

ОСТРАЯ ЗОНАЛЬНАЯ ОККУЛЬТНАЯ НАРУЖНАЯ РЕТИНОПАТИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Национальный центр офтальмологии имени акад. Зарифы Алиевой, г. Баку, Азербайджан

Ключевые слова: острая зональная оккультная наружная ретинопатия, оптическая когерентная томография, мультифокальная электроретинография

Острая зональная оккультная наружная ретинопатия (ОЗОНР, AZOOR) является редким, чаще односторонним заболеванием идиопатической этиологии, которая впервые была описана J.D.Gass в 1993 году [1]. Несмотря на то, что данная патология относится к группе заболеваний, включающих синдром множественных быстроисчезающих белых пятен (multiple evanescent white dot syndrome, MEWDS), синдром острого идиопатического расширения слепого пятна (acute idiopathic spot enlargement (AIBESE), острую макулярную ретинопатию (AMN), мультифокальный хориоидит и панuveит (MFC), предполагают, что эти заболевания являются различными проявлениями единого патологического процесса-синдрома ОЗОНР.

Заболевание чаще наблюдается у женщин во второй и третьей декадах жизни независимо от расовой принадлежности. Патогенез до настоящего времени полностью не выяснен [2-5]. Высказывались гипотезы о роли системных аутоиммунных заболеваний и вирусных инфекций. Уменьшенные ответы на мультифокальной электроретинограмме (МФ ЭРГ) показывают, что аномалии сосредоточены на уровне фоторецепторов и пигментного эпителия сетчатки (ПЭС).

Наш клинический случай представлен пациенткой Г.Р., 1993-го рождения. Пациентка обратилась в Национальный центр офтальмологии имени З.Алиевой 05.01.2016 с жалобами на внезапное снижение остроты зрения и светящиеся линии в левом глазу. Острота зрения при поступлении составляла OD-1,0; OS-0,4 не корригирует. Аномалий рефракции не отмечалось. Тоннометрические показатели на обоих глазах были в пределах нормы (OD-18.4 mmHg; OS-16.8 mmHg). Тест Амслера выявил искажение и нечеткость линий в левом глазу. Биомикроскопия переднего отрезка глаза патологических изменений не выявила. Оптические среды глаза прозрачные. При офтальмобиомикроскопии левого глаза наблюдалась деформация фовеолярного рефлекса и мелкие атрофические изменения в центральной зоне сетчатки (Рис.1а).



а) до лечения



б) после лечения

Рис.1. Глазное дно пациентки до и после лечения

При проведении ОКТ (Cirrus HD-OCT, Model 5000, Carl Zeiss, USA) внутренние слои сетчатки были в пределах нормы, обнаружена неровная линия IS/OS (линия соединения между наружными и внутренними сегментами фоторецепторов) и гипертрофия пигментного эпителия (ПЭС) сетчатки (Рис.2а).

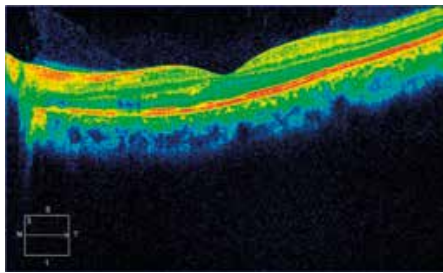
При мультифокальной ЭРГ (Retiscan 21, Germany) левого глаза было отмечено снижение ретиальной плотности во всех пяти гексагональных кольцах (Рис. 3а).

Микропериметрия (Maya, Italy) выявила нарушение центральной фиксации. Чувствительность макулы в пораженном глазу составляла 27.4 Дц.

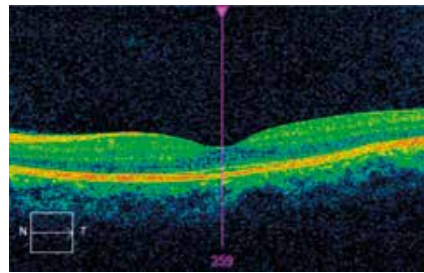
Флюоресцентная ангиография (FF 450 Plus, Zeiss) не выявила гиперфлюоресцирующих участков и в данном случае оказалась неинформативной.

На основании вышеуказанных признаков и проведенных нами инструментальных методов исследования пациентке был поставлен диагноз острой зональной оккультной наружной ретинопатии.

Был проведен курс местного лечения стероидными препаратами (Sol.Pred-forte) по общепринятой схеме. Ежемесячно проводилась оценка остроты зрения. Уже через месяц наблюдалось значительное улучшение остроты зрения и положительная динамика глазного дна, ОСТ и МФ ЭРГ данных. К концу четвертого месяца на оптической когерентной томографии наблюдалось восстановление эллипсоидной линии и пигментного эпителия сетчатки, острота зрения составляла 1,0 (Рис. 1б, 2б и 3б).



а) Частичное отсутствие линии IS/OS
гипертрофия ПЭС



б) Положительная динамика

Рис.2. ОКТ пациентки с ОЗОНР

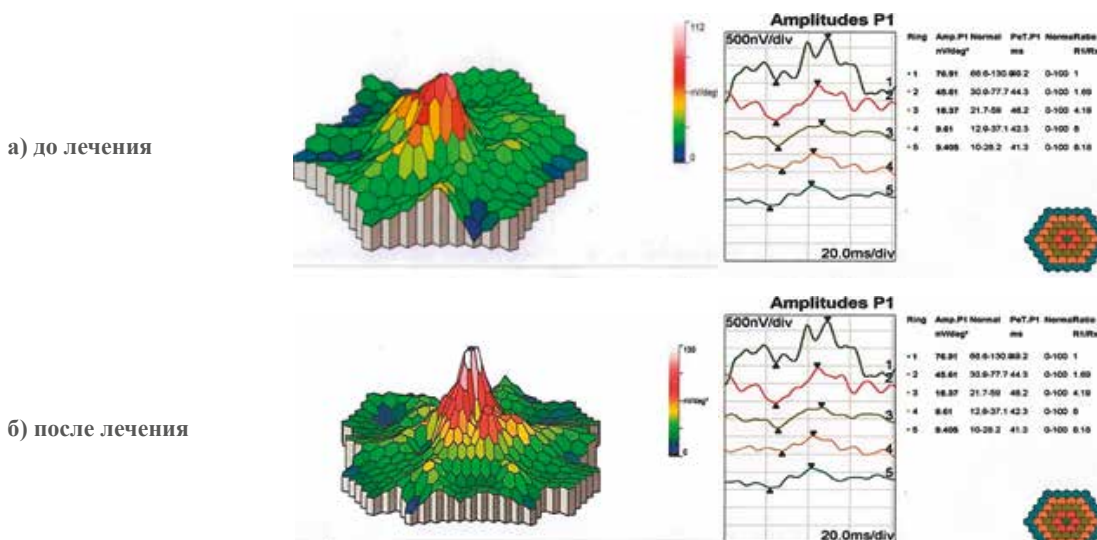


Рис. 3. Результат мультифокальной электроретинографии пациентки до и после лечения в виде топографической карты в 3D. Отмечается повышение амплитуды и плотности сетчатки

Обсуждение

ОЗОНР характеризуется острым началом, нарушением зрительных функций в одной или нескольких зонах сетчатки, отсутствием или минимальными офтальмоскопическими изменениями, поражением наружных слоев сетчатки (фоторецепторы и пигментный эпителий сетчатки) и нарушением ее биоэлектрической активности [2,3]

Большинство пациентов жалуется на внезапное ухудшение зрения. Фотопсия и наличие частичных дефектов в поле зрения являются главными признаками ОЗОНР. При осмотре глазного дна нередко видны мелкие атрофические изменения и пятнистость в центральной зоне, характерные для заболевания. Изначально данные флюоресцентной ангиографии (ФАГ) не обращают на себя внимание. Дефекты пигментного эпителия сетчатки выявляются при прогрессировании болезни. Более информативными методами обследования считаются оптическая когерентная томография (ОКТ) и мультифокальная электроретинограмма (МФ ЭРГ). На ОСТ демонстрируется отсутствие или неровность эллипсоидной линии IS/OS (линия соединения наружных и внутренних сегментов фоторецепторов) и разобщение линии в области пораженного участка сетчатки. Мультифокальная ЭРГ показывает снижение амплитуды.

На основе картины глазного дна и ангиографических изображений Gass J.D. была предложена классификация ОЗОНР (таб. 1) [1,6].

Диагностика ОЗОНР представляет определенные трудности и основывается на таких инструментальных методах обследования как ОСТ, ФАГ, МФ ЭРГ и микропериметрия. Дифференциальная диагностика в основном проводится с заболеваниями MEWDS (синдром множественных быстроисчезающих белых пятен) и AIBESE (синдром острого идиопатического расширения слепого пятна). В обоих случаях наблюдаются изменения диска зрительного нерва, что подтверждается данными флюоресцентной ангиографии и не характерно для ОЗОНР [6, 7].

К сожалению, на сегодняшний день не существует полностью доказанного метода лечения. По литературным данным долгие годы применялись иммунодепрессанты, противовирусные и антибактериальные лекарственные средства, но без относительного успеха [8].

Таблица 1

Классификация ОЗОНР

(Тип I) Прямое вовлечение фоторецепторов	Отсутствие фундускопических и ангиографических изменений в соответствующей зоне потери поля зрения (Тип 1А)	ОЗОНР ОЗОНР, оккультные+мульти-фокальные хореоретинальные поражения (MEWDS, PIC, MCP, AMN)
	Острое ретинальное повреждение	ОЗОНР, оккультно-кольцевой тип; белое кольцо
	Фундускопические изменения в соответствующей зоне потери поля зрения (Тип 1Б)	ОЗОНР, наружный рети-нальный тип без изменения ФАГ
(Тип II) Комбинированное вовлечение фоторецепторов и ПЭС	Наличие фундус и ФАГ изменений в соответствующей зоне потери поля зрения	ОЗОНР, комбинированный тип ОЗОНР, наружно комбинированный и наружно-кольцевой тип

Naкао S. и др. представляли случай 31-летнего мужчины с диагнозом ОЗОНР. Пациент не получил никакого лечения и через два месяца произошла спонтанная ремиссия. Больной находился под постоянным контролем мультифокальной ЭРГ. Пациент был протестирован при первом посещении, далее с интервалом в один месяц в течение года показывал постепенное улучшение, пока параметры не нормализовались [7].

Kitakawa T. и др. сообщают о случае 42-летней пациентки с диагнозом ОЗОНР. После приема двух курсов стероидной терапии (метилпреднизолон 1 г/сут. в течение 3 дней подряд), а затем 30 мг преднизолона в течение одного месяца. Спустя четырнадцать месяцев у пациента наблюдалось улучшение остроты зрения при ОКТ и ERG тестировании [8].

Nashimoto Y. и др. демонстрируют благоприятный исход лечения системными стероидами в ретроспективном исследовании с участием девяти пациентов, у которых средняя продолжительность наблюдения составляет 47 месяцев. Три пациента получали начальную внутривенную терапию (метилпреднизолон 250 мг в течение 3-х дней) с последующим применением преднизолона с постепенным снижением дозы в течение 3-х месяцев. Пять пациентов получали стандартную дозу преднизолона (1 мг/кг/сутки) с постепенным снижением дозы в течение 3-х месяцев. При повторном посещении у всех пациентов наблюдалось улучшение поля зрения при обследовании ОКТ [9].

Нелегко охарактеризовать прогрессирование и прогноз этого заболевания, из-за недостаточных документированных долгосрочных случаев. При выявлении и лечении болезни кортикостероидами на ранней стадии, у пациентов от 77 до 90% наблюдалось улучшение и стабилизация процесса в течение 6 месяцев [10].

Таким образом, острая зональная оккультная ретинопатия является редким и труднодиагностируемым заболеванием, отсутствие своевременного тщательного обследования может привести к ошибочному диагнозу на ранней стадии заболевания и ведению лечения в неправильном направлении.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Gass J.D. Acute zonal occult outer retinopathy. Donders Lecture: The Netherlands Ophthalmological Society, Maastricht, Holland // J.Clin. Neuroophthalmol., 1993, v.2, p.79–97
2. Francis P.J., Marinescu A., Fitzke F.W. et al. Acute zonal occult outer retinopathy: towards a set of diagnostic criteria // Br. J.Ophthalmol., 2005, v.89, p.70-73.
3. Hoang Q., Gallego-Pinazo R., Yannuzzi L. Long-term follow-up of acute zonal occult outer retinopathy // Retina, 2013, v.33, p.1325-1327.
4. Jakobiec A. Principles and Practice of Ophthalmology. Edinburgh: Saunders, 2008, 3rd Ed, v.2, p.2071-2072.

5. Mahendradas P., Shetty R., Avadhani K. et al. Polycythemia Vera and Increased Hemophilic Factor VIII Causing Acute Zonal Occult Outer Retinopathy: A Case Report // Ocul. Immunol. Inflamm., 2010, v.18(4), p.319-321.
6. Mrejen S., Khan S., Gallego-Pinazo R. et al. Acute Zonal Occult Outer Retinopathy A Classification Based on Multimodal Imaging // JAMA Ophthalmol., 2014, v.132(9), p.1089-1098.
7. Nakao S., Kaizu Y., Yoshida S. et al. Spontaneous remission of acute zonal occult outer retinopathy: follow-up using adaptive optics scanning laser ophthalmoscopy // Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol., 2015, v.253(6), p.839-843.
8. Kitakawa T., Hayashi T., Takashina H. et al. Improvement of central visual function following steroid pulse therapy in acute zonal occult outer retinopathy // Doc. Ophthalmol., 2012, v.124, p.249-254.
9. Saito S., Saito W., Saito M. et al. Acute Zonal Occult Outer Retinopathy in Japanese Patients: Clinical Features, Visual Function, and Factors Affecting Visual Function // PLoS ONE, 2015, v.10(4), p.454.
10. Monson D., Smith J. Acute Zonal Occult Outer Retinopathy // Surv. Ophthalmol., 2011, v.56, p.3-35.

Saidova L.X., Kərimova A.Ş.

KƏSKİN XARİCİ ZONAL OKKULT RETİNOPATIYA (KLİNİKİ HAL)

Akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *kəskin zonal okkult xarici retinopatiya, optik koherent tomoqrafiya, multifokal elektoretinoqrafiya*

XÜLASƏ

Məqalədə kəskin başlanğıc, oftalmoskopik dəyişikliklərin qeyri-mövcudluğu və ya minimal olması, tor qişanın xarici qatlarının (fotoreseptorlar və tor qişanın pigment epitel) zədələnməsi və onun bioelektrik aktivliyinin pozulması ilə səciyyələnən kəskin zonal okkult xarici retinopatiyalı kliniki hal təsvir olunub.

Optik koherent tomoqrafiya, mikroperimetriya və multifokal elektoretinoqrafiya göstəriciləri təqdim olunub. Xəstəliyin erkən mərhələsində düzgün qoyulmamış diaqnoz müalicənin yalnız istiqamətdə aparılmasına səbəb ola bilər.

Saidova L.Kh., Kerimova A.Sh.

ACUTE ZONAL OCCULTED OUTER RETINOPATHY (CLINICAL CASE)

National Centre of Ophthalmology named after acad. Zarifa Aliyeva, Baku, Azerbaijan

Keywords: *acute zonal occulted outer retinopathy, optical coherence tomography, multifocal electroretinography*

SUMMARY

The article describes a clinical case of AZOOR (acute zonal occult outer retinopathy), which is characterized by acute onset, absence or minimal ophthalmoscopic changes, lesion of the outer retinal layers (photoreceptors and pigment epithelium) and violation of its bioelectrical activity. The data on optical coherence tomography, microperimetry and multifocal electroretinography are presented.

Lack of timely careful inspection can lead to the wrong diagnosis at an early stage of a disease and to conducting treatment in the wrong direction.

Для корреспонденции:

Саидова Лала Хейрадин кызы, научный сотрудник отдела глазных осложнений сахарного диабета и витреоретинальной хирургии Национального Центра Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой Керимова Айсель Шахвалад кызы, врач-офтальмолог

Адрес: AZ1114, г.Баку, ул. Джавадхана, 32/15

Тел: (+994 12) 569 09 73; 569 54 62;

E-mai: administrator@eye.az; http://www.eye.az; quliyeva_a86@mail.ru