

кой, что уменьшают кровотечение и облегчают отделение ЗГМ, а так же необходимость тампонады витреальной полости силиконовым маслом. Уровень внутриглазного давления после операции не превысил 1-я группа — 22 мм рт. ст., 2-я группа — 21 мм рт. ст., что соответствует норме. Динамика зрительных функций представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Динамика зрительных функций на фоне проведенного лечения

Группа	Острота зрения		Δ	Средний койко-день
	до	после		
1-я	0,10 ± 0,10	0,12 ± 0,139	0,02	6,86
2-я	0,082 ± 0,081	0,086 ± 0,079	0,004	8,5

У пациентов 1-й группы получено улучшение остроты зрения в среднем на 0,02, в то время как пациенты 2-й группы улучшили остроту зрения только на 0,004 ($P < 0,05$). Применение ИВВА позволило сократить длительность пребывания пациента в стационаре на 1,64 койко-дня.

Выводы

1. VEGF-опосредованный ангиогенез является ведущим механизмом патологической неоваскуляризации сетчатки при ПДР. Анти-VEGF-терапия может рассматриваться как перспективный метод лечения данного осложнения.

2. Введение Авастина позволило сократить пребывание пациента в стационаре на 1,64 койко-дня.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ангиогенезприпролиферативной диабетической ретинопатии: перспективы анти-VEGF-терапии / В. И. Коненков [и др.] // Офтальмохирургия. Офтальмология. — 2013. — № 4. — С. 111–115.
2. Коненков, В. И. Ангиогенез и васкулогенез при сахарном диабете: новые концепции патогенеза и лечения сосудистых осложнений / В. И. Коненков, В. В. Климонтов // Сахарный диабет. — 2012. — № 4. — С. 17–27.
3. Шадричев, Ф. Е. Диабетическая ретинопатия (взгляд офтальмолога) / Ф. Е. Шадричев // Сахарный диабет. — 2008. — № 3. — С. 8–11.

УДК 617:616.8-009.24-02

ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Барсукова Т. А., Махди Л. Н.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Актуальной проблемой современной медицины, требующей совместных решений врачей акушеров-гинекологов и врачей офтальмологов, является ведение беременности и родов при развитии патологии органа зрения. Выявленные офтальмологом изменения со стороны органов зрения способствуют уточнению акушерского диагноза, помогают выбрать наиболее рациональный вариант тактики ведения беременности и родов [1, 2]. Основной причиной развития офтальмологической патологии во время беременности является преэклампсия. Преэклампсия — это осложнение беременности, характеризующееся генерализованным сосудистым спазмом с нарушением перфузии и расстройством функций жизненно важных органов и систем (ЦНС, почек, печени, и фетоплацентарного комплекса), а также возникновением полиорганной недостаточности, которое требует своевременной диагностики и правильного лечения [3, 4]. Частота преэклампсии варьирует от 3 до 21 %. Симптомы поражения органа зрения отмечаются в 25 % случаев преэклампсии и в 50 % — у пациентов с эклампсией [4].

Цель

Изучение частоты встречаемости преэклампсии у пациентов Гомельского областного роддома, а также анализ существующих в литературе данных научных исследований, касающиеся некоторых патогенетических механизмов развития преэклампсии и офтальмологических проявлений патологического процесса.

Материал и методы исследования

Теоретический анализ, обобщение, интерпретация литературных источников по проблеме исследования. Ретроспективный анализ заболеваемости по данным историй родов за период с 2015 по 2017 гг., находившихся на лечении в акушерско-обсервационном и отделении патологии беременности в УГОКБ.

Результаты исследования и их обсуждение

Основным методом исследования органа зрения является офтальмоскопия, дающая возможность исследовать и саму сетчатку, и ее сосуды, особенно в динамическом наблюдении. Именно на состоянии сетчатки и ее сосудов основана классификация изменений глазного дна при беременности.

Изменение глазного дна при преэклампсии:

- 1) легкая степень тяжести — умеренный спазм артерий сетчатки, незначительный венозный застой крови, единичные микрогеморрагии;
- 2) средняя степень тяжести — спазм артерий сетчатки, венозный стаз крови, микротромбозы, кровоизлияния в сетчатку, перипапиллярный отек сетчатки;
- 3) тяжелая степень тяжести — выраженный спазм артерий, тромбозы ветвей сетчатки, кровоизлияния в сетчатку, гемофтальм, отек ДЗН, отек сетчатки, экссудативная отслойка сетчатки.

Таким образом, изменения сосудов при преэклампсии проявляются на глазном дне в виде спазма артерий или полнокровия вен. Возникает картина ангиопатии сетчатки. В некоторых случаях в ранней фазе может иметь место расширение и гиперемия сосудов глазного дна: артерии сетчатки полнокровны, полоса рефлекса шире; расширяются также и вены, становятся видны мелкие сосуды, не видимые при нормальных условиях, отчего все глазное дно кажется гиперемированным. В результате переполнения кровью мелких сосудов диска зрительного нерва, он представляется покрасневшим, гиперемированным [1]. Расстройство иннервации сосудистой стенки может привести к увеличению ее проницаемости и выпотеванию жидкой части крови и даже форменных элементов. В это время на глазном дне можно обнаружить отек сетчатки и кровоизлияния (ангиоретинопатия). При большой трансудации из сосудов сосудистой оболочки жидкость скапливается между сетчаткой и хориоидеей, что приводит к отслойке сетчатки. Редким осложнением преэклампсии является серозная отслойка сетчатки, которая встречается в 1 % случаев. Впервые данное состояние было описано Von Graefe в 1855 г. Оно характеризуется отслойкой нейросенсорной сетчатки от пигментного эпителия сетчатки. Данное осложнение чаще всего развивается перед или непосредственно после родоразрешения, характеризуется отсутствием ретинальных разрывов и двусторонним поражением органа зрения.

За период с 2015 по 2017 гг. в Гомельском областном роддоме зарегистрировано 9530 родов, из них было выявлено 13 случаев (26 глаз) преэклампсии, что составило 0,14 %, среди них 11 преэклампсия средней тяжести, 2 преэклампсия тяжелой степени. Средний возраст пациенток составил $31,75 \pm 7,35$ лет. В среднем преэклампсия развилась на $32,08 \pm 3,2$ неделе беременности. 7 пациенток имели осложненный гинекологический анамнез. Сопутствующая артериальная гипертензия у 4 пациенток. Количество беременностей $2,67 \pm 1,28$ и количество родов $0,92 \pm 0,92$. Систолическое артериальное давление составило $152,2 \pm 11,26$ мм рт. ст., диастолическое артериальное давление — $98,18 \pm 4,04$ мм рт. ст. Уровень протеинурии $1,35 \pm 3,05$ г/л. Анемия легкой степени выявлена у 5 (38 %) пациенток, анемия средней степени тяжести — у 1 (7,7 %) пациентки.

При офтальмоскопии были выявлены следующие изменения глазного дна: диск зрительного нерва бледно-розовый, четкий. Артерии умеренно сужены в 69,2 % случаев, слегка сужены — в 15,4%, резко сужены — в 15,4 % и имеют извитой ход. Вены слегка (в 23 %),

умеренно (77 %) расширены и извиты. Видимая сетчатка чистая, макулярная зона без особенностей — в 92,3 % случаев, в 7,7 % — выявлена периферическая хориоретинальная дистрофия сетчатки. ОУ: ангиопатия 1а степени выставлена в 30,77 %, ангиопатия 1б степени — в 69,23 % случаев.

Выводы

1. С момента установления факта беременности должно проводиться диспансерное наблюдение. Обязательно проводить консультацию смежных специалистов, в том числе офтальмолога. Необходимы сведения о течении предыдущих беременностей и родов, об осложнениях, приводящих к ухудшению зрения.

2. Оценка состояния глазного дна беременной помогает правильному установлению степени тяжести преэклампсии, а также правильно выбрать наиболее рациональный вариант тактики ведения беременности и родов.

3. При неэффективности симптоматической терапии, особенно в случае прогрессирования патологических изменений глазного дна (кровоизлияние в сетчатку, отек диска зрительного нерва, отслойка сетчатки) и наличии не поддающихся коррекции уровней артериального давления, решение о прерывании беременности или досрочном родоразрешении зависит от общего состояния больной, срока гестации, характера и динамики изменений глазного дна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рочева, С. Л. Спорные аспекты тактики ведения беременности и родов у женщин с миопией. Актуальные проблемы офтальмологии / С. Л. Рочева // Матер. Всерос. науч. конф. молодых ученых. — М., 2006. — С. 309–311.
2. Травкин, А. Г. Особенности родоразрешения при гестозе беременных с миопией / А. Г. Травкин, Л. С. Логутова, К. Н. Ахвледиани // Вестник офтальмологии. — 2007. — С. 26–29.
3. Нарзуллаева, Е. Н. Эклампсия: учеб.-метод. пособие / Е. Н. Нарзуллаева, Ф. М. Абдурахманов, М. С. Мухамадиева. — Душанбе, 2006. — С. 3.
4. Серов, В. Н. Эклампсия / В. Н. Серов, С. А. Маркин. — М.: МИА, 2002. — С. 140–141; 208–464.

УДК 617.7-007.681-053.7

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ ЮВЕНИЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Барсукова Т. А., Махди Л. Н.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Первичная врожденная глаукома (ПВГ) — заболевание глаз, рано приводящее к слепоте, сопровождается патологическим повышением внутриглазного давления из-за наследственных (генетических) или внутриутробных дефектов развития дренажной системы глаза, приводящих к нарушению оттока внутриглазной жидкости. Врожденная глаукома встречается с частотой 1 на 10 тыс. новорожденных. Ювенильная глаукома — наиболее редкий вид ПВГ, который выявляется в возрасте от 3 дней до 16 лет [2]. Несмотря на достаточно редкую патологию, врожденная глаукома чаще, чем другие глазные болезни, приводит к ранней слепоте и инвалидизации детей первых лет жизни [1]. В связи с этим основой профилактики слепоты от врожденной глаукомы является ее ранняя диагностика и своевременное хирургическое лечение.

Цель

Углубленно изучить течение ювенильной открытоугольной глаукомы на примере клинического случая.

Материал и методы исследования

В качестве материалов для исследования послужили выписки из медицинской карты стационарного пациента, результаты современных методов визуализации, консультаций смежных специалистов, анамнестические данные, были проанализированы доступные работы в отечественной и зарубежной литературе.