

УДК 617.751–021.3–031.5–02–001.4:616.891.2

Истерический двусторонний посттравматический амавроз

Т. А. Красновид, д-р мед. наук, Н. П. Грубник, аспирант, О. Ю. Терлецкая, канд. мед. наук

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им.

В. П. Филатова НАМН Украины», Одесса (Украина)

E-mail: t.krasnovid@gmail.com

Мета: представити клінічний випадок істеричного амаврозу.*Матеріал і методи:* Під наглядом знаходилась пацієнтка 30 років зі скаргами на двостороннє зниження зору, що пов'язувала з травмою.*Результати:* На основі об'єктивних методів дослідження обох очей і залучення психолога встановлено діагноз істеричний амавроз.*Висновок:* Представлено клінічний рідкий випадок істеричного амаврозу.**Ключевые слова:** истерический амавроз, травма**Ключові слова:** істеричний амавроз, травма.**Hysterical amaurosis (a case report)**

Т. А. Красновид, Н. П. Грубник, О. Ю. Терлецкая

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им.

В. П. Филатова НАМН Украины», Одесса (Украина)

Key words: hysterical amaurosis, trauma.*Purpose:* To present the case of hysterical amaurosis.*Material and methods:* The patient (the woman) of 30 years was observed. The main complaints were bilateral loss of vision after trauma.*Results:* Hysterical amaurosis was diagnosed. It was based on the objective research methods of the both eyes and conclusion of psychologist*Conclusion:* The case of hysterical amaurosis was presented.

Введение. Истерия или истерический невроз — заболевание, вызываемое психической травмой, в результате которой возникает так называемый механизм «бегства в болезнь», или условной желательности болезненного симптома. И. П. Павлов считал, что временное нарушение психики под воздействием психотравмирующего фактора, которое дает ту или иную выгоду в данной ситуации человеку, склонному к истерии, может закрепиться по механизму образования условного рефлекса. При этом такие истерические симптомы, как слепота, глухота, афония, параличи рук и ног, т. е. симптомы, существенно ограничивающие физические возможности больного, встречаются редко и являются нерациональными. Более выгодными, приятными и желательными для больных могут быть заболевания или легкие травмы, избавляющие их от тех или иных обязанностей, в том числе и неприятных.

Истерический амавроз может наблюдаться как на одном, так и на двух глазах [1, 2]. При этом может наблюдаться сужение полей зрения, чаще двустороннее, изменение цветоощущения [4, 5, 8]. При истерической слепоте на оба глаза определяется сохранность зрительных восприятий, несмотря на убеждение больных в том, что они ничего не видят. Одним из подтверждений является то, что такие больные при своей «слепоте» никогда не попадают

в опасные для жизни условия, могут отлично ориентироваться в пространстве или на местности [3, 6, 7].

Цель: представить клинический случай истерического амавроза.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилась больная Б. 30 лет, № истории болезни 582015, поступившая в отдел посттравматической патологии глаза института спустя 3 дня после травмы с диагнозом: взрывная травма, контузия обоих глаз, ожог кожи периорбитальной области лёгкой степени. Жалобы на полное отсутствие зрения на обоих глазах. Со слов больной, получила травму, ожог кожи лица при взрыве баллончика от дезодоранта в костре во время подбрасывания мусора в огонь при выполнении уборочных работ. Со слов больной, зрение обоих глаз снизилось сразу после травмы. Лечилась по месту жительства, принимая местное лечение по поводу ожога кожи лица, дезинфицирующие капли и по назначению невропатолога — глицеринам. В связи с отсутствием положительной динамики была направлена на консультацию и лечение в институт.

При поступлении в институт острота зрения обоих глаз равнялась светоощущению с неправильной проекцией света. Объективно: ожог кожи лица легкой степени, преимущественно в периорбитальной области. Роговица прозрачная, блестящая, передняя камера средней глубины, влага её прозрачная; зрачок круглый, прямая и содружественная реакция

© Т. А. Красновид, Н. П. Грубник, О. Ю. Терлецкая, 2014

на свет живая; хрусталик прозрачный, стекловидное тело прозрачное, без видимых патологических изменений; диск зрительного нерва бледно-розовый, границы его четкие, сосуды не изменены, макулярный рефлекс сохранен, сетчатка прилежит.

Внутриглазное давление (по Маклакову): правый глаз — 17 мм рт. ст., левый глаз — 18 мм рт. ст. Поле зрения обоих глаз — трубчатое (на правом глазу сужено до 15 градусов от точки фиксации, на левом — до 10 градусов). Правый глаз: порог электрической чувствительности зрительного нерва по фосфену 66 мкА, лабильность зрительного нерва по фосфену 43,2 Гц; левый глаз: порог электрической чувствительности по фосфену 90 мкА, лабильность зрительного нерва по фосфену 45 Гц. При обзорной рентгенографии орбит тени осколков не выявлены. Сонографически задний отдел обоих глаз без патологических изменений, сетчатка прилежит, рентгеннегативные инородные тела не выявлены. По данным оптической когерентной томографии, выполненной на приборе Spectralis (Heidelberg), толщина сетчатки в макуле обоих глаз в норме, структура сетчатки сохранена, толщина слоя парапапиллярных нервных волокон в норме.

С целью уточнения диагноза пациентке было проведено комплексное исследование на приборе Retiscan (немецкой фирмы Roland Consult). При исследовании зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) на шахматный паттерн амплитуда зубца P₁₀₀ на правом и левом глазу составила 10,7 и 11,7 μ V при латентности 104 ms и 108 ms соответственно. ЗВП на вспышку на правом и левом глазу получены с амплитудой и латентностью 28,3 μ V и 23,9 μ V; 107 ms и 103 ms соответственно. Оба исследования показали уверенную норму на обоих глазах, что подтверждает полноценную функцию зрительных нервов на всем протяжении.

Также был применен метод объективного (независимого от ответов больного) исследования остроты зрения с использованием движущихся вертикальных контрастных полос с постепенным снижением контрастности и ширины предъявляемого объекта. В результате этого исследования на правом глазу получена объективная острота зрения 0,69, на левом глазу 1,01, что отражает абсолютно нормальную функцию зрительного анализатора (ЗА) на левом глазу и умеренное снижение функции ЗА на правом глазу (предположительно из-за аномалии рефракции).

Через 5 дней после поступления в стационар института острота зрения обоих глаз улучшилась. Острота зрения левого глаза повысилась до 1,0, правого — до 0,8 с корр. sph +0,75 D=1,0. Границы поля зрения обоих глаз расширились до нормальных.

При повторном осмотре больной в институте через 1 месяц отмечена стабильность зрительных функций.

Со слов матери, до травмы отмечалась выраженная мнительность больной и чрезмерная привязанность к мате-

ри. Семейное положение больной — замужем, имеет двух детей. После травмы изменение поведения у пациентки заключалось в проявлении безучастности, угнетенности, приглушенности. Больная была проконсультирована психологом ПНД. При осмотре психологом отмечены жалобы на подергивание век, раздражительность, обидчивость. Данные психологического исследования указывают на наличие лабильно-истероидных характерологических черт личности, по степени выраженности не превышающих границы акцентуации характера. Память, интеллект без патологии. Способность к переключениям не затруднена. Мышление эгоцентричное, с преимущественной ориентировкой на внутренние критерии. Структура его не нарушена. Уровень тревоги в пределах нормы. Актуальное психическое состояние без патологии. Мотивационно — волевая сфера сохранена. В эмоциональной сфере черты эмоциональной лабильности. На момент исследования некоторое возбуждение, увлеченность, активное стремление произвести впечатление.

Результаты и их обсуждение

Учитывая отсутствие каких-либо органических изменений со стороны глазного яблока, обусловленных травмой, а также отсутствие изменений по данным электрофизиологических исследований, нами было исключено поражение органа зрения, которое могло быть причиной снижения остроты зрения до светоощущения с неправильной проекцией света. Мы предположили, что причиной таких низких зрительных функций являются изменения в психоэмоциональном состоянии вследствие посттравматического стресса, обусловившие развитие истерического амавроза. Для подтверждения наших предположений больная была направлена на консультацию к психологу в ПНД, так как постановка диагноза истерического амавроза возможна на основании смежного заключения данного специалиста либо психиатра.

Заключение. Представлен случай из практики крайне редко встречающегося вида патологии истерического амавроза. Важным для подтверждения диагноза истерического амавроза кроме отсутствия анатомических (органических) изменений со стороны глазного яблока являются данные электрофизиологических исследований, а также обследования психолога или психиатра, свидетельствующие о наличии у пациента лабильно-истероидных характерологических черт личности.

Литература

1. Авербах М. И. Офтальмологические очерки / М. И. Авербах // Гос. Изд-во Мед. Лит.-ры. — 1949. — С. 786.
2. Duke-Elder Text Book of ophthalmology / Duke-Elder // Henry Kimpton, London. — 1949. — Vol. 4.
3. Li J. Y. A case of hysterical amaurosis cured by D'arsoval electrotherapy / J. Y. Li // Chin Med J (Engl). — 1983. — Apr.96 (4). — P.301–302.
4. Keane J. R. Neuro-ophthalmic signs and symptoms of hysteria / J. R. Keane // Neurology. — 1982. — Vol.32. — P.757–762.
5. Pap Z. Hysterical amaurosis / Z. Pap // Klin Monbl Augenheilkd. — 1970. — Dec157 (6). — P.828–831.
6. Patterson R. B. Hypnotherapy of hysterical monocular blindness: a case report/ RB Patterson // Am J Clin Hypn. — 1980. — Oct 23 (2). — P.119–121.

-
7. **Singhal N. C.** Hysterical blindness versus malingering / N. C. Singhal // Indian J Ophthalmol. — 1972. — Vol. — Dec 20 (4). — P.173–178.
 8. **Weller M., Wiedemann P.** Hysterical symptoms in ophthalmology / M. Weller, P. Wiedemann // Doc Ophthalmol. — 1989. — Sep.73 (1). — P.1–33.

Поступила 26.06.2014

References

1. **Averbakh MI.** Ophthalmologic essays. Gos. Izd-vo Med. Lit-ry; 1949. 786 p.
2. Duke-Elder Text Book of ophthalmology. Henry Kimpton, London; 1949.Vol.4.
3. **Li JY.** A case of hysterical amaurosis cured by D'arsoval electrotherapy. Chin Med J (Engl). 1983; Apr.96(4):301–2.
4. **Keane JR** Neuro-ophthalmic signs and symptoms of hysteria. Neurology.1982;32:757–62.
5. **Pap Z** Hysterical amaurosis. Klin Monbl Augenheilkd. 1970;Dec157(6):828–31.
6. **Patterson RB** Hypnotherapy of hysterical monocular blindness: a case report. Am J Clin Hypn. 1980;Oct 23(2):119–21.
7. **Singhal NC** Hysterical blindness versus malingering. Indian J Ophthalmol. 1972;Dec 20(4):173–8.
8. **Weller M, Wiedemann P.** Hysterical symptoms in ophthalmology. Doc Ophthalmol. 1989;Sep.73(1):1–33.

Received 26.06.2014