

зрения после лечения у 34 (52,31 %) пациентов острота зрения при выписке была равна 1.0; 25 (38,46 %) пациентов имели остроту зрения — от 0,5 до 0,9; у 6 (9,23 %) пациентов — от 0,4 до 0,1, ниже 0,1 нет. Помутнения роговицы различной степени, в исходе перенесенных кератитов, за исследуемый период отмечены в 9 (13,8 %) случаях. В структуре данной патологии преобладали помутнения в виде облачка. Имеющиеся помутнения не требовали хирургического лечения.

#### **Выводы**

1. За исследуемый период возросла доля кератитов в структуре пролеченной патологии на 0,33 %.
2. Количество случаев кератита у детей дошкольного возраста снизилось на 12,5 %.
3. Увеличилась доля кератитов вирусной этиологии с 33 % в 2014 г., до 55 % в 2018 г. Преобладают возбудители Herpes simplex virus — 41,38 %, и ассоциации Herpes simplex virus + Cytomegalovirus — 31,03 %.
4. Основными факторами, способствующими развитию кератитов, являются ОРВИ — 15,4 %, синуситы — 9,2 %, хронические тонзиллиты — 7,7 %.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Егоров, Е. А.* Клинические лекции по офтальмологии / Е. А. Егоров, С. Н. Басинский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 67–69.
2. *Бондаренко, А. Л.* Цитомегаловирусная инфекция: учеб. пособие / А. Л. Бондаренко, Т. В. Егорова, Т. И. Калужских. — Киров: Кировская гос. мед. академия, 2011. — С. 72.

УДК 612.84:617.7-007.681-053.2

### **КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ГЛАУКОМОЙ**

*Лукьянченко Т. С.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Врожденные заболевания глаз в настоящее время являются главной причиной слепоты и слабовидения у детей. Врожденная глаукома — это относительно редкое заболевание и, по данным литературы, составляет 0,01–0,04 % всей глазной патологии, однако удельный вес врожденной глаукомы среди причин слепоты — до 10 % [1]. Врожденная глаукома характеризуется своеобразными клиническими проявлениями, обусловленными возрастными особенностями глаза у детей. В основе этого заболевания лежат врожденные аномалии угла передней камеры и дренажной системы глаза, возникающие в результате задержки в развитии и дифференциации этих структур, и создающие препятствия оттоку внутриглазной жидкости или в значительной степени затрудняющие его, что приводит к повышению внутриглазного давления. У 60 % детей врожденная глаукома проявляется в первые 6 месяцев жизни, у 80 % — на первом году жизни. У 75 % детей заболевание двустороннее. Чаще болеют мальчики. Изучение клиники, патогенеза, этиологии, а также разработка методов ранней диагностики и лечения врожденной глаукомы является актуальной и важной проблемой офтальмологии [1, 2].

#### **Цель**

Изучить клиничко-функциональные особенности органа зрения у детей с врожденной глаукомой.

### **Материал и методы исследования**

Нами был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и протоколов стационарного лечения 14 пациентов (24 глаза) в возрасте от 1 до 16 лет (средний возраст  $8,1 \pm 5,2$  года), находящихся на диспансерном учете в детском офтальмологическом отделении УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница». Среди них 7 девочек и 7 мальчиков, которые проживают в г. Гомеле — 7 (50 %) человек и Гомельской области — 7 (50 %) человек. Среди них 13 (93 %) пациентов — дети с диагнозом врожденной глаукомы и диагнозом подозрение на глаукому, 1 (7 %) ребенок с диагнозом вторичной постувеальной глаукомы. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — 7 детей (12 глаз) с диагнозом врожденная глаукома (средний возраст  $10 \pm 5,2$  лет), 2-я группа — 6 пациентов (10 глаз) с диагнозом подозрение на глаукому (средний возраст  $5,2 \pm 3,8$  лет). Всем пациентам до и после лечения проводилось стандартное офтальмологическое обследование. Для проведения корреляционного анализа использовали коэффициент ранговой корреляции 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» 10.0.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Возраст, в котором был выставлен диагноз врожденной глаукомы в 1-й группе пациентов: до 6 месяцев — 2 (29 %) ребенка, до 1 года — 4 ребенка (57 %) и после года — 1 (14 %) ребенок. Средние значения некорригированной остроты зрения составили  $0,1 \pm 0,08$ , средняя корригированная острота зрения —  $0,2 \pm 0,09$ . Результаты статической рефракции: миопия слабой степени М-2Д — 2 (16,7 %) глаза, миопия средней степени М-4,5Д — 3 (25 %) глаза, миопия высокой степени М-11,5Д — 7 (58,3 %) глаз. Внутриглазное давление —  $22,8 \pm 3,7$  мм рт. ст. Внутриглазное давление было компенсированным на 9 глазах (75 %), субкомпенсированным — на 3 глазах (25 %). Переднезадний размер глаза —  $26,7 \pm 2,5$  мм. Офтальмоскопически диски зрительного нерва: бледно-розовые у 25 % детей (3 глаза), 33 % (4 глаза) — со смещением сосудистого пучка в носовую сторону, 42 % (5 глаз) бледно-серые. Экскавация  $0,45 \pm 0,27$  ДД. Встречающаяся сопутствующая патология: синдром Ригера — 2 глаза (16,7 %), синдром Стердж-Вебера — 2 глаза (16,7 %), гидрофтальм — 3 глаза (25 %), аниридия — 2 глаза (16,7 %), нистагм — 2 глаза (16,7 %), врожденная катаракта — 2 глаза (16,7 %), сублюксация хрусталика — 1 глаз (8,3 %), дистрофия сетчатки — 2 глаза (16,7 %). Для лечения в 1 группе пациентов используются: Sol. Timololi 0,5 % 5 глаз (41,6 %), Sol. Tafluprosti 15 мкг/мл — 2 глаза (16,7 %), Sol. Brinzolamidi 10 мг/мл — 3 глаза (25 %), 2 глаза (16,7 %) не используют антиглаукомных препаратов для лечения. Синустрабекулэктомия с базальной иридотомией выполнена на 3 глазах (25 %).

Во второй группе впервые диагноз подозрение на глаукому выставлен: до 6 месяцев — 2 (33 %) ребенка, до 1 года — 1 (17 %) ребенок и после года — 3 (50 %) ребенка. Средние значения некорригированной остроты зрения составили  $0,6 \pm 0,4$ , средняя корригированная острота зрения —  $0,7 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ). Результаты статической рефракции: миопия слабой степени М -2,5 Д — 3 глаза (30 %), гиперметропия слабой степени Нм +0,75Д — 7 глаз (70 %). Внутриглазное давление —  $20,8 \pm 2,7$  мм рт. ст. Переднезадний размер глаза —  $22,2 \pm 1,5$  мм. Офтальмоскопически диски зрительного нерва: бледно-розовые у 60 % детей (6 глаз), 40 % (4 глаза) бледно-серые. Экскавация  $0,42 \pm 0,04$  ДД. Встречающаяся сопутствующая патология: синдром Стердж-Вебера — 1 глаз (10 %), аниридия — 2 глаза (20 %). Для лечения во 2 группе пациентов используются: Sol. Tafluprosti 15 мкг/мл — 1 глаз (10 %), 90 % (9 глаз) не используют антиглаукомные препараты.

### **Выводы**

Успех лечения детей с врожденной глаукомой в значительной степени зависит от ранней диагностики заболевания. При несвоевременно начатом лечении заболевание

быстро прогрессирует и приводит к необратимым изменениям всех структур глазного яблока. Так, в 1-й группе пациентов у 86 % (6 детей) диагноз врожденной глаукомы выставлен до года, во 2-й группе пациентов до года диагноз подозрение на глаукому выставлен у 50 % (3 ребенка).

Диспансерное наблюдение является необходимым для детей и подростков с врожденной глаукомой. Очень важен регулярный контроль за внутриглазным давлением (ВГД), размерами глаза, остротой зрения. Дети с подозрением на врожденную глаукому также ставятся на диспансерный учет. Всем детям проводят комплекс обследований включающий: оценку состояния переднего и заднего отрезков глаза, ВГД, диаметра роговицы, ширины лимба, определение рефракции и зрительных функций (по возможности).

Врожденная глаукома может быть одним из проявлений целого ряда синдромов и системных заболеваний, наиболее часто у пациентов 1-й группы встречались: синдром Ригера — 2 глаза (16,7 %), синдром Стердж-Вебера — 2 глаза (16,7 %), гидрофтальм — 3 глаза (25 %), аниридия — 2 глаза (16,7 %), нистагм — 2 глаза (16,7 %), врожденная катаракта — 2 глаза (16,7 %), сублюксация хрусталика — 1 глаз (8,3 %), дистрофия сетчатки — 2 глаза (16,7 %), у детей 2 группы — синдром Стердж-Вебера — 1 глаз (10 %), аниридия — 2 глаза (20 %).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Катаргина, Л. А. Федеральные клинические рекомендации «Диагностика, медикаментозное и хирургическое лечение детей с врожденной глаукомой» / Л. А. Катаргина, Е. В. Мазарова // Российская педиатрическая офтальмология. — М., 2016. — № 11. — С. 33–51.

2. Maida, J. M. Pediatric ophthalmology in the developing world / J. M. Maida, K. Mathers // Curr Opin Ophthalmol. — 2008. — № 19. — P. 403–408.

УДК 617.741-004.1-08

### СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

*Луцук А. С., Олещик С. Н.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Г. Р. Семак*

Учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Республика Беларусь

#### **Введение**

По данным Всемирной организации здравоохранения, катаракта является одной из главных причин слепоты и слабовидения в мире. С катарактой связано около половины (47,9 %) от общего количества случаев слепоты, что составляет в настоящее время 18 млн человек. По прогнозам количество слепых вследствие катаракты к 2025 г. составит 40 млн человек в мире. Приведенный факт подтверждает важность всестороннего исследования социальных особенностей данной проблемы. Наибольшие возможности для этого предоставляют исследования качества жизни (КЖ). Оценка КЖ позволяет получить полную и достаточно объективную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека.

#### **Цель**

Проанализировать значения показателей КЖ у пациентов с катарактой, выявить его особенности после хирургического лечения.

#### **Материал и методы исследования**

В офтальмологическом корпусе 3 ГКБ, в отделении микрохирургии глаза было проведено социологическое исследование КЖ с помощью анкетирования с использова-