

мианопсии, 4 (13,8 %) случая центральных абсолютных скотом, 1 (3,4 %) случай двусторонней верхней гемианопсии.

МРТ и КТ картина подтверждает наличие опухоли и нарушение структур головного мозга, вследствие воздействия тканей опухоли на них. У пациентов, в клинике которых присутствует хиазмальный синдром, на МРТ картине наблюдается компремирование хиазмы и хиазмальной цистерны. Размеры опухоли колебались от 1,0×1,2×1,3 см до 3,8×3,7×2,59 см.

У 7 пациентов с диагнозом микроаденома гипофиза патологических изменений со стороны органов зрения не выявлено. Единственным клиническим проявлением была головная боль. Диагноз выставлялся на основании МРТ диагностики (на МРТ картине присутствует только опухолевидное образование различных размеров (от 0,15×0,2 см до 0,6×0,4×0,5 см) без нарушения структур головного мозга).

Выводы

На основании проведенных исследований было выявлено, что только у пациентов с диагнозом макроаденома гипофиза (22 человека) наблюдалась офтальмологическая симптоматика. Из них у 6 (20,7 %) пациентов данная патология привела к полной или частичной атрофии зрительного нерва.

24,2 % выборки составляют пациенты с микроаденомой гипофиза, у которых патологии со стороны зрительного анализатора не наблюдается. Диагностика данного заболевания базируется, основываясь на МРТ исследовании, на котором четко визуализируется опухоль и прилежащие к ней ткани.

Таким образом, ранняя диагностика и лечение аденомы гипофиза способствует полной компенсации функции зрительного анализатора и восстановления исходного уровня зрения пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журавлев, В. А. Современные подходы к диагностике и лечению аденом гипофиза и других образований хиазмально-селлярной области. *ARS medica* / В. А. Журавлев, Ю. Г. Шанько // Искусство медицины. — 2009. — № 3. — С. 81–87.
2. Жукова, Т. В. Частота и локализация интракраниальных опухолей в биопсийном материале у взрослых / Т. В. Жукова, М. К. Недзьведь // Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии. — 2008. — Вып. 11. — С. 47–51.

УДК 616.432-006.55-08

РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ МАКРОАДЕНОМА ГИПОФИЗА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Белодедов К. А., Житников М. Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Аденома гипофиза — это опухолевое образование доброкачественного характера, исходящее из железистой ткани передней доли гипофиза. Клинически аденома гипофиза характеризуется офтальмо-неврологическим синдромом (головная боль, глазодвигательные нарушения, двоение, сужение полей зрения) и эндокринно-обменным синдромом. Диагноз «аденома гипофиза» устанавливается на основании данных рентгенографии и КТ турецкого седла, МРТ и ангиографии головного мозга, гормональных исследований и офтальмологического обследования. Лечится аденома гипофиза лучевым воздействием, радиохирургическим методом, а также путем трансназального или транскраниального удаления.

Цель

Описание клинического случая рецидивирующей макроаденомы гипофиза.

Материал и методы исследования

Нами были изучены истории болезни Пациента К., мужчина 1950 г. рождения (60 лет на момент первого проявления болезни), проживающий в г. Гомель, находившейся на лечении в учреждении «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ) в 1-м нейрохирургическом отделении (1НХО) с диагнозом: гормональнонеактивная макроаденома гипофиза рецидив.

Результаты исследования и их обсуждение

20 ноября 2010 г. Первое обращение пациента в стационар. На момент поступления предъявлял жалобы на постоянные головные боли. Офтальмологической симптоматики не наблюдалось. На магнитно-резонансной томограмме (МРТ) обнаружена опухоль: аденома гипофиза. Проведено лечение: трансназальное удаление опухоли.

26 июля 2011 г. Пациент госпитализирован в 1НХО УГОКБ с жалобами на головную боль. На МРТ хиазмальной области обнаружена рецидивирующая опухоль: образование sellarной области с супра- и ретроселлярным ростом размером 1,7×1,4×1,8 см. Вход в «турецкое седло» расширен, дно его пролабирует в основную пазуху, спинка его не дифференцируется, хиазмальная цистерна компремирована, инфундибуля не дифференцируется. Выписывается в удовлетворительном состоянии и направляется в Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии (РНПЦ неврологии и нейрохирургии).

11 января 2012 г. Пациент госпитализирован в УГОКБ 1НХО с диагнозом макроаденома гипофиза, рецидив опухоли. При поступлении предъявлял жалобы на снижение зрения (Visus OD = 0,7, OS = 0,4) и выпадение поля зрения в правом височном сегменте. Заключение врача-офтальмолога: OS — нисходящая частичная атрофия зрительного нерва (АЗН); OD — макулодистрофия сетчатки. МРТ картина соответствует исследованию за 2011 г.

06 мая 2013 г. Пациент был госпитализирован в УГОКБ 1НХО с диагнозом макроаденома гипофиза, рецидив опухоли. Пациент предъявлял жалобы на постоянную головную боль, снижение остроты зрения (Visus OD = 0,5, OS = 0,3). Данные МРТ — диагностики: образование sellarной области с супра- и ретроселлярным ростом, вход в «турецкое седло» расширен, дно его пролабирует в основную пазуху, спинка его не дифференцируется. Эндолатеросупроселлярно, изоинтенсивное по T1 объемное образование, размером 1,8×1,77×1,5 см, охватывающее сифон брахиоцефальных артерий (ВСА) без убедительных признаков его компрессии. Образование компремирует и смещает кверху перекрест зрительных нервов и 3-й желудочек. Воронка компремирована. Боковые желудочки не расширены, срединные структуры не смещены. Выписывается под наблюдение невролога поликлиники по месту жительства.

22 ноября 2016 г. Пациент поступил в стационар УГОКБ 1НХО с жалобами на снижение остроты зрения (Visus OD = 0,2, OS = 0,1), выпадения полей зрения в височных сегментах. Заключение врача-офтальмолога: поля зрения OD — частичная темпоральная гемианопсия + парацентральная темпоральная скотома; OS — частичная субтотальная темпоральная гемианопсия. OU: снижение прозрачности хрусталиков, частичная нисходящая АЗН. При МРТ исследовании было выявлено: объемное образование sellarной области размером 2,16×2,14×1,97 см, распространяющееся супраселлярно. Хиазма зрительных нервов оттеснена кверху. Сифоны ВСА оттеснены без признаков компрессии. Направлен в РНПЦ неврологии и нейрохирургии г. Минска.

14 февраля 2017 г. Пациент поступил в РНПЦ неврологии и нейрохирургии г. Минска для хирургического лечения рецидива аденомы гипофиза. Перед операцией

проведено контрольное МРТ исследование: эндо-, супраселлярно определяется образование размером 2,2×2,1×2,0 см, хиазма компремирована. 22.02.2017 г. произведено эндоскопическое трансназальное удаление рецидива аденомы гипофиза. 15.03.2017 г. выполнено эндоскопическое транскраниальное удаление аденомы гипофиза. Пластика лобной пазухи с аутожировым трансплантатом. 27.03.2017 г. был произведен осмотр офтальмологом: снижение остроты зрения (Visus OD = 0,06, OS = 0,3), битемпоральная гемианопсия, OU — частичная АЗН, начальная катаракта.

13 апреля 2017 г. переведен в УГОКБ ИХХО после хирургического лечения макроаденомы гипофиза. 14.04.2017 г. осмотр офтальмологом: OU — снижение прозрачности хрусталиков (начальная катаракта), диски зрительных нервов контурированы, бледного оттенка. Артерии узкие, склерозированы, извиты. Вены извиты, сетчатка пигментирована.

На 18.04.2017 г. пациент выписан в удовлетворительном состоянии, под наблюдение невролога, онколога по месту жительства.

Выводы

Длительное механическое воздействие опухоли гипофиза на зону хиазмы привело к развитию у пациента нисходящей атрофии зрительных нервов.

Хирургическая декомпрессия хиазмальной области способствовала уменьшению офтальмологической симптоматики — расширились поля зрения, исчезла парацентральная темпоральная скотома.

УДК 617.735-007.281:612.84

СОСТОЯНИЕ ПАРНОГО ГЛАЗА ПРИ ОТСЛОЙКЕ СЕТЧАТКИ

Будалкина В. К., Попова О. М., Буришын А. В.

Научный руководитель: ассистент *Альхадж Хусейн Анас*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Отслойка сетчатки — это отслоение нейросенсорной сетчатки от пигментного эпителия. В клинической классификации (М. М. Краснов, 1966) выделены четыре типа отслойки сетчатки: регматогенная, тракционная, экссудативная и смешанная. Регматогенная отслойка возникает вследствие образования сквозного разрыва или нескольких разрывов сетчатки в нейросенсорном слое и проникновения жидкости в субретинальное пространство. Существует два основных механизма формирования разрыва сетчатки: истончение сетчатки в зоне дистрофий, или тракция сетчатки стекловидным телом при развитии в нем возрастных изменений и задней отслойки [1].

Таким образом, периферическую витреохориоретинальную дистрофию (ПВХРД), можно считать основным фактором риска развития регматогенной отслойки сетчатки, который реализуется при действии провокационных факторов (значительной физической нагрузке, при травмах глаза, перепадах системного артериального и барометрического давления и некоторых других состояниях). По данным различных авторов, на фоне ПВХРД, которые в общей популяции обнаруживаются в 5–35 % случаев, отслойка сетчатки развивается в 2,8–44 % случаев [2].

Традиционно считается, что развитие ПВХРД и отслойки сетчатки происходит на фоне миопии высокой степени, однако исследования показывают, что и отслойка, и ПВХРД могут развиваться у пациентов с миопией средней и слабой степени, а также у эметропов и гиперметропов [3].