

Медико-биологические проблемы жизнедеятельности

Научно-практический рецензируемый журнал

№ 1(37)

2026 г.

Учредитель

Государственное учреждение
«Республиканский научно-
практический центр
радиационной медицины
и экологии человека»

Журнал включен в

Перечень научных изданий
Республики Беларусь
для опубликования
диссертационных исследований
по медицинской
и биологической
отраслям науки
(31.12.2009, протокол 25/1)

Журнал зарегистрирован

Министерством информации
Республики Беларусь,
Свид. № 762 от 6.11.2009

Подписано в печать 19.03.26
Формат 60×90/8. Бумага мелованная.
Гарнитура «Times New Roman».
Печать цифровая. Тираж 100 экз.
Усл. печ. л. 14,5. Уч.-изд. л. 9,34.
Зак. 158.

Издатель ГУ «Республиканский
научно-практический центр
радиационной медицины
и экологии человека»
Свидетельство N 1/410 от 14.08.2014

Отпечатано в
КУП «Редакция газеты
«Гомельская праўда»
г. Гомель, ул. Полесская, 17а

ISSN 2074-2088

Главный редактор, председатель редакционной коллегии

А.В. Рожко (д.м.н., профессор)

Редакционная коллегия

В.В. Аничкин (д.м.н., профессор), В.Н. Беляковский (д.м.н., профессор), К.Н. Буздалкин (к.т.н., доцент), Н.Г. Власова (д.б.н., профессор, научный редактор), А.В. Велчико (к.м.н., доцент), И.В. Веялкин (к.б.н., доцент), Н.Н. Веялкина (к.б.н., отв. секретарь), А.В. Воропаева (к.б.н., доцент), Д.И. Гавриленко (к.м.н.), М.О. Досина (к.б.н., доцент), А.В. Жарикова (к.м.н.), С.В. Зыблева (д.м.н., доцент), С.А. Игумнов (д.м.н., профессор), А.В. Коротаяев (к.м.н., доцент), А.Н. Лызикив (д.м.н., профессор), А.В. Макавич (к.м.н., доцент), С.Б. Мельнов (д.б.н., профессор), В.М. Мицура (д.м.н., профессор, зам. гл. редактора), Я.Л. Навменова (к.м.н., доцент), И.В. Назаренко (к.м.н., доцент), И.А. Новикова (д.м.н., профессор), Э.Н. Платошкин (к.м.н., доцент), Э.А. Повелица (к.м.н.), А.С. Подгорная (к.м.н.), Ю.И. Рожко (к.м.н., доцент), И.П. Ромашевская (к.м.н., доцент), А.П. Саливончик (к.б.н.), А.Е. Силин (к.б.н., доцент), А.Н. Стожаров (д.б.н., профессор), Р.М. Тахауов (д.м.н., профессор), Н.И. Шевченко (к.б.н., доцент), Ю.И. Ярец (д.м.н., доцент)

Редакционный совет

А.В. Аклеев (д.м.н., профессор, Челябинск), О.В. Алейникова (д.м.н., чл.-кор. НАН РБ, Минск), С.С. Алексанин (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), Е.Л. Богдан (Минск), Л.А. Бокерия (д.м.н., академик РАН и РАМН, Москва), А.Ю. Бушманов (д.м.н., профессор, Москва), И.И. Дедов (д.м.н., академик РАМН, Москва), В.И. Жарко (Минск), К.В. Котенко (д.м.н., профессор, Москва), В.Ю. Кравцов (д.б.н., профессор, Санкт-Петербург), Н.Г. Кручинский (д.м.н., профессор, Пинск), Т.В. Мохорт (д.м.н., профессор, Минск), В.Ю. Рыбников (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), А.Л. Усс (д.м.н., профессор, Минск), В.А. Филонюк (д.м.н., профессор, Минск), Р.А. Часнойть (к.э.н., Минск), В.Д. Шило (Минск)

Технический редактор

С.Н. Никонович

Корректор

Н.Н. Юрченко

Адрес редакции 246040 г. Гомель, ул. Ильича, д. 290,
ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», редакция журнала
тел (0232) 38-95-00, факс (0232) 37-80-97
<http://www.mbp.rcrm.by> e-mail: mbp@rcrm.by

© Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека», 2026

№ 1(37)

2026

Medical and Biological Problems of Life Activity

Scientific and Practical Journal

Founder

Republican Research Centre
for Radiation Medicine
and Human Ecology

Journal registration
by the Ministry of information
of Republic of Belarus

Certificate № 762 of 6.11.2009

© Republican Research Centre
for Radiation Medicine
and Human Ecology

ISSN 2074-2088

40 лет после аварии на Чернобыльской атомной электростанции

А.В. Рожко, В.М. Мицура, А.В. Жарикова, С.В. Зыблева, Н.Н. Багинская, И.В. Назаренко
40 лет после аварии на ЧАЭС: роль ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» в совершенствовании качества оказания медицинской помощи пострадавшему населению 5

К.Н. Буздалькин, Н.Г. Власова
Закономерности формирования доз внутреннего облучения населения, подвергшегося радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС 16

С.А. Подберезко, С.Б. Мельнов
Цитогенетические эффекты ионизирующего излучения на гемоциты моллюсков из зоны отчуждения ЧАЭС 23

Ю.В. Чайкова, И.В. Веялкин
Анализ риска развития злокачественных новообразований у персонала Полесского государственного радиационно-экологического заповедника 30

Обзоры и проблемные статьи

О.П. Логинова
Микроэкология влагалища при цервикальной дисплазии: характеристика основных показателей (обзор литературы) 35

М.М. Сулейко, Е.Г. Жук
Ультразвуковое исследование периферических нервов нижних конечностей, дополненное сдвиговой эластографией при диабетической полинейропатии (обзор литературы) 46

Медико-биологические проблемы

К.Ю. Булда, Е.Л. Гасич, А.Д. Коско
Генотипический портрет SARS-COV-2 в Республике Беларусь в период 2020–2021 гг. 54

40 years after Chernobyl nuclear power plant accident

A.V. Rozhko, V.M. Mitsura, A.V. Zharikova, S.V. Zybleva, N.N. Baginskaya, I.V. Nazaranka
40 years after the Chernobyl accident: the role of the State Institution «Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology» in improving the quality of medical care for the affected population 5

C.N. Bouzdalkin, N.G. Vlasova
formation of internal irradiation doses to the population exposed to radiation as a result of the accident at the Chernobyl nuclear power plant 16

S.A. Podberezko, S.B. Melnov
Cytogenetic effects of ionizing radiation on hematocytes of mollusks from the Chernobyl exclusion zone 23

Yu.V. Chaikova, I.V. Veyalkin
The risk of malignant neoplasms in the personnel of the Polesie State Radiation and Ecological Reserve 30

Reviews and problem articles

V.P. Lohinava
Vaginal microecology in cervical dysplasia: characteristics of the main parameters (literature review) 35

M.M. Suleiko, E.G. Zhuk
Ultrasound examination of the peripheral nerves of the lower extremities supplemented by shear wave elastography in diabetic polyneuropathy 46

Medical-biological problems

K.Y. Bulda, E.L. Gasich, A.D. Kosko
Genotypic portrait of SARS-COV-2 in the Republic of Belarus in 2020–2021 54

Клиническая медицина

- С.М. Гридюшко, В.Л. Красильникова, О.Н. Дудич, А.М. Прудник**
Дистанция «диск зрительного нерва — макула» как независимый предиктор рефракционных исходов после факоэмульсификации с имплантацией иол 61
- А.О. Жарикова, Я.В. Мордовкина, Т.В. Бобр**
Клинический случай обнаружения напяржённой кисты хиазмально-селлярной области при обследовании пациента с глаукомой 69
- С.Н. Коваль, Е.В. Писпанен, О.А. Худякова, О.С. Ивашкевич**
Анестезиологические аспекты оперативной коррекции ретинопатии недоношенных 76
- К.С. Комиссаров, О.В. Красько, В.С. Пилотович**
Иммуноглобулин А-нефропатия: эпидемиология и клинические фенотипы в Республике Беларусь 85
- Ян Сунь, Вэнь Чэнь, Ли Чжан, Цзин Су, И.В. Назаренко, Д.И. Гавриленко, Лиган Цуй**
Ультразвуковые характеристики лимфомы скелетных мышц (ретроспективное исследование) 92

Обмен опытом

- А.В. Доманцевич, Е.В. Давыдова, В.А. Доманцевич**
Верификация диагноза при транзиторном остеопорозе и асептическом некрозе: сравнительный анализ возможностей современных методов лучевой диагностики 104
- Е.Ф. Мицура, Е.С. Тихонова, И.П. Ромашевская, С.А. Ходулева, А.Н. Демиденко, Е.В. Борисова**
Синдром Фишера — Эванса в практике детского гематолога 112

Clinical medicine

- S.M. Gridjushko, V.L. Krasilnikova, O.N. Dudich, A.M. Prudnik**
The «optic disc — macula» distance as an independent predictor of refractive outcomes after phacoemulsification with IOL implantation
- A.O. Zharikova, Ya.V. Mordovkina, T.V. Bobr**
A clinical case of a tension cyst in the chiasmatal-sellar region during examination of a patient with glaucoma
- S.N. Koval, E.V. Pyspanen, V.A. Hudiakova, V.S. Ivashkevich**
Anesthesiological aspects of surgical correction of retinopathy of prematurity
- K.S. Komissarov, O.V. Krasko, V.S. Pilotovich**
Immunoglobulin A nephropathy: epidemiology and clinical phenotypes in the Republic of Belarus
- Yang Sun, Wen Chen, Li Zhang, Jing Su, I.V. Nazaranka, D.I. Haurylenka, Ligang Cui**
Ultrasound Features in Skeletal Muscle Lymphoma: A Retrospective Observational Study

Experience exchange

- A.V. Domantsevich, E.V. Davydova, V.A. Domantsevich**
Verification of the diagnosis of transient osteoporosis and aseptic necrosis: a comparative analysis of the possibilities of modern methods of radiation diagnosis
- E.F. Mitsura, E.S. Tihonova, I.P. Romashevskaya, S.A. Khoduleva, A.N. Demidenko, E.V. Borisova**
Evans syndrome in the practice of a pediatric hematologist

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОБНАРУЖЕНИЯ НАПРЯЖЁННОЙ КИСТЫ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С ГЛАУКОМОЙ

ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

В работе представлены обзорные литературные данные по вопросам этиологии, клинических проявлений и диагностики частичной атрофии зрительного нерва на фоне внутричерепного новообразования. Описан клинический случай обнаружения напряжённой кисты хиазмально-селлярной области при обследовании пациента с глаукомой.

Ключевые слова: хиазмально-селлярная область, квадрантная анопсия, частичная нисходящая атрофия зрительного нерва, глаукома, компьютерная периметрия

Введение

Атрофия зрительного нерва занимает одно из ведущих мест в перечне нозологических форм, приводящих к слепоте и слабовидению [1]. Уровень инвалидизации пациентов при атрофии зрительного нерва в среднем составляет 13,24% от всей патологии органа зрения [2]. Частичная атрофия зрительного нерва является причиной стойкого нарушения зрительных функций и, как следствие, бессрочной инвалидности пациентов с данной патологией. Постановка диагноза частичной атрофии зрительного нерва на ранних стадиях только на основании клинической картины затруднительна. Применение инструментальных методов исследования облегчает эту задачу и каждый из них даёт дополнительную информацию о степени поражения зрительного нерва [1].

В зависимости от этиологии профессор Е. Cherney (2012) выделяет различные формы атрофии зрительного нерва: сосудистую, компрессионную, воспалительную, инфекционную, токсическую и алиментарную. Сосудистая форма атрофии зрительного нерва обусловлена окклюзией центральной артерии сетчатки, артериальной и неартериальной ишемическими нейрооптикопатиями. Компрессионная атрофия возникает при наличии опухоли, в том числе в области хиазмы, менингио-

мы оболочек зрительного нерва и в некоторых случаях злокачественной тиреоидной офтальмопатии. Воспалительной атрофией сопровождаются саркоидоз, системная красная волчанка, болезнь Бехчета, демиелинизирующие процессы (рассеянный склероз). Инфекционные атрофии зрительного нерва развиваются как исход вирусных, бактериальных, грибковых инфекций, герпеса, туберкулёза. Токсическая и алиментарная атрофии зрительного нерва являются последствием отравлений этилалкоголем, метанолом, а также в результате авитаминозов [1].

Одной из причин развития частичной нисходящей атрофии зрительного нерва является наличие внутричерепных новообразований, в особенности образований хиазмально-селлярной области. Несмотря на большой опыт нейрохирургов в диагностике и лечении патологии хиазмально-селлярной области, до сих пор остаётся ряд нозологий, которые вследствие своей редкой встречаемости относительно мало изучены. К таким нозологиям относятся кисты хиазмально-селлярной области, которые составляют коллоидные кисты, арахноидальные кисты, кисты кармана Ратке, эпидермоидные и дермоидные кисты [3].

Кистами хиазмально-селлярной области называют группу нозологических единиц, к которой относятся кисты карма-

на Ратке, арахноидальные кисты, дермоидные кисты и эпидермоидные кисты [3]. Согласно данным различных исследований, кисты кармана Ратке являются второй по частоте, после аденом гипофиза, патологией хиазмально-селлярной области и обнаруживаются у 13–22% населения [4]. Благодаря своему расположению в самом центре хиазмально-селлярной области, в окружении множества функционально важных структур (зрительный перекрест, кавернозные синусы, внутренние сонные артерии, верхнечелюстные ветви тройничного нерва, глазодвигательные нервы и турецкое седло с содержащимся в нём гипофизом), кисты хиазмально-селлярной области вызывают большое количество разнообразных клинических проявлений, обусловленных объёмным воздействием кист на смежные анатомические образования и повышением внутричерепного давления. Различия в клинической картине зависят от расположения кист, их размеров, темпов роста и наличия разрыва стенки кисты [3].

Основными проявлениями атрофии зрительного нерва являются снижение остроты зрения, изменения на глазном дне, а также сужение полей зрения. Пациенты часто жалуются на потерю зрения с сегментарным или диффузным размытием поля зрения [2]. Для постановки диагноза следует обращать внимание на анамнез заболевания, данные физикального и инструментального исследований. Рекомендуется уточнять семейный анамнез, а также наличие травм, системных и хронических заболеваний [1, 2].

Один из методов диагностики заболевания на ранней стадии — компьютерная периметрия. Как правило, изменения в полях зрения зависят от уровня повреждения зрительного нерва и имеют определённую локализацию. Так, при поражении папилломакулярного пучка нерва возникает центральная скотома, в случае наличия дефекта на уровне хиазмы отмечают битемпоральную гемианопсию, при поражении зрительных трактов — гомонимную гемианопсию [5].

Цель работы — рассмотреть клинический случай обнаружения напряжённой кисты хиазмально-селлярной области при обследовании пациента с глаукомой, что позволит выделить основные аспекты диагностики внутричерепного новообразования и определить дальнейшую тактику ведения пациента.

Материал и методы исследования

Ретроспективный анализ данных (жалобы, данные анамнеза жизни и настоящего заболевания, объективный офтальмо-статус, данные инструментальных методов исследования) медицинской карты пациента для амбулаторно-поликлинических организаций ГУ «РНПЦ РМиЭЧ».

Пациент П., 62 года, впервые обратился в хирургическое отделение консультативной поликлиники ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в феврале 2024 года с целью определения дальнейшей тактики ведения глаукомного процесса с жалобами на периодическое искажение изображения и блики перед правым глазом, невозможность читать вблизи. Из анамнеза известно, что пациент страдает глаукомой с 2023 года, в том же году была выполнена селективная лазерная трабекулопластика (далее — СЛТ) обоих глаз. На момент приёма: гипотензивный режим — фиксированная комбинация *Sol. Timololi 0,5%* и *Sol. Brinsolamidi 1%* по 1 кап. 2 раза в день в оба глаза.

Результаты исследования

Объективный офтальмо-статус: Vis OD=0,5 с коррекцией sph +0,5D cyl +0,75D ax 100°=0,6. Vis OS=0,5 с коррекцией cyl +0,75D ax 85°=0,8. P0 OD/OS=16/18 мм рт.ст., внутриглазное давление (далее — ВГД) OD/OS=19/20 мм рт.ст. Гониоскопия: OU — угол передней камеры открыт, пигментация I степени преимущественно эндогенная, цилиарное тело визуализируется. Придатки глаз не изменены. OD — заднекамерная интраокулярная линза (далее — ИОЛ), OS — начальное помутнение хрусталика. Офтальмоскопически: диск зрительного нерва (далее — ДЗН) OD бледно-розовый, контурирован, соотношение диаметра экскавации к диа-

метру диска (далее — Э/Д) до 0,3–0,4 ДД, нейроретинальный поясок (далее — НРП) сохранён. ДЗН OS слегка деколорирован, Э/Д до 0,6 ДД, НРП истончён. Макулярная область без патологии.

При дополнительном обследовании выявлено следующее:

По данным компьютерной периметрии (HFA, Zeiss, программа 30-2 Threshold Test) выявлены изменения, соответствующие глаукомному процессу. Показатели среднего отклонения (Mean Deviation, далее — MD) и стандартного отклонения паттерна (Pattern Standard Deviation, далее — PSD) следующие: OD=MD–2,72 dB, PSD 1,90 dB; OS=MD–4,02 dB, PSD 4,22 dB (протокол выполнения компьютерной периметрии представлен на рисунке 1).

На основании жалоб пациента, анамнеза заболевания, результатов объективного осмотра и компьютерной периметрии пациенту выставлен диагноз: «OD — артификация. Начальный фиброз задней капсулы.

Открытоугольная 1 А лазероперированная (СЛТ 2023 г.) мед.компенсированная глаукома. Лазерблокированная периферическая хориоретинальная дистрофия. OS — начальная осложнённая катаракта. Открытоугольная 2–3 А лазероперированная (СЛТ 2023 г.) мед.компенсированная глаукома. OU — псевдоэкзофолиативный синдром». Рекомендован гипотензивный режим (Sol. Latanoprosti 0,005% по 1 капле на ночь в оба глаза), контроль компьютерной периметрии и толщины слоя нервных волокон сетчатки 2 раза в год.

Сентябрь 2024 года — контрольный осмотр. Пациент жалобы не предъявляет. Объективный офтальмологический статус: Vis OD=0,4 с коррекцией sph +1,25D=0,6. Vis OS=0,5 с коррекцией sph +0,5D cyl +0,75D ax 90°=0,9. P0 OD/OS=16/18 мм рт.ст., ВГД OD/OS=19/19 мм рт.ст. Придатки глаз не изменены. OD — заднекамерная ИОЛ, начальный фиброз задней капсулы, OS — начальное помутнение хрусталика. Офталь-

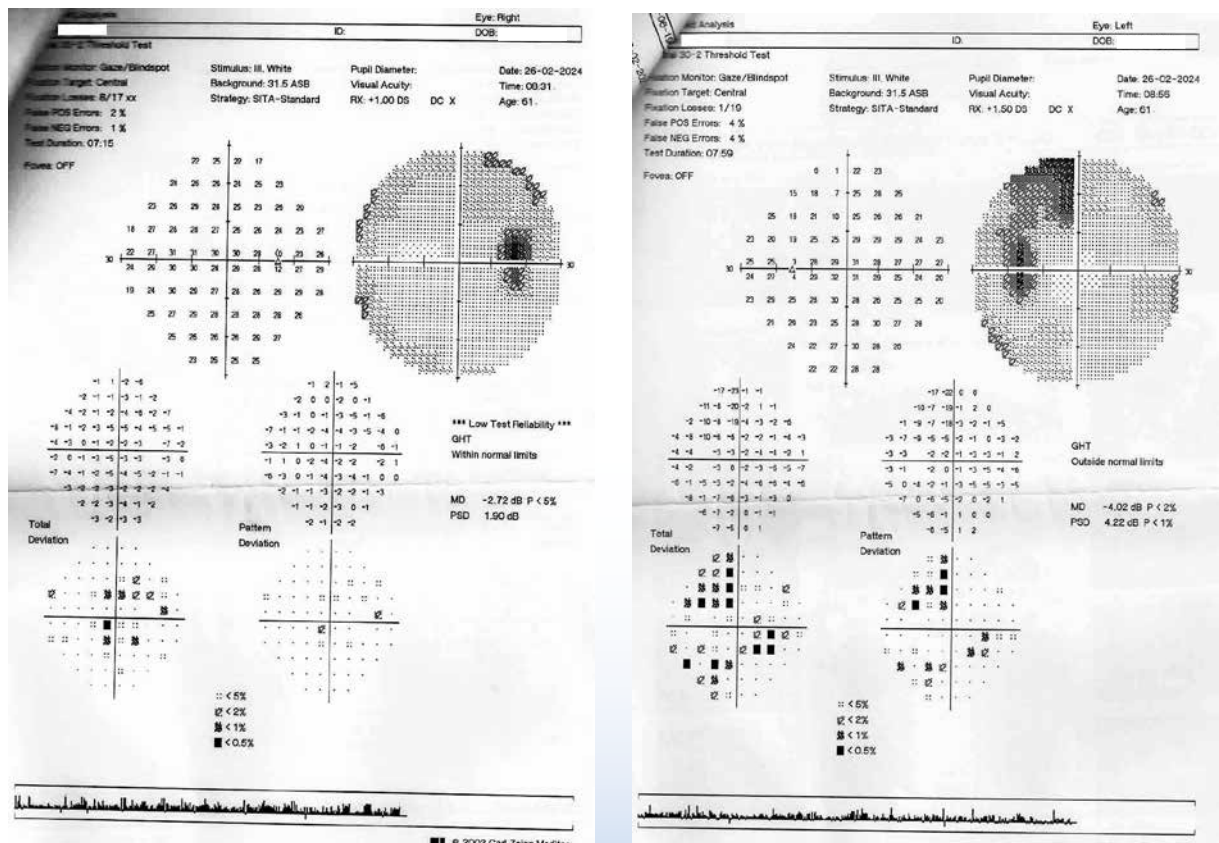


Рисунок 1 — Результаты выполнения компьютерной периметрии (HFA, Zeiss, программа 30-2 Threshold Test)

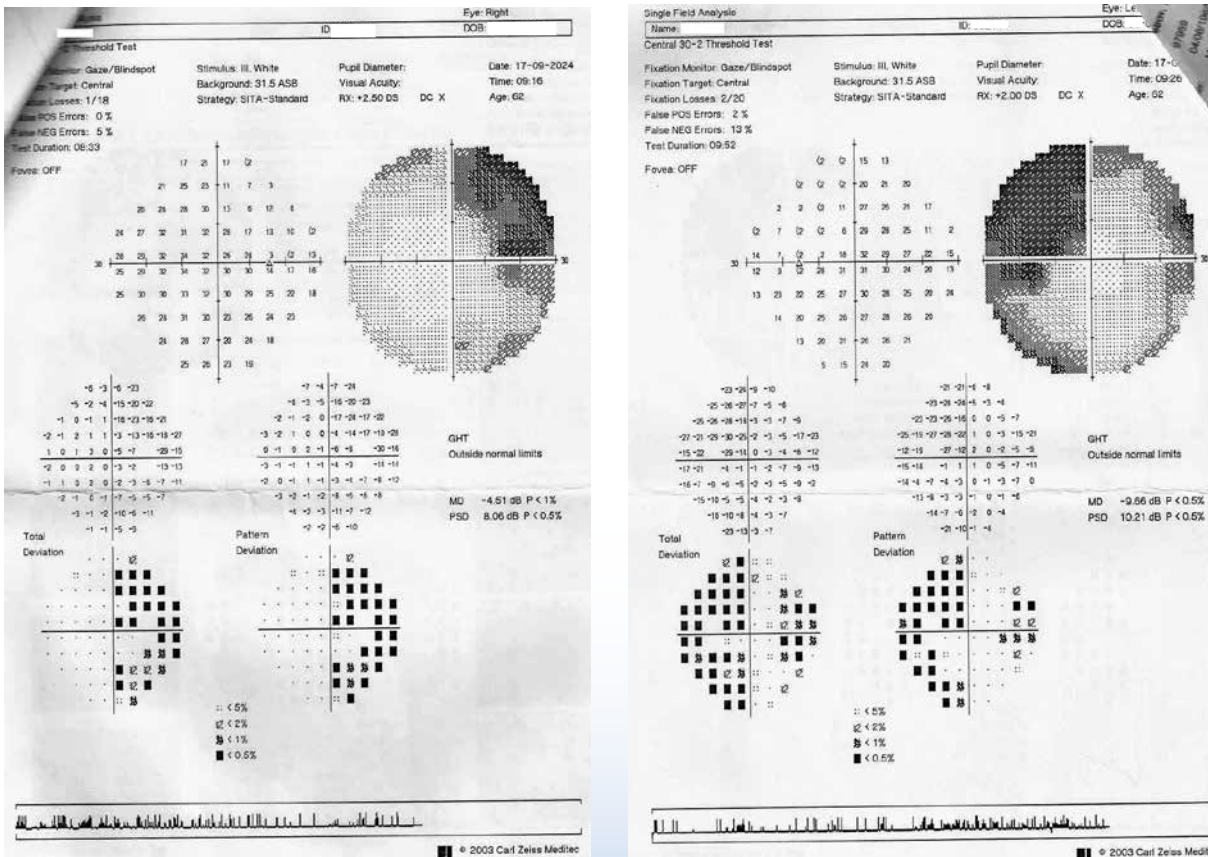


Рисунок 2 — Впервые выявленная биназальная квадрантная анопия по данным компьютерной периметрии (HFA, Zeiss, программа 30-2 Threshold Test)

москопически: ДЗН OD бледно-розовый, контурирован, Э/Д до 0,3–0,4 ДД, НРП сохранён. ДЗН OS слегка деколорирован, Э/Д до 0,6 ДД, НРП истончён. Макулярная область без патологии.

При дополнительном обследовании выявлено следующее:

По данным компьютерной периметрии (HFA, Zeiss, программа 30-2 Threshold Test) выявлена биназальная квадрантная анопия на OU. Показатели среднего отклонения и стандартного отклонения паттерна следующие: OD=MD–4,51 dB, PSD 8,06 dB; OS=MD–9,66 dB, PSD 10,21 dB (протокол выполнения компьютерной периметрии представлен на рисунке 2).

В связи с выявленными изменениями полей зрения с целью углубленного диагностического поиска пациенту было рекомендовано дополнительное обследование — магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга.

По данным МР-томографии головного мозга подтверждено наличие объёмного

образования (тонкостенная напряжённая киста) размерами 25×16×17 мм в хиазмально-селлярной области с истончением хиазмы, со смещением её кистой вверх (результаты исследования представлены на рисунке 3).

Учитывая выявленные зрительные нарушения, пациенту рекомендована консультация нейрохирурга с целью решения вопроса об оперативном лечении объёмного образования, в связи с чем в октябре 2024 года пациенту было выполнено транскраниальное эндоскопическое опорожнение кисты хиазмально-селлярной области.

В январе 2025 года (спустя 2 месяца после оперативного лечения) в офтальмологическом статусе отмечена отчётливая положительная динамика, выражающаяся в повышении остроты зрения (Vis OD=1,0; OS=0,7 с коррекцией sph+0,5D cyl–0,75D ax 10°=1,0), а также значительном расширении периферических границ полей зрения обоих глаз. Показатели среднего отклонения и стандартного отклонения пат-

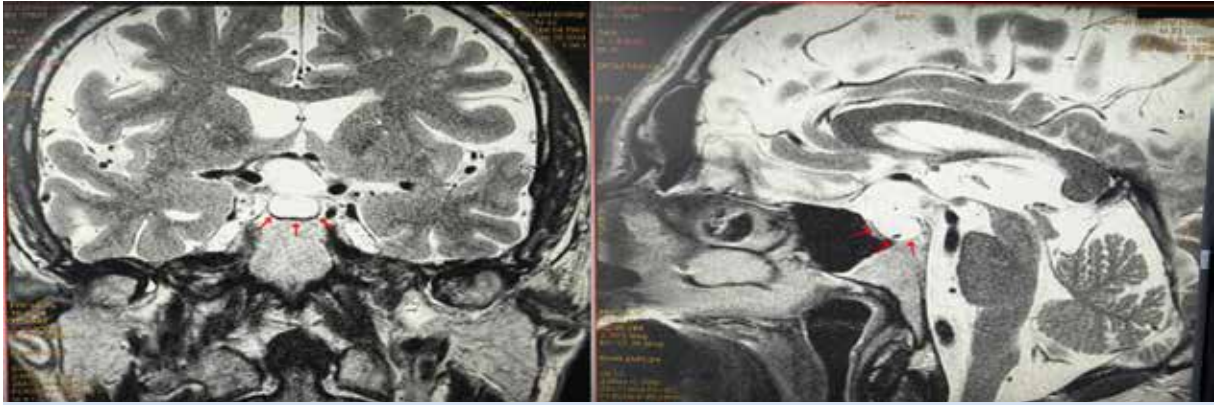


Рисунок 3 — МРТ-исследование головного мозга пациента П. — объёмное образование (тонкостенная напряженная киста) размерами 25×16×17 мм в хиазмально-селлярной области с истончением хиазмы (зона кисты указана стрелками)

терна следующие: OD=MD–0,42 dB, PSD 2,31 dB (до оперативного лечения — MD–4,51 dB, PSD 8,06 dB); OS=MD–2,52 dB, PSD 4,67 dB (до оперативного лечения — MD–9,66 dB, PSD 10,21 dB). Протокол выполнения компьютерной периметрии представлен на рисунке 4).

Офтальмоскопически: ДЗН OD бледно-розовый, контурирован, Э/Д 0,3–0,4

ДД, НРП сохранён. ДЗН OS слегка деколорирован, Э/Д до 0,7–0,8 ДД, НРП истончён, слегка деколорирован. Макулярная область без патологии.

По результатам контрольного осмотра выставлен диагноз: «OU — биназальная квадрантная анопсия на фоне напряженной кисты хиазмально-селлярной области (МРТ от 20.09.2024 г.), состояние после

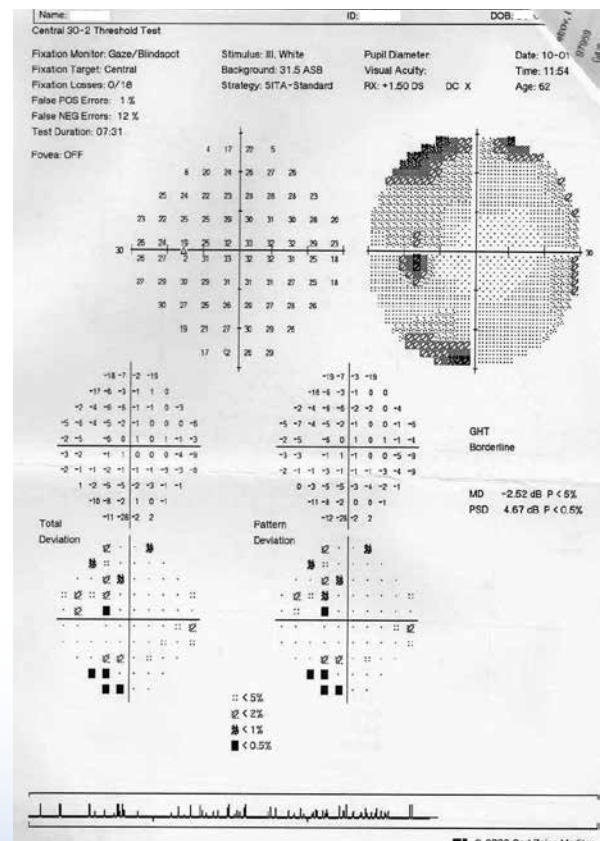
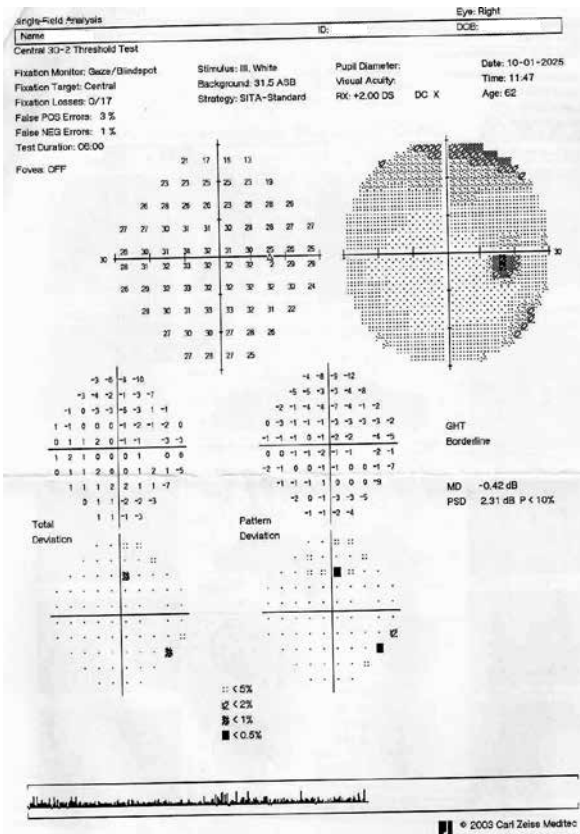


Рисунок 4 — Результаты выполнения компьютерной периметрии (HFA, Zeiss, программа 30-2 Threshold Test) спустя 2 месяца после оперативного лечения

оперативного лечения 30.10.2024 г. (транскраниальное эндоскопическое опорожнение кисты хиазмально-селлярной области). Частичная нисходящая атрофия зрительного нерва, стабилизированное течение».

В мае 2025 года во время контрольного офтальмологического обследования получены данные о стабилизации и дальнейшем улучшении зрительных функций: Vis OD/OS 1,0/1,0 без коррекции. На глазном дне сохраняется прежняя асимметрия со стороны ДЗН (ДЗН OD бледно-розовый, контурирован, Э/Д 0,3–0,4 ДД, НПП сохранён. ДЗН OS слегка деколорирован, Э/Д до 0,7–0,8 ДД, НПП истончён, слегка деколорирован). По данным компьютерной периметрии зафиксирована положительная динамика. Показатели среднего отклонения и стандартного отклонения паттерна следующие: OD=MD–0,21 dB, PSD 1,47 dB; OS=MD–1,01 dB, PSD 3,31 dB (протокол выполнения компьютерной периметрии представлен на рисунке 5).

Заключение

Данный клинический случай наглядно отражает путь дифференциального поиска изменений полей зрения при внутричерепных новообразованиях и глаукоме.

При диагностике внутричерепных новообразований обращает внимание характер изменений полей зрения, не свойственных глаукомного процессу (например, биназальная квадрантная анопия). В данном клиническом случае манифестация заболевания, вызванного напряженной кистой, проявилась зрительными нарушениями после того, как новообразование сдавило и сместило хиазмальную область.

При выявлении признаков частичной атрофии зрительного нерва важно и необходимо дальнейшее динамическое наблюдение пациента, в особенности у пациентов с комбинированной патологией (в нашем случае глаукомная оптическая нейропатия). Специфичным и характер-

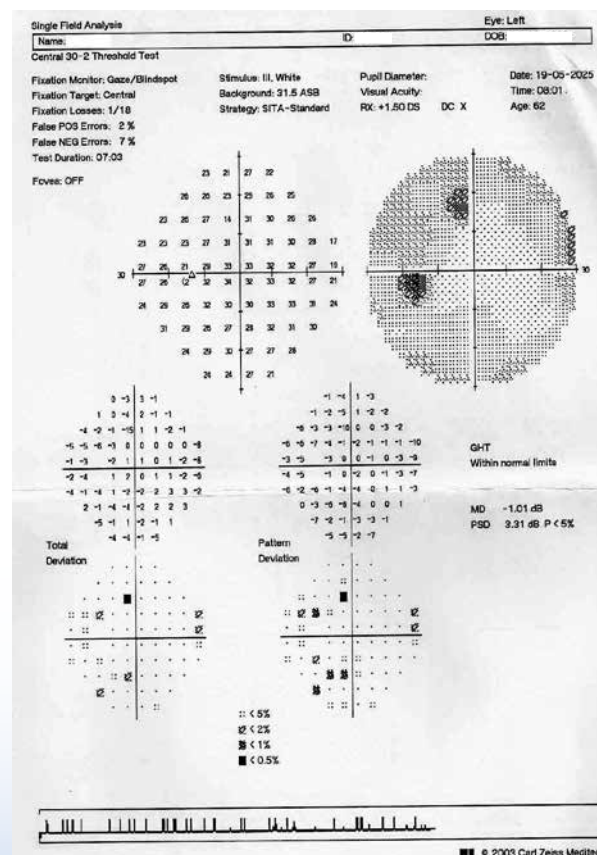
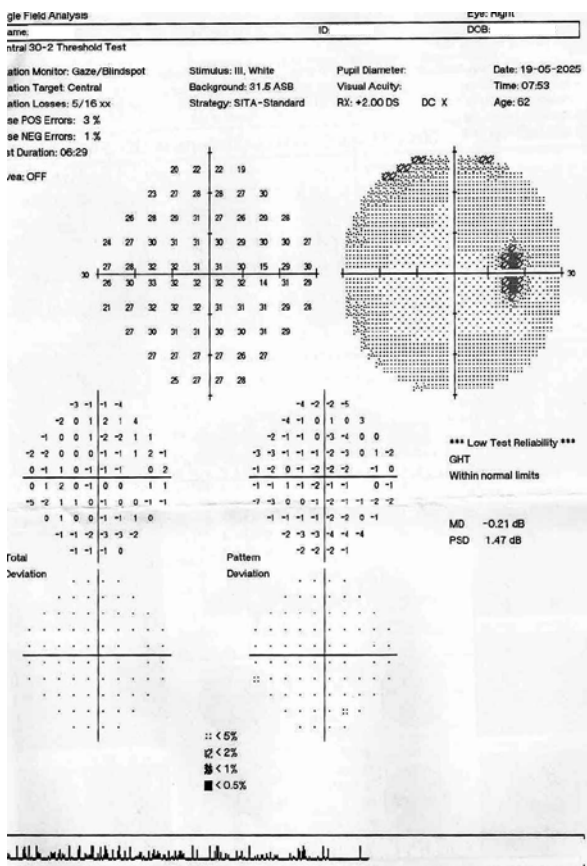


Рисунок 5 — Результаты выполнения компьютерной периметрии (HFA, Zeiss, программа 30-2 Threshold Test) спустя 6 месяцев после оперативного лечения

ным для нисходящих атрофий зрительного нерва является непрогрессирующий характер атрофии.

Необходимым для дифференциальной диагностики и верификации диагноза является выполнение инструментальных методов исследования, таких как МРТ головного мозга, позволяющее визуализировать наличие внутричерепных новообразований, их размеры, степень прорастания в соседние анатомические структуры.

Высокие зрительные функции и отсутствие выраженных нарушений периферических полей зрения в послеоперационном периоде в данном клиническом случае позволяют сделать вывод, что хирургическое вмешательство, направленное на устранение компрессии проводящих путей зрительного анализатора, было выполнено своевремен-

но — на этапе, когда органические изменения нервных волокон ещё не сформировались.

Библиографический список

1. Диагностика и лечение частичной атрофии зрительного нерва: уч. пос. для врачей / сост.: Б.М. Азнабаев, А.Ф. Габдрахманова, Г.Ш. Абизгильдина. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2013. – 57 с.
2. Современные способы терапии различных форм атрофии зрительного нерва / А.К. Дракон [и др.] // Вестник офтальмологии. – 2021. – Т. 137, №5. – С. 340–345.
3. Дифференциальная диагностика кист хиазмально-селлярной области / Н.С. Пузаков [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2020. – № 8. – С. 47–59.
4. Atlas of Sellar and Parasellar Lesions / G. Zada [et al.] // New York: Springer. – 2016. – P. 251–255.
5. Линник Л.Ф. Классификация частичной атрофии зрительного нерва / Л.Ф. Линник, С.И. Анисимов // Офтальмохирургия. – 1994. – Т. 4. – С. 14–17.

A.O. Zharikova, Ya.V. Mordovkina, T.V. Bobr

A CLINICAL CASE OF A TENSION CYST IN THE CHIASMAL-SELLAR REGION DURING EXAMINATION OF A PATIENT WITH GLAUCOMA

This article presents a literature review on the etiology, clinical manifestations, and diagnosis of partial optic nerve atrophy secondary to intracranial neoplasm. A clinical case of a tension cyst in the chiasmatal-sellar region discovered during examination of a patient with glaucoma is presented.

Key words: *chiasmatal-sellar region, quadrant anopsia, partial descending optic nerve atrophy, glaucoma, computerized perimetry*

Поступила 23.02.26