

УДК 617.7:616–07:617.731–007.23

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕПРАВИЛЬНО ВСТАНОВЛЕНОГО ДІАГНОЗУ ХІАЗМАЛЬНОГО СИНДРОМУ З НИЗХІДНОЮ АТРОФІЄЮ ЗОРОВИХ НЕРВІВ

С. О. Риков, проф., **В. А. Васюта**, канд. мед. наук

Кафедра офтальмології НМАПО ім. П. Л. Шупика МОЗ України,
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А. П. Ромоданова НАМИ України»

В статті приведено клінічний випадок офтальмологічних порушень у хворої з аденомою гіпофіза. Проаналізовані недоліки офтальмологічного обстеження, розібрані механізми виникнення нейроофтальмологічної симптоматики.

Ключевые слова: нисходящая атрофия зрительного нерва, хиазмальный синдром, аденома гипофиза, диагностика

Ключові слова: низхідна атрофія зорових нервів, хіазмальний синдром, аденома гіпофіза, діагностика

Вступ. На сьогоднішній день збільшується кількість хворих з атрофіями зорових нервів різного генезу. Дана патологія займає одне з провідних місць у нозологічній структурі сліпоти та слабозорості, поступаючись лише глаукомі та дегенеративній короткозорості [3]. В Україні офтальмологи змушені також розширювати групу соціально значимих захворювань ока, додавши до катаракти та глаукоми хвороби зорового нерва та сітківки, які в останні роки стають найчастішими причинами сліпоти [5]. Серед таких захворювань превалюють саме атрофії зорового нерва. В Україні розповсюдженість атрофії зорового нерва за десять років збільшилась з 73,6 до 84,6 на 100 тисяч населення і за темпами росту продовжує займати одне з перших місць [4].

Найбільш важкими серед них є низхідні атрофії зорового нерва; що розвиваються внаслідок нейрохірургічної патології. Частіше це пухлини — як внутрішньомозкові, так і поза мозкові, рідше — судинні аневризми [2, 6, 7].

Першими проявами нейрохірургічної патології можуть бути саме офтальмологічні зміни: зниження гостроти зору (іноді не постійне), біль в очах, затуманення (обнубіляції), випадіння полів зору. Скарги бувають суб'єктивними, бо зір знижується без об'єктивних ознак офтальмологічного захворювання. В інших випадках у хворого виявляється офтальмологічна та неврологічна симптоматика, яка трактується невірно, що призводить до втрати часу для призначення адекватного лікування.

Клінічний випадок. Хвора Г., 1962 року народження звернулася зі скаргами на зниження гостроти зору на обидва ока (більше зліва), закриття лівого ока, розширення зіниці зліва, неможливість рухати лівим оком. Із загальних скарг хвору 2–3 рази на тиждень турбували болі, що локалізува-

лись у потиличній ділянці. Хвора була оглянута невропатологом, направлена на МРТ дослідження головного мозку.

МРТ головного мозку виконана з внутрішньовенним контрастуванням («Омніскан») від 29.11.2011. На серії МРТ знімків ендо — супра — інфраселлярно та латерально зліва виявлено утворення неправильної форми розміром 49–42–32 мм. Утворення проростає кавернозний синус зліва, відсовує доверху хіазму, заповнюючи порожнину основної пазухи. МРТ заключення: макроаденома гіпофіза з ендо — супра — га інфраселлярним ростом.

Дані об'єктивного дослідження:

VIS OD= 0,1/0,4 зі sph +2,0 cyl +1,5 ax 85 = 0,6

OS= 0,04/0,1 зі sph +2,0 cyl +1,5 ax 100 = 0,5 (з діафрагмою)

У полі зору виявляється бітемпоральна повна відносна геміанопсія. Повний птоз зліва, відсутність рухів очного яблука у всі боки. Мідріаз. Прямая та зворотня реакція зіниці на світло зліва відсутні. Заломлюючі середовища ока прозорі. Диски зорових нервів блідо-рожеві, зліва невелика деколорація диска темпорально, межі чіткі, калібр судин не змінений.

Діагноз. Хіазмальний синдром. Низхідна атрофія зорового нерва обох очей. Ураження окорухового та відвідного нерва зліва.

До звернення хворої у відділення нейроофтальмології ДУ «Інститут нейрохірургії НАМНУ» вона обстежувалась у офтальмолога за місцем проживання. Запис лікаря був наступним:

VIS OD= 0,1/0,4 зі sph +2,0 cyl +1,5 ax 85 = 0,6

OS= 0,04/0,1 зі sph +2,0 cyl +1,5 ax 100 = 0,3

OS — девіація очного яблука назовні на 20°. Відведення очного яблука назально відсутнє. Неповний птоз. На очному дні змін не виявлено. Зіниці: OD<OS. Реакція на світло пряма та співдружна зліва ослаблена. OD — змін не виявлено.

Діагноз: офтальмоплегія зліва, птоз верхньої повіки. Паралітична косоокість зліва. Амбліопія правого ока. Складний гіперметропічний астигматизм обох очей.

© С. О. Риков, В. А. Васюта, 2012

Рекомендації: 1) окуляри з повікопідіймниками на верхню повіку лівого ока, 2) спостереження офтальмолога, невропатолога, 3) системні по 1 краплі 4 рази на день в обидва ока.

Обговорення. Хвора потрапила до лікаря-офтальмолога після МРТ дослідження, де було встановлено діагноз макроаденоми гіпофіза. На жаль, на цей важливий факт не було звернено уваги. Зауваження до офтальмологічного огляду наступні:

1. Неправильно встановлена гострота зору лівого ока. Обов'язково треба застосовувати візометрію з діафрагмою, враховуючи мідріаз.

2. Хвора мала повний птоз — очна щілина була повністю закрита.

3. Відсутність рухливості очного яблука не лише назально, але і доверху, донизу та назовні, тобто мали місце класичні окорухові порушення.

4. Виявлялась деколорація диска зорового нерва зліва з темпоральної сторони, яку також не було виявлено.

5. Не досліджувалося поле зору, тоді як хвора мала бітемпоральну повну відносну геміанопсію.

6. Неправильно встановлений діагноз.

7. Невірно надані рекомендації. З хіазмальним синдромом та МРТ висновком хвору необхідно було негайно направити до нейрохірурга. В даному випадку оперативне втручання робиться за очними показаннями.

Аденома гіпофізу — пухлина, що розвивається із клітин передньої долі гіпофізу. Безпосередня компресійна дія об'ємного утворення на структури зорового шляху викликає нейроофтальмологічну симптоматику, а саме хіазмальний синдром (зниження зорових функцій, розвиток низхідної атрофії зорового нерва; бітемпоральну геміанопсію).

Окорухові порушення виявляються за даними Н. Н. Григор'євої [3] у 4 % випадків при латероселярному рості пухлини внаслідок впливу на кавернозний синус, де проходять окорухові нерви.

Треба пам'ятати, що дуже часто офтальмологи є першими лікарями, до кого звертаються хворі з ураженням хіазмально-селярної локалізації. І саме від нас залежить, наскільки своєчасно пацієнтам нададуть адекватну допомогу.

ЛІТЕРАТУРА

1. **Васюта В. А.** Нейроофтальмологічні вияви захворювань хіазмально-селярної локалізації. Особливості клініки та діагностики // Український неврологічний журнал. — 2008. — № 1 (14). — С. 20–23.
2. **Григор'єва Н. Н.** Нейроофтальмологіческие аспекты результатов удаления аденом гипофиза в зависимости от хирургического доступа транскраниального или трансназального : Автореф. дис. ... канд.мед. наук. — М., 2006. — 24
3. **Либман Е. С., Шахова Е. В.** Слепота и инвалидность вследствие патологии органа зрения в России // Вестн. офтальмол. — 2006. — № 1. — С. 35–37.
4. **Нагорна А. М., Риков С. О., Варивончик Д. В.** Стан офтальмологічної захворюваності населення України // Офтальмол. журнал. — 2003. — № 3. — С. 28–33.
5. **Пасечнікова Н. В., Риков С. О., Степанюк Г. І.** Офтальмологічна допомога населенню України в 2009 році // Офтальмол. журнал. — 2010. — № 5. — С 83–88.
6. **Трон Е. Ж.** Заболевания зрительного пути. — М., 1968. — 256 с.
7. **Baglin G., Betermiez P., Tooussaint P.** Pituitary apoplexy and severe bilateral visual loss : a case report // J. Fr.Ophthalmol. — 2009. — № 7. — P. 17–18.

Поступила 22.12.2011

Рецензент канд. мед. наук Н. И. Наричина

A CLINICAL CASE OF THE WRONGLY MADE DIAGNOSIS OF CHIASMAL SYNDROME WITH DESCENDENT ATROPHY OF THE OPTIC NERVES

Rykov S. O., Vasyuta V. A.

Kiev, Urarine

The paper gives a clinical case of ophthalmologic disorders in the patient with pituitary adenom. There were analyzed drawbacks of the ophthalmological examination and investigated the mechanisms of development of neuroophthalmologic symptomatology.

