

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 617.721.6-006.81

© А.Ф. Габдрахманова, А.А. Александров, 2015

А.Ф. Габдрахманова¹, А.А. Александров²
**К ВОПРОСУ О СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ
ОБЪЕМНЫХ ВНУТРИГЛАЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ**

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²Центр лазерного восстановления зрения «Optimed», г. Уфа

В статье представлено описание сложного клинического случая диагностирования объемного внутриглазного образования, который свидетельствует о необходимости проявления онконастороженности в диагностике заболеваний заднего сегмента глаза.

Ключевые слова: объемное внутриглазное образование, меланома хориоидеи.

A.F. Gabdrakhmanova, A.A. Aleksandrov
ABOUT THE INTRAOCULAR TUMORS TIMELY DIAGNOSIS

The article presents a difficult clinical case of intraocular tumor diagnosis, which proves the necessity of oncologic alarm in the diagnosis of diseases of the posterior segment of the eye.

Key words: intraocular tumors, choroid melanoma.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению количества больных с меланомой хориоидеи, выявляемой на стадии больших размеров [2,3]. Помимо снижения зрительных функций при формировании вторичной отслойки сетчатки общепризнанным является факт ухудшения витального прогноза при увеличении размеров опухоли [1,2,3]. В связи с этим является важным как можно более раннее диагностирование патологического образования [1,2,3]. В настоящее время органосохраняющее лечение новообразований органа зрения заключается в хирургическом удалении, криодеструкции и термотерапии, лучевом и лазерном воздействии, химиотерапии и иммунотерапии [2]. Несмотря на имеющиеся на сегодняшний день большие диагностические возможности в виде современных методов визуализации, таких как ультразвуковая диагностика, оптическая когерентная томография (ОКТ), компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (МРТ), проблема своевременного диагностирования новообразований органа зрения остается актуальной.

Представляем сложный клинический случай объемного внутриглазного образования.

Больной С., 62 лет обратился 22.01.15 г. в Центр лазерного восстановления зрения (ЦЛВЗ) «Optimed» г. Уфы с жалобами на резкое снижение зрения левого глаза.

В ходе сбора анамнеза стало известно, что в начале 2013 г. больной обращался к офтальмологу в одно из лечебных учреждений г. Уфы с жалобами на снижение зрения и по-

явившееся серое пятно в поле зрения левого глаза. Было проведено стандартное офтальмологическое обследование (vis OS с.к. = 0,7; ВГД= 20 мм рт.ст.), а также проведена ОКТ макулярной области, по результатам которой выявилась серозная отслойка нейроэпителия в височном секторе с захватом фовеолярной зоны на высоту до 398 мкм.

Больному было назначено лечение в виде инстилляций капель: эмоксипин 1%, тауфон 4%, диклофенак 0,1% – и перорального приема таблеток Диакарб и Аспаркам, а также рекомендовано проведение ОКТ макулы в динамике. По результатам повторной ОКТ через 3 месяца высота серозной отслойки нейроэпителия увеличилась до 465 мкм, а спустя еще 7 месяцев – до 511 мкм. В начале 2014 г. больной снова обратился в то же медучреждение с жалобами на снижение зрения и отсутствие положительной динамики. По результатам обследования было выявлено снижение остроты зрения левого глаза до 0,3н.к., появление центральной скотомы, повышение ВГД до 22 мм рт.ст., по данным В-сканирования были выявлены отслойка сетчатки в проекции макулы и участок средней эхогенной плотности под сетчаткой, интерпретированный как экссудат. Больному был выставлен диагноз «возрастная макулярная дегенерация, влажная форма» и рекомендована анти-VEGF-терапия. Спустя 3 месяца в том же ЛПУ была выполнена интравитреальная инъекция препарата Луцентис в левый глаз и рекомендован контрольный осмотр через 3 месяца. Далее на протяжении 9 месяцев больной никуда не обращался.

На момент осмотра в ЦЛВЗ «Optimed»: OS vis = счет пальцев у лица эксцентрично, центральная скотома, ВГД 21,5 мм рт. ст. При проведении офтальмоскопии на глазном дне определялось сероватое проминирующее образование с четкими границами и отслоенной сетчаткой над ним. На В-сканограмме визуализировалось округлое образование, находящееся в тесном контакте с хориоидеей, и вторичная отслойка сетчатки. Больному также была проведена ультразвуковая доплерография (УЗДГ) глазного яблока и орбиты, по данным которой в заднем полюсе левого глаза перипапиллярно регистрировалось объемное образование округлой формы с четкими границами, проминирующее в стекловидное тело на высоту до 7,1 мм, диаметр основания составлял 9,6 мм (см. рисунок).

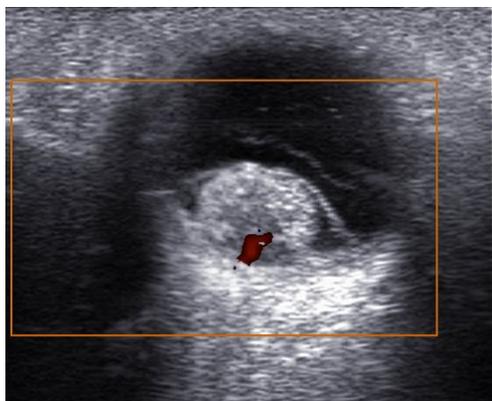


Рис. Объемное внутриглазное образование с питающим сосудом (режим ЦДК)

Согласно классификации А.Ф. Бровкиной, данные метрические размеры новообразования соответствуют большим внутриглазным опухолям [2].

В режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК) в толще образования отмечался кровоток по артериальному типу. Скорость кровотока составляла 20,21 см/с. Над образованием визуализировалась вторичная отслойка сетчатки. Описанная выше УЗДГ-картина с наличием васкуляризации внутри патологического образования была подтверждена данными МРТ орбиты с контрастированием и являлась характерной для меланомы хориоидеи большого размера. По данным обследования был выставлен диагноз «объемное внутриглазное образование». Больной был направлен к офтальмоонкологу.

Таким образом, данный клинический случай свидетельствует о том, что, располагая высокотехнологичными методами диагностики, крайне важным является их грамотная трактовка. Подробный сбор анамнеза, тщательное проведение офтальмоскопии на фоне медикаментозного мидриаза в совокупности с правильно интерпретированными методами дополнительной инструментальной диагностики, а также настороженность в отношении офтальмоонкопатологии могут помочь не только в своевременной постановке правильного диагноза, выборе тактики лечения и сохранении зрения, но и спасении жизни пациента.

Сведения об авторах статьи:

Габдрахманова Аня Фавзиевна – д.м.н., профессор кафедры офтальмологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. (347) 275-97-65.

Александров Аркадий Андреевич – врач-офтальмолог ЦЛВЗ «Optimed». Адрес: г. Уфа, ул. 50 лет СССР, 8. Тел. 8(347) 277-60-60.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бровкина, А. Ф. Офтальмоонкология: руководство для врачей / А.Ф. Бровкина. – М.: Медицина, 2002. – 424 с.
2. Бровкина, А.Ф. Современные аспекты лечения меланом хориоидеи: проблемы, дискуссионные вопросы / А.Ф. Бровкина // Вестник офтальмологии. – 2006. – № 1. – С. 13-15.
3. Габдрахманова, А.Ф. Скрининговая диагностика проминирующих образований глазного яблока / А.Ф. Габдрахманова, А.А. Александров, Г.Р. Галлямова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – № 5. – С. 83-86.

УДК 617.7-007

© К.М. Гасанова, А.Ш. Загидуллина, Р.Т. Еникеева, 2015

К.М. Гасанова¹, А.Ш. Загидуллина², Р.Т. Еникеева³ АТИПИЧНАЯ ФОРМА СИНДРОМА СТЕРДЖА–ВЕБЕРА–КРАББЕ (ЛОФОРДА)

¹МБУЗ «Городская клиническая больница №5», г. Уфа

²ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

³МБУЗ «Городская клиническая больница №10», г. Уфа

В статье описан клинический случай атипичной формы синдрома Стерджа–Вебера–Краббе (Lawford), проявляющейся врожденным односторонним невусом в зоне иннервации I и II ветвей тройничного нерва, поздней ипсилатеральной открытоугольной глаукомой с нормальным внутриглазным давлением и характерными изменениями на рентгенограммах.

Ключевые слова: синдром Стерджа–Вебера–Краббе, синдром Лофорда, энцефалотригеминальный ангиоматоз, факоматоз, гемангиома хориоидеи.