

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Е.Г.Михеева, И.Л.Мелехов, Л.Я.Яблонская

### РЕДКИЙ СЛУЧАЙ АСЕПТИЧЕСКОГО ЭНДОФТАЛЬМИТА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ МЕЛАНОМЫ ХОРИОИДЕИ

Уральская государственная медицинская академия,  
ГУЗ СОКБ №1

Диагностирование меланомы хориоидеи до настоящего времени остается затруднительным. Случайно выявленные при гистологическом исследовании энуклеированных глаз меланомы составляют от 3,6 до 12% (Holden, Domato, 1996; Mardin et al., 1997). Особенно большие трудности возникают тогда, когда наступает тотальный некроз меланомы с острым началом и развитием воспалительных изменений во всех оболочках глаза и тканях орбиты (В.М.Шепкалова и др., 1965; А.Ф.Бровкина, 2002). В подобных случаях даже при гистологическом исследовании трудно поставить точный диагноз и зачастую невозможно определить типирование по клеточной характеристике меланомы (веретенноклеточная или эпителиоидная).

Трудности в клинической диагностике связаны с тем, что в картине заболевания преобладают симптомы, свидетельствующие о воспалении, тогда как признаки опухолевого процесса завуалированы. В основе характерных клинических изменений при некротической меланоме лежит практически тотальный остро развившийся распад опухоли. Это вызывает глубокие токсико-дистрофические и реактивно-воспалительные изменения в оболочках глаза и в его придаточном аппарате. Даже при ультразвуковом В-сканировании опухоль в полости глаза не видна, и картина больше похожа на экссудат в стекловидном теле или гемофтальм.

Под нашим наблюдением находилась больная Н., 58 лет, жительница г.Среднеуральска, которая поступила в глазное отделение ОКБ №1 12 октября 2006 г. с диагнозом эндофтальмит (возможно метастатическая офтальмия), вторичная IV «с» (б/м) глаукома правого глаза. Жалобы больной на слепоту и боли в правом глазу, отек век и покраснение глаза. Острая боль и покраснение правого глаза появились 7 октября, закапывание левомицетина было не эффективным. Больная является инвалидом 2 группы по поводу энцефалопатии сложного генеза и психоорганического синдрома, контакт с пациенткой возможен только с помощью матери.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура и артериальное давление в норме.

VOD=0

VOS=видит, ориентируется в пространстве, таблицу не понимает из-за интеллектуальных нарушений

TOD=п\т +++

TOS=п\т N

**Правый глаз:** значительная гиперемия и отек кожи век, глазная щель сужена, красный хемоз, небольшой экзофтальм. Подвижность глазного яблока ограничена, роговица отечна, передняя камера мелкая, зрачок широкий, на свет не реагирует. Область зрачка серовато-желтого цвета, рефлекса с глазного дна нет.

**Левый глаз:** без патологии, глазное дно в норме.

При обследовании больной первичный очаг гнойной инфекции не обнаружен. Рентгенография органов грудной клетки без патологии. КТ органов брюшной полости: выявлена желчно-каменная болезнь, другой патологии нет. МРТ черепа: остеома правого решетчатого лабиринта размером 6 мм. Больная консультирована в областном онкоцентре: кроме остеомы решетчатой пазухи других онкозаболеваний не выявлено.

Проведено В-сканирование правого глаза: выявленные плавающие помутнения стекловидного тела, оболочки прилежат, опухолевидных образований в полости глаза не выявлено. Данные ультразвукового исследования указывают на наличие экссудата в полости глаза, что подтверждает диагноз эндофтальмита. Имеются все показания для энуклеации: сильные боли и полная слепота. Противовоспалительная терапия антибиотиками в данном случае не эффективна.

13 октября проведена энуклеация правого глазного яблока. Операция прошла без осложнений, глазное яблоко отправлено для патогистологического исследования. Состояние больной после операции улучшилось, болей в правой орбите нет, отек век и хемоз значительно уменьшились. Послеоперационное лечение заболевания обычное. Больная выписана для амбулаторного наблюдения и лечения по месту жительства.

**Заключение патогистолога:** макропрепарат – культя зрительного нерва глазного яблока размером 10 мм. Роговица серая, полупрозрачная. Внутренние среды глаза представлены кровянистой жидкостью и плотной серо-бордовой массой, Хрусталик желтый, полупрозрачный.

При патогистологическом исследовании выявились затруднения в диагностике заболевания. Препарат передан на иммуногистохимическое исследование: морфологическая картина более соответствует эпителиоидно-клеточной меланоме хориоидеи с участками инфильтрации внутренних отделов склеры, с некрозами, воспалением. Гемофтальм. Открытоугольная глаукома. В большинстве клеток опухоли видны гранулы темно-коричневого цвета, опухолевые клетки экспрессируют антиген меланосом НМБ-45. Гистологи: Л.Н.Зайцева, к.м.н. С.Е.Июшенко, к.м.н., доц. Е.С.Беликов.

Таким образом, окончательный диагноз, верифицированный патогистологическим и иммуногистохимическим исследованиями – некротическая меланом хориоидеи III стадии, осложнившаяся аseptическим эндофтальмитом и вторичной IV глаукомой «с» правого глаза. Своевременная операция энуклеации

до проростания опухоли за пределы глазного яблока позволила избежать тяжелой операции экзентерации орбиты, но витальный прогноз остается тяжелым. Больной направлено письменное сообщение о результатах гистологического исследования и необходимости встать на учет у онколога по месту жительства, а также наблюдаться у офтальмолога.

Данный клинический случай представляет интерес как чрезвычайно редкое заболевание – асептический эндофтальмит на почве некротической формы меланомы хориоидеи. По данным Шепкаловой В.М. и соавторов (1965), некротическая меланома встречается в 9,4% случаев при гистологическом исследовании энуклеированных глаз с меланомой сосудистого тракта. Но при этом не указано, какое число некротических форм было с явлениями эндофтальмита.

Продолжительность жизни больных меланомой хориоидеи после энуклеации наименьшая при эпителиоидном типе строения опухоли. Летальность при этом составляет 69% (Цимерман цитата по Шепкаловой В.М., 1965). Прогноз для жизни при некротической меланоме также неблагоприятный (летальность более 45% по Цимерману), так как при некрозе разрушаются стенки сосудов и появляется опасность диссеминации и рассеивание опухолевых клеток по сосудам (генерализация процесса).

У нашей больной выявлен эпителиоидный тип строения меланомы на фоне ее некроза. Такое сочетание позволяет думать о плохом витальном прогнозе. Некротическая меланома часто осложняется симпатической офтальмией, так как нарушается гематофтальмический барьер (А.В.Важенин, И.Е.Панова, 2006).

Авторы благодарят гистологов Л.Н.Зайцеву, к.м.н. С.Е.Иощенко, к.м.н., доц. Е.С.Беликова за консультативную помощь в постановке диагноза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Офтальмология / Под ред. А.Ф.Бровкиной. 2002.
2. Шепкалова В.М., Харасанян-Гаде А.А., Дислер О.Н. Внутриглазные опухоли. – М.: Медицина, 1965.
3. Важенин А.В., Панова И.Е. Избранные вопросы онкоофтальмологии. – М., 2006.
4. Holden R, Domato B. // Eye. – 1996. - V.10, pt 1. – P.129-139.
5. Mardin E., Kucule M., Naumaun Y. // Klin. Mbl. Augenheilk. – 1997. - N2. - B.211.

М.Д.Федорова, Е.Г.Михеева, М.В.Баранов

#### СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ДВУХСТОРОННЕЙ МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМИИ НА ФОНЕ УРОСЕПСИСА

Областная клиническая больница № 1,  
Уральская государственная медицинская академия

Эндофтальмит без предшествующего повреждения капсулы глаза (метастатическая офтальмия) обычно развивается вследствие гематогенного метастазирования возбудителей в сосудистый тракт и сетчатку глаза. При этом в организме всегда имеется очаг инфекции с развитием острого или хронического септического состояния (О.Д.Джумагулов и др., 1988; А.Б.Андрусенко и др., 1989; Е.К.Мамбетов, А.А.Булгакова, 2001; Y.Y.Агтоу et al, 2000). Чаше всего эндогенный эндофтальмит появляется у ослабленных больных в старческом и детском возрасте. Под нашим наблюдением находился пациент Ч., 75 лет, направленный из Красноуфимска в ОКБ №1 6 июня 2005 г. с диагнозом вторичная глаукома левого глаза и госпитализированный в неотложном порядке во второе глазное отделение в 23 ч 50 мин с жалобами на слепоту обоих глаз и боли в левом глазу. Из анамнеза заболевания следует, что 29 мая 2005 г. появились высокая температура до 40°C и значительное снижение АД; госпитализирован в кардиологическое отделение местной больницы с диагнозом прединфарктное состояние. В отделении появилась рвота кофейной гущей. При ФГС обнаружены множественные язвы желудка и 12-ти перстной кишки. Больной переведен 1 июня 2005 г. в хирургическое отделение той же больницы. 3 июня внезапно ослеп левый глаз, появились отек век и экзофтальм, а 5 июня резко снизилось зрение правого глаза. Высокая температура держалась все эти дни, 6 июня больной направлен в ОКБ №1 г. Екатеринбург.

При поступлении: Общее состояние – тяжелое.

Офтальмологический статус: Острота зрения правого глаза 1/∞ неправильная проекция света (почти 0). Визус левого глаза = 0.

Правый глаз: смешанная инъекция, передняя камера мелкая – 1,5 мм; влага ее опалесцирует, частичное помутнение хрусталика. Рефлекса с глазного дна нет из-за помутнения стекловидного тела. Внутриглазное давление – 19 мм рт. ст.

Левый глаз: отек и легкая гиперемия кожи верхнего века, птоз, экзофтальм, полная офтальмоплегия, хемоз. Роговица отечная, передняя камера мелкая – 1,5 мм, гнойный экссудат в области зрачка. Циркулярная задняя синехия. Рефлекса с глазного дна нет. Внутриглазное давление – пальпаторно +3.

На КТ орбит от 6 июня инфильтрация параорбитальной клетчатки слева. Левосторонний экзофтальм. Патологии придаточных пазух носа не выявлено.

Диагноз при поступлении: метастатическая офтальмия обоих глаз на фоне септического состояния неясного генеза. Эндогенный эндофтальмит правого глаза, панофтальмит и вторичная глаукома левого глаза.