

Выводы:

1. Диагноз диабетической ретинопатии выставлялся в среднем через 14,42 лет от дебюта сахарного диабета первого типа, и через 10,38 лет от дебюта СД второго типа. У большинства больных с осложнениями ДР наблюдалась стадия субкомпенсации или декомпенсации диабетического процесса (96,7 %).

2. В раннем послеоперационном периоде положительная динамика остроты зрения получена в 73,83 % случаев, а в отдаленном периоде стабилизация на достигнутом уровне и улучшение зрительной функции выявлено в 69,49 % наблюдений, что доказывает целесообразность витреоретинальной хирургии даже в случае несвежего кровоизлияния в стекловидное тело.

3. На стабилизацию процесса и риск рецидива гемофтальма значительное влияние оказывает уровень артериального давления. Так в 80 % случаев рецидив кровоизлияния в стекловидное тело в позднем послеоперационном периоде наступил у пациентов с артериальной гипертензией, не принимавших антигипертензивные препараты.

4. Пациенты с диагнозом рецидивирующего гемофтальма диабетической этиологии имели более значимые суточные колебания уровня глюкозы в крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нестеров, А. П. Диабетическая ретинопатия / А. П. Нестеров // Русский медицинский журнал. — 1998. — № 3. — С. 12–14.
2. Балашевич, Л. И. Диабетическая ретинопатия / Л. И. Балашевич, А. С. Измайлов // Мир медицины. — 1999. — № 11–12. — С. 29–31.
3. Дедов, И. И. Введение в диабетологию / И. И. Дедов, В. В. Фадеев. — М., 1996.
4. Сдобникова, С. В. Роль удаленной заднегиалидной мембраны в трансквитреальной хирургии пролиферативной диабетической ретинопатии: дис. канд. мед. наук. — М., 1997. — С. 121.
5. Дравица, Л. В. Витреоретинальная хирургия пролиферативной диабетической ретинопатии, осложненной гемофтальмом и тракционной отслойкой сетчатки: материалы научно-практической конференции офтальмологов с международным участием, 28–29 мая 2009 г. Одесса / Л. В. Дравица, Ф. В. Бирюков, У. И. Конопляник. — Украина. — С. 163.

УДК 617.741-004.1-089:616

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАТАРАКТЫ МЕТОДОМ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСЕВДОЭКСФОЛИАТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Дравица Л. В., Бирюков Ф. И., Самохвалова Н. М., Долмазян С. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение

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

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Псевдоэксфолиативный синдром (ПЭС) — системное заболевание организма, возникающее в пресенильном и сенильном возрасте и характеризующееся избыточной межклеточной продукцией и аккумуляцией своеобразного экстрацеллюлярного материала в различных интра- и экстраокулярных тканях [1–3]. В этот процесс вовлекаются все структуры глаза, вследствие чего развиваются факопатия, зонулопатия, циклопатия, иридопатия, трабекулопатия, корнеальная эндотелиопатия, васкулопатия, а также происходят изменения в тканях конъюнктивы, наружных глазных мышц, зрительного нерва, орбиты, кожи, сердца, почек, печени и оболочек мозга.

Глаз является одним из наиболее изученных локализаций манифестации патологического процесса. Установлено, что ПЭС поражает оба глаза, однако клиническое проявление нередко наблюдается первоначально на одном глазу и лишь спустя 5–10 лет в процесс вовлекается парный глаз [2, 3]. Псевдоэксфолиации в виде гранул, фибриллярных чешуек и мембран локализуются на поверхности передней капсулы хрусталика,

передней и задней поверхности радужки, цилиарных отростках, цинновых связках, в структурах трабекулярного аппарата и угла передней камеры (УПК), а иногда на эндотелии роговицы и передней гиалоидной мембране стекловидного тела [1, 3].

Впервые глазные проявления ПЭС были описаны Lindberg в 1917 г., который выявил голубовато-серые включения, локализованные в области зрачкового края радужки у 50 % исследуемых им больных глаукомой. Vogt (1925 г.) диагностировал аналогичные изменения на передней капсуле хрусталика и назвал это «сенильной эксфолиацией капсулы хрусталика», связывая их с развитием открытоугольной «капсулярной глаукомы». R. Ritch, U. Schlotzer-Schrehardt (2001 г.) обнаружили аналогичные изменения в радужке, трабекулярной сети, цилиарном теле, цинновых связках, роговице, а также в конъюнктиве. Было установлено, что наличие хрусталика не является обязательным условием для развития ПЭС, о чем свидетельствует появление псевдоэксфолиаций в глазу через многие годы после интракапсулярной экстракции катаракты (т. е. в афакичных глазах) и на поверхности интраокулярных линз в псевдофакичных глазах. ПЭС является закономерным спутником возрастной катаракты, особенно протекающей по типу ядерной с утолщением хрусталика. Частота сочетаний этих заболеваний варьирует от 24 до 70 % и более [1, 2, 3, 4, 5]. Катарактальные помутнения при ПЭС сопровождаются деструктивными изменениями волокон цинновой связки с биомикроскопическими симптомами иридофакодонеза. В современной офтальмологии важное значение придается изучению факторов риска, влияющих на вероятность интраоперационного отрыва хрусталиковой капсулы от цинновой связки при экстракции катаракты у больных с глазными проявлениями ПЭС. Большое количество работ посвящено исследованию клинических проявлений ПЭС, однако, вопрос о взаимоотношениях между степенью выраженности данной патологии и развитием осложнений до конца не изучен.

Цель исследования: анализ результатов оперативного лечения катаракты методом факоэмульсификации с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ) у пациентов с псевдоэксфолиативным синдромом.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт пациентов с ПЭС, прооперированных по поводу катаракты в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» (клинической базе УО «ГомГМУ») в 2011 г. методом факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ. Основная группа составила 62 пациента (62 глаза). Средний возраст — $70,3 \pm 9,6$ года. У 43 (70 %) пациентов выявлена незрелая осложненная катаракта, у 15 (24 %) — зрелая осложненная катаракта, а у 4 (6 %) — начальная возрастная катаракта. Из сопутствующих глазных заболеваний у 17 (27 %) пациентов была глаукома, у 9 (14,5 %) сублюксация хрусталика разных степеней, у 8 (13 %) — патология сетчатки и еще у 5 (8 %) — миопия различной степени. Корригированная острота зрения при поступлении колебалась от движения тени руки у лица до 0,6.

Показатели внутриглазного давления (ВГД) при поступлении колебались от 15 до 32 мм рт. ст. Средние показатели ВГД до операции составили $19,7 \pm 2,6$ мм рт. ст. Средние показатели толщины хрусталика по данным биометрии $4,7 \pm 0,6$ мм, передней камеры $3 \pm 0,46$ мм. Следует отметить, что у 28 пациентов (45 %) толщина хрусталика превышала показатель 4,55 мм и колебалась от 4,56 мм до 6,23 мм.

Контрольную группу составили 64 пациента (64 глаза) сопоставимых по возрасту, полу, степени зрелости катаракты, остроте зрения без эксфолиативных изменений глазного яблока.

В обеих группах проводилась оценка интраоперационных осложнений.

Оперативные вмешательства проводились на оборудовании: Infiniti, Accurus 800 по стандартной методике факоэмульсификации.

Дизайн офтальмологического обследования включал: визометрию, офтальмоскопию, биометрию, кератометрию, периметрию на компьютерном анализаторе полей зрения Humphrey, ультразвуковое исследование на трехмерном офтальмологическом ультразвуковом сканере «ОТI 3D Scan-1000», тонометрию при помощи тонометра Макла-

кова. Для статистической обработки применили критерий χ^2 с поправкой Йетса. Для одной степени свободы $\chi^2 = 0,52$.

Результаты и их обсуждение

Деструктивными изменениями волокон цинновой связки, характерные для ПЭС влияют на вероятность интраоперационного отрыва хрусталиковой капсулы от цинновой связки. В основной группе интраоперационные осложнения получены у 8 человек, что составило 12,9 %. Из них у 6 пациентов (9,67 %) — произошел отрыв хрусталиковой капсулы от цинновой связки, в 2-х случаях (3,2 %) хирургия осложнилась разрывом задней капсулы хрусталика и люксацией хрусталика в витреальную полость, что потребовало перехода на эндовитреальную хирургию и удаление ядра хрусталика с сетчатки с помощью фрагмотома. В связи с интраоперационными особенностями 5 пациентам (8,06 %) была имплантирована переднекамерная ИОЛ. В контрольной группе отрыв капсулы хрусталика от цинновой связки получен у одного пациента, что составило 1,55 %. Полученные данные статистически достоверны $p = 0,0336$. Следует отметить, что оперативное вмешательство как в основной, так и в контрольной группах, проводилось квалифицированными офтальмохирургами. Послеоперационный период после факоэмульсификации катаракты протекал без осложнений. Средний койко-день составил 3 дня. В ближайшем послеоперационном периоде скорректированная острота зрения составила $0,33 \pm 0,1$. Низкие цифры послеоперационной остроты зрения были прогнозируемы до операции и обусловлены сопутствующей офтальмопатологией со стороны сетчатки и зрительного нерва имевшихся у 31 пациента (50 %).

Выводы

Наличие ПЭС у больных с катарактой, является фактором риска интраоперационных осложнений:

- отрыв хрусталиковой капсулы от цинновой связки получен в 9,67 % случаев;
- в 3,2 % произошла люксация хрусталика в витреальную полость.

2. У 45 % пациентов, имеющих катаракту в сочетании с ПЭС, по данным биометрии, выявлены увеличенные размеры хрусталика от 4,56 до 6,23 мм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кроль, Д. С. Псевдоэкзофолиативный синдром и экзофолиативная глаукома: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Д. С. Кроль. — М., 1970. — 32 с.
2. Нестеров, А. П. // Глаукома. — М., 2008. — С. 142.
3. Тахчиди, Х. П. Ультразвуковая биомикроскопия в диагностике патологии переднего сегмента глаза / Х. П. Тахчиди, Э. В. Егорова, Д. Г. Узуян. — М.: Микрохирургия глаза, 2008. — 41–60 с.
4. Тахчиди, Х. П. Диагностика методом ультразвуковой биомикроскопии системы внутриглазных блоков при закрытоугольной глаукоме у лиц узбекской национальности на фоне псевдоэкзофолиативного синдрома / Х. П. Тахчиди, Э. В. Егорова, У. С. Файзиева // Глаукома. — 2008. — № 2. — С. 15–20.
5. Rich, R. Exfoliation syndrome: clinical findings and occurrence in patients with occludable angles / R. Rich // Am. J. Ophthalmology. — 1994. — Vol. 92. — P. 845–944.

УДК 617.7-001.23-089.844

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ СУБАТРОФИЕЙ ГЛАЗА С ЦЕЛЬЮ СОЦИАЛЬНОЙ И КОСМЕТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Дравица Л. В., Бирюков Ф. И., Самохвалова Н. М., Альхадж Хусейн Анас

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

За последние годы отмечается рост удельного веса субатрофии глазного яблока в структуре тяжелых посттравматических осложнений: с 7–22 % до 29,6–36,9 %. Субатрофия глазного яблока служит наиболее частой причиной удаления глаза после травмы и в настоящее время достигает 32,9 %, при этом основное число пациентов с субатро-