

М. Г. ГОГУНЦ

ОТЕК СОСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА, ВЫЗВАННЫЙ ВИРУСНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЕСНО И КОКСАКИ

За последние годы выявляются инфекционные заболевания, вызываемые вирусами Есно, Коксаки и аденовирусами [4].

В офтальмологической литературе до сих пор почти не освещался вопрос о поражении зрительного нерва как осложнения после перенесения вирусной инфекции Есно и Коксаки.

Встречаются описания заболевания только переднего отрезка глаза вирусной этиологии.

В настоящее время известны 25 серотипов вируса Есно. Вирусы Коксаки подразделяются на две группы. В группе А насчитывается 20 серологических типов, в группе В—5. У людей выявлено 18 серологических типов аденовирусов и 5—от обезьян. Они устойчивы к антибиотикам.

Заболевания отличаются большой контагиозностью, особенно для детского возраста. Пути распространения инфекции—капельный, кишечный и контактный. Инкубационный период 3—7 дней. Длительность лихорадочного периода не превышает 3—5 дней.

Вирусы Есно и Коксаки объединены в настоящее время в подгруппу кишечных вирусов, сходных с вирусами полиомиелита не только по своим размерам, устойчивости к серному эфиру, характерному цитопатогенному действию на тканевые культуры, но и по клинико-эпидемиологическим особенностям вызываемых ими заболеваний.

Для уточнения диагноза эти вирусы можно выделить в остром периоде из конъюнктивальных и носоглоточных смывов и из фекальных масс, а при наличии менингита—из спинномозговой жидкости методом вирусологического и серологического исследований.

Характерным для заболеваний (небактериальные конъюнктивиты, пленчатые конъюнктивиты и эпидемические кератно-конъюнктивиты), связанных с аденовирусами, являются катаральные воспаления слизистых оболочек глотки и дыхательных путей.

Пленчатые конъюнктивиты иногда с подконъюнктивальными кровоизлияниями, вызываемые аденовирусами 2-го типа, возникают чаще у детей до 2 лет; наличие пленок может дать повод к ошибочной диагностике (дифтерия глаз).

Методическое письмо Главного санитарно-эпидемиологического управления Министерства здравоохранения РСФСР [2, 4] констатирует, что характерным для всех заболеваний, связанных с аденовирусами, являются катаральные воспаления слизистых оболочек дыхательного

тракта и глаз, а также поражение лимфатических узлов, главным образом шейных [1].

Вирусы Коксаки вызывают также явления герпетической ангины и миалгии. С. Носов [3] наблюдал, что в одних и тех же условиях один и тот же серотип вируса может вызывать различные клинические формы болезни—эпидемическую приступообразную миалгию, гастроэнтерит, миокардит взрослых и детей, энцефаломиокардит новорожденных и т. д.

При заболеваниях, вызванных вирусами Есно и Коксаки, характерен внешний вид больного: белый носогубный треугольник, щеки, шея, верхняя часть груди значительно гиперемированы; отмечается инъекция конъюнктивальных и склеральных сосудов.

Иногда в начальном периоде болезнь протекает с явлениями асептического серозного менингита, постоянными симптомами которого являются: сильные головные боли, тошнота, рвота, повышение температуры до $38-40^{\circ}$, ригидность затылочных мышц, в отдельных случаях головокружение, симптомы Кернига и Брудзинского; причем болезненности глазных яблок при движении нет.

Иногда менингеальные симптомы могут быть выражены очень легко и даже быть сомнительными.

Во всех случаях асептического серозного менингита спинномозговая жидкость изменена, вытекает под повышенным давлением; ликвор бесцветен и прозрачен; цитоз колеблется от нескольких десятков до трехсот и больше (преимущественно лимфоцитарный).

В период рековалесценции у многих больных в периферической крови отмечается нарастание количества эозинофилов до $15-20\%$; РОЭ нормальна или незначительно ускорена.

Помимо различной выраженности менингеальных симптомов, в течение первых дней болезни бывает светобоязнь, выраженная инъекция склеральных сосудов. Иногда обнаруживается горизонтальный или горизонтально-ротаторный, редко вертикальный нистагм и головокружение.

Самое существенное заключается в том, что у некоторых больных вследствие механического сдавливания нервных волокон отмечаются изменения в глазном дне: небольшая нерезко выраженная отечность соска зрительных нервов и нарушение функции органа зрения, которые при своевременном диагностировании и правильном лечении быстро рассасываются, исчезают и серьезных последствий не оставляют.

Приводим наши наблюдения над двумя больными.

Больной Г. А., 21 г. Жалобы на сильные головные боли и слепоту обоих глаз. Незадолго до этого болел вирусным гриппом, который длился 5—6 дней и протекал с сильнейшими головными болями, тошнотой, рвотой, головокружением, кашлем и герпесом на губах. Не дождавшись полного выздоровления, приступил к работе, и через несколько дней лишился зрения.

Амбулаторное лечение оказалось неэффективным. Объективные данные: в передних отрезках глазных яблок видимых изменений не выявлено; рефракция эметропическая; зрачки полностью расширены, и реакция на свет отсутствует; внутриглазное давление нормальное. На дне глаза явления, которые

бывают при повышении внутричерепного давления, а именно: сосочек зрительного нерва слегка увеличен и отечен, выстоит в стекловидное тело с неясно выраженными мутноватыми границами диска; сетчатая оболочка вокруг соска зрительного нерва и желтого пятна также отечна, местами очень маленькие, едва видимые белые эксудативные очажки; ретинальные артерии сужены, вены расширены, штопорообразно извиты; местами кажется, что целостность сосуда нарушена. Светоощущение отсутствует. Острота правого и левого глаза равна нулю.

Консультация невропатолога, рентгенолога, фтизиатра и терапевта показала, что патологические явления отсутствуют, кроме единичных сухих хрипов в легких.

Артериальное давление—90/60 мм рт. ст. Анализ крови: кроме незначительного повышения количества эозинофилов (4%), других изменений нет. Реакции Вассермана и Пирке отрицательны. Моча в норме.

Назначение: внутримышечные уколы витамина В-12.

Кроме этого, больной получал внутривенно 40%-ный раствор глюкозы и уротропина с целью улучшения питания сетчатки, дегидратации и дезинтоксикации.

Благодаря этим лечебным мероприятиям, на четвертый день восстановилось светоощущение, а на шестой день—зрение. Острота зрения равнялась 0,01. Общее состояние больного постепенно улучшалось, зрение усиливалось.

Через двадцать дней после начала лечения: у больного зрачки сужены, реакция на свет нормальная, отечность сосков зрительных нервов и сетчатки почти рассосалась, ретинальные сосуды нормальны, острота зрения как правого, так и левого глаза равна 0,7.

2. Больной М. З., 10 лет. Острота зрения правого глаза равна нулю, левым глазом едва различает предметы на очень близком расстоянии (у самого лица).

На шее с правой стороны увеличен лимфатический узел (с гусиное яйцо). Пальпация узла была слегка болезненна. Состояние глазного дна почти такое же, как у вышеописанного больного.

Из анамнеза: полтора месяца назад больной перенес тяжелое заболевание с потерей сознания и болью в глазах, в результате которого больной ослеп.

Возможно, что он также болел серозным менингитом, вызванным вирусами Есно и Коксаки, воспалением зрительного нерва и ретины, а также лимфаденитом, вызванным аденовирусами.

Лечение проводилось тем же методом, как и у первого больного, дополнительно принимал и антибиотики.

Через три недели с начала лечения острота зрения правого глаза повысилась до 0,07, левого глаза—до 0,25; припухлость шейного лимфатического узла полностью исчезла.

Больной находится под наблюдением; периодически принимал биогенные стимуляторы. Повторная проверка показала, что острота зрения правого глаза равна 0,2, левого—0,5.

Итак, ссылаясь на В. П. Филатова [6] и исходя из результатов проделанной нами работы, мы считаем, что при остроте зрения, равной нулю, не следует считать лечение бесполезным. Опыт показал, что своевременное диагностирование и правильно проведенное лечение может значительно облегчить состояние больного.

Ленинканская
железнодорожная больница

Поступило 28/VIII 1963 г.

Մ. Գ. ԳՈԳՈՒՆՅԱՆ

ՏԵՍԱՆԵՐՎԻ ՊՏԿԻԿԻ ԱՅՏՈՒՅՐ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Փորձը ցույց է տալիս, որ Եսնոյի և Կոկսակիի վիրուսային հիվանդություններից առաջացած տեսողական ներվի պտկիկի այտուցների ժամանակին ախտորոշումը և ճիշտ բուժումը նպաստում է հիվանդների տեսողության արության զգալի բարելավմանը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Золотарева М. М. и Мер Г. И. Вестник офтальмологии, 1959, 6, стр. 38.
2. Месропян Е. О. Труды второй Всесоюзной конференции офтальмологов. Тбилиси, 1961.
3. Носов С. Медработник, 19/IV, 1962.
4. Методическое письмо Главного санитарно-эпидемиологического управления Министерства здравоохранения РСФСР от 26/VIII 1959.
5. Ржедак С., Бартоушек В. и Дубанский Б. Вестник офтальмологии, 1958, 4, стр. 28.
6. Филатов В. П. Избранные труды, т. IV, 1961, стр. 317.