УДК 617.7-007.681 – 617.731

Андруша А.И.[1], Алтынбаева Г.Р.[2], Загидуллина А.Ш.[1],
Шайхутдинова О.В.[2], Талисов Р.Ф.[2]

ПЕРВИЧНАЯ ОТКРЫТОУГОЛЬНАЯ ГЛАУКОМА И НОВООБРАЗОВАНИЕ ХОРИОИДЕИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

[1]Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
[2]Городская клиническая больница №5, г. Уфа

В данной работе описан опыт ведения пациентки с сочетанной патологией – первичной открытоугольной глаукомой и новообразованием хориоидеи. Новообразование стало случайной находкой при прохождении женщиной обследования в офтальмологическом центре г. Уфа. После диагностики данной патологии и рекомендации врачей провести лучевую терапию, обследуемая от процедуры отказалась. Дальнейшая тактика ведения больной складывалась из динамического наблюдения и местной гипотензивной терапии.

Ключевые слова: первичная открытоугольная глаукома, новообразование хориоидеи, внутриглазное давление, аналоги простагландинов

Andrusha A.I.[1], Altynbaeva G.R.[2], Zagidullina A.Sh.[1],
Shaykhutdinova[2] O.V., Talisov R.F.[2]

PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA AND CHOROID NEOPLASM. A CLINICAL CASE

[1]Bashkir State Medical University, Ufa
[2]City Clinical Hospital №5, Ufa

This paper describes the experience of managing a patient with a combined pathology – the primary open-angle glaucoma and a neoplasm of the choroid. Neoplasm became an accidental discovery when a woman underwent an examination in an ophthalmological center, Ufa. After the diagnosis of this pathology the recommendation to conduct radiation therapy were given, but the examinee refused the procedure. Further management tactics consisted of dynamic observation and local hypotensive therapy.

Key words: primary open-angle glaucoma, choroid neoplasm, intraocular pressure, prostaglandin analogues

В настоящее время глаукома является одной из ведущих причин необратимой потери зрения. По данным ВОЗ, 39 млн человек в мире поражены слепотой, из них 82% входят в возрастную группу 50 лет и старше [1]. Глаукома занимает 3-е место в мире среди патологии органа зрения после нескорректированной аномалии рефракции и катаракты. В России это заболевание занимает первое место среди причин слепоты и слабовидения (14-15%), причем доля первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) составляет от 72 до 90% других форм заболевания [3]. В этом случае перед офтальмологом встают задачи снижения внутриглазного давления (ВГД) с помощью гипотензивных препаратов, особенно аналогов простагландинов (АП). Механизм действия данной группы лекарственных средств связан с усилением увеосклерального пути оттока внутриглазной жидкости практически без влияния на трабекулярный отток [2]. Часто глаукома, ассоциированная с новообразованиями хориоидеи является вторичной, вследствие закрытия угла передней камеры. При этом назначение аналогов простагландинов усиливает воспалительные процессы в углу передней камеры глаза, что может способствовать прогрессированию новообразования хориоидеи [4]. Такая ситуация

может потребовать внимательного наблюдения за состоянием глаза или коррекции местной гипотензивной терапии.

Цель работы

Провести анализ клинического случая сочетанной патологии – первичной открытоугольной глаукомы и новообразования хориоидеи.

Материал и методы

Пациентка А., 61 год наблюдается в поликлинике по месту жительства с диагнозом: OU – первичная открытоугольная глаукома IIа стадия. С 2015 года была начата гипотензивная терапия аналогами простагландинов. Наследственность по глаукоме не отягощена. Из анамнеза: аутоиммунный тиреоидит с 1999 г., многоузловой зоб, сахарный диабет второго типа с 2000 г. Женщина состоит на учете у эндокринолога, получает соответствующую медикаментозную терапию. В 2004 году была проведена операция по удалению доброкачественного новообразования щитовидной железы, по поводу чего она находится под наблюдением у онколога.

В октябре 2020 года у пациентки впервые появилось неустойчивое повышение ВГД на обоих глазах, а также жалобы на дискомфорт и ощущение тяжести в правом глазу, которые она связывала с шейным остеохондрозом. Женщина проконсультирована в специализированном офтальмологическом центре г. Уфа.

Status oculorum: Visus OD 0,4 н.к./ OS 0,4 н.к., ВГД по Маклакову (на фоне гипотензивной терапии Тафлупростом) 22/ 22 мм рт.ст, при пневмотонометрии (Reichert 7CR) – 13,9/ 15,3 мм рт.ст. При ультразвуковой биометрии размер переднезадней оси глаза OD 22,25 мм; OS 22,17 мм.

При биомикроскопии передний отрезок обоих глаз без изменений, в хрусталиках выявлены начальные помутнения. При осмотре глазного дна: OU – диск зрительного нерва (ДЗН) бледно-серый с нечеткими границами, незначительно увеличена площадь экскавации, соотношение диаметра диска и экскавации (Э/Д) 0,5, сосудистый пучок смещен в носовую сторону. В OD на крайней периферии сетчатки в нижне-внутреннем секторе определяется пигментированный дистрофический очаг с четкими границами.

Пациентке проведены следующие обследования: визометрия, тонометрия по Маклакову, пневмотонометрия, биомикроскопия, компьютерная периметрия, ультразвуковое исследование глаза (УЗИ), ультразвуковая допплерография сосудов глаза и орбиты с цветовым допплеровским картированием (УЗДГ с ЦДК), оптическая когерентная томография глаза (ОКТ), магнитно-резонансная томография головного мозга (МРТ). У женщины было получено письменное информированное согласие на публикацию личных данных без разглашения ФИО.

Проведена УЗДГ с ЦДК сосудов правого глаза и орбиты в нижне-внутреннем секторе: по крайней периферии сетчатки определяется проминирующий очаг размером 3,7х0,7мм гипоэхогенной структуры с ровными четкими контурами, в режиме ЦДК аваскулярный. В стекловидном теле выявляются плавающие помутнения деструктивного характера (рис. 1).

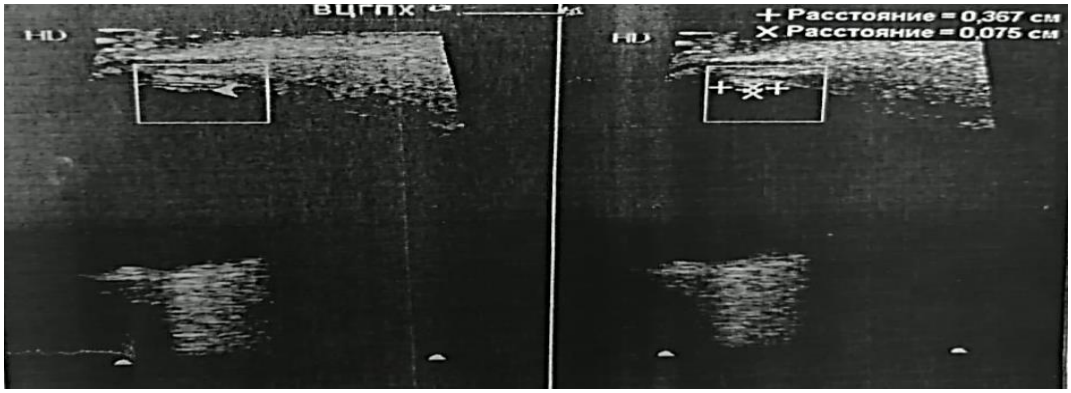

Рис.1. Снимки УЗДГ с ЦДК правого глаза пациентки А.

При проведении компьютерной периметрии (Humphriy, Германия) обоих глаз по стратегии SITA Standart в режиме «Пороговый тест Периферия 60-4» диагностировано концентрическое сужение полей зрения обоих глаз от периферии к центру за исключением нижне-носового сектора (рис. 2).

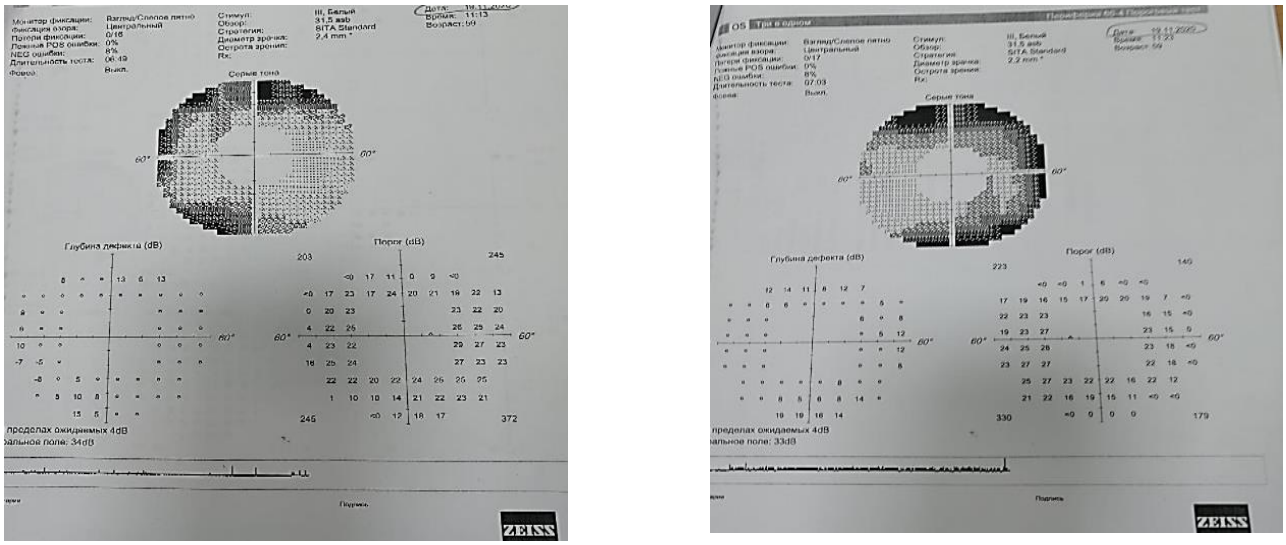

Рис. 2. Поля зрения обоих глаз пациентки А. в режиме «Пороговый тест Периферия 60-4».

Обследуемой выставлен диагноз: OU – ПОУГ IIа (медикаментозный режим). Неполная осложненная катаракта. OD – Новообразование хориоидеи?

В ноябре 2020 года женщина была направлена в онкоофтальмологический центр г. Москва для консультации. По результатам обследования: Visus OD 0,4 н.к./ OS 0,4 н.к. ВГД при пневмотонометрии (без капель): OU 17 мм рт. ст. При обследовании глазного дна в OD на крайней периферии определяется очаг высотой 1,0 мм дистрофического характера с четкими

границами и участками гиперплазии. Данных за онкопатологию выявлено не было. Пациентке рекомендовали наблюдаться у офтальмолога по месту жительства с повторной консультацией в онкоофтальмологическом центре г. Москва через полгода.

В течение 6 месяцев по месту жительства проведены следующие обследования: Visus OD 0,3 н.к./ OS 0,3 н.к. Внутриглазное давление (пневмотонометрия, без капель) 16/17 мм рт.ст. При осмотре глазного дна – OU ДЗН без динамики, в OD определяется проминирующее пигментированное образование.

При проведении ОКТ сетчатки OD (январь, 2021 г.) выявлена сглаженность фовеолярного углубления. Слой пигментного эпителия сетчатки ровный, неоднородный, с участками деструкции, слои сетчатки четко не контурируются. При УЗИ (май, 2021 г.) правого глаза в нижне-темпоральном секторе на крайней периферии определяется гипоэхогенное проминирующее образование, размером 1,5х4,8х1,0 мм однородной структуры с ровными четкими контурами, в режиме цветного доплеровского картирования и энергетического допплера аваскулярное. Признаков распространения в ретробульбарное пространство не обнаружено**.** Также выполнены дополнительные обследования.

Проведена позитронная эмиссионная томография, совмещенная с рентгеновской компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) (декабрь, 2020 г.), при этом не получено достоверных данных о наличии активного неопластического процесса. Проведена магнитно-резонансная томография головного мозга (февраль, 2021 г.). На МР снимках получены данные за объемные образования, очаговые патологические изменения не определены. Выявлены косвенные признаки внутричерепной гипертензии, кисты верхнечелюстных пазух, мягкие ткани орбиты – без особенностей.

При проведении реоэнцефалографии (февраль, 2021 г.) выявлен атеросклеротический тип кривой, снижение кровенаполнения артерий головного мозга, особенно в левом вертебробазилярном бассейне. Проведено дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с ЦДК кровотока (апрель, 2021 г.). В заключении: магистральные артерии головы проходимы, комплекс интима-медиа уплотнен. Выявлена непрямолинейность хода обеих позвоночных артерий в С1-2. Спектральные характеристики кровотока магистральных артерий головы в пределах нормативных величин.

При ультразвуковом исследовании щитовидной железы (март, 2021 г.) установлены ультразвуковые признаки многоузлового зоба на фоне диффузных изменений паренхимы.

При исследовании крови (май, 2021 г.) выявлено повышенное СОЭ (41 мм/ч), гиперхолестеринемия (6,31 ммоль/л), повышение аланинаминотрансферазы (42,1 Ед/л).

В июне 2021 года проведена повторная консультация онкоофтальмолога в офтальмологическом центре г. Москва. Выставлен диагноз: OU – ПОУГ IIа (медикаментозный

режим). Неполная осложненная катаракта. OD – Увеохориоидальное новообразование (T1N0M0). В связи с отрицательной динамикой клинической картины и ростом новообразования показана брахитерапия.

Несмотря на беседы с врачом об особенностях течения новообразования хориоидеи и его возможных осложнениях, женщина отказалась от проведения брахитерапии, ссылаясь на страх. Было принято решение о консервативном ведении с гипотензивным лечением глаукомы под контролем офтальмолога и онколога, проведение УЗИ правого глаза каждые 2-3 месяца по месту жительства.

Больная далее наблюдалась у офтальмолога по месту жительства. За все время наблюдения, учитывая новообразование хориоидеи, была проведена коррекция гипотензивной терапии с заменой препарата аналога простагландина на β-блокатор и ингибитор карбоангидразы. Данная терапия не привела к достижению давления цели. На обоих глазах при пневмотонометрии диагностировали суточные колебания ВГД от 20 до 25 мм рт.ст. В связи с чем была возобновлена прежняя схема местной терапии АП. Пациентка продолжает наблюдаться у офтальмолога с определением ВГД каждые 2-3 месяца и проведением УЗИ правого глаза. В течение двух лет без отрицательной динамики.

Данный случай ведения пациентки с ПОУГ и новообразованием хориоидеи сложен из-за наличия сочетанной патологии, а также из-за отказа проводить лучевое лечение, назначенное онкоофтальмологом, несмотря на множество бесед с врачами.

Заключение и выводы

Таким образом, всем пациентам с впервые выявленной глаукомой рекомендовано проводить исследование сетчатки на широкий зрачок, а также ультразвуковое исследование глаза в связи с онконастороженностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азнабаев, Б.М. Анализ и прогноз заболеваемости глаукомой взрослого населения Республики Башкортостан / Б.М. Азнабаев, А.Ш. Загидуллина, Э.В. Фахретдинова // Саратовский научно-медицинский журнал. 2018. №4. С. 825-828.
2. Астахов, Ю.С. Аналоги простагландинов: прошлое, настоящее и будущее / Ю.С. Астахов, П.А. Нечипоренко // Офтальмологические ведомости. 2017. №1. С. 40-52.
3. Егоров Е.А., Астахов Ю.С., Еричев В.П. Национальное руководство по глаукоме: для практикующих врачей. 3-е изд. испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 456 с.
4. Еричев, В.П. Простагландины в офтальмологии / В.П. Еричев // Вестник офтальмологии. 2022. Т. 138. № 1. С. 107-114.

Сведения об авторах статьи:

1. **Андруша Анастасия Ивановна** – ординатор кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, ул. Ленина, 3. e-mail: anastasia.ivanovna98@mail.ru

2. **Алтынбаева Гульназ Рифовна** – к.м.н., врач офтальмолог ГБУЗ РБ ГКБ №5, г. Уфа, ул. Цюрупы, 4. e-mail: algulnaz@yandex.ru
3. **Загидуллина Айгуль Шамилевна** – д.м.н., профессор кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, ул. Ленина, 3. e-mail: aigul.zagidullina@gmail.com
4. **Шайхутдинова Ольга Валерьевна** – главный врач ГБУЗ РБ ГКБ №5, г. Уфа, ул. Цюрупы 4.
5. **Талисов Радик Фанильевич** – к.м.н., врач невролог ГБУЗ РБ ГКБ №5, г. Уфа, ул. Цюрупы 4.