

Глазные проявления при узловой эритеме у детей (клинический случай)



Е. Ю. Марнова¹



М. А. Ерашов²

¹ Российский университет дружбы народов, ул. Миклухо-Маклая, д. 6, Москва, 117198, Россия

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы, 4-й Добрынинский пер., д. 1/9, Москва, 119049, Россия

РЕЗЮМЕ

Офтальмология. — 2015. — Т. 12, № 1. — С. 101–105

Заболевания сетчатки являются второй по частоте причиной слепоты и слабовидения у детей. Своевременное выявление, адекватная трактовка патологических изменений глазного дна, использование современных методов обследования позволяют повысить эффективность лечения и предотвратить тем самым необратимые осложнения. В последнее время отмечается увеличение числа атипичных форм патологии глазного дна в детском возрасте, что требует более точной дифференциальной диагностики с использованием современных неинвазивных методик. Одним из редких заболеваний, выявляемых у детей дошкольного возраста и требующих системного дифференцированного подхода многих специалистов, включая офтальмолога, является узловатая эритема. Узловатая эритема (erythema nodosum; синоним нодозная эритема) представляет собой глубокий дермо-гиподермальный васкулит кожи, протекающий в острой и хронической формах. Причинами узловатой эритемы могут быть различные инфекционные заболевания. Факторами риска развития узловатой эритемы также служат грибковые заболевания, воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенный колит, болезнь Крона), нарушения гормонального фона, саркоидоз, ревматоидный артрит, туберкулез. Прием некоторых медикаментов также может стать причиной развития данного заболевания. Однако узловатая эритема может возникать и самостоятельно, без каких-либо видимых предпосылок. В мировой литературе описаны единичные случаи поражения глаз у детей при данной патологии. В основном речь идет о патологии переднего отрезка глаза (эписклерит, пигментная эпителиопатия). Описываемый клинический случай острого двустороннего нейрорхориоретинита, осложнённого серозной отслойкой нейрорепителити макулярной зоны у девочки 5 лет, представляет интерес для клиницистов, педиатров и офтальмологов.

Прозрачность финансовой деятельности: Никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах. Конфликт интересов отсутствует.

Ключевые слова: сетчатка, воспаление, узловатая эритема, дети, оптическая когерентная томография.

The Article in English see at <http://www.ophtalmojournal.com/en>

ENGLISH

Ocular manifestations of erythema nodosum in children (clinical case)

E. Yu. Markova¹, M. A. Erashov²

¹ Peoples Friendship University of Russia, 6, Miklukho-Maklaya Str. Moscow, 117198, Russia;

² Morozov Children's Hospital, 1/9, 4th Dobryninsky Lane Moscow, 119049, Russia

SUMMARY

Retinal disorders are the second leading cause of blindness and low vision in children. Early diagnosis and accurate interpretation of optic fundus abnormalities and novel diagnostic tools improve outcomes and prevent irreversible complications. Recently, the occurrence of atypical optic fundus pathology in children has increased. This requires correct differential diagnosis using modern non-invasive methods. Erythema nodosum (EN) is a rare condition that affects pre-

school children. This condition is characterized by acute or chronic deep dermal hypodermal skin vasculitis. Infectious diseases are considered as one of EN causes. EN is also associated with fungal diseases, inflammatory bowel diseases (ulcerative colitis, Crohn's disease), hormone imbalance, sarcoidosis, rheumatoid arthritis, tuberculosis, medications. However, EN may occur as an isolated condition as well. Literature data on ocular manifestations of erythema nodosum are limited (episcleritis, pigment epitheliopathy). Acute bilateral neurochorioretinitis with serous MZ neuroepithelium detachment in a 5-year girl is of interest for clinicians, pediatricians, and ophthalmologists.

Financial disclosure: Authors have no financial or property interests related to this article.

The authors declare that there are no conflicts of interest.

Keywords: retina, inflammation, erythema nodosum, children, optical coherence tomography.

Ophthalmology in Russia. — 2015. — Vol. 12, No 1. — P. 101–105

Заболевания сетчатки являются второй по частоте причиной слепоты и слабовидения у детей, составляя в России и экономически развитых странах от 9,3% до 29% [1-4].

Раннее выявление и адекватная трактовка патологических изменений глазного дна у детей позволяет повысить эффективность лечения и предотвратить тем самым необратимые осложнения, обусловленные поздней и ошибочной диагностикой заболевания. Неадекватность поведения ребенка, неумение изложить свои ощущения, концентрировать внимание делает обследование детей крайне трудным [1].

Воспаление сетчатки и сосудистой оболочки глаза (нейроретиниты, хориодиты, хориоретиниты, нейроретиоретиниты, ретиноваскулиты) — одно из тяжелых проявлений общих детских болезней. Воспалительные заболевания заднего отрезка глаза, развивающиеся у детей, отличаются по симптоматике и характеру от аналогичных состояний у взрослых [1-4]. Чем младше ребенок, тем меньше патогномичных признаков, позволяющих установить этиологию воспалительного процесса: заболевание носит полиморфный характер, имеет малозаметное начало, приобретает, как правило, хроническое и рецидивирующее течение [2]. Несвоевременная диагностика и лечение таких заболеваний отрицательно влияют на прогноз. В 25% случаев исходом являются слабовидение и слепота [1, 2]. В последнее время также отмечается увеличение числа атипичных форм заболеваний, что требует более точной дифференциальной диагностики с использованием современных неинвазивных методик [3-5].

Одним из редких системных заболеваний, диагностируемых у детей дошкольного возраста и требующих дифференцированного подхода, является узловатая эритема. В мировой литературе описаны единичные случаи поражения глаз у детей при данной патологии. Речь идет преимущественно о патологии переднего отрезка глаза.

Впервые узловатую эритему описал английский дерматолог Willan в 1798 г. Он же обратил внимание на более частое развитие данной патологии у женщин. В 1860 г. Hebra подробно изложил клинические проявления этого дерматоза [6-8].

Узловатая эритема — это токсико-аллергическая сосудистая реакция организма на различные острые и хронические заболевания и интоксикации. Она характеризуется появлением на коже голеней (реже бедер) и предплечий воспалительных узлов, что сопровождается нарушением общего состояния больного [8, 9].

Узловатая эритема обычно возникает в детском и юношеском возрасте. У взрослых людей она встречается реже, преимущественно у молодых женщин [9,10]. В детском возрасте узловатая эритема нередко является первым проявлением туберкулезной инфекции («паратуберкулезная реакция» по А.И. Струкову), у взрослых известную этиологическую роль играет ревматизм. Большинство современных авторов рассматривает узловатую эритему как полиэтиологичное заболевание и своеобразную аллергическую реакцию при ряде инфекций — туберкулезе, стрептококковых инфекциях, ревматизме, микозах [9,10].

Узловатая эритема может развиваться и на фоне приема лекарств (йода, брома, сульфаниламидных и некоторых противомаларийных препаратов) [9,10].

Патологическая анатомия

В дерме выявляется умеренный периваскулярный инфильтрат, состоящий главным образом из лимфоидных клеток. Основные изменения локализуются в подкожной жировой клетчатке [9]. В ранней фазе в ней обнаруживаются рассеянные скопления лимфоидных клеток и нейтрофилов в умеренном количестве, располагающихся в фиброзных перегородках между жировыми дольками, а также между жировыми клетками. Встречаются отдельные гистиоциты и эозинофилы, плазматических клеток нет [8,9]. В сформировавшихся узлах находят массивный инфильтрат, который, впрочем, располагается лишь в отдельных участках. Абсцессов и некроза нет [9].

Могут иметь место фибриноидные изменения коллагеновых волокон, а также выраженные явления васкулита с поражением стенок как артерий, так и вен. По мнению Lever, морфологические изменения при узловатой эритеме могут представлять собой реакцию антиген-антитело на инфекционный агент [10].



Рис. 1. Больная Н. В области бёдер и предплечий – полиморфные образования в виде плотных крупных узлов и гиперемированных пятен с неровной поверхностью.

Fig. 1. Reddish tender large lumps and spots localized on hips and forearms.

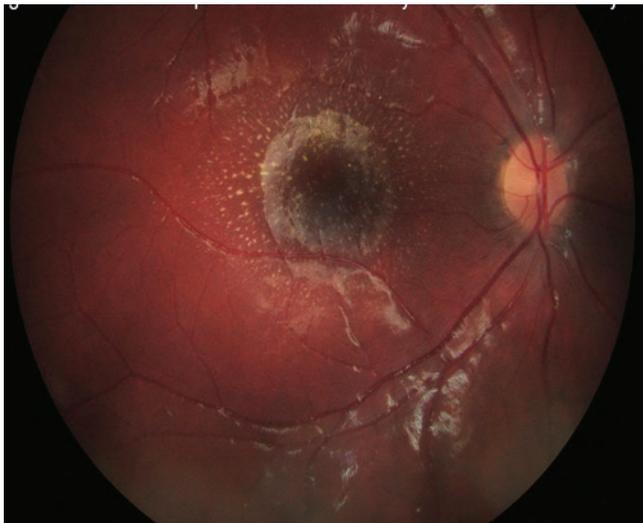


Рис. 2. Глазное дно при поступлении (фундус-камера): OU – в макуле радиальная исчерченность и перераспределение пигмента, плоская отслойка нейроэпителия в центре.

Fig. 2. Optic fundus (at admission): OU – macular radial folds, pigment dispersion, central flat neuroepithelium detachment.

Клинический случай

Девочка Н., 5 лет, поступила в отделение офтальмологии и микрохирургии глаза ГБУЗ МДГКБ ДЗМ по направлению из районной поликлиники с жалобами на снижение зрения обоих глаз и искажение предметов. Направляющий диагноз: OU — серозный хориоретинит. Из анамнеза известно, что на фоне заболевания ОРВИ в течение 6 месяцев у ребёнка появляются подкожные гиперемированные образования в виде плотных узлов на конечностях и туловище, умеренно болезненные при пальпации.

При поступлении: общее состояние средней тяжести. Незначительный субфебрилитет. Симметрично на заднебоковых поверхностях голеней, над коленными суставами, в области бёдер и предплечий определяются образования в виде плотных крупных узлов и пятен с неровной поверхностью, кожа над ними истончена, гиперемирована, умеренно болезненна при пальпации (см. Рис. 1.)

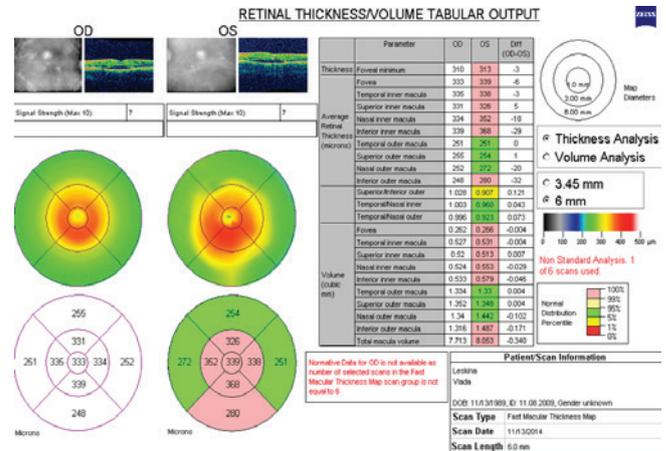


Рис. 3. ОКТ при поступлении: OU – выраженное увеличение толщины сетчатки в МЗ за счёт серозной отслойки нейроэпителия.

Fig. 3. OCT (at admission): OU – significant MZ retinal thickening due to serous neuroepithelium detachment.

Данные офтальмологического обследования

Vis OD = 0,4 н/к; Vis OS = 0,3 н/к. Выраженные метаморфопсии. Искажение линий по тесту Амслера.

Объективно: девиация по Гиршбергу 0°. Конвергенция равномерная. Глазодвигательных нарушений нет. Вспомогательный аппарат развит правильно, слезостояния и слезотечения нет. Конъюнктивы век и глазного яблока бледно-розовая, прозрачная, гладкая, влажная, отделяемого нет. Роговица прозрачная, гладкая, сферическая, зеркальная, блестящая, высокочувствительная. Передняя камера средней глубины, ее влага прозрачная. Радужка структурна, в цвете и рисунке не изменена. Зрачок 3 мм в диаметре, в центре, правильной, округлой формы. Прямая и содружественная реакция на свет живая. Хрусталик прозрачный. Глазное дно: диск зрительного нерва розовый, контуры незначительно ступёваны. Перипапиллярно сетчатка пастозна. Ход и калибр артерий не изменен. Вены умеренно расширены. Макулярный и фовеолярный рефлексы не определяются, в макуле радиальная исчерченность и перераспределение пигмента (фигура «звезды»), плоская отслойка нейроэпителия в центре. В макуле и парамакулярно отложение организовавшегося желтоватого плотного экссудата, преимущественно по ходу сосудов. На периферии без очаговых изменений (см. Рис. 2).

Выставлен предварительный диагноз: OU — острый впервые выявленный нейрохориоретинит, осложнённый плоской серозной отслойкой нейроэпителия макулярной зоны (МЗ), острая узловатая эритема.

Лечение было начато незамедлительно.

В условиях операционной под местной анестезией (2% раствор новокаина) была проведена пункционная орбитотомия с установкой ирригационной системы в ретробульбарное пространство обоих глаз. По ирригационной системе с интервалом каждые 2 часа в сут-

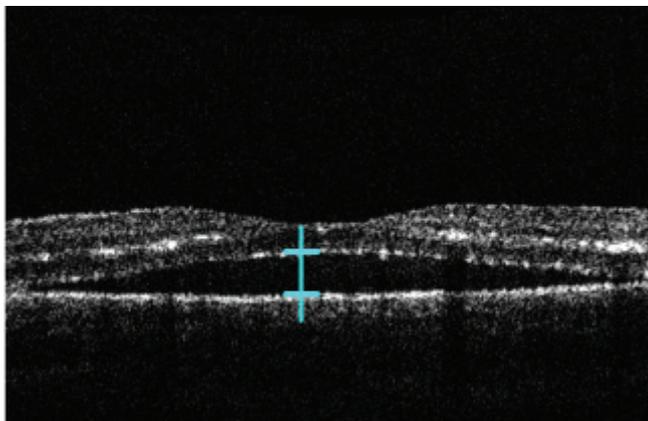


Рис. 4. ОКТ при поступлении: OU — высота отслойки нейрорепи- телия 170 мкм. Интерфейс между наружными и внутренними сег- ментами фоторецепторов дифференцируется плохо.

Fig. 4. OCT (at admission): OU — neuroepithelium detachment height is 170 μm , the interface between inner and outer photoreceptor segments is not visualized.

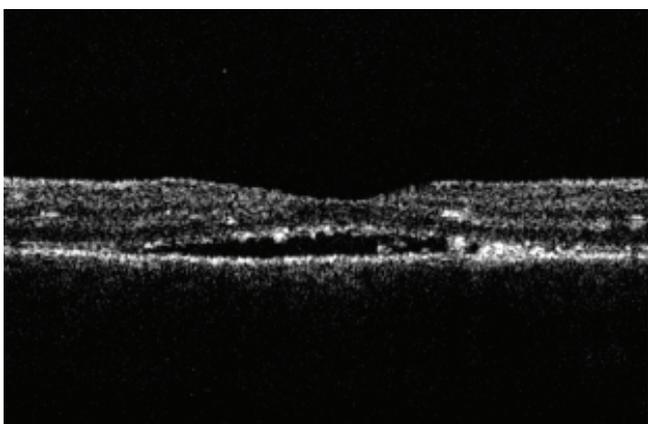


Рис. 5. ОКТ в середине курса лечения. OU — уменьшение высоты отслойки нейрорепи- телия в 2 раза.

Fig. 5. OCT (day 12): OU — neuroepithelium detachment height decreased twice.

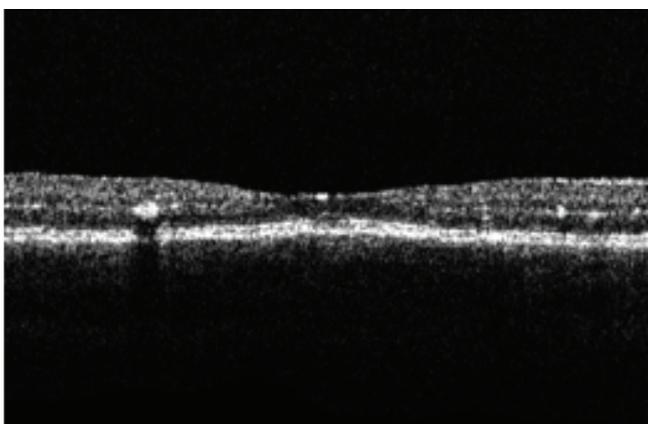


Рис. 6. ОКТ при выписке: OU — полное прилегания нейрорепи- телия в MZ, восстановление интерфейса между наружными и вну- тренними сегментами фоторецепторов.

Fig. 6. OCT (at discharge): OU — neuroepithelium in MZ completely reattached, the interface between inner and outer photoreceptor segments is visualized.

ки в дозе 0,3-0,5 мл вводились следующий препара- ты: дексаметазон 0,1%, цефтриаксон, гордокс, дици- нон, эмоксипин 1%, двукратно с интервалом 12 дней — дипроспан. Проводились внутримышечные инъекции цефтриаксона в возрастной дозировке. Перорально на- значены десенсебилизирующие препараты (тавегил), нестероидные противовоспалительные средства (ди- клофенак), сосудокрепляющие препараты (дицинон, аскорутин, глюконат кальция), противовирусные сред- ства (виферон).

Оптическая когерентная томография (ОКТ) сет- чатки: OU — толщина сетчатки в макулярной зоне (MZ) резко увеличена за счёт серозной отслойки ней- рорепи- телия. Выраженная конвекс-деформация MZ (см. Рис. 3). Высота отслойки нейрорепи- телия — 170мкм (см. Рис. 4). Дифференцировка слоёв нейрорепи- телия резко нарушена. Рефлективность сетчатки снижена Множественные гиперэхогенные включения на уровне плексиформных слоёв. Интерфейс между наружными и внутренними сегментами фоторецепторов (НС/ВС) дифференцируется плохо. Множественные гиперэ- хогенные включения и выраженная бугристость пиг- ментного эпителия. Толщина слоя нервных волокон сетчатки (СНВС) в пределах нормы. Форма кривой ти- пичная двугорбая.

При поступлении проведено общеклиническое об- следование в следующем объеме.

Результаты лабораторных анализов

Иммуноферментный анализ/ИФА (антитела клас- сов М и G к токсоплазме): отрицательно.

Общий анализ крови: лейкоциты 3,73 г/л (норма 5-12), палочкоядерные нейтрофилы 1,7% (норма 4-5), мо- ноциты 12,0% (норма 3-9), лимфоциты 42% (норма 33-55), эритроциты 4,08 г/л (норма 3,5-4,5), среднее содержание гемоглобина 31,4 пг (норма 32,4-36,8), ширина распре- деления эритроцитов по объему 11% (норма 11-14).

Коагулограмма: фибриноген по Клаусу 1,81 г/л (норма 2-4), тромбиновое время 27,1 сек (норма 15-17).

Биохимический анализ крови (антистрептолизин- О, С-реактивный белок, ревматоидный фактор), общие иммуноглобулины (классов G, A, M, E) — данных, вы- ходящих за пределы нормальных значений, нет.

Антиядерные антитела, антитела к циклическо- му цитруллинированному пептиду (АЦЦП): отрица- тельно.

Результаты инструментальных тестов

УЗИ брюшной полости, селезенки, почек: без вы- раженных структурных изменений и патологических включений.

Консультация гематолога и ревматолога: диагноз — острая узловая эритема.

В середине курса лечения (12-е сутки) на фоне про- ведённой терапии отмечалась выраженная положи-

тельная динамика в виде повышения зрительных функций обоих глаз (до 0,6), уменьшения высоты отслойки нейроэпителия по данным ОКТ в 2 раза (см. Рис. 5), частичного купирования кожных проявлений.

К общей терапии добавлено нейротрофическое лечение в виде препарата «Ретиналамин» (5 мг сухого вещества), который вводился по ирригационной системе, и физиотерапия в виде магнитофореза в течение 10 дней.

На фоне проведённого полного курса лечения (21 день) отмечалось восстановление остроты зрения обоих глаз до 100%, исчезновение метаморфопсий, полное прилегания нейроэпителия в МЗ, восстановление интерфейса между НС/ВС фоторецепторов

по данным ОКТ (см. Рис. 6), полное купирование кожных проявлений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, острый нейрохориоретинит, осложнённый серозной отслойкой нейроэпителия сетчатки, может быть проявлением общего системного заболевания. Пациенты с впервые выявленной узловой эритемой требуют обязательного осмотра офтальмолога с использованием современных методов функциональной диагностики. Своевременно начатое лечение благоприятно влияет на исход заболевания, снижает процент слепоты и слабовидения у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/REFERENCES

1. Avetisov E.S., Kovalevsky E.I., Khvatova A.V. [Guidelines for pediatric ophthalmology]. *Rukovodstvo po detskoj oftal'mologii*. Moscow, GEOTAR-Media, 2008. (in Russ.).
2. Guseva M.R. [Clinical and epidemiological features of uveitis in children]. *Kliniko-epidemiologicheskie osobennosti uveitov u detey*. [Annals of Ophthalmology]. *Vestnik oftal'mologii*. 2004; 120 (1): 15. (in Russ.).
3. Sidorenko Y.I., Guseva M.R., Markova E.Yu., Astasheva I.B. [Fluorescent angiography in ocular disorders diagnostics in children]. *Flyuorestsentnaya angiografiya v diagnostike patologii glaznogo dna u detey*. [Annals of Ophthalmology]. *Vestnik oftal'mologii*. 2003; 2: 15-17. (in Russ.).
4. Moiseev S.V., Kornev B.M. [Erythema nodosum: rheumatism or sarcoidosis?]. *Uzlovataya eritema: revmatizm ili sarkoidoz?* [New Medical Journal]. *Novyy meditsinskiy zhurnal*. 1996; 1-2: 8-10. (in Russ.).
5. Requena L., Requena C. Erythema nodosum. *Dermatol. Online J.* 2002; 8 (1): 4.
6. Mert A., Ozaras R., Tabak F., Pekmezci S., Demirkessen C., Ozturk R. Erythema nodosum: an experience of 10 years. *Scand. J. Infect. Dis.* 2004; 36 (6-7): 424-427.
7. Vermel' A. E. [Erythema nodosum in clinical practice]. *Uzlovataya eritema v klinike vnutrennikh bolezney*. [Clinical Medicine]. *Klinicheskaya meditsina*. 2004; 4: 4-9. (in Russ.).
8. Guseva M.R. [Neuropeptide therapy in pediatric ophthalmology]. *Neyropeptidnaya terapiya v detskoj oftal'mologicheskoy praktike*. [Annals of Ophthalmology]. *Vestnik oftal'mologii*. 2009; 1: 35-44. (in Russ.).
9. Tavarela V.F. Review article: skin complications associated with inflammatory bowel disease. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2004; 20 (4): 50-53.
10. Nasonov E.L., Baranov A.A., Shilkina N.P. [Vasculitis and vasculopathy]. *Vaskulity i vaskulopatii*. Yaroslavl, Verkhnyaya Volga, 1999. (in Russ.).