

НОВЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС В ДЕТСКОЙ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Блохина С.И., Степанова Е.А.

НПР Бонум, Екатеринбург

У детей наиболее частой опухолью является ретинобластома – это злокачественная нейроэктодермальная опухоль, происходящая из оптически-деятельной части сетчатки. Диагностика ретинобластомы основывается на обнаружении методом офтальмоскопии очагов на глазном дне. В некоторых случаях диагностика бывает затруднительной из-за локализации опухолевых очагов на периферии и сложностей проведения офтальмоскопии у детей младшего возраста. Лечение ретинобластомы определяется размерами, локализацией образования и необходимо начинать незамедлительно, с учетом быстрого прогрессирования процесса и склонностью опухоли к метастазированию.

Для ранней диагностики внутриглазных новообразований широко применяется 2-мерное УЗИ глазного яблока, или В-сканирование. С помощью данного метода определяется: наличие и локализация «плюс-ткани» в глазу, высота проминенции, длина основания очага, наличие и распространенность сопутствующих осложнений (вторичная отслойка сетчатки, кровоизлияния).

В настоящее время появилась новая возможность ранней диагностики внутриглазных новообразований - педиатрическая ретинальная камера «Ret Cam», которая позволяет диагностировать ретинобластому на ранних стадиях, а также проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями сетчатки.

С февраля 2007 года в Областном детском офтальмологическом центре появилось новое уникальное оборудование – ретинальная педиатрическая камера RetCam II.

Возможности данной аппаратуры позволяют проводить:

- Объективное документирование заболеваний переднего и заднего отрезка глаза
- Сравнивать изображения, выявляя изменения, произошедшие между осмотрами
- Возможно хранение полученной информации для наблюдения за пациентом
- Обучение персонала и родителей
- Обмен информацией в электронном виде (консультации по телемедицине)

Ретинальная камера имеет много преимуществ:

- широкий угол зрения (130°), обеспечивающий обзор глазного дна
- объективность интерпретации результатов исследования
- цифровое документирование и возможность прямого сравнения серии обследований в динамике,

- моментальная оценка (контроль) эффективности лечения (лазеркоагуляции) и определение потребности в дополнительном (повторном) вмешательстве, прогнозирование течения и исхода.

Таким образом, новый диагностический комплекс в центре позволит проводить раннюю и объективную диагностику у детей любого возраста с тяжелой патологией сетчатки.

К ВОПРОСУ О ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Богданова Л.Б.¹, Ямникова Т.И.¹, Ростовцев М.В.²

¹ГМЛПУЗ ЧОКБ, Челябинск, ²ГОУ ДПО УГМАДО, Челябинск

Проанализированы результаты исследования 284 детей до 7 лет. 175 из них была проведена РКТ, в том числе и МСКТ. 109 детям была выполнена МРТ. Детей до года было 79- 27,8% от общего числа детей. Анестезиологическое пособие (АП) было оказано 115 детям (40,5%), по методикам: КТ - 67 чел (38,3%), МРТ – 48 детей (44%). Для проведения КТ под наркозом в отделении оборудован специализированный каби-нет. В структуру диагностического центра включено анестезиологическое отделение. Возможности МСКТ позволяют в некоторых случаях провести исследование с помощью суггестивных методов из-за сокращения времени сканирования до 6-10-15 секунд. У детей младшего возраста, больных с клаустрофобией, психическими отклонениями, нарушениями витальных функций используются седатация или общая анестезия. Проведение АП вовремя МРТ затруднено из-за отсутствия оборудования из немагнитных материалов. Контрастное усиление (КУ) было проведено в 33 случаях. При КТ, особенно при МСКТ необходимо использовать неионные контрастные препараты. Врожденная и наследственная патология ГМ выявлена в 25% случаев. Значительную группу составили пациенты с МГМ, возникшими в результате нарушения органогенеза (93%). Наиболее часто встречались арахноидальные кисты, аномалии прозрачной перегородки, врожденные порэнцефалии, врожденная гидроцефалия. Реже выявлялись такие аномалии, как гидранэнцефалия, шизэнцефалия, голопроэнцефалия. МГМ на почве нарушений гистогенеза были определены у 34 детей. В эту группу вошли факоматозы, сосудистые мальформации, врожденные опухоли ГМ. КТ-признаки факоматоза выявлены в 8 случаях. В большинстве случаев мы находили признаки синдрома Штурге-Вебера и болезни Бурневилля (туберозный склероз). Нарушения цитогенеза (лейкодистрофии) нами были выявлены в 2 случаях. У 27 детей наблюдались сочетанные МГМ.

ВЫВОДЫ: 1.СКТ в диагностике МГМ практически не уступает МРТ. (Обследование детей, нуждающихся в АП, целесообразно начинать с КТ, так как АП проводится в щадящем режиме, возможен инструментальный мониторинг. Возможности СКТ в большинстве случаев позволяют ограничиться лишь седатацией либо суггестивным воздействием. 2.Для