

систолическая – снижалась до контрольных значений, а пульсационный индекс снижался ниже контроля.

При осложненном течении посттравматического увеита и базовом лечении без иммуномодулирующей терапии через 14 суток после ранения ЛСК была на 10–30 % снижена в ЦАС и увеличена в ЗКЦА по отношению к контролю.

Таким образом, улучшение клинического течения увеита при применении иммуномодулятора Бестим сопровождалось коррекцией нарушений гемодинамики в заднем сегменте глазного яблока, что способствовало улучшению тканевого обмена и питания как в сетчатке, так и в зрительном нерве.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СПОНТАННОГО ТРОМБИРОВАНИЯ ФИСТУЛЫ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНОЙ С КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНЫМ СОУСТЬЕМ

*Е. Г. Михеева, Н. К. Жданова, А. Ю. Шаповалов, А. А. Степанянц
ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»
Минздрава России; ОКБ № 1; ГКБ № 40, г. Екатеринбург*

Каротидно-кавернозное соустье (ККС) – редкое нейрохирургическое заболевание, но начинается оно с проявлений со стороны органа зрения: отеки век, экзофтальм, хемоз, парез или паралич наружных мышц глаза, вторичная флебогипертензивная глаукома, дующий шум в ухе с пораженной стороны и др. В последние годы помогает в диагностике МРТ черепа (сосудистая программа). Задача офтальмолога – своевременно поставить диагноз и срочно направить больного в нейрохирургическое отделение. Но трудности в диагностике ККС для офтальмолога всегда имеются, особенно если больной не предъявляет жалоб на шум в одном ухе.

После 1971 г. лечение ККС проводится эндоваскулярной окклюзией катетер-баллоном шунтирующего отверстия внутренней сонной артерии (Ф. А. Сербиненко, 1971), вместо перевязки внутренней сонной артерии.

Без оперативного вмешательства ККС может привести к летальному исходу в результате носового кровотечения или кровоизлияния в полость черепа (С. С. Михайлов, 1965). А в чрезвычайно редких случаях наступает спонтанное тромбирование фистулы внутренней сонной артерии при малых ее размерах. Трудности в диагностике в этих случаях увеличиваются, так как при аускультации не прослушивается дующий шум и нет изменений в картине МРТ.

Под нашим наблюдением находилась больная М. 88 лет, которая поступила в первое глазное отделение ОКБ № 1 5 марта 2012 г. в ургентном порядке с направительным диагнозом: тромбоз вен орбиты слева, артериальная гипертония левого глаза и зрелая катаракта правого глаза.

Анамнез заболевания. 15 ноября 2011 г. появились отек век, сухость глазной щели левого глаза. Несколько позднее возникли боли вокруг глаза и кратковременное опущение верхнего века слева. Больная наблюдалась амбулаторно у окулиста с диагнозом аллергический отек век слева. После 20 января 2012 г. стало ухудшаться зрение левого глаза, отеки век увеличились. По назначению окулиста применяла противоаллергические капли в глаз и таблетки, эффекта не было. Жалоб на дующий шум в левом ухе больная не предъявляла. Семь лет назад была операция по поводу катаракты на левом глазу с имплантацией ИОЛ.

Офтальмологический статус:

VOD = 1/∞ pr. certae. TOD = 21 mm Hg.

VOS = 0,1 не корр. TOS = 21 mm Hg.

Поле зрения: OS: 30, 50, 50, 55, 60, 80, 80, 60 = суммарно 465°.

Передний отрезок правого глаза в норме (кроме зрелой катаракты).

Левый глаз: выраженный отек и гиперемия кожи век, глазная щель сужена. Незначительный экзофтальм. Репозиция глазного яблока затруднена. Движения глазного яблока ограничены кверху и кнаружи (парез верхней и наружной прямой мышцы). Красный хемоз нижней половины конъюнктивы. Передний отрезок глаза в норме. ИОЛ центрирована.

Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, контуры четкие. Вены сетчатки расширены.

Данные МРТ головного мозга (сосудистая программа) от 5 марта 2012 г.: данных за аневризму, ККС, тромбоз синусов не получено. Варикозное расширение верхней орбитальной вены.

Больная получала следующее лечение: диакарб по 1 таблетке 2 раза в день, внутривенно дексаметазон 4,0 1 раз в день № 3, манит внутривенно № 1, цефазолин внутримышечно 1,0 2 раза в день 7 дней.

После консультации профессора глазной клиники высказано подозрение на наличие ККС слева (несмотря на отрицание его по данным МРТ сосудистой программы).

При аускультации орбиты через кожу век выслушивается очень слабый дующий шум, синхронный с пульсом.

Консилиум врачей-нейрохирургов ЦГКБ № 40 подтвердил диагноз ККС слева, но со спонтанным тромбированием фистулы внутренней

сонной артерии на фоне цереброваскулярной болезни, кроме того, варикозное расширение верхней глазничной вены слева.

На фоне проводимого лечения (трентал внутривенно капельно, гепарин подкожно и др.) достигнута положительная динамика: значительно улучшилось зрение (больная свободно читала газету), исчезли боли.

При выписке 26 марта 2012 г.: значительное улучшение остроты зрения левого глаза, нет экзофтальма, отека век и хемоза конъюнктивы. Восстановилась подвижность глазного яблока кверху. Осталось легкое ограничение движения глаза кнаружи. Из-за отсутствия окулиста в ГКБ № 40 острота зрения не проверялась.

Заключение. Трудности диагностики ККС у наблюдаемой больной для офтальмолога состояли в том, что больная не предъявляла жалоб на шум в левом ухе. В заключении МРТ: данных за ККС не получено; дующий шум при аускультации очень слабый. Консилиум нейрохирургов обосновал отсутствие этих признаков ККС спонтанным тромбообразованием фистулы внутренней сонной артерии. Наступило самоизлечение. Дополнительная тромболитическая терапия способствовала улучшению тока крови в венозных сосудах головного мозга и орбиты.

Причиной снижения зрения, вероятно, является сдавление сосудов зрительного нерва отечными тканями орбиты. К этому времени у нее уже началось образование тромба в фистуле внутренней сонной артерии. А услышать четкий дующий шум можно было бы при аускультации в первый период заболевания. Вероятно, и на МРТ в то время можно было зафиксировать наличие тока крови из внутренней сонной артерии в кавернозный синус.

1. Михайлов С. С. Артериовенозные, сонно-пещеристые аневризмы. М., 1965.
2. Сербиненко Ф. А. Оклюзия баллоном кавернозного отдела сонной артерии. Метод лечения каротидно-кавернозного соустья // Вопр. нейрохирургии. 1971. № 6. С. 3–8.

ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ (ДО 11 ЛЕТ) АНТИГЛАУКОМАТОЗНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАЗВИТОЙ И ДАЛЕКОЗАШЕДШЕЙ ГЛАУКОМЕ

*Е. Г. Михеева, Л. Я. Яблонская, А. Ю. Минина
ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»
Минздрава России; ОКБ № 1, г. Екатеринбург*

Свердловский областной глаукомный центр на базе ОКБ № 1 существует 33 года. За это время проведено большое количество антиглаукоматозных операций фистулизирующего типа. Только за последние 5 лет