

Результаты исследования и их обсуждение

Из 50 обследованных пациентов, 86 % составили женщины и всего 14 % — мужчины. Возраст пациентов находился в пределах от 53 до 80 лет. Средний возраст пациентов — $66 \pm 1,3$ года. От размера отверстия и наличия сопутствующих патологий зависит дальнейшая тактика ведения пациентов (рисунок 1а, б).

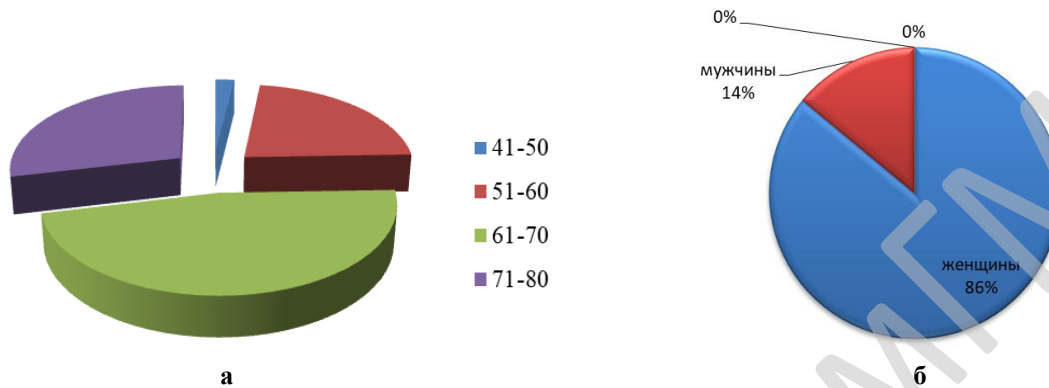


Рисунок 1 — Распределение пациентов: а — по возрасту; б — по полу

Размер отверстия в целом составил 350 ± 190 мкм. Хирургическое лечение проводилось с целью улучшения зрения. Основным хирургическим методом лечения было проведение витрэктомии. После извлечения стекловидного тела производилась его замена раствором или воздухом. Операция успешна в 90 % случаев у людей, имевших данное заболевание менее 6 месяцев, и в 60 % случаев у людей, у которых данное заболевание наблюдалось уже больше года.

Выводы

Таким образом, результаты оперативного лечения коррелируют с длительностью заболевания макулярного отверстия и его размерами. Для решения вопроса о перспективности оперативного вмешательства необходимо проведение оптической когерентной томографии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Preoperative prognostic factors for macular hole surgery: Which is better? / E. Unsal [et al.] // *Oman J Ophthalmol.* — 2017. — Vol. 247. — P. 20–24.
2. Current Management of Macular Hole / R. Narayanan [et al.] // *Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina.* — 2018. — Vol. 112. — P. 61–68.
3. *Chen, M.* Impact of automated OCT in a high-volume eye urgent care setting / M. Chen // *BMJ Open Ophthalmol.* — 2018. — Vol. 20. — P. 4–6.

УДК 617.753.29-089.884

ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

Суравьёва А. В., Парасевич М. Г.

Научные руководители: к.м.н., доцент *Л. В. Дравица.*, ассистент *О. В. Ларионова*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время аномалии рефракции и, в первую очередь, близорукость, занимают одно из ведущих мест среди заболеваний органа зрения. В офтальмологической практике применяют очковую, контактную и хирургическую (радиальная кератотомия,

фоторефракционная хирургия роговицы и др.) коррекцию близорукости. При этом с клинической точки зрения основной целью коррекции всегда является достижение оптимальной остроты зрения, позволяющей пациенту успешно выполнять повседневную зрительную работу.

Одним из методов выбора хирургической коррекции миопии высокой степени признается имплантация интраокулярных линз (ИОЛ), которая является эффективной и безопасной операцией с низким процентом интра и послеоперационных осложнений, а также позволяет быстро реабилитировать пациентов и сократить время их нетрудоспособности. По данным статистики, среди пациентов, обращающихся по поводу катаракты, ее сочетание с близорукостью встречается в 10–25 % случаев [1].

Формирование катаракты в миопическом глазу происходит в среднем на 10 лет раньше, а ее хирургическое лечение сопряжено с повышенным в 1,5–2 раза риском осложнений. Истончение, растянутость оболочек глаза и связочного аппарата хрусталика, деструкция и разжижение стекловидного тела, а также нарушение гемо- и гидродинамики характеризуют глаз при миопии [2].

Цель

Анализ результатов интраокулярной коррекции миопии высокой степени.

Материал и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и протоколов стационарного лечения 132 пациентов (132 глаз) с диагнозом незрелая осложненная катаракта с миопией высокой степени, в возрасте от 17 до 87 года (средний возраст $62,4 \pm 11,3$ года), находившихся на диспансерном наблюдении и лечении в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНЦРМ и ЭЧ». Средняя продолжительность лечения составила $4,1 \pm 1,8$ дня.

Всем пациентам до и после лечения проводилось стандартное офтальмологическое обследование. Для проведения корреляционного анализа использовали коэффициент ранговой корреляции Вилкоксона, t-test для независимых выборок. Различия расценивались как статистически значимые при $p < 0,05$. Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

При поступлении средние значения некорректированной остроты зрения составили $0,04 \pm 0,04$, средняя скорректированная острота зрения — $0,2 \pm 0,25$ ($p < 0,05$).

Клиническая картина течения катарактального процесса у пациентов осложнялась наличием: миопической стафиломы — 43 (32,6 %) пациента, миопического конуса — 13 (9,9 %) пациентов, периферической дегенерации сетчатки — 24 (18,2 %) пациента, псевдоэкзофалиативного синдрома (ПЭС) — 12 (9,1 %) человек, макулопатии — 10 (7,6 %) пациентов, первичной открытоугольной глаукомы — 9 (6,8 %) человек, ретиношизисом — 6 (4,5 %) человек, возрастной макулярной дегенерацией — 4 (3 %) человека, макулярным разрывом — 2 (1,5 %) человека.

Средние значения оптической силы имплантируемой линзы у пациентов составили — $11,5 \pm 4,7$ Д.

После хирургического лечения катаракты средние значения некорректированной остроты зрения составили $0,3 \pm 0,3$, средняя скорректированная острота зрения — $0,4 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). Низкую некорректированную и скорректированную остроту зрения, можно объяснить наличием у пациентов морфометрических изменений структур глаза.

В послеоперационном периоде лишь у 6 пациентов (6 глаз, 4,5 %) в раннем послеоперационном периоде отмечался отек роговицы и легкая складчатость десцеметовой мембраны.

Стабильное положение ИОЛ и нормальные цифры внутриглазного давления отмечались у всех пациентов.

Выводы

У всех пациентов в результате проведенного хирургического лечения катаракты получено достоверное улучшение некоррегированной остроты зрения на 0,3 ($p < 0,05$) и коррегированной остроты зрения на 0,2 ($p < 0,05$).

Факоэмульсификация катаракты позволила быстро реабилитировать пациентов и сократить время их нетрудоспособности до $4,1 \pm 1,8$ дней.

Применение технологии малых разрезов в экстракции хрусталиков у пациентов с миопией высокой степени является эффективной и безопасной операцией при низком проценте послеоперационных осложнений (6 глаз — 4,5 %) в раннем периоде наблюдения.

Способ интраокулярной коррекции миопии высокой степени является оптимальным для достижения анатомического и функционального результата, а также для повышения «качества зрительной жизни» пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ceschi, G. P.* Clear lens extraction (CLE) for correction of high grade myopia / G. P. Ceschi, L. G. Artaria // *Klin Monatsbl Augenheilkd.* — 1998. — № 212. — P. 280–282.

2. *Мамиконян, В. Р.* Факоэмульсификация катаракты у пациентов с высокой степенью миопии / В. Р. Мамиконян, Ю. Н. Юсеф // *Вестник офтальмологии.* — 2004. — № 6. — С. 3–5.

УДК 617.735-002-02:616.633.66+617.753]:617-089

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ РЕЦИДИВОВ ОПЕРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ

Фокин А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние десятилетия сахарный диабет (СД) является одной из важнейших медико-социальных проблем, в связи с высокой инвалидизацией и летальностью. Согласно данным Международной федерации диабета (IDF), в настоящее время в мире зарегистрировано 425 млн человек, которые болеют СД. К 2040 г. прогнозируется рост числа людей больных диабетом до 642 млн чел [1]. Увеличение количества больных СД, а также успех в лечении, приведший к повышению продолжительности жизни пациентов, послужили причиной роста числа поздних осложнений. К числу наиболее тяжелых из них относится диабетическая ретинопатия (ДР), которая является одной из ведущих причин слепоты среди трудоспособного населения развитых стран [2]. Мета-анализы масштабных исследований показывают, что 1 из 3 (34,6 %) больных СД будут иметь ДР, и приблизительно одна треть из них (или 10 % из всех больных СД) будут иметь угрожающую зрению ДР, которая потребует лечение. В 2010 г. из числа общего количества пациентов с СД, более чем 92 млн имели ДР [3]. В то же время, проведено достаточно мало исследований касающихся особенностей ДР у пациентов с различными видами рефракции, в частности при миопии. Если учесть анатомические особенности миопического глаза, можно предположить наличие ряда особенностей, а также специфику клинического течения заболевания [4].