

Гюрджян Т.А., Ситник Г.Д., Буцель А.Ч., Ткаченко Е.М. Котов Ю.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск, Беларусь

СОЧЕТАННЫЕ КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Актуальность. Наиболее тесные анатомо-топографические связи орбита имеет с придаточными пазухами носа, а также с полостью черепа. Отток венозной крови и лимфы из орбиты прежде всего зависит от состояния (проходимости) кавернозного синуса, поэтому изменения в этой области не может не отражаться на функции черепно-мозговых нервов, а это прежде всего III, IV и VI пары, от состояния которых нарушается подвижность глазного яблока и положение век

Офтальмологические симптомы всегда заметнее и наиболее выражены, поэтому пациенты обращаются прежде всего к офтальмологам. Этиология и патогенез при одной и той же клинической картине могут быть разными.

Экзофтальм является одним из наиболее частых офтальмологических проявлений заболеваний щитовидной железы, околоносовых пазух, но может быть и проявлением сосудистой патологии неспецифического процесса в виде гранулематозного воспаления в области кавернозного синуса, верхней глазничной щели, вершины орбиты, вен глазного яблока, орбиты и при этом иметь как двусторонний, так и односторонний характер. Это относится не только к офтальмологическим проявлениям эндокринных и воспалительных заболеваний (синдрома Толоса-Ханта), но и сосудистой патологии. Как известно, затруднение венозного оттока вен ретробульбарного пространства сопровождается затруднением лимфооттока в тканях, что приводит к отёкам век, глазодвигательных мышц, ретробульбарной клетчатки. Клинически это проявляется ограничением подвижности и смещением глазного яблока, что приводит к двоению, экзофтальму и офтальмогипертензии.

Цель. На одном клиническом примере показать сочетанность глазных проявлений коморбидной неврологической патологии.

Материалы и методы. Представлен клинический случай, который демонстрирует сложность диагностики офтальмологические осложнений неврологической патологии.

Клинический случай. На консультацию к офтальмологу поликлиники №39 г. Минска 21.02.25г. обратился молодой мужчина М., 1984 г. р. ввиду отсутствия эффекта от проводимого ранее лечения.

Анамнез заболевания: в январе со всей семьей перенес вирусную инфекцию с повышением температуры тела в течение 4-х дней, за медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно. Покраснение правого глаза заставило обратиться к офтальмологу КНОП 10-ой ГКБ г. Минска, где был поставлен диагноз острый конъюнктивит ОД, было назначено соответствующее лечение (антибиотики в инстилляциях), но эффекта не было. Повторно обратился в МЦ ЛОДЭ, где был поставлен диагноз эпиклерит, конъюнктивит, транзиторная офтальмогипертензия ОД, и был назначен дополнительно тимолол 1% 2 раза в день.

Офтальмологический статус: отмечалась нормализация ВГД (18/19 мм рт. ст.), но на фоне покраснения ОД появился хемоз конъюнктивы ОД.

Было рекомендовано продолжить лечение и дополнительно назначено: валацикловир 500 мг 2 р. в день – 7 дней; ибупрофен 200 мг 3 раза в день – 5 дней, аскорутин 1т.3р. в день; местно - дексаметазон по схеме в инстилляциях – на 15 дней; индиклофенак 0,1% 3 раза в день и продолжить инстилляции тимолола 2 раза в день.

Пациент был проконсультирован невропатологом поликлиники, который направил его на МТР ГМ и бесконтактную МР-артериовенографию.

Заключение: признаки правостороннего экзофтальма, расширение вен правой орбиты, небольшого отёка жировой клетчатки, утолщения мышц правого глаза, слабого патологического расширения вен правого кавернозного синуса. Убедительных МР-

признаков каротидно-кавернозного соустья не выявлено. Патологические изменения необходимо дифференцировать между последствиями тромбоза кавернозного синуса и воспалительным или опухолевым процессом. Рекомендовано дообследование МРТ с контрастным усилением по динамической программе и с отсроченным сканированием.

28.02.25г. у пациента появилась дополнительная жалоба на двоение в глазах, усиливающееся при взгляде вправо. Офтальмологический статус: Vis OD/ OS =1,0/1,0; ПТМ =36/25 мм рт. ст. Ограничение отведения обоих глаз кнаружи с усилением двоения. Отмечена застойная инъекция, усилился хемоз конъюнктивы ОД.

Был поставлен |предположительный диагноз – тромбоз кавернозного синуса? Экзофталм ОД, транзиторная офтальмогипертензия.

В тот же день (28.02.25г.) пациент был срочно проконсультирован невропатологом и госпитализирован в нейрохирургическое отделение БСМП.

При первом осмотре врачом-офтальмологом БСМП отмечено: экзофталм ОД, частичный птоз верхнего века, инъекция и хемоз конъюнктивы ОД.

Vis OD/ OS =1,0/1,0; поля зрения в норме; ВГД в норме. Зрачковые реакции сохранены. Ограничение движений ОД вверх и вправо (кнаружи). Офтальмоскопически: в ОД соотношение а:в =2:4 вследствие полнокровия вен, в ОС соотношение а:в = 2:3.

1.03.25 г. при КТ ГМ - патологии со стороны венозных синусов не выявлено; патологических объёмных образований, геморрагического содержимого в полости черепа не выявлено. Очагов патологической плотности в веществе головного мозга не определяется. Базальные цистерны, желудочки мозга, кортикальные борозды не расширены. Срединные структуры не смещены. Костно-травматических и деструктивных изменений свода, основания черепа не выявлено. При проведении КТА: интракраниальные сосуды контрастированы полностью. Дефектов контрастирования и аневризматических расширений интракраниальных сосудов не выявлено. Экзофталм справа. Расширена верхняя глазничная вена справа. Несколько расширен правый кавернозный синус с неоднородным контрастированием.

Заключение: Косвенные КТ-признаки тромбоза кавернозного синуса справа в стадии реканализации.

04.03.25 г. было произведено повторное МРТ головного мозга, МРТ лицевого черепа, МРТ диффузно-взвешенное исследование: МР-ангиография (венография). Контрастное усиление МРТ головного мозга с контрастным усилением МРТ лицевого черепа.

Описание: Экзофталм, небольшой отёк ретробульбарной клетчатки и утолщение экстраокулярных мышц, патологическое расширение правого кавернозного синуса, расширение вен правой орбиты. Зрительные нервы дифференцируются, достоверно не изменены. Определяется утолщение в области правого пещеристого синуса, распространяясь на правую глазничную щель и вершину орбиты общим размером до 15-30 мм, диффузно накапливающее контрастное вещество без явных признаков наличия дефектов наполнения. В субкортикальном веществе головного мозга визуализируются единичные мелкие очажки до 2-3 мм, гиперинтенсивные в режимах T2 FLAIR.

При бесконтрастной МР-флебографии – большая вена головного мозга и нижний сагиттальный синус не изменены. Верхний сагиттальный синус нормального диаметра с обычно расположенными впадающими в него поверхностными церебральными венами. Дефектов наполнения в синусах, визуализированных поверхностных и глубоких венах не определяется, интенсивность МР-сигнала от потока в сосудах сохранена.

Заключение: Экзофталм справа, отек ретробульбарной клетчатки и экстраокулярных мышц, расширение вен правой глазницы, утолщение правого пещеристого синуса с переходом на глазничную щель и вершину глазницы.

МР-картина может соответствовать синдрому Толосы-Ханта, нельзя исключить тромбоз кавернозного синуса. Единичные субкортикальные очаговые изменения в больших полушариях головного мозга, вероятно, сосудистого генеза.

05.03.25г. осмотрен невропатологом, заключение: больше данных за тромбоз кавернозного синуса (неуточненного срока давности) с синдромом Толосы-Ханта, ранний восстановительный период.

Были проведены следующие обследования: гемостазиограмма, биохимические анализы крови, аутоиммунная панель, кровь на ревмофактор, СРБ – патологии не выявлено. В ОАК - повышен уровень эритроцитов (6,2), гемоглобина (178) и гематокрита (50,2); других изменений нет. ОАМ в норме.

Кровь и спинномозговая жидкость исследованы на вирусную инфекцию: цитомегаловирус, ВПГ-1, ВПГ-2, ВИЧ, герпес Эпштейн-Барра - не обнаружены.

Данные обследования: HLA-B27: выявлен (анализ от 03.03.2025) - подтверждает предрасположенность к серонегативным спондилоартропатиям и может быть ассоциирован с неврологическими и офтальмологическими аутоиммунными проявлениями.

Дефицит вит. Д и инсулинерезистентность, гиперурикемия, повышенное СОЭ. Умеренно повышенный уровень ЛПНП – потенциальный сосудистый риск. Нарушение движения правого глазного яблока вверх и книзу, частичный птоз справа. Двоение в глазах при взгляде в стороны, вниз. Подтверждено поражение ЧН III, IV и VI пары с правой стороны (частичная наружная офтальмоплегия).

Анамнестическое примечание: Примерно в 2020 -2021 годах пациент отмечал шумы в ушах (тиннитус) перед сном в виде писков. Эпизоды продолжались около года и регрессировали. Это может расцениваться как ранний сосудистый или неврологический симптом, связанный с венозной дисфункцией.

18.03.2025 г. Контрольный осмотр офтальмологами 10-й ГКБ: зрительные функции в норме (острота, поля зрения, ОКТ макул и зрительных нервов, ВГД). Остается двоение при взгляде вниз. В апреле 2025 г. исчезло двоение в глазах, отменена терапия офтальмогипертензии.

25.03.2025 г. – консультация лор-врача – подтвержден диагноз хронического ринита, искривление носовой перегородки, пазухи воздушны, подтверждено отсутствие синусита; консультация стоматолога - очаги хронической одонтогенной инфекции не обнаружены, полость рта санирована.

Основной клинический диагноз – последствие тромбоза кавернозного синуса справа с синдромом Толоса-Ханта, симптоматической офтальмогипертензией.

В апреле 2025г. повторно был консультирован в РНПЦ неврологии и нейрохирургии, был снят диагноз синдром Толоса-Ханта, была назначена антикоагулантная терапия препаратом ксарелто в течение 3-х месяцев с последующим контролем коагулограммы, МРТ головного мозга и наблюдением врача офтальмолога.

19.11.25 г. проведена контрольная МРТ головного мозга с контрастным усилением, бесконтрастная МР-артериовенография – отмечена положительная динамика в сравнении с данными МРТ от 04.03.25 г.: регресс экзофтальма ОД и расширения вен правой орбиты, регресс отёка жировой клетчатки и утолщения мышц ОД; расширения правого кавернозного синуса не отмечается; последствия тромбоза кавернозного синуса, тромбофлебита. Общее самочувствие удовлетворительное, на зрение не жалуется, ВГД в норме.

Выводы:

1. Многие общие заболевания организма имеют офтальмологические проявления, которые являются наиболее ярко выраженными и заметными, поэтому пациенты обращаются прежде всего к офтальмологам.

2. Этиология и патогенез при одной и той же клинической картине могут быть разными. Так, например, «симптом красного глаза» имеет много других причин, кроме многочисленных воспалительных заболеваний органа зрения.

3. Офтальмологи должны не только проводить полное офтальмологическое обследование пациента, но обязательно в ряде случаев направлять к врачу общей практики для определения общего состояния организма, при необходимости и к другим специалистам

(эндокринологу, терапевту, невропатологу, лор-врачу, стоматологу, гастроэнтерологу, урологу, аллергологу и др.).

4. Главная задача первого врача, к которому обращается пациент, - собрать анамнезы: заболевания, жизни, семейно-наследственный и аллергологический.

5. Описанный сложный случай тромбоза кавернозного синуса встречается редко и на его примере хотелось показать современные возможности сложной этиологической диагностики некоторых коморбидных состояний.

6. Не исключено, что пусковым механизмом данного клинического случая явились перенесенная вирусная инфекция на фоне определенного коморбидного состояния организма и генетической предрасположенности к аутоиммунным процессам.

7. Данный пациент нуждается в наблюдении у невропатолога, нейрохирурга и офтальмолога.