

СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМА «MORNING GLORY» (СИНДРОМА «ИПОМЕЯ») С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ГИАЛОИДНОЙ АРТЕРИЕЙ**Т. А. Красновид, д. мед. н., Н. П. Грубник, мл. н. с.**

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова НАМН Украины»

Стаття присвячена вродженій аномалії розвитку диска зорового нерва. В даній роботі автори представили сучасні літературні дані про клінічні прояви синдрому «morning glory» (синдрому «іпомея») та описали випадок поєднання цього синдрому з персистуючою гіалоїдною артерією у хворого 53-х років — з власної практики. Цей порок розвитку являється рідким явищем і може призводити до стійкого зниження зору на враженому оці.

Ключевые слова: диск зрительного нерва, аномалия развития, синдром «ипомея», персистирующая гиалоидная артерия

Ключові слова: диск зорового нерва, аномалія розвитку, синдром «іпомея», персистуюча гіалоїдна артерія,

Введение. Синдром «morning glory» (синдром «ипомея») относится к редким врожденным аномалиям развития диска зрительного нерва (ДЗН). По имеющимся данным, его частота — один случай на два миллиона людей. Впервые в 1970 г. офтальмолог Kindler предложил этот термин, так как офтальмоскопическая картина этого синдрома напоминала вид цветка, который называется «morning glory» («ипомея») [18]. Однако ранее в литературе уже были описаны подобные явления — Reis в 1908 г. и Handmann в 1929 г. [30, 15]. Как правило, синдром «ипомея» сопровождается снижением зрения [3]. Чаще всего эта аномалия развития ДЗН наблюдается на одном глазу [25], однако известны случаи двустороннего поражения [16, 1, 11, 37, 2], которые в свою очередь могут иметь наследственную тенденцию [6]. Caldwell наблюдал случай двустороннего синдрома с нормальной остротой зрения [7]. По данным некоторых авторов, эта врожденная аномалия встречается у женщин в два раза чаще, чем у мужчин, и в 60 % случаев при одностороннем поражении этот синдром наблюдался на правом глазу [6, 25]. По данным литературы, в пораженном глазу этот синдром может сочетаться с отслойкой сетчатки, кистой цилиарного тела, врожденной катарактой, остатками персистирующего стекловидного тела, гемангиомой век, преретинальным глиозом [18], задним лентиконусом [39], персистирующей зрачковой мембраной [26], кистой стекловидного тела [34]. На парном глазу могут выявляться врожденная катаракта, расщепление передней камеры [18], микрокорнеа [26], синдром Дуана [17].

Rubenstein описал проявление этого синдрома в острой форме [33]. Ряд авторов наблюдали данный синдром в сочетании с контрактивной перипапиллярной стафиломой [28, 38, 35, 21, 14, 23, 20, 9]. Чаще всего эта аномалия встречается изолированно в глазу, но может также сочетаться с черепно-

лицевыми дефектами, энцефалоцеле, дефектами турецкого седла, эндокринной дисфункцией, синдромом Charge, болезнью моя-моя, нейрофиброматозом II типа, гипоплазией почек [22, 12, 32, 24, 4, 29, 8, 31].

В литературе описаны случаи сочетания синдрома «ипомея» с персистирующей гиалоидной артерией [27, 19]. По мнению некоторых авторов, наличие и гиперплазия первичного стекловидного тела является определяющим условием синдрома «ипомея» и имеет разные клинические проявления от незначительного количества светлой ткани на поверхности диска зрительного нерва в случае персистирующей гиалоидной артерии до более сложных клинических картин [10]. Ряд ученых считают термины синдрома «ипомея» и персистирующая артерия диска зрительного нерва равнозначными [13, 36, 5].

Цель: описание случая синдрома «morning glory» (синдром «ипомея»), сочетающегося с персистирующей гиалоидной артерией.

Больной М., 53 года, поступил с жалобами на низкое зрение правого глаза в апреле 2011 года. Из анамнеза известно, что зрение на правом глазу было низким с детства. Ранее у офтальмолога не обследовался.

При осмотре острота зрения правого глаза 0,02 нк., левого — 1,0. Внутриглазное давление обоих глаз по Маклакову 18 мм рт.ст. При биомикроскопии оба глаза спокойны, роговица прозрачная, блестящая, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, зрачок круглой формы, реакция на свет живая, в хрусталике начальные помутнения.

При осмотре глазного дна правого глаза офтальмоскопируется персистирующая гиалоидная артерия в виде фиброзного тяжа, выходящего из центра диска зрительного нерва и достигающего центра стекловидного тела. Диск зрительного нерва увеличен в размерах, деколорирован, с большой воронкообразной экскавацией, центр которой прикрыт глиальной тканью. Ретинальные сосуды выходят по

периферии экскавации и имеют радиальное направление. Вокруг ДЗН кольцевидный хориоретинальный атрофический участок с зонами гиперпигментации (рис. 1).

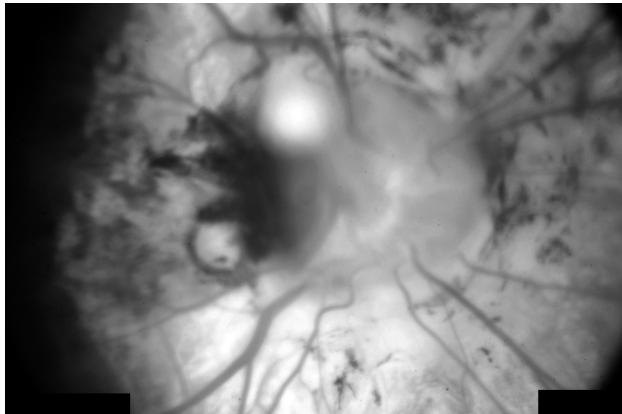


Рис. 1

По данным ультразвукового сканирования на правом глазу определяется утолщенный средней экзогенности тяж длиной 7,5 мм, идущий от диска зрительного нерва к переднему отделу глаза. В стекловидном теле отмечаются единичные точно-волокнистые структуры низкой экзогенности. Ширина экскавации ДЗН — 1,4 мм, глубина — 0,6 мм.

По данным ультразвуковой дистанционной биометрии длина передне-задней оси правого глаза 23,1 мм (глубина передней камеры 3,7 мм, толщина хрусталика 4,2 мм), левого — 23,9 мм (глубина передней камеры 3,7 мм, толщина хрусталика 4,2 мм).

При обзорной рентгенографии орбит тени инородных тел не выявлены. Снижена пневматизация лобной пазухи. Носовые ходы справа не просматриваются. Искривлена носовая перегородка. Кости свода и основание черепа без видимых травматических повреждений.

Порог электрической чувствительности правого глаза 80 мкА, левого — 57 мкА; лабильность зрительного нерва правого глаза 27,3 Гц, левого — 38,8 Гц. По данным оптической когерентной томографии наблюдалось уплощение рельефа фovea, витреоретинальная пролиферация, плавающие преретинальные помутнения стекловидного тела, персистирующая гиалоидная артерия в области диска зрительного нерва.

Заключение. Представлен клинический случай редкой врожденной аномалии развития диска зрительного нерва синдрома «morning glory» (синдром «ипомея») с персистирующей гиалоидной артерией, впервые диагностированный у больного 53 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Akiyama K.**, Azuma N., Hida T., Uemura Y. Retinal detachment in Morning Glory syndrome // *Ophthalmic Surg.* — 1984. — Vol. 15. — P.841–43.
2. **Beyer W. B.**, Quencer R. M., Osher R. H. Morning Glory Syndrome: A functional analysis including fluorescein angiography, ultrasonography and computerized tomography // *Ophthalmology.* — 1982. — Vol.89. — P.1362–67.
3. **Brini A.**, Charton M. N. Staphyloome scleral peripapillaire avec ectopie posterieure de la papille (morning glory syndrome) // *J. Fr Ophthalmol.* — 1980. — Vol. 3. — P.323–6.

4. **Brodsky M. C.**, Landau K., Wilson R. S., Boltshausen E. Morning glory disc anomaly in neurofibromatosis type 2 // *Arch Ophthalmol.* — 1999. — Vol.117(6). — P.839–41.
5. **Brown G. C.**, Gonder J., Levin A. Persistence of the primary vitreous in association with the morning glory disc anomaly // *J. Paediatr. Ophthalmol. Strabismus.* — 1984. — Vol.21. — P.5–7.
6. **Brown G. C.**, Tasmand W. S. *Congenital Anomalies of the Optic Disc.* New York, NY: Grune & Stratton; 1983.
7. **Caldwell J. B. H.**, Sears H. L., Gilman M. Bilateral peripapillary Staphyloma with normal vision // *Am J Ophthalmol.* — 1971. — Vol.71. — P.423–5.
8. **Caprioli J.**, Lesser R. L. Basal encephalocele and morning glory syndrome // *Br J Ophthalmol.* — 1983. — Vol.67. — P. 349–51.
9. **Cennamo G.**, Sammartino A., Fioretti F. Morning glory syndrome with contractile peripapillary staphyloma // *Br J Ophthalmol.* — 1983. — Vol. 67. — P. 346–8.
10. **Cennamo G.**, G. Liguori, A. Pezone, G Iaccarino. Morning glory syndrome associated with marked persistent hyperplastic primary vitreous and lens colobomas // *British Journal of Ophthalmology.* — 1989. — Vol.73. — P. 684–686.
11. **De Laey J. J.**, Ryckaert S., Leys A. The Morning Glory syndrome // *Ophthalmic Paediatr Genet.* — 1985. — Vol.5. — P.117–24.
12. **Eustis H. S.**, Sanders M. R., Zimmerman T. Morning glory syndrome in children: association with endocrine and central nervous system anomalies // *Arch Ophthalmol.* — 1994. — Vol. 112(2). — P.204–7.
13. **Gass J. D. M.** Surgical excision of persistent hyperplastic primary vitreous // *Arch. Ophthalmol.* — 1970. — Vol.83. — P.163–6.
14. **Graether J. M.** Transient amaurosis in one eye with simultaneous dilatation of retinal veins, in association with a congenital anomaly of the optic nerve head // *Arch Ophthalmol.* — 1963. — Vol.70. — P. 342–5.
15. **Handmann M.** Erbliche vermutlich angeborene zentrale gliose Entartung des Sehnerven mit besonderer Beteiligung der Zentralgefasse // *Klin Monatsbl Augenheilkd.* — 1929. — Vol.83, -P. 145.
16. **Itakura T.**, Miyamoto K., Uematsu Y. // *J Neurosurg.* — 1992. — Vol.77. — P.949–51.
17. **Kawano K.**, Fujita S. Duane's retraction syndrome associated with morning glory syndrome // *J Pediatr Ophthalmol Strabismus.* — 1981. — Vol.18. — P. 51–4.
18. **Kindler P.** Morning glory syndrome: unusual congenital optic disk anomaly // *Am J Ophthalmol.* — 1970. — Vol. 69(3). — P.376–84.
19. **Koenig S. B.**, Naidlich T. P., Lissner G. The morning glory syndrome associated with sphenoidal encephalocele // *Ophthalmology.* — 1989. — Vol.89. — P.1368–73.
20. **Konstas P.** Katikos G., Vatakas L. C. Contractile peripapillary staphyloma // *Ophthalmologica.* — 1976. — Vol.2. — P. 379–81.
21. **Kral K.**, Svarc D. Contractile peripapillary staphyloma // *Am J Ophthalmol.* — 1971. — Vol.71. — P.1090–2.
22. **Leitch R. J.**, Winter R. M. Midline craniofacial defects and morning glory disc anomaly: a distinct clinical entity // *Acta Ophthalmol Scand Suppl.* — 1996. — Vol.219. — P.16–9.
23. **Longfellow D. W.**, Davis F. S., Walsh F. B. Unilateral intermittent blindness with dilatation of retinal veins: un-

- determined etiology // Arch Ophthalmol. — 1962. — Vol. 67. — P. 5545.
24. **Massaro M.**, Thorarensen O., Liu GT., Maguire AM., Zimmerman RA., Brodsky MC. Morning glory disc anomaly and moyamoya vessels // Arch Ophthalmol. — 1998. — Vol.116(2). — P. 253–4.
 25. **Miller N. R.**, Newman N. J., editors. Anomalies of the optic disc. In: The essentials: Walsh & Hoyt's Clinical Neuroophthalmology. 5th ed. Williams & Williams 1999. — P.117–23.
 26. **Odagiri Y.**, Ito T. The morning glory syndrome // Jpn J Clin Ophthalmol. — 1975. — Vol.29. — P.481–8.
 27. **Pau H.** Handmannsche Sehnervenomalie und Morning-Glory Syndrom ('Windenbluten-Syndrom') // Klin Monatsbl Augenheilkd. — 1980. — Vol.176. — P. 745–51.
 28. **Pollock S.** The morning glory disk anomaly: contractile movement, classification and embryogenesis // Doc Ophthalmol. — 1987. — P.65:4.
 29. **Pollock J. A.**, Newton TH., Hoyt WF. Transsphenoidal and transethmoidal encephaloceles // Radiology. — 1968. — Vol.90. — P.442–53.
 30. **Reis W.** Eine wenig bekannte typische Missbildung am Sehnerveneintritt: unbeschriebene Grubenbildung auf der Papilla n.optici. ZAugenheilkd. 1908; Vol. 19:505.
 31. **Rieger G.** Zum Krankheitsbild der Handmannschen Sehnervenomalie. Winderbluten (morning glory) Syndrom? // Klin Monatsbl Augenheilkd. — 1977. — Vol.170. — P.697–706.
 32. **Risse J. F.**, Guillaume J. B., Boissonnot M., Bonneau D. An unusual polymalformation syndrome: «CHARGE association» with unilateral «morning glory syndrome» // Ophthalmologie. — 1989. — Vol.3(3). — P. 196–8.
 33. **Rubenstein K.** Acute morning glory syndrome. Report of a case // Br J Ophthalmol. — 1983. — Vol.67. — P.343–5.
 34. **Steinkuller P. G.** The morning glory disk anomaly: case report and literature review // J Pediatr Ophthalmol Strabismus. — 1980. — Vol.17. — P. 81–7.
 35. **Sugar H. S.**, Beckman H. Peripapillary staphyloma with respiratory pulsation // Am J Ophthalmol. — 1969. — Vol.68. — P.895–7.
 36. **Traboulsi E. I.**, Jurdi Nuwayhid F., Torbey NS., et al. Aniridia, atypical iris defects, optic pit and the morning glory disc anomaly in a family // Ophthalmic Paediatr. Genet. — 1986. — Vol.7. — P. 131–5.
 37. **Von Fricken M. A.**, Dhungel R. Retinal detachment in the morning glory syndrome: pathogenesis and management // Retina. — 1984. — Vol.4. — P. 97–99.
 38. **Wise J. B.**, Maclean A. L., Gass J. D. M. Contractile peripapillary staphyloma // Arch Ophthalmol. — 1966. — Vol.75. — P. 626–30.
 39. **Xiao-Guang Cao**, Xiao-Xin Li, and Yong-Zhen Bao. Morning Glory Syndrome Associated with Posterior Lenticonus // Open Neurol J. — 2009. — Vol.3. — P. 45–47.

Поступила 22.08.2011

Рецензент д-р мед. наук В. В. Савко

СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМА «MORNING GLORY» (СИНДРОМА «ИПОМЕЯ») С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ГИАЛОИДНОЙ АРТЕРИЕЙ

Krasnovid T. A., Grubnik N. P.

Odessa, Ukraine

The article is about congenital optic disc anomaly. The authors present modern literature data about clinical features of morning glory syndrome and describe a clinical case of morning glory syndrome associated with persistent hyaloid artery in patient of 53 years. This anomaly is a rare condition and may lead to persistent low vision of affected eye.



УДК 617.735–002–02:616.165.2–036.1

СОЛНЕЧНЫЙ РЕТИНИТ

Н. Ф. Боброва, проф., **Л. А. Суходоева**, канд. мед. наук, **Е. В. Иваницкая**, канд. мед. наук

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова НАМН Украины»

На протяжении большей части XX столетия солнечный свет в представлении большинства людей ассоциировался со здоровьем и благополучием. В то же время, с давних времен известно, что солнечное излучение может представлять опасность для человека и отчасти повинно в возникновении катаракты и возрастных дегенеративных изменений макулярной области [1]. Даже при однократном облучении сетчатки человека относительно слабым источником коротковолнового излучения в ней наступают изменения, сохраняющиеся в течение

нескольких лет. В 1989 г. Kremers и Van Norren [2] обнаружили, что пороговая величина для белого света, вызывающая повреждение сетчатки обезьян, составляет 239 Дж/см² как при одномоментном, так и при длительном воздействии. Действие меньших доз в течение длительного времени было аналогично одномоментному воздействию большой дозы. При этом известно, что меланин, присутствующий в эпителиальном слое сетчатки, поглощает волны

© Н. Ф. Боброва, Л. А. Суходоева, Е. В. Иваницкая, 2011