

UOT: 617.735-002

Rüstəmbəyova G.R., Hümmətova N.M.

**SUÇIÇƏYİ VIRUSU İLƏ ƏLAQƏLİ
NEYRORETİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ
(KLİNİK HALLAR)**

Akademik Zərifə Əliyeva adına
Milli Oftalmologiya Mərkəzi,
Cavadxan küç., 32/15
AZ1114, Bakı şəh., Azərbaycan

Korrespondensiya üçün:

Rüstəmbəyova Günay Rüstəm qızı,
Akademik Zərifə Əliyeva adına
Milli Oftalmologiya Mərkəzinin
“Gözün vitreoretinal cərrahiyyəsi”
bölməsinin baş laborantı
E-mail:
gunay.rustambayova@yahoo.com
https://orcid.org/
0009-0008-0909-9269

Hümmətova Nurənə Mübariz qızı,
Akademik Zərifə Əliyeva adına
Milli Oftalmologiya
Mərkəzinin rezidenti
E-mail:
nuranehummtova@gmail.com
https://orcid.org/
0009-0009-3581-6468

İstinad üçün:

Rüstəmbəyova G.R.,
Hümmətova N.M.
Suçıçəyi virusu ilə əlaqəli
neyroretinin xüsusiyyətləri
(klinik hallar).
Azərbaycan Oftalmologiya Jurnalı,
2025, 17; 1 (52): 81-91.
(Rus dilində).

Müəlliflərin iştirakı:

Tədqiqatın anlayışı və dizaynı:

Rüstəmbəyova G.R.,
Hümmətova N.M.

Materialın toplanması və işlənməsi:

Rüstəmbəyova G.R.,
Hümmətova N.M.

Mətnin yazılması:

Rüstəmbəyova G.R.,
Hümmətova N.M.

Redaktə:

Rüstəmbəyova G.R.,
Hümmətova N.M.

*Müəlliflər münafiqələrin
(maliyyə, şəxsi, peşəkar və digər
maraqları) olmamasını təsdiqləyirlər*

Daxil olub 10.02.2025

Çapa qəbul olunub 04.04.2025

XÜLASƏ

Neyroretinit optik sinirin və sonradan makula ulduzunun formalaşması ilə xarakterizə olunan iltihabi xəstəlikdir. Etioloji baxımdan idiopatik və infeksiyon mənşəli neyroretinitlərə rast gəlinir. Neyroretinitin mühüm infeksiyon səbəblərinə Bartonella henselae, Treponema Pallidum, Borrelia burgdorferi və Toxoplazma gondii daxildir. Suçıçəyi virusu (Varicella zoster) ilə əlaqəli neyroretinitlərə isə nadir rast gəlinir.

Virus mənşəli neyroretinitlərin kliniki əlamətlərini qiymətləndirmək və optimal müalicə üsulunu müəyyən etmək üçün araşdırmaya Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinə 2018-2024-cü illər ərzində müraciət etmiş Varicella zoster virusu ilə ilkin infeksiya fonunda inkişaf edən neyroretinit diaqnozlu 3 xəstənin 5 gözü daxil edilmişdir. Xəstələrə standard müayinələrlə yanaşı, laborator və instrumental metodlar tətbiq olunmuş, həmçinin qanda varicella zoster virusunun aşkarlanması və baş beyinin maqnit-rezonans tomoqrafiyası (MRT) müayinəsi aparılmışdır. Bütün xəstələrə ümumi antiviral və kortikosteroid preparatları təyin edilmişdir. Müalicə prosesində xəstələrdə müsbət dinamika müşahidə edilmişdir.

Beləliklə, infeksiyon neyroretinitlərin diaqnozunun vaxtında qoyulması və kompleks müalicə terapiyasının başlanılması xəstələrdə proqressivləşən görmə itiliyinin azalmasının qarşısının alınmasına və xəstəliyin əlamətlərinin yox olmasına gətirib çıxarır.

Açar sözlər: neyroretinit, OKT, kortikosteroidlər, makula ödem, suçıçəyi virusu

Rustambayova G.R., Hummatova N.M.

FEATURES OF CHICKENPOX VIRUS-ASSOCIATED NEURORETINITIS (CLINICAL CASES)

National Ophthalmology
Centre named after
Academician Zarifa Aliyeva,
32/15, Javadkhan str.,
AZ1114, Baku, Azerbaijan

For correspondence:
Rustambayova Gunay Rustam,
chief laboratory assistant in the
Department of Vitreoretinal
Surgery of the Eye at the National
Ophthalmology Centre named after
Academician Zarifa Aliyeva
E-mail:
gunay.rustambayova@yahoo.com
[https://orcid.org/
0009-0008-0909-9269](https://orcid.org/0009-0008-0909-9269)

Hummatova Nurana Mubariz,
resident of the National
Ophthalmology Centre named after
Academician Zarifa Aliyeva
E-mail:
nuranehummtova@gmail.com
[https://orcid.org/
0009-0009-3581-6468](https://orcid.org/0009-0009-3581-6468)

For citation:
Rustambayova G.R.,
Hummatova N.M.
Features of chickenpox
virus-associated neuroretinitis
(clinical cases).
Azerbaijan Journal of
Ophthalmology,
2025, 17; 1 (52): 81-91.
(In Russ.).

Authors participation:
Concept and design of investigation:
Rustambayova G.R.,
Hummatova N.M.
Material collection and processing:
Rustambayova G.R.,
Hummatova N.M.
Spelling text:
Rustambayova G.R.,
Hummatova N.M.
Editing:
Rustambayova G.R.,
Hummatova N.M.

*The authors confirm that there are
no conflicts (financial, personal,
professional and other interests).*

Received 10.02.2025
Accepted 04.04.2025

SUMMARY

Neuroretinitis is an inflammatory disease of the optic nerve involving the macula. Etiologically, there are both idiopathic and infectious forms of optic neuroretinitis. The main infections that cause optic neuroretinitis are, Bartonella henselae, Treponema Pallidum, Borrelia burgdorferi and Toxoplasma gondii. The chickenpox virus (Varicella Zoster) is a much less common cause of optic neuroretinitis.

Our study examined the clinical symptoms and optimal treatment methods for viral neuroretinitis caused by the Varicella Zoster virus. The study was conducted at the National Ophthalmology Centre named after Academician Zarifa Aliyeva from 2018 to 2024. The study included 5 eyes of 3 patients who were diagnosed with neuroretinitis caused by the Varicella Zoster virus. In addition to standard ophthalmological examinations, laboratory and instrumental methods of examination were performed in patients, including serological blood tests and MRI of the brain. All patients received antiviral treatment and corticosteroids. Positive dynamics were noted during treatment in all patients.

In conclusion, early diagnosis and initiation of complex treatment significantly prevent the progression of optic neuritis neuroretinitis, which leads to a decrease in symptoms in patients.

Key words: *neuroretinitis, OCT, corticosteroids, macular edema, chickenpox virus*

УДК: 617.735-002

Рустамбекова Г.Р., Гумматова Н.М.**ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОРЕТИНИТА,
ОБУСЛОВЛЕННОГО ВИРУСОМ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ
(КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ)**

Национальный Центр
Офтальмологии имени
академика Зарифы Алиевой,
ул. Джавадхана, 32/15,
г. Баку, AZ1114, Азербайджан

Для корреспонденции:
Рустамбекова Гюнай Рустам гызы,
старший лаборант отделения
«Витреоретинальной хирургии
глаза» Национального Центра
Офтальмологии имени
академика Зарифы Алиевой
E-mail:
gunay.rustambayova@yahoo.com
[https://orcid.org/
0009-0008-0909-9269](https://orcid.org/0009-0008-0909-9269)

Гумматова Нурана Мубариз гызы,
резидент Национального Центра
Офтальмологии имени
академика Зарифы Алиевой
E-mail:
nuranehummtova@gmail.com
[https://orcid.org/
0009-0009-3581-6468](https://orcid.org/0009-0009-3581-6468)

Для цитирования:
Рустамбекова Г.Р.,
Гумматова Н.М. Особенности
нейроретинита, обусловленного
вирусом ветряной оспы
(клинические случаи).
Азербайджанский
Офтальмологический Журнал,
2025, 17; 1 (52): 81-91.

Участие авторов:
Концепция и дизайн исследования:
Рустамбекова Г.Р.,
Гумматова Н.М.
Сбор и обработка материала:
Рустамбекова Г.Р.,
Гумматова Н.М.
Написание текста:
Рустамбекова Г.Р.,
Гумматова Н.М.
Редактирование:
Рустамбекова Г.Р.,
Гумматова Н.М.

*Авторы заявляют об отсутствии
конфликта интересов
(финансовых, личных,
профессиональных и других).*

Поступила 10.02.2025
Принята к печати 04.04 2025

РЕЗЮМЕ

Нейроретинит – это воспалительное заболевание зрительного нерва с вовлечением макулы. Этиологически встречаются как идиопатические, так и инфекционные формы нейроретинита. Основные инфекции, вызывающие нейроретинит, это Bartonella henselae, Treponema Pallidum, Borrelia burgdorferi и Toxoplasma gondii. Вирус ветряной оспы (Varicella Zoster) значительно реже является причиной неврита зрительного нерва.

В нашем исследовании были исследованы клинические симптомы и оптимальные методы лечения вирусного нейроретинита, вызванного вирусом ветряной оспы. Исследование было проведено на базе Национального Центра Офтальмологии имени Академика Зарифы Алиевой с 2018-го по 2024-й год. В исследование было включено 5 глаз 3-х пациентов, у которых был диагностирован нейроретинит, вызванный вирусом ветряной оспы. У пациентов наряду со стандартными офтальмологическими исследованиями были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования, включая серологический анализ крови и магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга. Все пациенты получали противовирусное лечение и кортикостероиды. Положительная динамика была отмечена в процессе лечения у всех пациентов.

В заключении, ранняя диагностика и начало комплексного лечения значительно предотвращают прогрессирование нейроретинита, что способствует уменьшению симптомов болезни.

Ключевые слова: *нейроретинит, ОКТ, кортикостероиды, макулярный отек, вирус ветряной оспы*

Nejroretinit görmə sinirinin və peripapilyar retinanın iltihabi mənşəli xəstəliyidir. Xəstəlik adətən özünü hər iki cinsdə, xüsusilə gənc yaş qrupunda görmənin orta dərəcədə azalması, optik diskin ödemli və makula ulduzunun formalaşması tiriadası şəklində özünü göstərir.

Görməsinirinin iltihabı bir çox səbəblərdən baş verə bilər; bunlara autoimmun, infeksiya, qranulematoz xəstəliklər, demielinizasiya və s. daxildir [1]. Bir çox infeksiya xəstəlikləri optik neyropatiyaya səbəb ola bilər ki, bu da özünü papillit, retrobulbar neyrit, nejroretinit kimi bürüzə verir. Virus mənşəli optik neyrit daha nadir hallarda rast gəlinir.

Ümumilikdə nejroretinit xoşgedişli xəstəlik olub, vaxtında başlanılan müalicə disk ödemini sorulmasına, bu isə öz növbəsində görmənin tam və ya qismən bərpasına gətirib çıxarır.

Lakin bəzi hallarda xəstəliyin nəticəsində görmə sinirinin hissəvi atrofiyası və bu səbəbdən görmə qabiliyyətinin zəifləməsi, həmçinin görmə sahəsində qüsurlar baş verə bilər [2].

Optik neyritin etiologiyasının vaxtında aşkar edilməsi bu xəstəliyin erkən və düzgün müalicəsi üçün vacibdir. Differensial diaqnostika üçün klinik müayinə, anamnezin toplanması, həmçinin görmə sahəsi, optik koherens tomoqrafiyası (OKT), maqnit rezonans tomoqrafiyası, seroloji müayinələr, serebrospinal mayenin müayinəsi zəruridir.

Məqsəd - Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzində 2018-2024-cü illər ərzində "Suçiçəyi virusu ilə əlaqəli nejroretinit" diaqnozu üzrə müalicə alan üç xəstənin klinik hallarını təqdim etmək.

Klinik hal 1

Pasiyent, 13 yaşlı B.A., 25.10.2018-ci ildə Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinə sağ gözündə son 15 gündə görmənin azalması, bulanıq görmə, görmə sahəsinin mərkəzində ləkə şikayətləri ilə müraciət etmişdir. Pasiyentin sözlərinə görə 21 gün öncə suçiçəyi keçirmişdir. Xəstəyə rutin müayinələr aparılmış, hər iki gözün görmə itiliyi yoxlanmış və pnevmonometriya aparılmışdır.

Korreksiya ilə maksimal görmə itiliyi:

Vis OD = 0,02

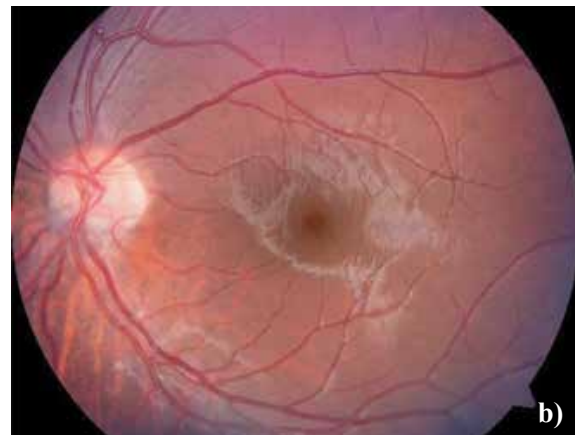
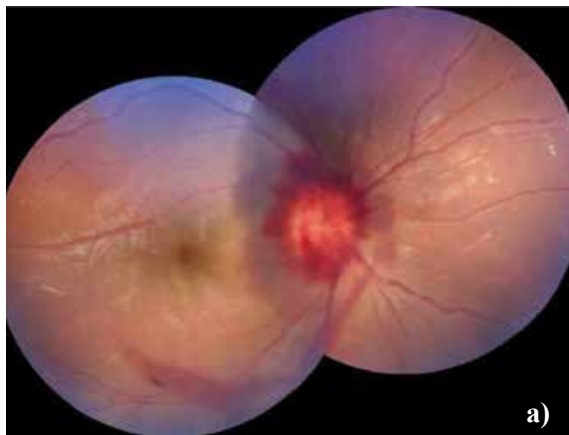
Vis OS = 0,9

Gözdaxili təzyiq (GDT):

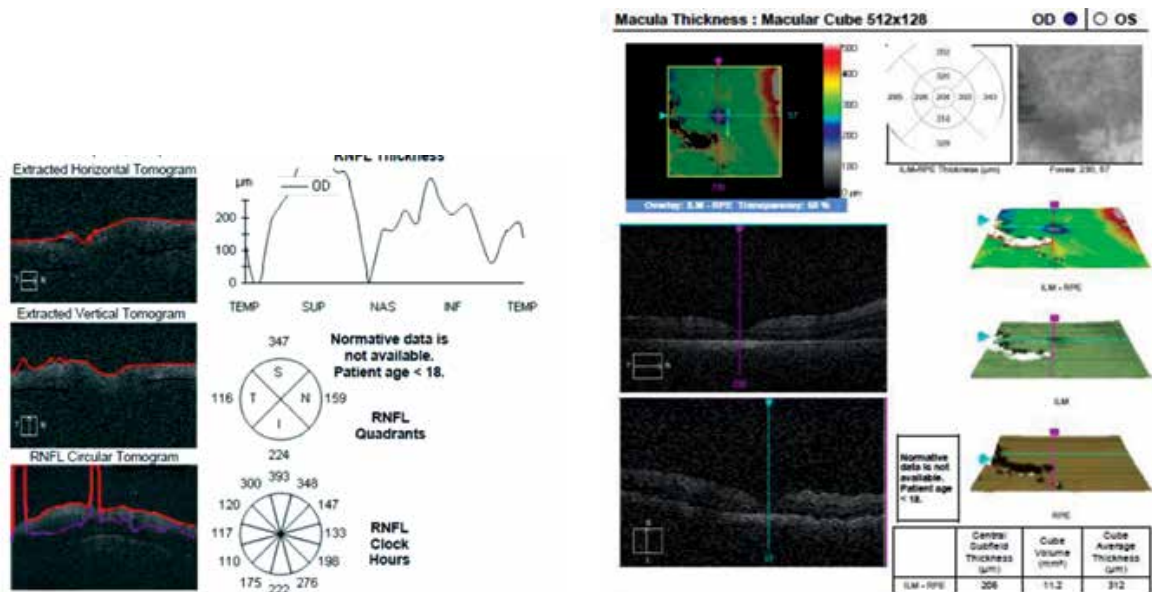
Tn OD = 18,5 mm c.süt.

Tn OS = 27,4 mm c.süt.

Biomikroskopiya zamanı sağ gözdə ön kamera mayesində 1 (+) hüceyrələr, şüşəvari cisimdə iltihabi hüceyrələr və preretinal qansızma müşahidə olunmuşdur. Görmə siniri diski ödemli, kənarları silinmiş, üzərində və peripapilyar zonada subretinal qansızma, həmçinin makulyar ödem və perivaskulyar infiltrasiya qeyd edilmişdir. Müayinə zamanı sol gözdə patologiya aşkar olunmamışdır (**şəkl.1**).



Şəkil 1. Xəstə B.A., rəngli fundus görüntü müalicədən qabaq: a) sağ göz - görmə siniri diski üzərində və peripapilyar zonada qansızma; b) sol göz - sağlam.

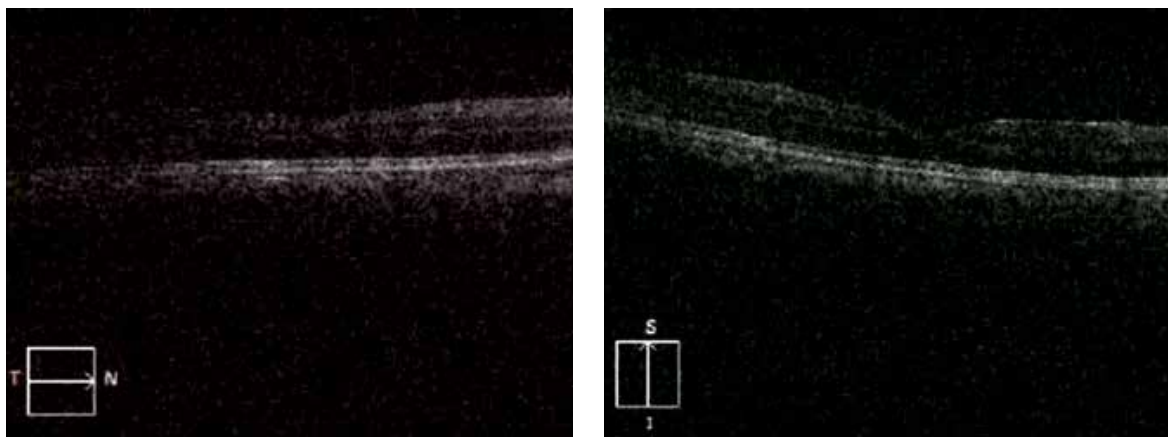


Şəkil 2. Xəstə B.A., sağ gözün müalicədən əvvəl OKT görüntüsü: görmə siniri məməciyi ətrafında sinir lifləri qatı qalınlaşmış, optik diskin ödemli, foveolada neyroretina nazilib, diskə doğru neyroretinanın qalınlaşması və subretinal maye.

Pasiyentə OKT müayinəsi aparılmışdır. Şəkil 2-dən görüldüyü kimi, sağ gözdə görmə siniri məməciyi ətrafında sinir lifləri qatı qalınlaşmış, optik diskin ödemli qeyd olunur. Foveolada neyroretina nazilib, diskə doğru neyroretinanın qalınlaşması və subretinal maye müşahidə olunur.

Pasiyentə laborator müayinələr - qanın ümumi, biokimyəvi, seroloji analizləri aparılmışdır. Qanın immunoloji analizinin nəticəsində “Herpes” virusuna qarşı İgM titri normal, İgG titri isə normadan yüksək müəyyən edilmişdir, digər infeksiyaların anticisimlərinin səviyyəsi referens göstəricilərdən

fərqlənməmişdir. Xəstədə peripapilyar sahədə subretinal qansızmanın olması “Terson sindromu” ilə differensial diaqnostikasının zərurətini yaratmış və bu səbəbdən baş beyin MRT müayinəsi aparılmışdır. Həmin müayinədə heç bir patologiya, o cümlədən, subaraxnoidal qansızma aşkar edilməmişdir. Aparılmış müayinələrə əsasən pasiyentə “OD - Varisella zoster mənşəli neyrorinit” diaqnozu qoyulduqdan sonra müalicə sxemi təyin olunmuşdur: “Asiklovir” 500 mq venadaxili damcı ilə gündə 2 dəfə 5 gün ərzində, ardınca “Asiklovir” tablet 400 mq gündə 4 dəfə 20 gün ərzində. Virusəleyhinə



Şəkil 3. Xəstə B.A., sağ gözün müalicədən 1 ay sonra OKT görüntüsü: görmə sinirinin diskə doğru neyroretinanın qalınlaşması azalması, subretinal mayenin sorulması.

müalicənin başlanmasından 1 gün sonra daxilə “Metilprednizolon” tablet 0,5 mq/kq dozada təyin edilmişdir. Kortikosteroidin dozası hər həftə 8 mq azaldılmış, gündə 4 mq minimal dozaya çatdırıldıqdan 1 ay sonra dayandırılmışdır.

Müalicədən lay sonra təkrar OKT müayinəsi aparılmış və nəticəsinə əsasən görmə sinirinin diskində doğru neyretinin qalınlaşması azalmış, subretinal mayenin sorulması qeyd olunmuşdur (**şək. 3**).

Biomikroskopiya zamanı sağ gözdə peripapilyar zonada qan sorulmuşdur. Görmə sinirinin bir qədər avazıması, temporal hissəsində piqmentasiyası müşahidə edilmişdir (**şək. 4, a**).

Müalicədən 1 il sonra xəstənin korreksiya ilə maksimal görmə itiliyi və GDT:

Vis OD=0,5

Vis OS=0,9

Tn OD =20,0 mm c.süt.

Tn OS=17,1 mm c.süt.

Biomikroskopiya zamanı sağ gözdə görmə sinirinin atrofiyası və peripapilyar xorioretinal atrofik ocaq müəyyən edilmişdir (**şək. 4, b**). Pasiyent bizim və pediatriyaya dinamik müşahidəsi altındadır.

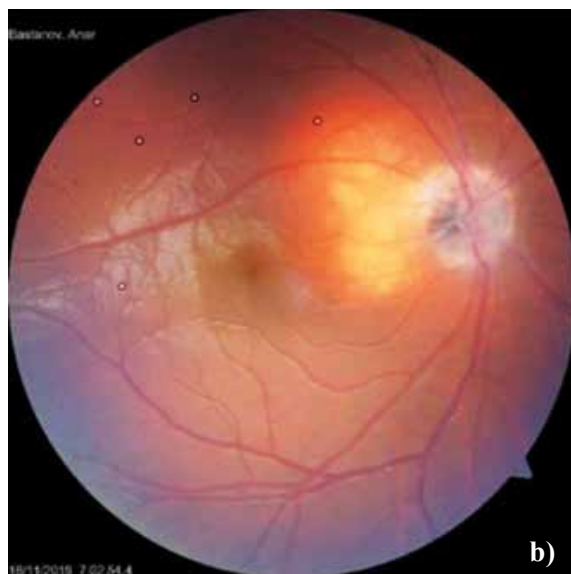
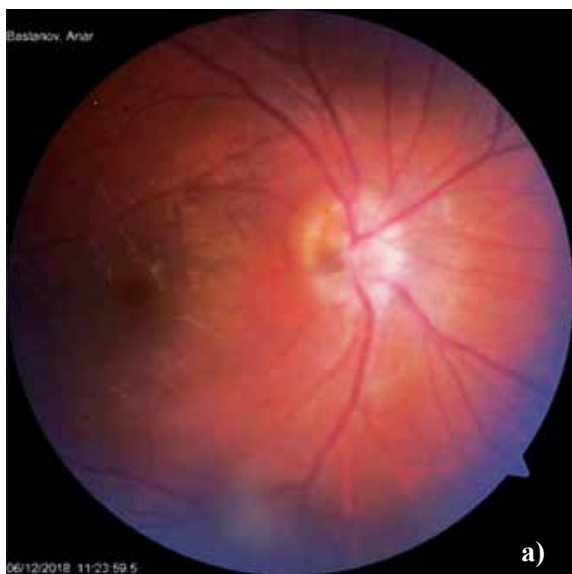
Klinik hal 2

Pasiyent Ə.A., 9 yaşlı qız uşağı, 3-4 gündür görməsinin kəskin itməsindən şikayət edərək 28.10.2022-ci il tarixində Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinə müraciət etmişdir. Anasının sözlərinə görə, xəstədə 18 gün öncə suçiçəyi xəstəliyinin əlamətləri başlamışdır. Hər iki gözdə görmə itiliyi 0 (sıfır) kimi təyin olunurdu.

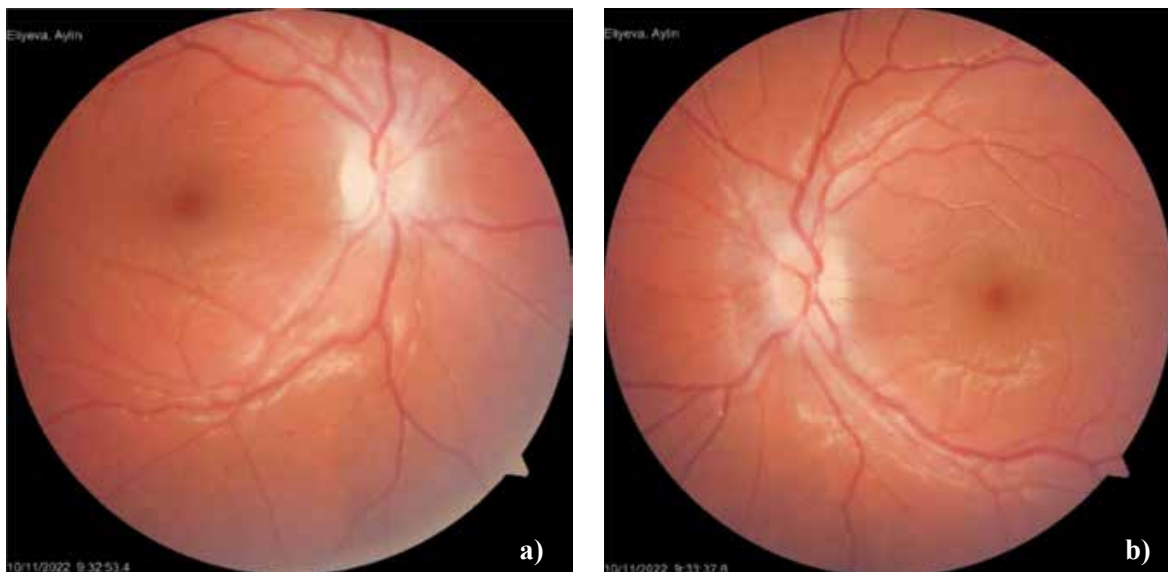
Oftalmobiomikroskopiya hər iki gözdə bəbəyin gen və işığa reaksiyasının zəif olduğu müəyyən edilmişdir. Nisbi afferent bəbək defektinin (RAPD) müsbət olduğu müşahidə edilmişdir. Göz dibi müayinəsi zamanı görmə sinirinin ödemə, nazal, yuxarı, aşağı hüdudlarının silinməsi, temporal hissədə bir qədər avazıması, makulyar refleksin zəif olduğu izlənilmişdir (**şək. 5**).

Pasiyentə qanın biokimyəvi, ümumi, seroloji analizləri aparılmışdır. Birinci klinik haldakı kimi, seroloji analizlərin nəticəsində “Herpes” virusuna qarşı İgM titri normal, İgG titri isə normadan yüksək aşkarlanmış, digər infeksiyaların anticisimlərinin titrləri normadan fərqlənməmişdir.

Aparılmış baş beyin MRT müayinəsində patoloji aşkar olunmamışdır. Xəstə Əbülfəs Qarayev adına 2 saylı Klinik



Şəkil 4. Xəstə B.A., müalicədən sonra sağ gözün rəngli fundus görüntüsü: a) 1 ay sonra - peripapilyar zonada qanın sorulması, görmə sinirinin bir qədər avazıması, temporal hissəsində piqmentasiyası; b) 1 il sonra - görmə sinirinin atrofiyası, peripapilyar xorioretinal atrofik ocaq.



Şəkil 5. Xəstə Ə.A., a) sağ və b) sol gözlərin ilkin müəciət zamanı rəngli fundus görüntüsü: görmə sinirinin ödemli, nazal, yuxarı, aşağı hədudlarının silinməsi, temporal hissədə bir qədər avazıması, makulyar refleks zəif.

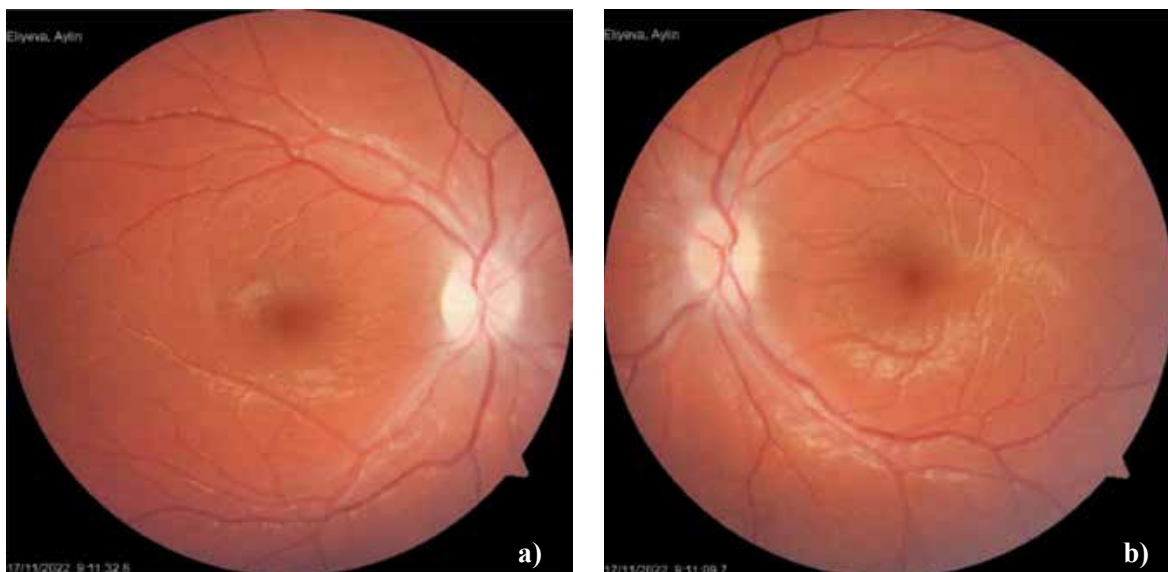
Uşaq Xəstəxanasına pediatri müayinəsinə göndərilmişdir. Uşaq həkiminin müayinəsindən sonra pasiyentə “OU - Varicellazostermənşəli neyoretinit” diaqnozu qoyulmuş və müalicə təyin olunmuşdur: “Asiklovir” tablet 400 mq gündə 4 dəfə 20 gün ərzində və daxilə, “Metilprednizolon” tablet 0,5 mq/kq dozada təyin edilmişdir. Kortikosteroidin dozası tədricən azaldılmış və gündə 4 mq minimal dozaya çatdırıldıqdan

1 həftə sonra dayandırılmışdır. Yerli “Prednizolon asetonid” 0,1% instillyasiyası da təyin edilmişdir. Ümumiyyətlə, müalicə 5 həftə davam etmişdir.

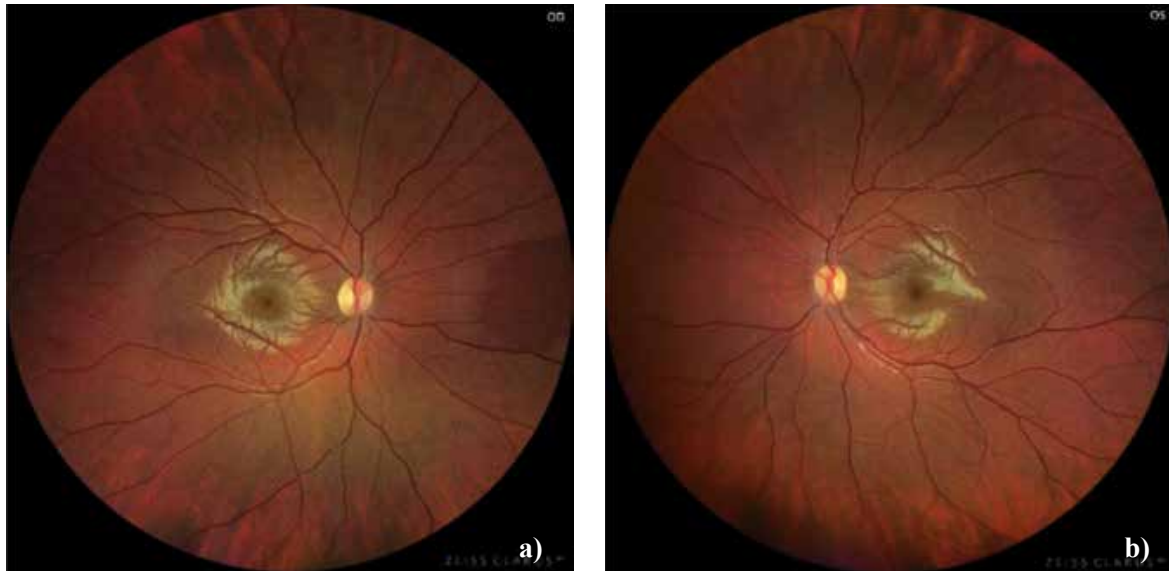
20 gün sonra pasiyentin korreksiya ilə maksimal görmə itiliyi:

Vis OD =0,05; Vis OS=0,02

Biomikroskopiya müayinəsində hər iki gözdə görmə sinirinin diskinin ödemli azalması müşahidə edilmişdir (şəkil 6).



Şəkil 6. Xəstə Ə.A., a) sağ və b) sol gözlərin müalicədən 20 gün sonra rəngli fundus görüntüsü: görmə sinirinin diskinin ödemli azalması.



Şəkil 7. Xəstə Ə.A., a) sağ və b) sol gözlərin müalicədən 3 ay sonra rəngli fundus görüntüsü: görmə sinirinin hissəvi atrofiyası.

Müalicədən 2 ay sonra xəstənin iki gözündə də görmə itiliyi yüksəlmişdir:

Vis OD=0,7; Vis OS=0,8

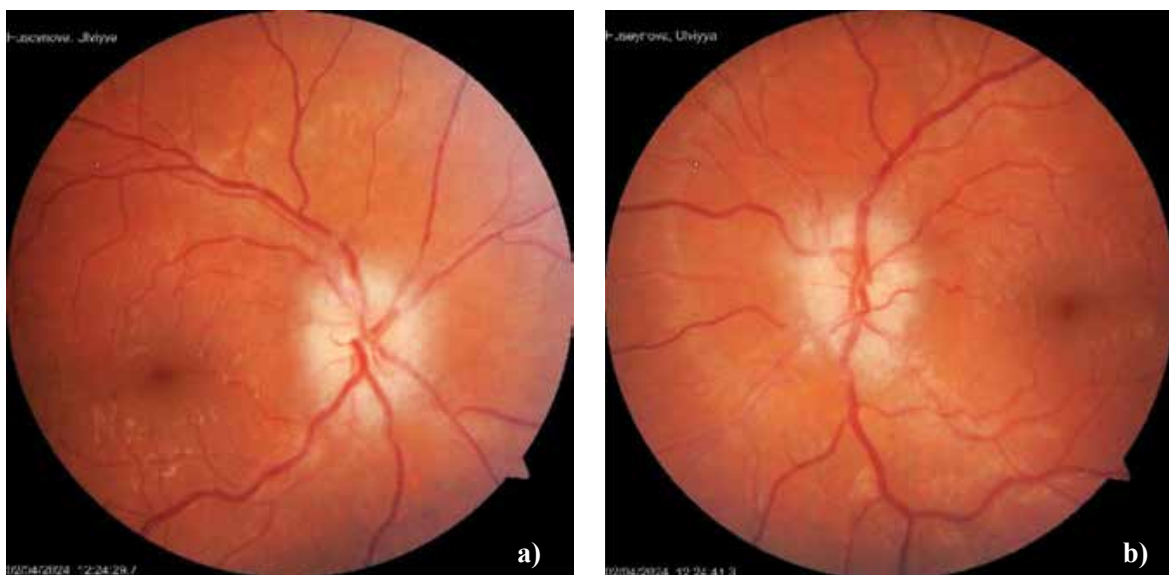
Biomikroskopkiya zamanı hər iki gözdə görmə sinirinin ödemi azalmış, temporal hissəsinin bir qədər avazıması müşahidə edilmişdir (OD>OS). Pasiyent 28.01.2025-ci il tarixində təkrar müayinədən keçmiş və hər iki gözün görmə itiliyi 1,0 vahid təşkil etmişdir. Biomikroskopkiya zamanı görmə sinirinin hissəvi atrofiyası müşahidə edilmişdir (şəkl. 7).

Klinik hal 3

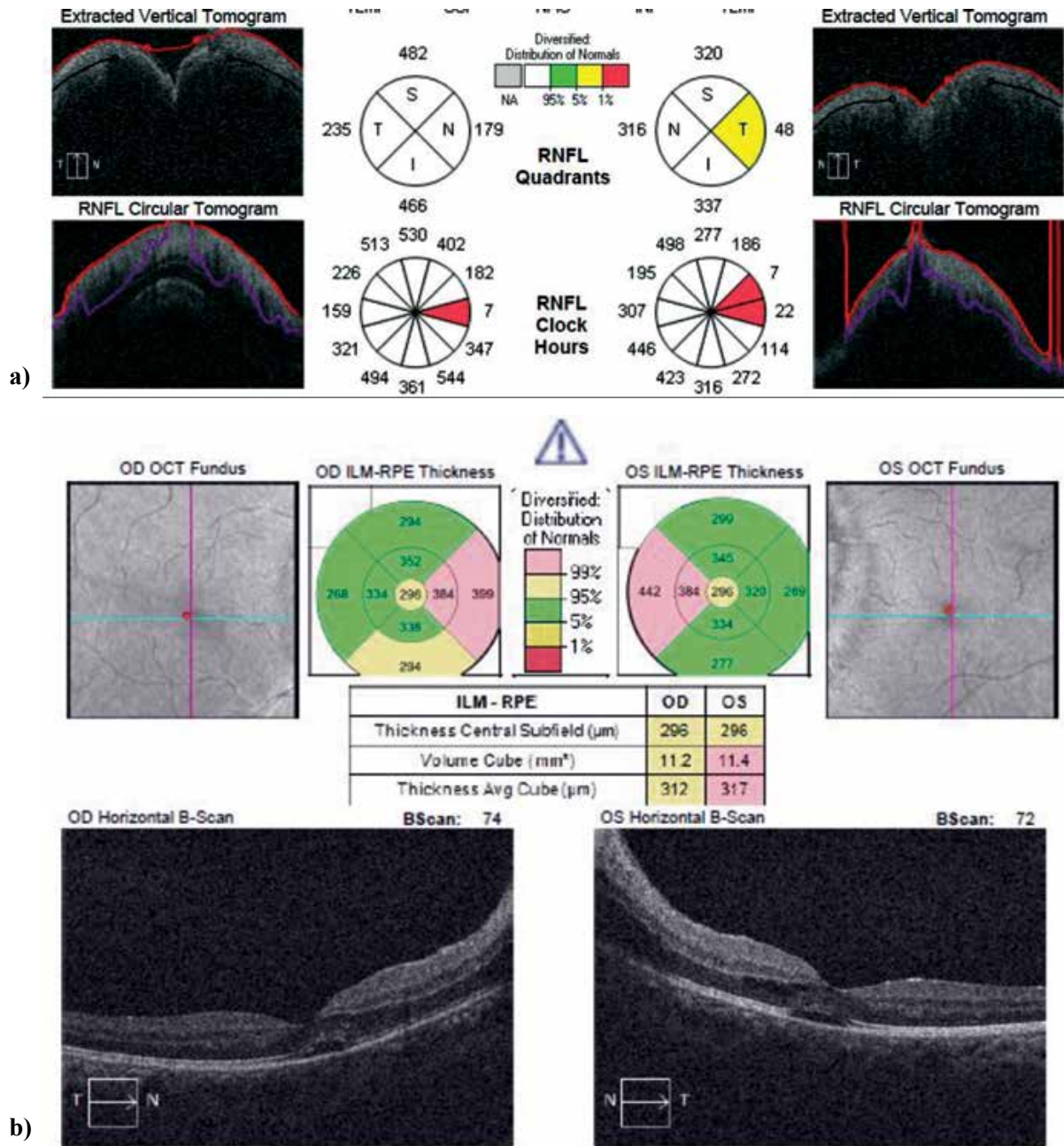
Pasiyent, 25 yaşlı H.Ü., 02.04.2024-ci il tarixində hər iki gözde görmənin zəifləməsi, bulanıq görmə şikayətləri ilə Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinə müraciət etmişdir.

Xəstə gözlərindəki simptomların yaranmasını suçiçəyi xəstəliyi dövründə yarandığını qeyd etmişdir.

Pasiyentdə hər iki gözün görmə itiliyi maksimal korreksiya ilə yoxlanılmış, tonometriya aparılmışdır:



Şəkil 8. Xəstə H.Ü., a) sağ və b) sol gözlərin ilkin müraciət zamanı rəngli fundus görüntüsü: görmə sinirinin və makulanın ödemi.



Şəkil 9. Xəstə H.Ü., iki gözün müalicədən əvvəl OKT görüntüsü: a) RNFL qalınlaşmış, görmə sinirinin ödemə qeyd olunur; b) foveolar zonada subretinal maye və diskə doğru neyretinin qalınlaşması.

Vis OD=0,05

Vis OS=0,03

Tn OD=21,4 mm c.süt.

Tn OS=19,7 mm c.süt.

Biomikroskopiya zamanı hər iki gözünün ön hissəsi patologiyasız kimi qiymətləndirilmiş, şüşəvari cisimdə iltihabi hüceyrələr qeyd olunmuşdur. Müayinə zamanı görmə sinirinin və makulanın ödemə müşahidə edilmişdir (şəkl. 8).

Pasiyentə OKT müayinəsi aparılmışdır.

Şəkildən də görüldüyü kimi hər iki gözde torlu qışanın sinir liflərin qatı (retinal nerve fiber layer – RNFL) qalınlaşmış, görmə sinirinin ödemə qeyd olunur. Foveolar zonada subretinal maye və diskə doğru neyretinin qalınlaşması qeyd olunur (şəkl. 9 a, b).

Pasiyentə B-scan ultrasəs müayinəsi aparılmış və nəticələrinə görə, hər iki gözde görmə sinirində qabarma, orta reflektivli bulanmalar qeyd olunmuşdur. Aparılmış baş beyin MRT müayinəsində hər hansı bir

patologiya aşkar olunmamışdır. Pasiyentə “OU - Varisella zoster mənşəli neyretinit” diaqnoz qoyulduqdan sonra müalicəyə başlanılmışdır.

Xəstəyə “Asiklovir” 500 mq venadaxili damcı ilə gündə 3 dəfə 5 gün ərzində, ardınca “Asiklovir” tablet 400 mq gündə 4 dəfə 20 gün ərzində təyin edilmişdir. Virusəleyhinə müalicənin başlanmasından 1 gün sonra daxilə Metilprednizolon tablet 0,5 mq/kq dozada təyin edilmişdir. Kortikosteroidin dozası hər həftə 8 mq azaldılmış, gündə 4 minimal dozaya çatdırıldıqdan sonra dayandırılmışdır. Yerli “Prednizolon asetonid” 0,1% instillasiyası təyin edilmişdir. Müalicə 1 ay davam etmişdir. Müalicədən sonra görmə siniri diskinin ödemə azalmış, görmə itiliyi yüksəlmişdir və maksimal korreksiya ilə sağ gözdə 0,7, sol gözdə isə 0,9 təşkil etmişdir.

Müzakirə

İnfeksiyon mənşəli neyretinitlər tez-tez rast gəlinir. Neyretinitin mühüm infeksiyon səbələrinə Bartonella henselae, siflis və Laym xəstəliyi aiddir [2]. Varicella zoster virusu ilə əlaqəli təcrid edilmiş neyretinit halları isə nadir hallarda müşahidə edilir [3]. Məqələmizdə təqdim olunan klinik hallarda bütün xəstələrə laborator müayinələr - qanın ümumi, immunoloji, biokimyəvi analizləri aparılmışdır. Hər üç xəstədə qanda “Herpes İgM” səviyyəsi normal, İgG isə titri yüksək müəyyən olunmuş, digər infeksiyaların anticisimlərinin göstəricilərində norma ilə dürüst fərq yox idi. Həmçinin, bütün xəstələrə demielinizasiyanı və subaraxnoidal qansızmanı inkar etmək üçün baş beynin MRT müayinəsi aparılmış, patologiya aşkarlanmamışdır. Aparılmış müayinələr əsasında hər üç xəstəyə “Varicella zoster virusu mənşəli neyretinit” diaqnozu qoyulduqdan sonra virusəleyhinə və steroid müalicə sxemi təyin edilmişdir.

Varicella zoster virusu iki fərqli klinik hal yarada bilər: suçiçəyi və zoster. Suçiçəyi Varisella Zoster ilə ilkin yoluxma zamanı baş verir və daha çox uşaqlarda rast gəlinir. Virusun yenidən aktivləşməsi daha çox

yetkinlərdə, xüsusilə həyatlarının altıncı onilliyində və ya immunosupressiv müalicə fonunda baş verir [4]. Varicella zoster virusunun tipik olaraq gözün arxa seqmentini zədələməsi özünü kəskin retinal nekroz kimi göstərir [5]. Həmçinin, “Herpes zoster oftalmikusdan” sonra Varicella zoster virusu ilə əlaqəli optik neyritin yaranması barədə məqalələr mövcuddur [6, 7]. Varicella zoster virusu ilə əlaqəli neyritin yaranma mexanizmi tam olaraq aydın deyil. Görmə sinirinin virus ilə birbaşa zədələnməsi nəzəriyyəsinə Pina 1997-ci ildə irəli sürmüşdür [8]. Sonradan təsvir edilmiş başqa bir nəzəriyyədə isə görmə sinirinin zədələnməsində orqanizmin virus antigenlərinə qarşı olan immunoloji cavabın rol oynadığı qeyd olunmuşdur. [9] Bu nəzəriyyəyə görə virus antigenləri ilə sinirin zülalları arasında mimikriya nəticəsində autoimmun reaksiya yaranır və görmə siniri zədələnir. Bununla əlaqəli Varicella zoster mənşəli optik neyritin müalicəsində yalnız virusəleyhinə preparatların istifadəsi zamanı əldə olunan nəticələr zəif olmuşdur. Sonrakı hesabatlarda sistemli asiklovir və steroidlərin kombinə şəkildə təyin edilməsi daha yaxşı görmə nəticələri verdiyi göstərilmişdir [10]. Bizim xəstələrdə də virusəleyhinə preparatlar və kortikosteroidlərin kombinasiyalı müalicəsi nəticəsində xəstəliyin gedişində müsbət dinamika və simptomların tədricən azalması müşahidə olunmuşdur. Beləliklə, bütün xəstələrdə müalicə fonunda görmə itiliyi və rəng duyğusu bərpa olunmuş, gözlərdə neyretinitin obyektiv əlamətləri (ödem, hiperemiya, peripapilyar qansızmalar) yox olmuşdur.

Yekun

İnfeksiyon neyretinitlərin səbəbi kimi virus infeksiyası nadir hallarda rast gəlinir. Görmə itiliyində progressivləşən azalmanın qarşısının alınması və xəstəliyin əlamətlərinin aradan qaldırılması məqsədilə belə hallarda vaxtında tətbiq olunan virusəleyhinə və ümumi kortikosteroid terapiyasının xüsusi əhəmiyyəti vardır.

ƏDƏBİYYAT

REFERENCE | ЛИТЕРАТУРА

1. Phuljhele, S. Approach to optic neuritis: An update / S.Phuljhele, S.Kedar, R.Saxena // *Indian J. Ophthalmol.*, – 2021. 69(9), – p. 2266-2276. https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_3415_20
2. Bennett, J.L. Optic Neuritis // *Continuum (Minneap Minn)*, – 2019. 25(5), – p. 1236-1264. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000768>
3. Azevedo, A.R. Optic neuritis in an adult patient with chickenpox / A.R.Azevedo, R.Simões, F.Silva [et al.] // *Case Rep. Ophthalmol. Med.*, – 2012. 2012, – p. 371584. <https://doi.org/10.1155/2012/371584>
4. Miller, D.H. Optic neuritis following chickenpox in adult / D.H.Miller, R.Kay, F.Schon // *Journal of Neurology*, – 1986. 233(3), – p. 182-184. <https://doi.org/10.1007/BF00314431>
5. Savastano, A. Varicella Zoster Virus and Acute Retinal Necrosis / A.Savastano, M.C.Savastano, C.Fossataro // *Retina*, – 2022. 42(11), – p. 52-53. <https://doi.org/10.1097/IAE.0000000000003563>
6. Gunduz, K. Bilateral retrobulbar neuritis following unilateral herpes zoster ophthalmicus / K.Gunduz, O.Ozdemir // *Ophthalmologica*, – 1994. 208, – p. 61-64. <https://doi.org/10.1159/000310454>
7. Scharf, Y. Optic neuropathy and central retinal artery occlusion in a case of herpes zoster Ophthalmicus / Y.Scharf, E.Kraus, S.Zonis // *Ann. Ophthalmol.*, – 1987. 19(2), – p. 77-78.
8. Pina, M.A. Myelitis and optic neuritis due to varicella / M.A.Pina, J.R.Ara, J.L.Capablo // *Revista de Neurologia*, – 1997. 25(146), – p. 1575-1576.
9. Galbussera, A. Isolated bilateral anterior optic neuritis following chickenpox in an immunocompetent adult / A.Galbussera, E.Tagliabue, M.Frigo [et al.] // *Neurological Sciences*, – 2006. 27(4), – p. 278-280. <https://doi.org/10.1007/s10072-006-0684-x>
10. Touhami, S. Rétinites virales [Viral retinitis] // *J. Fr. Ophthalmol.*, – 2024. 47(10), – p. 104341. <https://doi.org/10.1016/j.jfo.2024.104341>