

ваний и повысить точность диагностики. Кроме того, разработка персонализированных стратегий лечения на основе зрительного статуса пациента позволит улучшить их качество жизни с агрессивными аденомами гипофиза.

Заключение

Проведенное исследование подтверждает, что битемпоральная гемианопсия, истончение RNFL и ухудшение показателей перимет-

рии являются ключевыми нейроофтальмологическими признаками агрессивных аденом гипофиза. Включение компьютерной периметрии и ОКТ в стандартные протоколы обследования пациентов с подозрением на ААГ позволит раньше выявлять зрительные нарушения и корректировать тактику лечения, что в конечном итоге может улучшить прогноз пациентов и снизить риск необратимой потери зрения.

Сведения об авторах статьи:

Азимова Озода Талатовна – PhD, научный сотрудник Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии им. акад. Ё.Х. Туракулова. Адрес: 100125, г. Ташкент, ул. Мирзо Улугбека, 56. E-mail: azimova.ozoda26@gmail.com.

Халимова Замира Юсуфовна – д.м.н., профессор, зам. директора по научной работе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии им. акад. Ё.Х. Туракулова, руководитель отдела нейро-эндокринологии с хирургией гипофиза. Адрес: 100125, г. Ташкент, ул. Мирзо Улугбека, 56. Email: zam-nar777@mail.ru.

Орипов Окилхон Ильясович – PhD, ст. преподаватель кафедры офтальмологии Ташкентской Медицинской Академии, г. Ташкент, ул. Фараби, 3А. E-mail: okil.oripov@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

- Ahmad, S.R. Visual field changes and their correlation with pituitary adenoma size: an Egyptian perspective / S.R. Ahmad, M.M. Gerges, E.A. Elgamal, A. Hegazy, M. Samy // Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg. 2020; 56(1): 1-6.
- Barzaghi, L.R. Correlation between pituitary adenoma size, visual field defects, and recovery after transsphenoidal surgery / L.R. Barzaghi, M. Medone, M. Losa, P. Mortini // Pituitary. 2019; 22(4): 417-424.
- Nishioka H. Aggressive pituitary tumors (PitNETs). / Nishioka H. // Endocr J. 2023; 28;70(3): 241-248.
- Fleseriu M. The journey in diagnosis and treatment, from pituitary adenoma to aggressive pituitary tumors. / Fleseriu M., Popovic V. // Rev Endocr Metab Disord. 2020; 21(2): 201-202.
- Ilie M.D. Aggressive Pituitary Adenomas and Carcinomas. / Ilie M.D., Jouanneau E., Raverot G. // Endocrinol Metab Clin North Am. 2020; 49(3): 505-515.
- Kim, Y.H. Prognosis of visual field defects in pituitary adenomas treated with transsphenoidal surgery / Y.H. Kim, J.M. Kim, D.H. Kim, J.S. Moon, S.W. Chang // World Neurosurg. 2020; 137.
- Liu X. Pituitary adenoma or pituitary neuroendocrine tumor: a narrative review of controversy and perspective. / Liu X., Wang R., Li M., Chen G. // Transl Cancer Res. 2021; 10(4): 1916-1920.
- Melmed S. Clinical Biology of the Pituitary Adenoma. / Melmed S., Kaiser U.B., Lopes M.B., Bertherat J., Syro L.V., Raverot G., Reincke M., Johannsson G., Beckers A., Fleseriu M., Giustina A., Wass J.A.H., Ho K.K.Y. // Endocr Rev. 2022; 43(6): 1003-1037.
- Portovedo S. Aggressive nonfunctioning pituitary neuroendocrine tumors. / Portovedo S., Neto L.V., Soares P., Carvalho D.P., Takiya C.M., Miranda-Alves L. // Brain Tumor Pathol. 2022; 39(4): 183-199.
- Raverot G. Aggressive pituitary tumours and pituitary carcinomas. / Raverot G., Ilie M.D., Lasolle H., Amodru V., Trouillas J., Castinetti F., Brue T. // Nat Rev Endocrinol. 2021; 17(11): 668-671.
- Tóth M. Aggressive pituitary adenoma and pituitary carcinoma. / Tóth M. // Orv Hetil. 2023; 164(30): 1167-1175.

REFERENCES

- Ahmad, S.R. [et al.] Visual field changes and their correlation with pituitary adenoma size: an Egyptian perspective. Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg. 2020; 56(1): 1-6. (in Engl)
- Barzaghi L.R., Medone M., Losa M., Mortini P. Correlation between pituitary adenoma size, visual field defects, and recovery after transsphenoidal surgery. Pituitary. 2019; 22(4): 417-424. (in Engl)
- Nishioka H. Aggressive pituitary tumors (PitNETs). Endocr J. 2023; 28;70(3): 241-248.
- Fleseriu M., V. Popovic. The journey in diagnosis and treatment, from pituitary adenoma to aggressive pituitary tumors. Rev Endocr Metab Disord. 2020; 21(2): 201-202. (in Engl)
- Ilie M.D. E Jouanneau, G. Raverot Aggressive Pituitary Adenomas and Carcinomas. Endocrinol Metab Clin North Am. 2020; 49(3): 505-515. (in Engl)
- Kim, Y.H. [et al.] Prognosis of visual field defects in pituitary adenomas treated with transsphenoidal surgery. World Neurosurg. 2020; 137. (in Engl)
- Liu X., Wang R., Li M., Chen G. Pituitary adenoma or pituitary neuroendocrine tumor: a narrative review of controversy and perspective. Transl Cancer Res. 2021; 10(4): 1916-1920. (in Engl)
- Melmed S. Clinical Biology of the Pituitary Adenoma. / Melmed S., Kaiser U.B., Lopes M.B., Bertherat J., Syro L.V., Raverot G., Reincke M., Johannsson G., Beckers A., Fleseriu M., Giustina A., Wass J.A.H., Ho K.K.Y. Endocr Rev. 2022; 43(6): 1003-1037. (in Engl)
- Portovedo S. [et al.] Aggressive nonfunctioning pituitary neuroendocrine tumors. Brain Tumor Pathol. 2022; 39(4): 183-199. (in Engl)
- Raverot G. [et al.] Aggressive pituitary tumours and pituitary carcinomas. Nat Rev Endocrinol. 2021; 17(11): 668-671. (in Engl)
- Tóth M. Aggressive pituitary adenoma and pituitary carcinoma. Orv Hetil. 2023; 164(30): 1167-1175. (in Engl)

УДК 617.731-002

© Коллектив авторов, 2025

Е.В. Абоимова¹, Г.А. Азаматова², Э.Ф. Шайхутдинова³, М.Т. Азнабаев¹
**НЕТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ
 ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

¹ООО «Клиника Фомина Уфа», г. Уфа

²ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

³ЗАО «Оптимедсервис», г. Уфа

Проведены анализ клинического наблюдения пациента с неартериитной передней ишемической оптической нейропатией (нПИОН), а также анализ научной литературы по данной теме. Для клинической картины нПИОН характерны вне-

запная потеря зрения, отёк и гиперемия диска зрительного нерва, относительный афферентный дефект зрачка. В практике офтальмолога могут встречаться иные проявления данного заболевания, которые описаны в данной статье в ходе разбора клинического случая.

В приведенном клиническом случае неартериитная передняя ишемическая оптическая нейропатия отличалась длительным сохранением высокой остроты зрения даже при развитии отека диска зрительного нерва с последующим развитием типичной клинической картины.

Ключевые слова: передняя ишемическая оптическая нейропатия, глазной ишемический синдром, неартериитная ишемическая оптическая нейропатия.

E.V. Aboimova, G.A. Azamatova, E.F. Shaykhutdinova, M.T. Aznabaev

ATYPICAL COURSE OF ANTERIOR ISCHEMIC OPTIC NEUROPATHY (CLINICAL CASE)

The paper presents the results of the clinical observation of a patient with non-arteritic anterior ischemic optic neuropathy. The study also includes analysis of the scientific literature on this topic. The clinical picture of non-arteritic anterior ischemic optic neuropathy is characterized by sudden loss of vision, edema and hyperemia of the optic disc, relative afferent pupil defect. However, in the practice of an ophthalmologist there may be other manifestations of this disease, which are described in the article during the analysis of a clinical case. In the clinical case presented in the article, non-arteritic anterior ischemic optic neuropathy was characterized by long-term retention of high visual acuity even with the development of edema of the optic disc, followed by the development of a typical clinical picture.

Key words: anterior ischemic optical neuropathy, ocular ischemic syndrome, nonarteritic ischemic optical neuropathy.

Неартериитная передняя ишемическая оптическая нейропатия (нПИОН) является наиболее распространённой причиной отёка зрительного нерва и потери зрения у пациентов старше 50 лет [3,5]. К факторам риска, которые тесно связаны с нПИОН относятся артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания, а также obstructive apnoea во сне [3,7]. Несмотря на то, что патогенез нПИОН до конца не изучен, принято считать, что данное заболевание вызвано гипоперфузией зрительного нерва за счет недостаточного кровообращения в питающих его сосудах (коротких задних цилиарных артериях). Это приводит к ишемии и отёку той части зрительного нерва, которая проходит через небольшое отверстие в склеральном канале, что в свою очередь ведет к компартмент-синдрому. Компартмент-синдром затрагивает соседние аксоны, которые сдавливаются в пространстве, ограниченном небольшим отверстием в склеральном канале, и заканчивается апоптозом и гибелью ганглиозных клеток, аксоны которых составляют зрительный нерв [3]. Учитывая патогенез данного заболевания, прогноз при ишемической оптической нейропатии очень неблагоприятный и потеря зрения необратима [4]. Доказано, что примерно у 30% пациентов с нПИОН через 2 года после начала заболевания восстанавливается зрение на 3 и более строчек, у 20% пациентов зрение ухудшается на 3 и более строк. Однако у большинства пациентов зрение остаётся неизменным после начала заболевания [3]. Для клинической картины нПИОН характерны внезапная потеря зрения, относительный афферентный дефект зрачка и отёк диска зрительного нерва с сопутствующей его гиперемией [4]. В редких случаях

встречается иная клиническая картина, которую мы наблюдали у нашего пациента [2,6].

Целью данной публикации является привлечение внимания врачей-офтальмологов к особенностям клинической картины неартериитной передней ишемической оптической нейропатии с нетипичным длительным бессимптомным течением с отсроченным ухудшением зрения.

Клинический случай

Пациентка Н. 03.01.25 обратилась в Клинику Фомина (г. Уфа) с жалобами на ощущение «тусклости» зрения правого глаза и ограничение поля зрения в нижнем секторе. Из анамнеза известно, что вышеописанные симптомы беспокоят ее более месяца. Ранее пациентка обращалась в специализированную офтальмологическую клинику, где проведенное комплексное обследование (включая периметрию) не выявило патологии сетчатки и зрительного нерва. Пациентка была консультирована неврологом. Для исключения ретробульбарного неврита была проведена МРТ (20.12.2024), по результатам которой патологии зрительного нерва не выявлено.

Данные офтальмологического обследования (от 03.01.2025): Visus OU: 0,5 с sph. +1,5 D = 0,9. Внутриглазное давление (ВГД): OD – 12 мм рт. ст., OS – 12 мм рт. ст. (пневмотонометрия). Объективная картина при биомикроскопии OU: движения глазных яблок в полном объеме, безболезненные, парез конвергенции и тропии не выявлены, результаты тестов Шобера и Уорса в норме; ресничные края век утолщены, устья мейбомиевых желез заполнены салным секретом желтоватого цвета, который обильно выделяется при пальпации; конъюнктивы слабо инъектированы, отделяемого нет, роговица прозрачная; передняя камера средней глубины; радужка струк-

турная, зрачок круглый, диаметр 2,5-3 мм, реакция зрачка на свет живая; факосклероз; стекловидное тело с легкой деструкцией. Данные офтальмоскопии под мидриазом: диск зрительного нерва (ДЗН) бледно-розовый, границы четкие, соотношение диаметра экскавации к диаметру диска зрительного нерва (Э/Д) 0,3; артерии сужены, с жестковатым рефлексом, вены обычного калибра; макула не изменена, видны фовеолярный рефлекс и единичные мелкие друзы по ходу верхней сосудистой аркады.

Пациентке выставлен диагноз ОУ Хронический блефарит. ОД Ретинопатия? и назначено лечение по поводу блефарита с контрольным приемом для оценки состояния органа зрения в динамике.

На повторном приеме (08.01.2025) пациентка отметила более выраженное сужение поля зрения правого глаза снизу. Острота зрения оставалась прежней. При осмотре глазного дна правого глаза выявлена ступенчатость границ ДЗН в верхнем и назальном секторах (рис. 1).



Рис. 1. Картина глазного дна правого (а) и левого (б) глаз пациентки Н. от 08.01.2025

На основании жалоб и данных клинической картины мы предположили у пациентки

переднюю ишемическую оптиконейропатию. Однако нетипичными были сохранение высокой остроты зрения и медленное сужение поля зрения. В связи с этим для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики с невритом зрительного нерва, а также для исключения артериитной природы ПИОН пациентка направлена на дообследование: компьютерную периметрию, оптическую когерентную томографию зрительного нерва (ОКТ ЗН), ультразвуковое дуплексное сканирование магистральных сосудов головы (УЗДС МАГ), лабораторную диагностику, повторную консультацию невролога.

На следующем повторном приеме (24.01.2025) пациентка отметила значительное снижение остроты зрения. При осмотре остроты зрения ОД – 0,05 н.к., ОС – прежняя. При осмотре глазного дна: определялось усиление отека ДЗН правого глаза. По результатам ОКТ ДЗН правого глаза от 08.01.25. были получены следующие данные: увеличение площади и объема нейроретинального пояса ДЗН, исчезновение экскавации ДЗН, увеличение общей площади ДЗН, резкое увеличение толщины слоя нервных волокон сетчатки перипапиллярно во всех секторах, слой ганглиозных клеток сетчатки в пределах нормы. По данным ОКТ ДЗН левого глаза отмечались увеличение объема нейроретинального пояса, исчезновение площади, глубины и объема экскавации ДЗН. Толщина слоя нервных волокон сетчатки перипапиллярно локально была увеличена в нижненосовом секторе, слой ганглиозных клеток сетчатки в пределах нормы. Более подробные данные представлены на рис. 2.

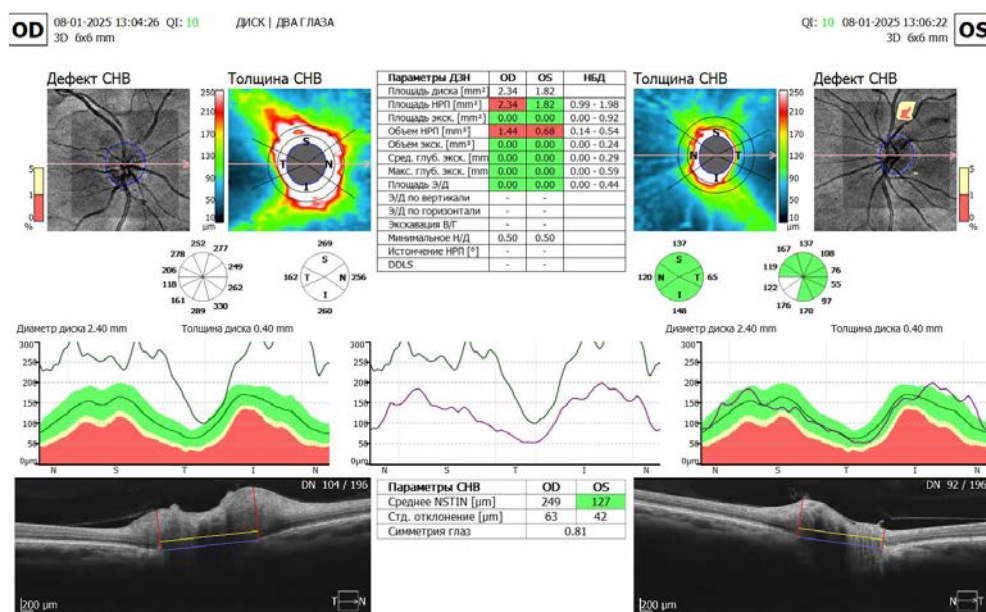


Рис. 2. Оптическая когерентная томография диска зрительного нерва правого (ОД) и левого (ОС) глаза от 08.01.2025. (Optopol REVO NX, Польша)

По результатам периметрии (от 14.01.2025) правого глаза в режиме общего скрининга и в режиме «Макула» отмечались умеренно выраженные дефекты поля зрения в виде концентрического сужения с абсолютными дефектами преимущественно в нижней половине поля зрения. УЗДС МАГ (10.01.2025): склерозирующий атеросклероз магистральных артерий головы, стеноз правой подключичной артерии (25-30%), бляшка в устье артерии длиной 11 мм.

Лабораторные показатели общего анализа крови в норме; маркеры ревматических заболеваний отрицательны; повышены уровни холестерина, липопротеины низкой плотности и липопротеины высокой плотности.

Пациентка направлена на лечение в Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

На сегодняшний день не существует доказанных эффективных методов лечения ПИОН [1,6]. Пациентка получала противотечную, противовоспалительную, вазодилатирующую, ноотропную терапию: парабульбарные инъекции дексаметазона 0,5 мл с гепарином 0,3 мл №5, парабульбарные инъекции трентала 2% №5, внутривенные инъекции пирацетама 10,0 мл №10, пикамилон в таблетках, интраназально семакс 0,1%. Далее по назначению невролога пациентка прошла курс лечения: внутривенные инъекции трентала №5, цитоплавина №3, мексидола №5; внутримышечные инъекции цитиколина; внутрь: диакарб 250 мг, аспаркам в таблетках.

На повторном приеме после курса лечения (31.01.2025) выявили: повышение остроты зрения правого глаза – 0,3 н.к. Ограничение поля зрения в нижнем секторе правого глаза сохраняется. При осмотре отмечается уменьшение отека и побледнение ДЗН в верхнем секторе (рис. 3). По данным ОКТ ДЗН

правого глаза от 04.02.2025. в динамике отмечается незначительное уменьшение объема нейроретинального пояса ДЗН, уменьшение толщины слоя нервных волокон сетчатки перипапиллярно в верхних и височных секторах до пределов возрастной нормы и истончение слоя ганглиозных клеток сетчатки в верхнем, верхненосовом и верхневисочном секторах, достижение нижней границы возрастной нормы в нижненосовом секторе, что, вероятнее всего, вызвано ишемическим поражением диска зрительного нерва. По данным ОКТ ДЗН левого глаза – без значимых изменений в динамике. Более подробно данные представлены на рис. 4.



Рис. 3. Картина глазного дна правого (а) и левого (б) глаз пациентки Н. от 31.01.2025

УЗДС орбит от 06.02.2025: заключение: гемодинамические параметры кровотока в глазной артерии, центральной артерии сетчатки и задних коротких цилиарных артериях (ЗКЦА) ОД определяются на уровне нормальных значений. Отмечается межглазная асимметрия, показатели $OD < OS$, снижение диастолического компонента спектра в латеральных ветвях ЗКЦА ОД, что характерно для ишемической оптической нейропатии ОД.

Пациентке рекомендована консультация кардиолога-липидолога для подбора терапии статинами, так как риск возникновения нПИОН на втором глазу в течение ближайших 5 лет составляет 50% [4,8].

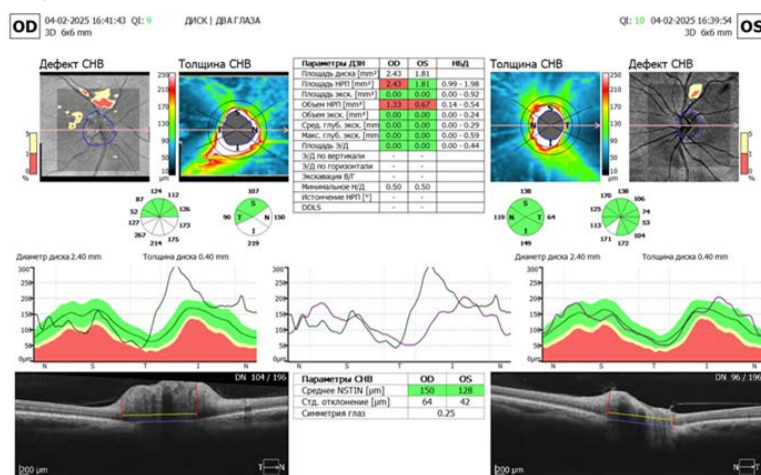


Рис. 4. Оптическая когерентная томография диска зрительного нерва правого (OD) и левого (OS) глаза от 04.02.2025. (Optopol REVO NX, Польша)

Заключение

Редкие публикации свидетельствуют о том, что развитие ишемического поражения ЗН может быть постепенным, а острота зрения может сохраняться высокой первое время даже при развитии отека ЗН [2,6], что доказывает и наблюдаемый нами клинический случай (снижение остроты зрения развилось не внезапно, а через 2 месяца от появления первых симптомов).

Анализ вышеописанного клинического случая демонстрирует важность повышенной

диагностической настороженности врачей-офтальмологов относительно ПИОН. Неартериальная передняя ишемическая оптическая нейропатия может проявляться незначительными на первый взгляд симптомами: умеренное ограничение поля зрения, снижение качества зрения при сохранении высокой остроты зрения у пациентов с факторами риска (возраст старше 50 лет, наличие гипертонической болезни, сахарного диабета, атеросклеротических изменений, курения в анамнезе) и требует тщательной дифференциальной диагностики.

Сведения об авторах статьи:

Абоимова Елена Владимировна – врач-офтальмолог ООО «Клиника Фомина Уфа». Адрес: 450078, г. Уфа, ул. Кирова, 52. Тел./факс: 8(347) 200-91-83. E-mail: alaboim@yandex.ru.

Азаматова Гульнара Азаматовна – к.м.н., доцент кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)282-91-79. E-mail: azamatova_g@mail.ru.

Шайхутдинова Элина Фаритовна – врач-офтальмолог Центра лазерного восстановления зрения «Optimed», ЗАО «Оптимедсервис»; 450059, г. Уфа, ул. 50 лет СССР, 8. E-mail: tazievaelina14@mail.ru.

Азнабаев Марат Тагатович – д.м.н., академик АН РБ, профессор кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)282-91-79. E-mail: m.aznabaev@list.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Foroosan, R. New Treatments for Nonarteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy / R. Foroosan // Neurologic Clinics. – 2017. – Vol. 35. – №1. – P. 1-15.
2. McDonald, H.M. Short-term deterioration of visual acuity and visual fields in nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy / H.M. McDonald, M. Lakhani, A. Kwan, A. Handzic, E. Margolin // Am. J. Ophthalmol. – 2024. – Vol. 268. – P. 258-262.
3. Raizada, K. Non-arteritic anterior ischemic optic neuropathy / K. Raizada, E. Margolin // 2022 Oct 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. PMID: 32644471. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644471/>
4. Singla, K. Optic Ischemia / K. Singla, P. Agarwal // 2024 May 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32809412/>
5. Особенности глазного ишемического синдрома при сердечно-сосудистой патологии. Обзор литературы / М.А. Фролов [и др.] // Офтальмология. 2020. – Т.17, №2. – С.188-194. Doi:10.18008/1816-5095-2020-2-188-194
6. Случай мультифакторной двусторонней неартериитной передней ишемической нейрооптикопатии / Т.Н. Киселева [и др.]: сборник статей по материалам XXIV научно-практической нейроофтальмологической конференции «Актуальные вопросы нейроофтальмологии». – М. – Тверь: ООО: «Изд-во «Триада». – 2025. – С.14-16
7. Анализ структуры, причин и факторов риска развития ишемической оптической нейропатии / Н.Л. Шерemet [и др.] // Вестник офтальмологии. – 2017. –Т.133, №6. – С. 50-58
8. Результаты динамического наблюдения пациента с неартериитной передней ишемической оптической нейропатией (клинический случай) / А.Ю. Сафоновко [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. –2020. –Т.15, №4. – С. 34-37.

REFERENCES

1. Foroosan R. New Treatments for Nonarteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy. Neurologic Clinics. 2017; 35(1):1-15. (in Engl)
2. McDonald H.M., Lakhani M., Kwan A., Handzic A., Margolin E. Short-term deterioration of visual acuity and visual fields in nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy. Am. J. Ophthalmol. 2024;268:258-262. (in Engl) Doi: 10.1016/j.ajo.2024.07.017
3. Raizada K., Margolin E. Non-arteritic anterior ischemic optic neuropathy. 2022 Oct 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. PMID: 32644471. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644471/> (in Engl)
4. Singla K., Agarwal P. Optic Ischemia. 2024 May 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. PMID: 32809412. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32809412/> (in Engl)
5. Frolov M.A., Sakhovskaya N.A., Frolov A.M., Pryamikov A.D. Feature of Ocular-Ischemic Syndrome in Patients with Cardiovascular Pathology. Literature Review. Ophthalmology in Russia. 2020;17(2):188-194. (In Russ.) Doi:10.18008/1816-5095-2020-2-188-194
6. Kiseleva T.N., Dontsova S.V., Voroshilova N.A. [et al.] Sluchai mult'faktornoj dvustoronnei nearteriitnoi perednei ishemicheskoi neirooptikopatii. Sbornik statei po materialam XXIV nauchno-prakticheskoi neirooftal'mologicheskoi konferentsii «Aktual'nye voprosy neirooftal'mologii», Moskva. 2025:14-16. (In Russ.)
7. Sheremet N.L., Smirnova T.V., Ronzina I.A., Khanakova N.A., Meshkov A.D., Kozlovskaya N.L., Sheludchenko V.M. Analysis of structure, causes, and risk factors of ischemic optic neuro-pathy. Russian Annals of Ophthalmology. 2017;133(6):50-58. (In Russ.)
8. Safonovko A.Yu., Ioyleva E.E., Gavrilova N.A., Vasiliev S.G., Andrusyakova E.P. Results of dynamic observation of a patient with non-arteritic anterior ischemic optic neuropathy (a clinical case). Bashkortostan Medical Journal. 2020;15(4):34-37. (In Russ.)

УДК 617.735-006

© Коллектив авторов, 2025

К.В. Ерыкалина¹, З.М. Салимьянова¹, Г.М. Идрисова^{1,2}, С.Р. Авхадеева¹, Г.Я. Гайсина¹

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ГИПЕРПЛАЗИИ ПИГМЕНТНОГО ЭПИТЕЛИЯ СЕТЧАТКИ

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ЗАО «Оптимедсервис», г. Уфа

Цель. Представить клинический случай гиперплазии пигментного эпителия сетчатки (ГПЭС) у пациентки с семейным аденоматозным полипозом (САП) толстого кишечника в анамнезе.