

УДК 616.073.75-617.7

КРАНИОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗРЕНИЯ

Шармазанова Е.П.¹, Ковтун М.И.², Кузьмина-де-Гутарра О.В.²¹Харьковская медицинская академия последипломного образования,²Харьковская городская клиническая больница № 14 им. Л.Л. Гиршмана

Актуальность. Клинически изменения в хиазмально-селлярной области проявляются не только неврологической и эндокринологической патологией, но и офтальмологическими симптомами. Нередко изменения со стороны органа зрения выходят на первый план, что заставляет пациентов обращаться в первую очередь к окулисту [1-3].

Офтальмологи в своей работе с типичными глазными заболеваниями могут сталкиваться и с проявлениями патологии хиазмально-селлярной области, поэтому от них во многом зависит диагностика процесса, а следовательно, и своевременное лечение пациента [1, 3, 5].

Известна офтальмологическая симптоматика при аденомах гипофиза, которая обусловлена локализацией и направлением преимущественного роста опухоли [4, 6]. Хиазмальный синдром включает в себя битемпоральные и биназальные дефекты поля зрения и побледнение дисков зрительных нервов по типу первичной нисходящей атрофии. Нередко, к сожалению, пациенты не фиксируют внимания на периферических дефектах в поле зрения и обращаются к офтальмологу только тогда, когда появляется понижение остроты зрения. Однако порой и врачи не придают должного значения жалобам пациентов в случае сохранной остроты зрения и/или нормальной офтальмоскопической картины глазного дна.

Патологические изменения поля зрения могут быть вызваны самыми разными причинами. Несмотря на многообразие подобных изменений, все они условно могут быть разделены на две большие группы: 1) очаговые дефекты поля зрения (скотомы); 2) сужения границ поля зрения [1, 2]. Изменения полей зрения при различных патологиях центральной нервной системы весьма характерны и являются важнейшими симптомами для топической диагностики заболеваний головного мозга.

Важность дифференцирования как сочетанной, так и изолированной патологии хиазмально-селлярной области в практике окулиста несомненна, поэтому важно знать особенности офтальмологических проявлений различных заболеваний хиазмально-селлярной области. Основными методами диагностики заболеваний хиазмально-селлярной области остаются лучевые методы исследования. За рубежом при прогрессирующей потере зрения и хронической головной боли рекомендуется применять магнитно-резонансную томографию (МРТ); рентгенография черепа не применяется [7]. В Украине при подозрении на внутричерепные заболе-

вания сначала выполняется рентгенография черепа, а затем КТ или МРТ, поэтому тактика назначения лучевых методов исследования у пациентов с патологией зрения требует дальнейшего изучения.

Цель: изучить частоту патологии хиазмально-селлярной области у пациентов с нарушением зрения по данным лучевых методов исследования.

Материалы и методы. Представлены результаты анализа 378 пациентов с различной патологией зрения, которые поступали в Харьковскую городскую клиническую больницу № 14 им. Л.Л. Гиршмана за период с 2011 по 2014 гг. Из них пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) было 265 — 70,0% (из них с глаукомой низкого давления (ГНД) — 21 пациент (5,5%), с острой и хронической патологией зрительного нерва (ЗН) — 73 (19,0%), с возрастной макулодистрофией сетчатки (ВМД) — 27 (7,0%), с окклюзиями сосудов сетчатой оболочки — 13 (4,0%). Возраст пациентов составил: с ПОУГ — 71,3±8,4 года, с острой и хронической патологией ЗН — 62,9±8,4; с ВМД — 68,7±8,9; с окклюзиями сосудов сетчатой оболочки — 67,6±3,1 года.

Обследование пациентов включало: общее офтальмологическое обследование с обязательной периметрией, оптической когерентной томографией (ОКТ) сетчатки и области диска зрительного нерва (ДЗН). Всем 378 пациентам была проведена рентгенография черепа в прямой носоподбородочной и боковой проекции в связи с наличием головных болей. При проведении рентгенографии черепа учитывались следующие рентгенологические признаки: обызвествление каротидных сосудов в проекции турецкого седла, костные изменения структур турецкого седла и основной кости — вздутие, истончение, гиперостоз и деформация передних и задних отростков основной кости, спинки турецкого седла, его стенок и дна. Для верификации и уточнения рентгенологических изменений у 52 пациентов (13,8%) проведена магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты исследования. У пациентов с ПОУГ в 182 случаях (68,7%) были обнаружены выраженные обызвествления внутренней сонной артерии (ВСА) (рис. 1), которые коррелировали с характерными клиновидными изменениями в поле зрения.

У троих больных (14,3%), которые наблюдались у офтальмолога в течение 7, 9 и 12 лет с диагнозом ГНД динамики изменений полей зрения не отмечалось, пациенты регулярно инстиллировали бетоптик S и проходили курсы сосудистой терапии. ОКТ области ДЗН характеризовалась уменьшением

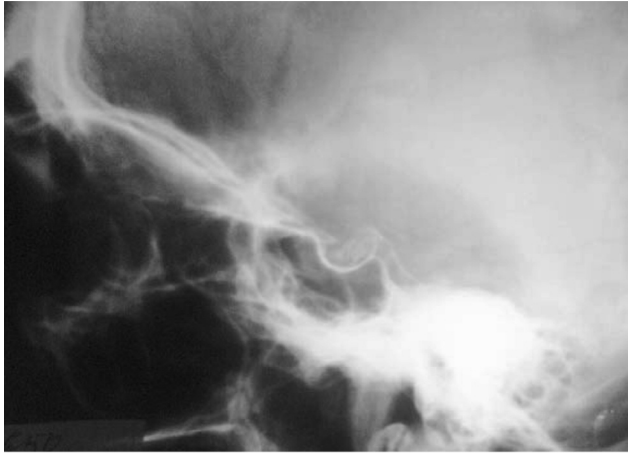


Рис. 1. Больная Г. 72 лет с ПОУГ: на рентгенограмме обызвествление внутренней каротидной артерии в проекции турецкого седла

площади нейроретинального пояса ДЗН без увеличения площади и объема экскавации. У 4 больных (19,0%), которые наблюдались более 10 лет с диагнозом ГНД, подъем внутриглазного давления (ВГД) отмечался в последние несколько лет, до этого в поле зрения отмечались одно- или двухсторонние клиновидные скотомы без выраженной динамики. При ОКТ-исследовании в настоящее время отмечается увеличение площади и объема экскавации.

У одного больного с ПОУГ на краниограмме выявлена обызвествленная аневризма ВСА, верифицированная МРТ-исследованием. Еще у одного больного, поступившего с диагнозом диабетическая неоваскулярная глаукома на правом глазу ($Vis = 0$) и ГНД 3-А (назальная скотома) на левом глазу ($Vis = 0,4$ н/к), на краниограмме выявлены истончение и асимметричность передних клиновидных отростков, при МРТ обнаружен постинсультный очаг в левой затылочной области и признаки «пустого» турецкого седла.

В результате проведенного исследования у 3 пациентов (14,3%), направленных в стационар с ГНД, диагноз снят на основании краниографического, общего офтальмологического и ОКТ-исследования, больным рекомендовано динамическое наблюдение. У 4 больных (19,0%) с ранее поставленным диагнозом ГНД подъем ВГД с характерными изменениями в поле зрения и ОКТ-данными отмечался в течение последнего года наблюдения. Больной с аневризмой ВСА направлен на консультацию в нейрохирургический стационар. Пациент с постинсультными изменениями после хирургического лечения неоваскулярной глаукомы оставлен под наблюдение у офтальмолога и направлен в неврологический стационар.

У пациентов с диагнозами острая и хроническая сосудистая патология ЗН обызвествление цистерн каротидных сосудов определялось у 37 больных (50,6%). У этих пациентов значительно чаще, чем в остальных группах, выявлялись различные костные изменения элементов турецкого седла – 52,0%.

Увеличение размеров турецкого седла с истончением его элементов за счет макроаденом гипо-

физа было выявлено у 2 пациентов (2,7%): в поле зрения у одного пациента на правом глазу отмечалось остаточное поле зрения с назальной стороны и слепота левого глаза, у второго пациента — битемпоральная скотома (рис. 2).

Истончение, заострение и неравномерность длины клиновидных отростков выявлены у 19 пациентов (26,0%) с острой и хронической сосудистой патологией ЗН. Из них у 8 пациентов (42,1%) в поле зрения отмечались парацентральные скотомы, у 11 (57,9%) наряду с центральными скотомами регистрировались гемианопические и диффузные скотомы, а также концентрическое сужение полей зрения.

Вздутие малых крыльев основной кости диагностировано у 12 (16,4%) пациентов (рис. 3), из них у 8 (66,7%) установлены секторальные скотомы в верхней половине поля зрения, у 2 (16,7%) — центральные и парацентральные скотомы, у 3 больных (25%) отмечалось концентрическое сужение поля зрения от 10 до 50 градусов.

Гиперостоз малых крыльев основной кости и клиновидного возвышения как проявление менингеомы выявлен у 2 больных (2,7%), у обоих пациентов отмечалось концентрическое сужение поля зрения, у 1 пациента на правом глазу до 30° от центра, на левом глазу развилась слепота.

Истончение спинки турецкого седла выявлено у 3 (4,1%) больных, в поле зрения у 1 пациента при этом на правом глазу диагностирована нижнетемпоральная скотома.

Новообразование костной плотности супраселлярно отмечено у 1 пациента (1,3%): в поле зрения — битемпоральная гемианопсия.

Новообразование средней и передней черепной ямки с прорастанием в левую орбиту через расширенную верхне-глазничную щель (рис. 4) выявлено у 1 пациента (1,3%): в поле зрения пра-



Рис. 2. Больной С. 58 лет с атрофией зрительных нервов: на прицельной рентгенограмме турецкого седла определяется его двухконтурность, увеличение размеров (сагиттальный – 19 мм, вертикальный – 17 мм). Расширение входа в турецкое седло, истончение спинки, приподнятый бугорок турецкого седла — интра- и супраселлярная опухоль турецкого седла (макроаденома гипофиза, подтвержденная МРТ).

вого глаза изменений нет, в левом глазу — выпадение верхнего и темпорального поля зрения.

У всех пациентов с острой и хронической сосудистой патологией ЗН отмечалось снижение общей чувствительности более 2 d. ОКТ-обследование выявило уменьшение толщины слоя нервных волокон. Признаки остеопороза различной степени выраженности обнаруживались практически у всех больных.

У пациентов с ВМД и тромбозами сосудов сетчатой оболочки обызвествление ВСА определялось больше чем у половины обследованных (22 пациента — 55,0%). В поле зрения у этих пациентов выявлены центральные и парацентральные скотомы, у 8 пациентов (20,0%) — нижние и верхненазальные клиновидные скотомы.

Таким образом, наиболее часто у пациентов с патологией зрения на рентгенограммах выявлялись обызвествления внутренней сонной артерии — 63,8% (241 пациент); в 10,6% случаев (40 пациентов) — костные изменения основной кости, которые указывали на патологический процесс в sellarной области. Из них при МРТ верифицированы: аденомы гипофиза у 8 пациентов (20,0%), краниофарингеома у одного (2,5%), новообразование средней

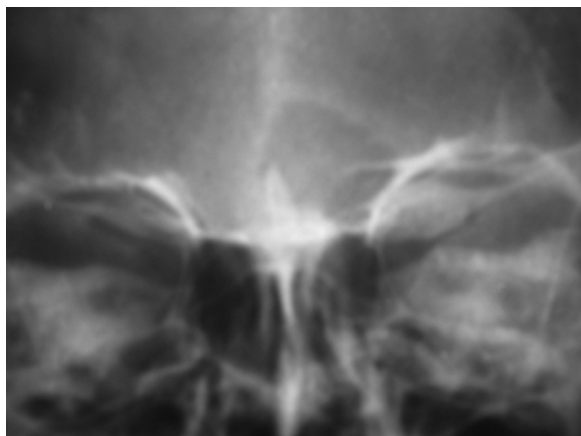


Рис. 3. Вздутие малого крыла основной кости слева (локальная форма фиброзной дисплазии) с сужением верхней глазничной щели у пациента 64 лет с хронической сосудистой патологией ЗН

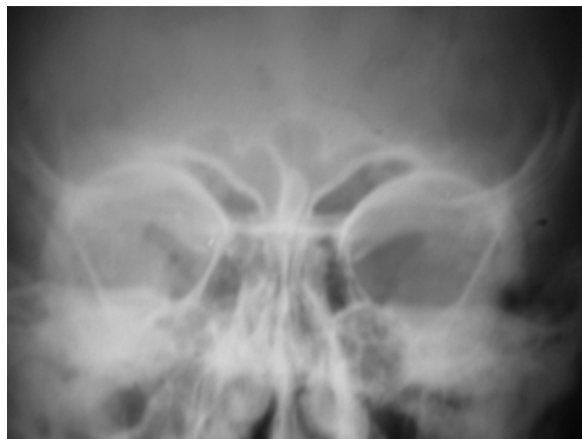


Рис. 4. Расширение верхней глазничной щели слева за счет новообразования, прорастающего в левую орбиту

черепной ямки с прорастанием в орбиту у одного пациента (2,5%), менингиома у 2-х (5,0%), фиброзная дисплазия у 12 (30,0%) больных.

Выводы

1. Рентгенография черепа в прямой и боковой проекции показана для дифференциальной диагностики сосудистых и компрессионных нейрооптикотатий, поэтому должна быть включена в перечень обязательных методов обследования, особенно у пациентов с острой и хронической сосудистой патологией зрительного нерва.

2. Обызвествления внутренней сонной артерии являются косвенным признаком поражения сосудистой системы глаза.

3. Опухоли и опухолеподобные состояния хиазмально-селлярной области в 32,9% являлись причиной острой и хронической сосудистой патологии зрительного нерва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лессел С. *Нейроофтальмология* / С. Лессел, Дж. Т.У. Ван Дален. — М., 1983. — 464 с.
2. Парфенова Н.Д. К дифференциальной диагностике поражений зрительных нервов на основании мозга / Н.Д. Парфенова, Н.К. Серова, О.Н. Соколова // *Вестн. офтальмол.* — 1987. — Т.103, № 1. — С. 35-38.
3. Сашнина А.В. *Диагностика и лечение нарушений кровообращения в сосудах глаза при атеросклеротическом поражении сонных артерий*: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / А.В. Сашнина. — М., 2005. — 20 с.
4. Самотокин Б.А. *Опухоли гипофиза и хиазмально-селлярной области* / Б.А. Самотокин, В.А. Хилько. — Д., 1985. — 304 с.
5. Сергиенко Н.М. К вопросу диагностики атрофии зрительного нерва / Н.М. Сергиенко // *Офтальмол. журн.* — 1984. — № 3. — С. 339.
6. Серова Н.К. *Офтальмологическая симптоматика краниофарингиом* / Н.К. Серова // *Вестн. офтальмол.* 1993. — Т. 109, № 4. — С. 23-26.
7. *Radiation Protection 118, Referral guidelines for imaging* // *European Commission Directorate-General for the Environment.* — 2000. — 125 p.

РЕЗЮМЕ. В статье представлены результаты краниографии 378 пациентов с различной патологией зрения. Установлено, что наиболее часто у пациентов с патологией зрения на рентгенограммах выявлялись обызвествления внутренней сонной артерии — 63,8% (241 пациент) и костные изменения основной кости — 10,6% случаев (40 пациентов). Опухоли и опухолеподобные состояния хиазмально-селлярной области в 32,9% являлись причиной острой и хронической сосудистой патологии зрительного нерва.

РЕЗЮМЕ. У статті представлені результати краниографії 378 пацієнтів з різною патологією зору. Встановлено, що найбільш часто у пацієнтів з патологією зору на рентгенограмах виявлялися звалпіння внутрішньої сонної артерії — 63,8% (241 пацієнт) і кісткові зміни основної кістки — 10,6% випадків (40 пацієнтів). Пухлини і пухлиноподібні стани хиазмально-селлярної області в 32,9% були причиною гострої і хронічної судинної патології зорового нерва.

SUMMARY. The article presents the results of 378 patients craniography with different pathologies of vision. Found that the most common in patients with pathology of the X-ray revealed calcification of the internal carotid artery — 63,8% (241 patient) and bone changes of the sphenoid bone — 10,6% of the cases (40 patients). Tumors and tumor-like state chiasmoseillar area of 32,9% were the cause of acute and chronic vascular disease of the optic nerve.