

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ПУРЧЕРОПОДОБНОЙ РЕТИНОПАТИИ

¹Марченко Л.Н., ¹Терешенко О.В., ¹Чекина А.Ю., ¹Далидович А.А.,
¹Джумова М.Ф., ¹Гудиевская И.Г., ²Русинович А.А., ²Алексейкова В.В.

¹Учреждение образования «Белорусский государственный
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

²Учреждение здравоохранения «3-я городская клиническая больница
имени Е.В. Клумова», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Ретинопатия Пурчера названа в честь австрийского врача-офтальмолога Othmar Purtscher (1852–1927), которой диагностировал патологию в 1910 г. и описал клиническую картину ретинопатии. Впервые данная патология была охарактеризована как синдром внезапной слепоты после черепно-мозговой травмы, сопровождавшийся диффузными белыми пятнами на сетчатке с сопутствующими поверхностными кровоизлияниями в сетчатку. Впоследствии подобная клиническая картина на глазном дне наблюдалась при переломах длинных костей, компрессионных травмах грудной клетки (например, при сдавлении ремнем безопасности), заболеваниях соединительной ткани, жировой эмболизации, лимфопролиферативных нарушениях, аденокарциноме поджелудочной железы, остром панкреатите, хронической почечной недостаточности, тромбоцитопенической пурпуре (болезнь Верльгофа), системной красной волчанке, пробе (маневре) Вальсальвы. Имеются публикации о случаях развития пурчероподобной ретинопатии у пациентов после занятий аэробикой, затянувшейся родовой деятельности, фиброгастроскопии, игры на духовых музыкальных инструментах. Данная патология встречается исключительно редко. По данным Британского офтальмологического мониторингового союза (BOSU) частота РП составляет 0,24 человека на 1 млн в год, но есть предположение о более высокой заболеваемости РП. Впервые два случая пурчероподобной ретинопатии мы наблюдали в июле 2021 г. и апреле 2023 г.

Цель. Оценить клинические проявления, результаты обследования и лечения пациентов с пурчероподобной ретинопатией.

Материал и методы. Представлены результаты обследования и лечения 2 пациенток с пурчероподобной ретинопатией. Пациентка Б.Н.Г. 1990 г.р. (31 год) с жалобами на ухудшение зрения, темные пятна перед глазами, искажения изображения, которые появились после сильной, продолжительной рвоты (по мнению пациентки связано с пищевым отравлением). Пациентка П.М.И. 1995 г.р. (28 лет) с жалобами на пятна перед глазами после обострения хронического панкреатита. Обе пациентки прошли полное офтальмологическое обследование и лечение на базе УЗ «3 ГКБ им. Е.В. Клумова».

Результаты. 18.07.2021 г. к врачу-офтальмологу городского консультативно-диагностического офтальмологического центра УЗ «3 ГКБ им. Е.В. Клумова» г. Минска обратилась пациентка Б.Н.Г. Консультирована сотрудником кафедры глазных болезней. Из анамнеза известно, что левый глаз хуже видит с детства из-за амблиопии. Предварительный диагноз «Пурчероподобная ретинопатия обоих глаз. Гиперметропия слабой степени правого глаза. Простой гиперметропический астигматизм, амблиопия слабой степени левого глаза. Хориоретинальная периферическая дистрофия сетчатки обоих глаз». С целью уточнения диагноза, обследования и лечения 05.08.2021 г. пациентка была госпитализирована в отделение микрохирургии №2 «3 ГКБ имени Е.В. Клумова».

Острота зрения при поступлении:

Vis ОД = 0,4 с -1,0 Д = 0,5; Vis ОС = 0,2 с_{yl} +3,0 ах 90 = 0,3.

БТМ ОД/ОС = 12/14 мм рт. ст.

ОУ: придаточный аппарат, передний отрезок глаза без патологии. Глазное дно: ОД ДЗН бледноват, границы четкие. Сосуды а:в=2:3. Множественные ватообразные экссудаты, интратетинальные геморрагии, на ОД более выраженные.

На ОКТ спектралис выявлен отек в слое нервных волокон сетчатки (СНВС), соответствует ватообразным ретинальным экссудатам, обнаруженным при офтальмоскопии. На ангио-ОКТ в наружном сосудистом сплентении видны зоны снижения перфузии в виде темных пятен.

Для исключения системной патологии пациентке назначены дообследования:

УЗИ органов брюшной полости от 06.08.2021 г. Заключение: Неизмененный лимфатический узел в области ворот печени. Кистоподобное образование в области головки поджелудочной железы

КТ ОБП 06.08.2021 г. — картина острого панкреатита, стадия Б, индекс 1 по Бальтазар. Киста поджелудочной железы. Регионарная лимфоаденопатия. Признаки портальной гипертензии. Киста левой почки. Киста левого яичника? Свободная жидкость в малом тазу. Признаки илеопатии.

Пациентка консультирована врачом-хирургом, были даны рекомендации по дообследованию и лечению.

В офтальмологическом стационаре выполнены: инстилляциии капель — 0,1% дексаметазона 4 раза в день, 0,3% левофлоксацина 4 раза в день; парабульбарно (п/б) инъекции – гентамицин 0,4 мл + дексаметазон 0,5 мл, ежедневно; внутривенно эмоксипин 3% струйно по 5,0 мл №5, цитиколин 5,0 + NaCl 250 мл в/в капельно №7; в/м тиамин (витамин В1) 1,0 мл через день, пиридоксин (витамин В6) 1,0 мл через день; субтеноново ОД/ОС дипроспан 1,0 мл дважды в оба глаза с интервалом в 2 недели, субтеноново ОД/ОС бевацизумаб 0,2 мл трижды.

При выписке: острота зрения:

Vis OD = 0,6 sph -1,5 cyl- 0,5 ax 160 = 0,8 Vis OS = 0,2 cyl -3,5 ax 10 = 0.5
БТМ OD/OS = 13/15 мм рт. ст.

На глазном дне обоих глаз — резорбция ватообразных экссудатов, интратетинальных геморрагий. На ОКТ спектралис уменьшился отек в слое нервных волокон. На ангио-ОКТ в наружном сосудистом сплетении уменьшение размеров зон снижения перфузии.

Рекомендовано: наблюдение врача офтальмолога и врача хирурга в поликлинике по месту жительства. Назначена нейропротекторная терапия (внутри строцит 500 мг 2 раза в день 1 месяц).

Через 3 месяца на контрольном ОКТ выявлены участки истончения сетчатки в зонах ватообразных экссудатов. В связи с этим рекомендовано продолжить нейропротекторную терапию (введение цитиколина 500 мг в субтеноново пространство — 7 инъекций курсом через день). На фоне терапии состояние сетчатки стабилизировано.

Vis OD = 0,6 sph -1,5 cyl- 0,5 ax 160 = 1,0. Vis OS = 0,2 cyl -3,5 ax 10 = 0.6

Пациентке рекомендовано наблюдение врача-офтальмолога, контроль зрительных функций, состояния сетчатки, зрительного нерва по данным ОКТ спектралис.

Учитывая результаты обследования, можно предположить, что причиной пурчeropодобной ретинопатии является острый панкреатит, развившийся после приема пищи и неукротимой рвоты (симптом Вальсальвы).

Пациентка П.М.И. 1995 г.р. (28 лет), первичный осмотр и обследование 14.04.2023 г. в городском консультативно-диагностическом офтальмологическом центре УЗ «3 ГКБ им. Е.В. Клумова» г. Минска (состоит на учете в 25-й городской поликлинике г. Минска). Жалобы на пятна перед глазами. Из анамнеза установлено, что с 25.03.2023 г. по 12.04.2023 г. находилась на стационарном лечении в г. Гродно. Диагноз: Хронический рецидивирующий панкреатит, обострение. Тяжелое течение. Ретинопатия Пурчера. Хронический гастродуоденит. Прошла курс п/б инъекций дексаметазона, динамика положительная. Аллергоанамнез и онкоанамнез не отягощен.

Vis OD = 0,04 sph -3,5=0,6

БТМ OD = 13 мм рт. ст.

Vis OS = 0,015 sph -2,5=0,7

БТМ OS = 13 мм рт. ст.

При офтальмоскопии обоих глаз выявлены ватообразные экссудаты в заднем полюсе глаза. На ОКТ — утолщение СНВС, умеренное истончение НЭС в макулярной зоне.

Пациентке выполнено введение суспензии кеналога в субтеноново пространство в оба глаза и субконъюнктивально бевацизумаб 0,2 мл дважды.

От предложенного нейропротекторного лечения пациентка воздержалась.

На контрольном осмотре 03.05.2023 г. в городском консультативном офтальмологическом центре 3 ГКБ г. Минска пациентка отмечает исчезновение пятен перед глазами.

Vis OD = 0,04 sph -3,5=0,7; Vis OS = 0,15 sph -2,5=0,8

При офтальмоскопии обоих глаз ватообразные экссудаты рассосались. На ОКТ СНВС в норме, выраженное истончение НЭС в макулярной зоне.

Выводы:

1. Пациенты с пурчeropодобной ретинопатией нуждаются в активной терапии в ранний период заболевания с применением глюкокортикостероидов пролонгированного действия в субтеноново пространство, антиангиогенных препаратов, а также нейропротекторной терапии как в острый период, так и в отдаленном периоде.

2. Требуется динамическое наблюдение врача-офтальмолога до полной резорбции ватообразных экссудатов, геморрагий и своевременного начала лечения.