Rheum Dis clin North Am. — 1990. — Vol. 16. — P. 399.
20. Schmidt D., Vaith P. Blindness in both eyes due to late diagnosis of giant cell arteritis // Dtsch. Med. Wschr. — 2005. — Bd. 130, № 33. — P. 1874–1876.
21. Hayreh S. S., Podhajsky P. A., Zimmerman B. Ocular manifestation of giant cell arteritis // Am. J. Ophthalmol. — 1998. — Vol. 125. — P. 509–520.

AFFECTION OF THE VISUAL ORGAN IN THE LATENT COURSE OF THE HORTON'S DISEASE

*Astakhov Yu. S., Dahl G. A., Lapin V. V.,
Konenkova Ya. S., Lenkevich A. V., Kasyanov V. V.*

✧ **Key words:** temporal arteritis; giant cell arteritis; anterior ischemic optic neuropathy; “disk at risc”.

Сведения об авторах:

Астахов Юрий Сергеевич — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой офтальмологии. Кафедра офтальмологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197089, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6–8, корпус 16. E-mail: astakhov@spmu.rssi.ru.

Даль Галина Алексеевна — заслуженный врач РФ, зам. главного врача по офтальмологии. ГМПБ № 2. 194354, Санкт-Петербург, Учебный переулок, д. 5. E-mail: b2@zdrav.spb.ru.

Лапин Владимир Васильевич — профессор. Кафедра госпитальной терапии СПбГМА им. Мечникова. 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47. E-mail: mechnik@gmail.com.

Коненкова Яна Станиславовна — зав. отделением. МХО № 4. Городской офтальмологический центр при ГМПБ № 2. 194354, Санкт-Петербург, Учебный пер., д. 5. E-mail: b2@zdrav.spb.ru.

Ленкевич Анатолий Валерьевич — врач-офтальмолог, ординатор. Кафедра офтальмологии МАПО. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41. E-mail: b2@zdrav.spb.ru.

Касьянов Владимир Васильевич — к. м. н., врач-хирург. Отделение сосудистой хирургии ГМПБ № 2. 194354, Санкт-Петербург, Учебный пер., д. 5. E-mail: b2@zdrav.spb.ru.

Astakhov Yury Sergeevich — MD, doctor of medical science, professor, head of the department. Department of Ophthalmology of the I. P. Pavlov State Medical University. 197089, Saint-Petersburg, Lev Tolstoy st., 6–8, building 16. E-mail: astakhov@spmu.rssi.ru.

Dahl Galina Alekseevna — honoured doctor of Russian Federation, deputy head of the ophthalmologic branch, city ophthalmology center, city multi-field hospital 2, 194354, St. Petersburg, Uchebny pereulok, 5. E-mail: b2@zdrav.spb.ru.

Lapin Vladimir Vasilievich — professor, therapeutical department of SPSMA of I.I. Mechnikov, 195067, St. Petersburg, Piskarevskiy prospect, 47. E-mail: mechnik@gmail.com.

Konenkova Yana Stanislavovna — head of the eye microsurgery department 4, city ophthalmology center, city multi-field hospital 2, 194354, St. Petersburg, Uchebny pereulok, 5. E-mail: b2@zdrav.spb.ru.

Lenkevich Anatoliy Valerievich — MD, ophthalmologist, resident, department of ophthalmology, SPbMAPO, 191015, Saint-Petersburg, Kirochnaya st., 41. E-mail: b2@zdrav.spb.ru.

Kasyanov Vladimir Vasilievich — MD, PhD, surgeon, vascular surgery department of city multi-field hospital 2, 194354, St. Petersburg, Uchebny pereulok, 5. E-mail: b2@zdrav.spb.ru.