

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

«VII Всероссийская олимпиада по офтальмологии с международным участием»

Пример клинического кейса

Ситуация: На прием к офтальмологу обратилась мама с ребенком 1,5 лет.

Жалобы: на светобоязнь, слезотечение правого глаза и беспокойное поведение у дочери.

Анамнез заболевания: Со слов матери, данное состояние заметила в течении недели. У офтальмолога ребенок не наблюдался. Последний осмотр офтальмолога в 1 мес в поликлинике.

Анамнез жизни: У ребенка с рождения на правой половине лица и туловища имеются «винные» пятна. Девочка состоит на д-учете у педиатра и невролога по поводу фокальной формы эпилепсии, задержке в психомоторном развитии. На постоянной основе принимает Депакин-хроносфера - 300мг/сутки. Привита по индивидуальному плану. Наследственный анамнез не отягощен.



**В число обязательных (базовых) исследований следует выполнить?
(выбрать несколько вариантов ответа)**

- **Биомикроскопия**
- **Офтальмоскопия**
- **Визометрия**
- **Микрогониоскопия**
- **Периметрия**
- **Скиаскопия**

**В число обязательных (базовых) исследований
входит
(правильны варианты ответов)**

- **Биомикроскопия**
- **Офтальмоскопия**
- **Визометрия**
- **Микрогониоскопия**
- **Периметрия**
- **Скиаскопия**

Локальный статус

Vis OD: рефлексы фиксации и следящих движений затруднены роговичным синдромом и беспокойством ребенка

Vis OS: рефлексы фиксации и следящих движений уверенные

/_ КГ OU: 0*, без установок

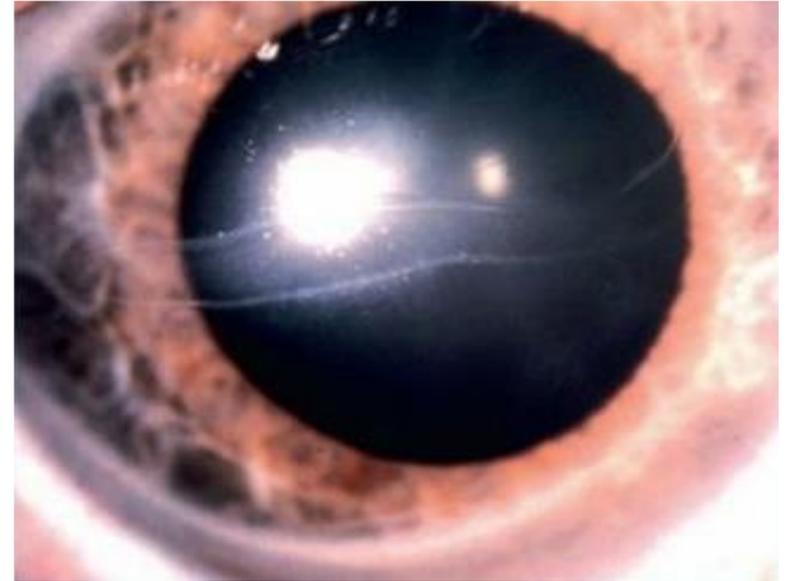
Sc Refr:	OD	Hm 1.5	OS	Hm 3.0
		Hm 1.0		Hm 3.0

ВГД пальпаторно: OD = +0,5/+1,0 OS = N

Биомикроскопия:

OD: На коже правой половины лица **обширная ангиома с синюшным оттенком**. Глаз раздражен. На бульбарной конъюнктиве **эктазированные извитые сосуды**, отделяемого нет. Роговица сферичная, **слегка отечна, на уровне десцементовой оболочки разрывы (стрии Хааба)**. Передняя камера равномерная, 2,5 мм. Радужная оболочка субатрофична, гетерохромия. Зрачок круглый, в центре, реакция на свет сохранена. Оптические среды прозрачные. Рефлекс с глазного дна розовый.

OS: Параорбитальная области и веки слева не изменены. Глаз спокоен. Конъюнктив бледно-розовая, инъекции и отделяемого нет. Роговица сферичная, прозрачная. Передняя камера равномерная, до 2,5 мм. Радужная оболочка структурная, цвет не изменен. Зрачок круглый, в центре, реакция на свет сохранена. Оптические среды прозрачные. Рефлекс с глазного дна розовый.

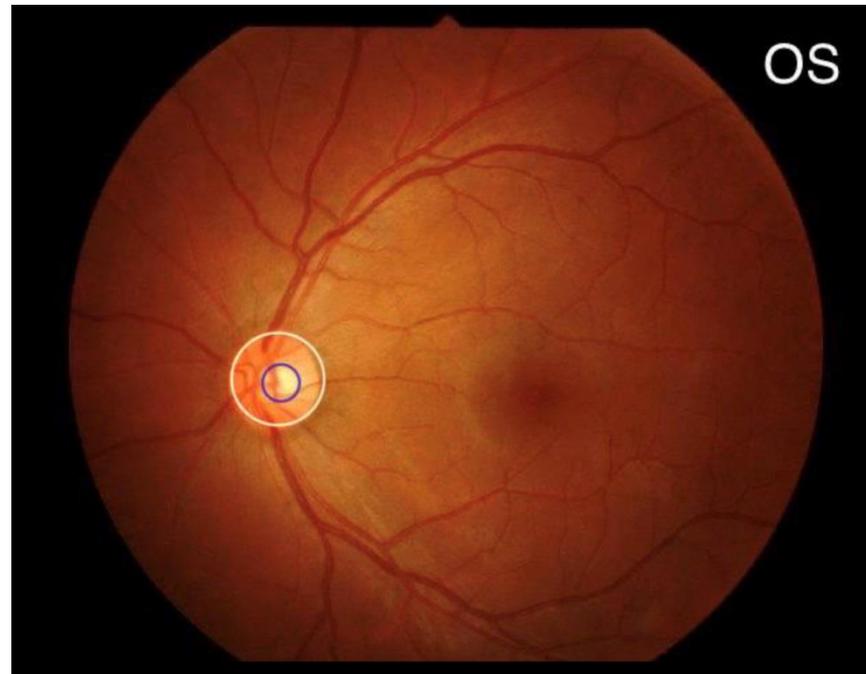
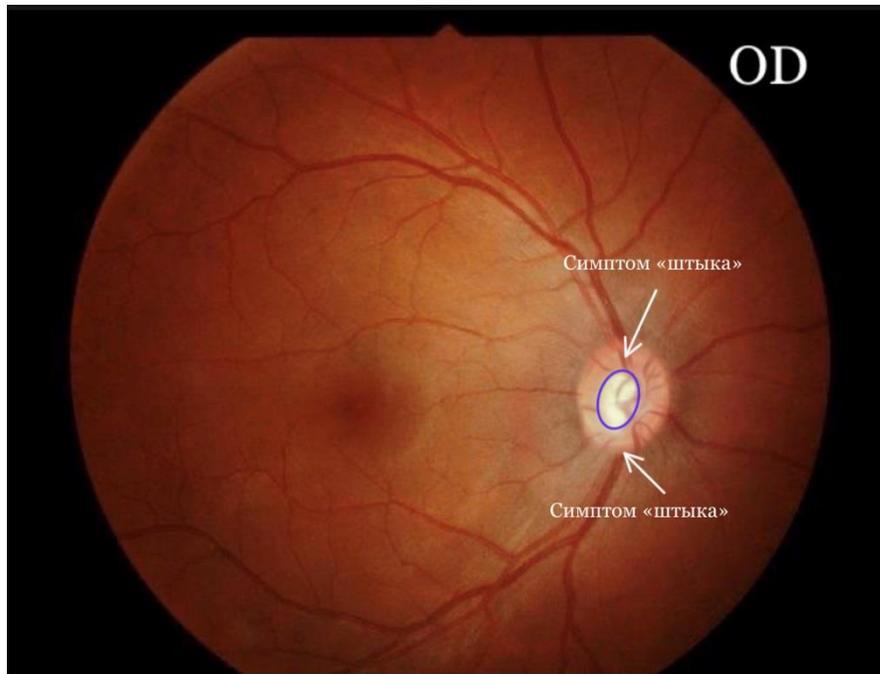


Микрогониоскопия:

OD: УПК открыт, профиль средней ширины, **прикорневая атрофия стромы радужной оболочки, по ходу линии Швальбе и трабекулы визуализируется извитой сосуд. В проекции Шлеммова канала остатки мезодермальной ткани, пигментация 0-1 степени, прикрепление корня радужки на уровне передней, местами - средней трети трабекулы.**

OS: УПК открыт, профиль средней ширины. Прикрепление корня радужки на уровне задней и средней трети трабекулы, единичные "гребенчатые" связки, пигментация ШК отсутствует.

Офтальмоскопия:



Глазное дно OD - ДЗН **монотонный, бледноват**, границы четкие, **э/д 0,5 мм., форма экскавации вертикально-овальная, деликатный сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону, симптом «штыка»**.

Ретинальные сосуды полнокровны, ход, соотношение и калибр сосудов не нарушены. Очаговой патологии в сетчатке заднего полюса и видимой периферии не выявлено.

Глазное дно OS - ДЗН бледно-розового цвета, границы четкие, э/д 0,3 мм. Ретинальные сосуды полнокровны, ход, соотношение и калибр сосудов не нарушены. Очаговой патологии в сетчатке заднего полюса и видимой периферии не выявлено.

**В числе дополнительных исследований стоит
выполнить?
(выбрать несколько вариантов ответов)**

- **Проба Ширмера**
- **Тонометрическое обследование**
- **Оценка диаметра роговицы**
- **Зрительные вызванные потенциалы**
- **Кинетическая периметрия**
- **Изменение передне-задней оси глаз**
- **УЗИ глаз**
- **Консультация невролога**

В числе дополнительных исследований входит (правильный варианты ответов)

- Проба Ширмера
- **Тонометрическое обследование**
- **Оценка диаметра роговицы**
- Зрительные вызванные потенциалы
- Кинетическая периметрия
- **Изменение передне-задней оси глаз**
- **УЗИ глаз**
- **Консультация невролога**

Осмотр и тонометрическое обследование в условиях севоранного наркоза

Диаметр роговицы:

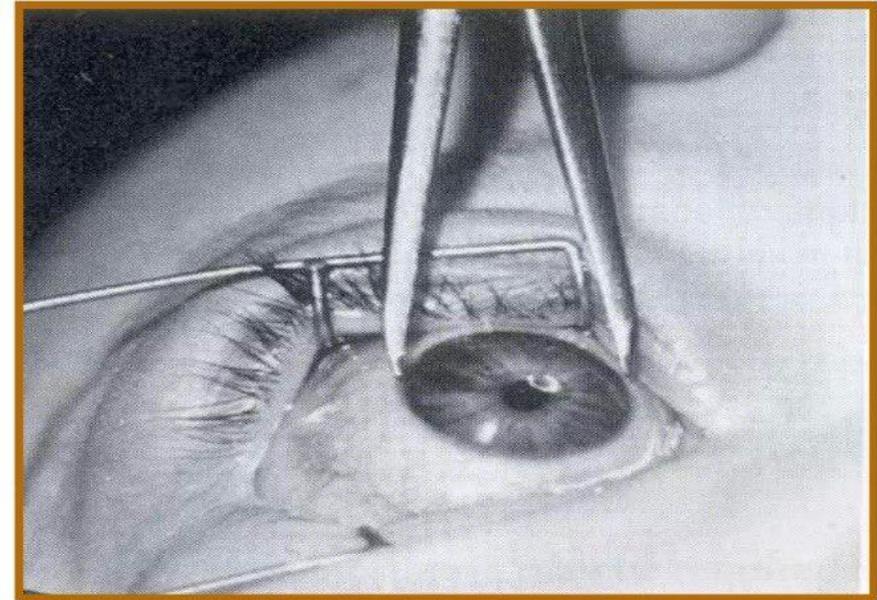
OD = 11,5 мм OS = 10.5 мм

Заключение: диаметр роговицы правого глаза превышает возрастную норму.

Возрастные нормы:

1 год – 10,0-10,5 мм

2-3 года – 10,5-11,0 мм

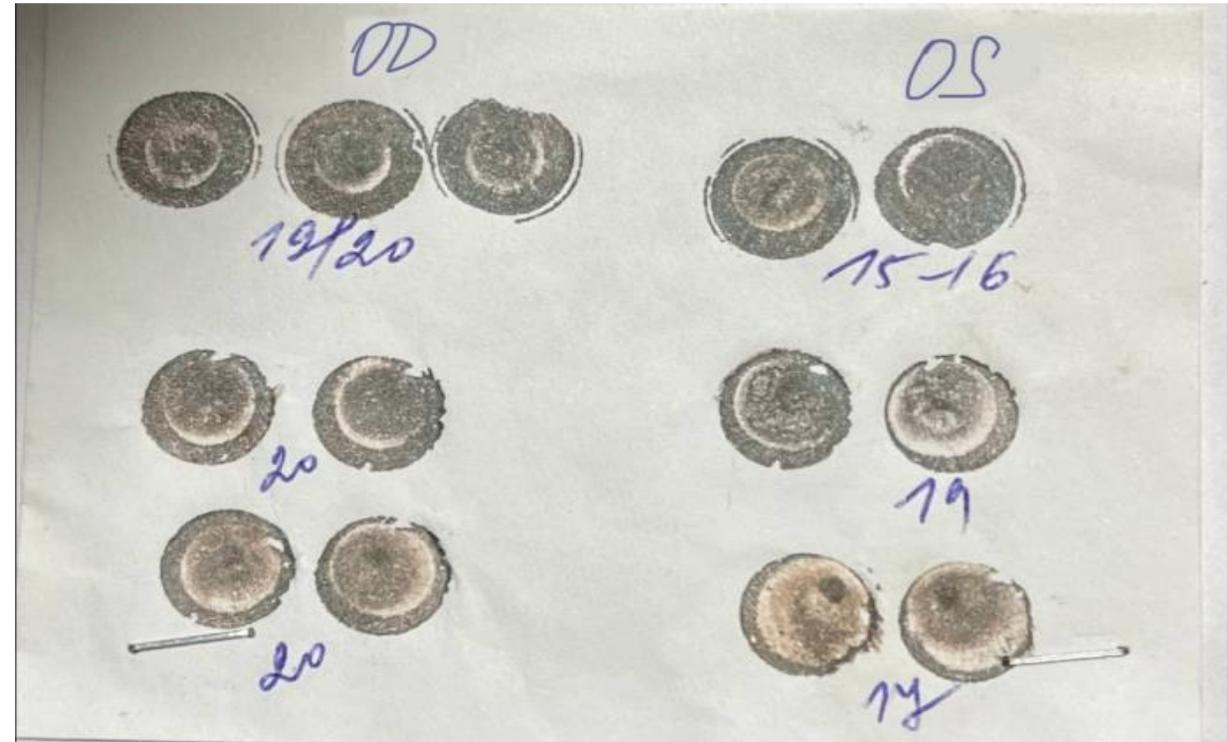


Тонометрическое обследование

Тонометрия по Маклакову Рт (m = 10г):

OD = 19/20 мм рт ст

OS = 15/16 мм рт ст



Дополнительно выполнена Компрессионная проба Нестерова:

Компрессионная проба Нестерова (m = 15g)

	OD	OS	
C	0,04	0.21	мм3/мин 1 мм рт.ст
F	-	-	
КБ	170	27	
Po	6,8	5,6 мм рт ст	

Нормограмма

Po = 9,8- 20,5

C = 0,14 - 0,6

F = 0,45 - 4,5

КБ = 100 (до 50)



Заключение: ретенция оттока внутриглазной жидкости справа, слева отток сохранен.

Результаты дополнительных методов обследования:

ПЗО (А-скан): OD = 20,0 мм
OS = 19,0 мм

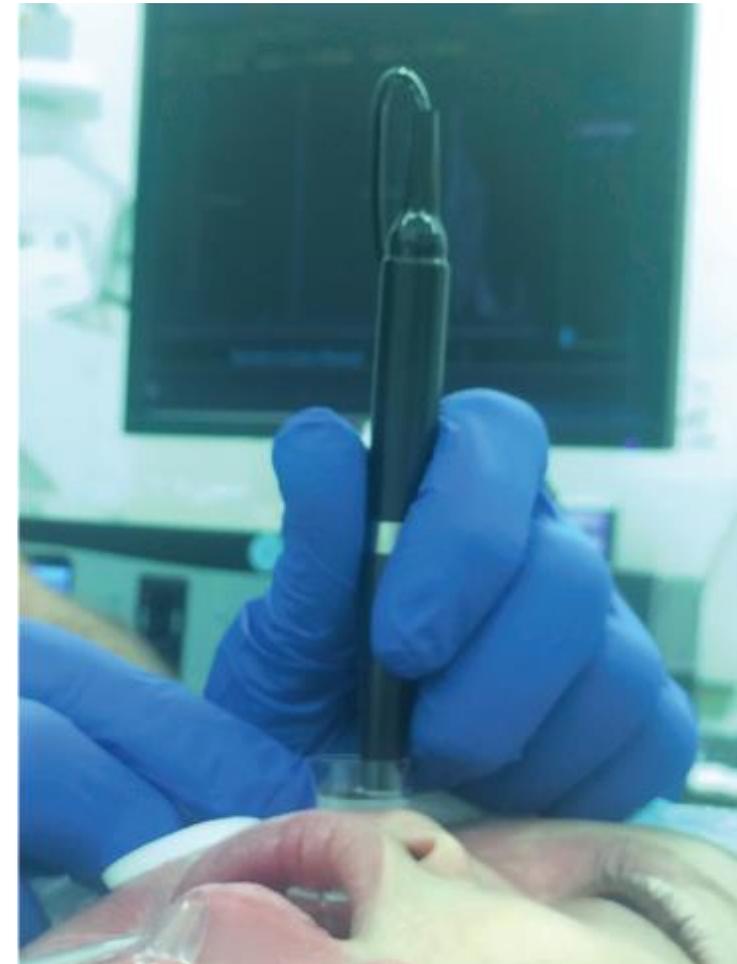
Заключение: ПЗО правого глаза превышает возрастную норму;
ПЗО левого глаза соответствует возрастной норме.

Возрастные нормы:

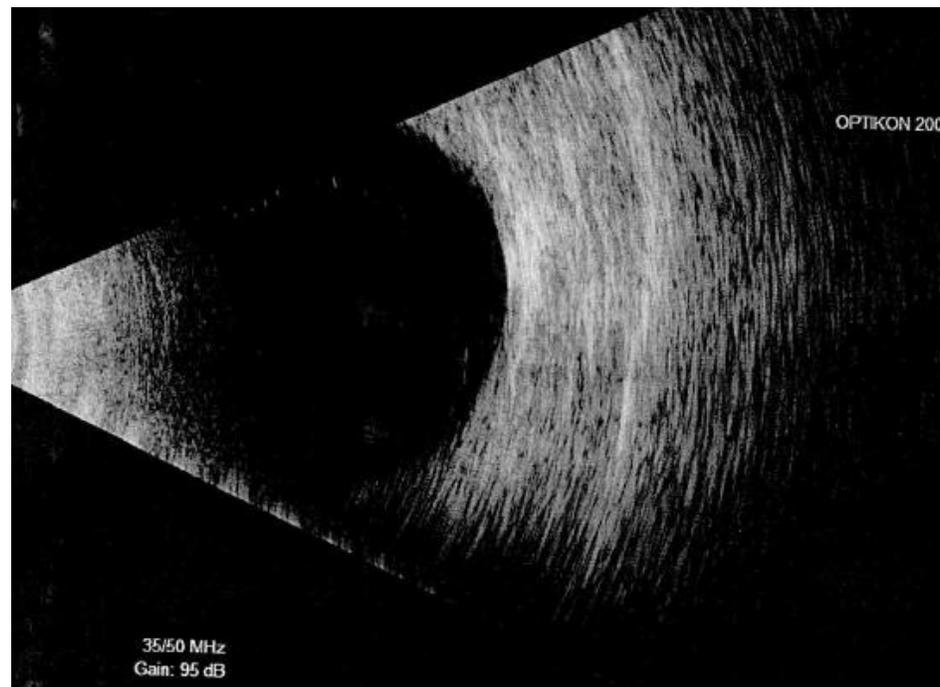
6 мес – 18,0 мм

1 год – 19,2 мм

2 года – 19,8 мм



Результаты дополнительных методов обследования:



УЗИ (В-скан) OU: без особенностей, оболочки прилежат

Результаты дополнительных методов обследования:

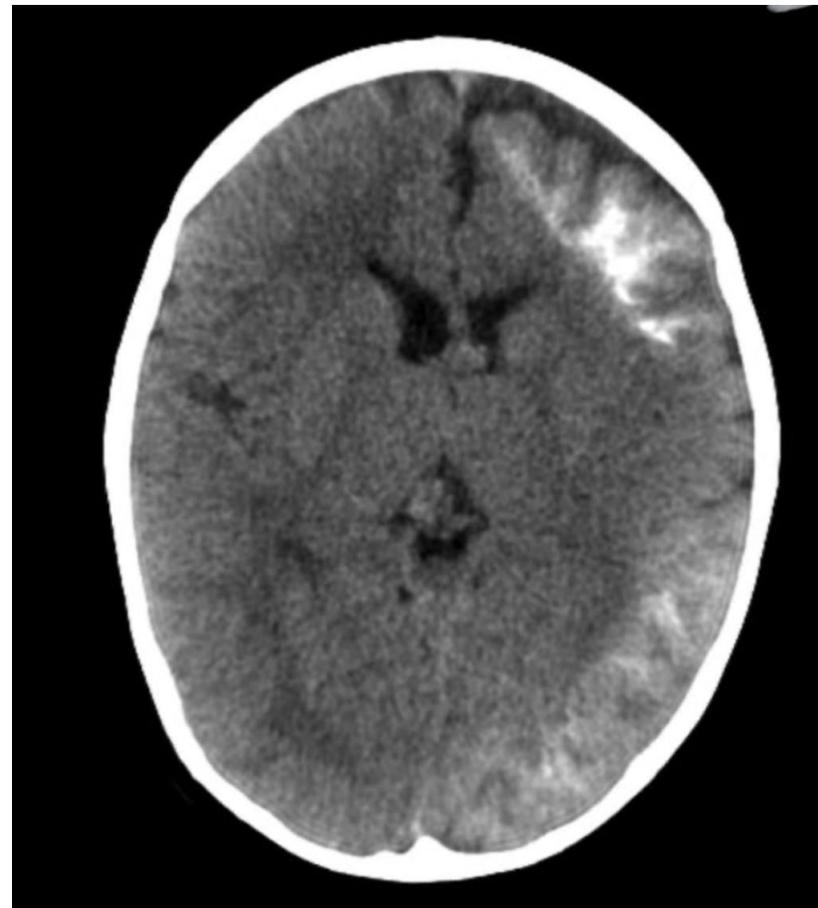
Назначена консультация невролога

Проведено КТ-головного мозга в аксиальной проекции:

Обширные пороки развития в левом полушарии головного мозга с потерей объема. Существует аномальный глубокий венозный дренаж.

Отложения кальцификатов.

Рекомендовано: диспансерное наблюдение неврологом, продолжить терапию антиконвульсантами, КТ- головного мозга 1 раз в год.



Какой ваш заключительный диагноз? (ответ с обсуждением)

1. Врожденная глаукома обоих глаз, стадия I-II, декомпенсация, III форма. Синдром Стерж-Вебера-Краббе. Гиперметропия высокой степени правого глаза, слабой степени левого глаза.
2. Врожденная глаукома правого глаза, стадия I-II, декомпенсация, III форма. Синдром Стерж-Вебера-Краббе. Гиперметропия слабой степени правого глаза, средней степени левого глаза.
3. Открытоугольная глаукома нормального давления правого глаза, I-IIa, декомпенсация. Синдром Стерж-Вебера-Краббе. Гиперметропия слабой степени правого глаза, средней степени левого глаза.

Правильный диагноз

1. Врожденная глаукома обоих глаз, стадия I-II, декомпенсация, III форма. Синдром Стерж-Вебера-Краббе. Гиперметропия высокой степени правого глаза, слабой степени левого глаза.
- 2. Врожденная глаукома правого глаза, стадия I-II, декомпенсация, III форма. Синдром Стерж-Вебера-Краббе. Гиперметропия слабой степени правого глаза, средней степени левого глаза.**
3. Открытоугольная глаукома нормального давления правого глаза, I-IIa, декомпенсация. Синдром Стерж-Вебера-Краббе. Гиперметропия слабой степени правого глаза, средней степени левого глаза.

Обоснование диагноза

Диагноз «**Врожденная глаукома правого глаза, стадия I-II, декомпенсация, III форма. Синдром Стерж-Вебера-Краббе**» установлен на основании:

- Жалоб и анамнеза (светобоязнь, слезотечение; с рождения «винные» пятна на коже лица и туловища; страдает фокальной формой эпилепсии);
- БМС (на коже правой половины лица обширная ангиома с синюшным оттенком, стрии Хааба);
- МГС (по ходу линии Швальбе и трабекулы визуализируется извитой сосуд, в проекции ШК остатки мезодермальной ткани, прикрепление корня радужки на уровне передней, местами - средней трети трабекулы);
- Тонометрического обследования (ретенция оттока внутриглазной жидкости справа);
- Увеличение диаметра роговицы (11,5 мм)
- Офтальмоскопии (расширение экскавации ДЗН (0,5 мм.), деликатный сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону, симптом «штыка»);
- КТ-головного мозга

Какая ваша тактика лечения пациента? (выбрать вариант)

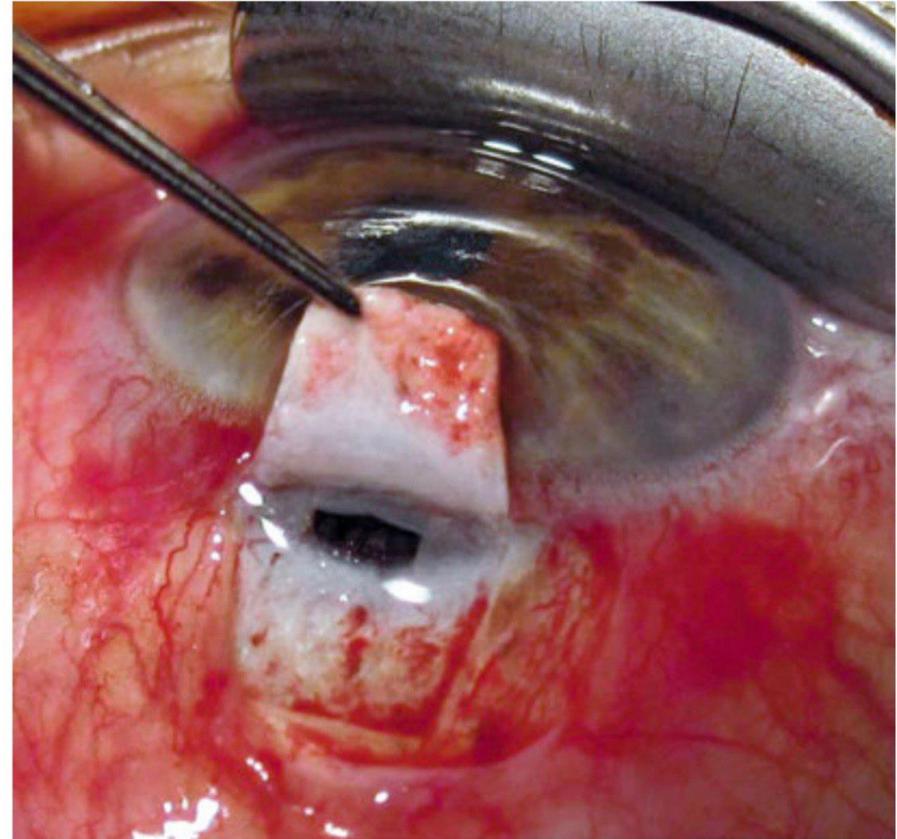
1. Консервативное лечение только гипотензивными препаратами
2. Хирургическое лечение - синустрабекулэктомия с имплантацией дренажа правого глаза.
3. Лазерное лечение - лазерная трабекулопунктура

Наша тактика лечения пациента

1. Консервативное лечение только гипотензивными препаратами
- 2. Хирургическое лечение - синустрабекулэктомия с имплантацией дренажа правого глаза.**
3. Лазерное лечение - лазерная трабекулопунктура

Тактика лечения пациента

Планируется оперативное лечение глаукомы - синустрабекулэктомия с имплантацией дренажа правого глаза.



Дальнейшая тактика ведения пациента

1. Массаж фильтрационной подушки;
2. Наблюдение офтальмолога по месту жительства;
3. Контрольный осмотр через 1 месяц после оперативного лечения;
4. ТонOMETрическое обследование 1 раз в год;
5. Наблюдение у педиатра, невролога по месту жительства.

Таблица 7 – Частота осмотров детей с врожденной глаукомой

Течение	Частота осмотров
После хирургического лечения	Первый осмотр через 1 месяц
Стабильное	1 раз в 3-6 месяца
Тяжелое	1 раз в месяц



Спасибо за внимание!

