

отмечалась обильная неоваскуляризация и конъюнктивизация роговицы. На 14-е сутки строма роговицы без отека, незначительная клеточная инфильтрация, отмечалась дальнейшая неоваскуляризация и конъюнктивизация роговицы.

У экспериментальной модели с АМ, как и с АТ потери трансплантата и гнойных осложнений не наблюдалось. На 1-е сутки — отек роговицы, который уменьшался к 7-м суткам и отсутствовал на 14-е сутки. Эпителизация роговицы к 1-м суткам 10 %, к 14-м суткам 98–100 % соответственно. На микропрепаратах к 1-м суткам: обильная лейкоцитарная инфильтрация роговицы и АМ, отек роговицы, которые уменьшились на 7-е сутки и отсутствовали на 14-е сутки. Вся роговица дезэпителизирована. АМ не изменена. На 7-е сутки: однослойный плоский эпителий роговицы, без покрытия всей поверхности. АМ: дезорганизация соединительной ткани и отек стромы. К 7-м суткам: роговица покрыта многослойным плоским эпителием. Увеличилась инфильтрация АМ лейкоцитами, ее отек и деструкция соединительной ткани. Под АМ признаки неоваскуляризации. К 14-м суткам часть АМ над роговицей отсутствовала. Остатки АМ находились под конъюнктивой, конъюнктивизация роговицы отсутствовала. В строме роговицы отмечалась незначительная неоваскуляризация.

В экспериментальной группе с АТ на первые сутки присутствовал отек роговицы, который уменьшился к 7-м суткам и отсутствовал на 14-е сутки. Эпителизация роговицы на 1-е сутки 15 %, к 8-м суткам — полная эпителизация. На микропрепаратах на 7-е сутки наблюдалось отек стромы и АТ, лейкоцитарная инфильтрация, однако меньшая чем с АМ. Под АТ отмечалась незначительная неоваскуляризация. Роговица была покрыта многослойным плоским эпителием, как и АТ. На 14-е сутки строма роговицы была без отека, незначительная клеточная инфильтрация, сохранилась незначительная неоваскуляризация под АТ. Конъюнктивизация роговицы отсутствовала.

Выводы

Из эксперимента следует, что ауторансплантат лимба способствует лучшей эпителизации и более низкому уровню неоваскуляризации роговицы, по сравнению с активными пролиферативными процессами в роговице при лимбальной недостаточности.

УДК 617.761.1-009.11-007-053.1-089.844-053.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО БЛЕФАРОПТОЗА ВЕРХНЕГО ВЕКА У ДЕТЕЙ

Касько М. И., Никонова Ю. А.

Научный руководитель: ассистент О. В. Ларионова

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

Введение

Блефароптоз — диагноз, устанавливаемый при аномально низком положении верхнего века, частично или полностью закрывающего глазную щель. Этиологическим фактором является ослабление или отсутствие деятельности мышцы, поднимающей верхнее веко. Патологическое положение века является не только косметическим дефектом, но и остается фактором, препятствующим нормальному функциональному развитию глаза [1]. Косметический дефект, возникающий при врожденном блефароптозе, сопровождающийся искривлением позвоночника, из-за вынужденного положения головы может привести к психологической дезадаптации ребенка в обществе. Опущение верхнего века также может влиять на функциональное развитие глаза, вызывая та-

кие осложнения как ограничение поля зрения, обскурационная амблиопия, различной степени тяжести, косоглазие, расстройство бинокулярного зрения, ограничение подвижности глаза.

Данная патология занимает первое место в структуре заболеваемости век у детей. Актуальность проблемы обусловлена не только распространенностью заболевания, но и встречающимися до сих пор неблагоприятными исходами вследствие недостаточно рационального и несвоевременного лечения [2].

Цель

Оценить эффективность хирургического лечения детей с врожденным блефароптозом верхнего века.

Материал и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и протоколов стационарного лечения 9 пациентов (12 глаз) в возрасте от 4 до 16 лет (средний возраст $8,3 \pm 4,3$ года), находящихся на лечении в детском офтальмологическом отделении учреждения «Гомельская областная специализированная клиническая больница» в 2015–2017 гг., с диагнозом врожденный блефароптоз. Среди них 1 (11,1 %) девочка и 8 (89,9 %) мальчиков, из них 44,4 % детей проживают в г. Гомеле, 55,6 % — в Гомельской области. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $4,3 \pm 2,7$ дней. Всем пациентам до и после лечения проводилось стандартное офтальмологическое обследование, которое включало сбор анамнеза, исследование остроты зрения, статической рефракции, определение степени блефароптоза. Результаты исследования были обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Средние значения некоррегированной остроты зрения у детей составили $0,5 \pm 0,3$; средняя корригированная острота зрения — $0,6 \pm 0,3$.

Результаты статической рефракции: миопия слабой степени — 1 ребенок (1 глаз) — 8,3 %, миопия средней степени — 1 ребенок (2 глаза) — 16,7 %, гиперметропия слабой степени — 6 детей (8 глаз) — 66,7 %, гиперметропия высокой степени — 1 ребенок (1 глаз) — 8,3 %.

Обскурационная амблиопия выявлена у 8 (83,3 %) детей (10 глаз). По степени амблиопии дети распределились следующим образом: амблиопия слабой степени — 7 детей (9 глаз) — 90 %, амблиопия высокой степени — 1 ребенок (1 глаз) — 10 %. Вынужденное положение головы («поза звездочета») была выявлена у 1 (11,1 %) ребенка.

Односторонний птоз верхнего века встречался у 6 (66,7 %) детей, двусторонний птоз — у 3 (33,3 %) детей. При исследовании положения верхнего века 1 степень птоза — 2 глаза (16,67 %), 2 степень — 9 глаз (75 %) и 3 степень — 1 глаз (8,33 %).

Хирургическое лечение блефароптоза у 9 детей (9 глаз — 100 %) выполнено по типу блефаропластики по Гессу-Лупану.

В послеоперационном периоде критерием оценки эффективности хирургического лечения служил уровень высоты края верхнего века по отношению к зрачку. При одностороннем птозе результат считался хорошим, если ширина глазной щели становилась симметричной парному глазу. При двустороннем птозе результат считался хорошим, если верхнее веко располагалось на уровне верхнего лимба или выше верхнего края зрачка, а ширина глазной щели на обоих глазах была симметричной.

В результате хирургического лечения на 9 глазах (100 %) отмечен положительный результат с расширением глазной щели при удовлетворительной функции леватора верхнего века (верхнее веко прикрывает верхний край роговицы, край зрачка открыт).

В раннем послеоперационном периоде у 6 пациентов (6 глаз, 66,7 %) отмечался реактивный отек тканей верхнего века и надбровной области (5 глаз, 55,5 %), легкая пас-

тозность век (1 глаз, 11,1 %). У 3 (33,3 %) детей швы лежали хорошо, рана кожи века адаптирована, отека век нет, край верхнего века находился у верхнего края лимба.

При выписке всем детям было рекомендовано динамическое наблюдение офтальмолога по месту жительства.

Выводы

Длительно существующий птоз привел к развитию амблиопии слабой степени у 7 детей (9 глаз, 90 %), амблиопии высокой степени — 1 ребенок (1 глаз, 10 %). Вынужденный поворот головы кверху («поза звездочета») у 1 (11,1 %) ребенка.

Благодаря высокой квалификации врачей и верно выбранной тактике хирургического вмешательства, блефаропластика по Гессу-Лупану 9 детей (9 глаз) достигнут хороший функциональный и косметический результат (в 100 % случаев) при удовлетворительной функции леватора, минимизированы интраоперационные и послеоперационные осложнения.

Для уменьшения возникновения послеоперационных осложнений следует учитывать причину возникновения птоза, соблюдать дифференцированный патогенетически обоснованный подход к его лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абузейд, Ш. А.* Объективные критерии для выбора оперативного вмешательства при врожденных птозах у детей и их клиническая оценка: дис. ... канд. мед. наук: 20.01.83 / Ш. А. Абузейд. — Одесса, 1985. — 137 с.
2. *Оруджов, Н. З.* Особенности эластичности леватора в хирургии блефароптозов / Н. З. Оруджов, М. Г. Катаев // Актуальные проблемы офтальмологии — 2009: матер. IV Всерос. науч. конф. молодых ученых, Москва, 30 июня 2009 г. / ФГУ «МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С. Н. Федорова»; редкол.: Х. П. Тахчиди [и др.]. — М., 2009. — С. 401–403.

УДК 612.821:617.761-009.11]-053.5

ЗАВИСИМОСТЬ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕНСОМОТОРНОГО РЕАГИРОВАНИЯ ОТ ХАРАКТЕРА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕТЕРОТРОПИЕЙ

Ларионова О. В.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Важное место в состоянии здоровья детского населения занимают болезни органа зрения, так как нормальное функционирование зрительного анализатора дает возможность для оптимальной адаптации ребенка к внешней среде, создает благоприятные условия для всестороннего гармоничного развития, обеспечивает жизненный комфорт [1].

Вовремя не обнаруженные бинокулярные нарушения могут привести к долговременным нарушениям зрения, к задержке в развитии и обучении. Многочисленные психофизические и психологические исследования показали, что нарушения бинокулярных функций оказывают негативное влияние на развитие зрительного восприятия, вызывают снижение концентрации зрительного внимания и нарушение кратковременной памяти, умственной работоспособности и зрительно-моторных реакций. Поэтому при выполнении повседневных зрительных заданий на уроках и дома, таких как чтение, письмо, глазомерные задачи, зрительное прослеживание, зрительный счет, выделение объектов из окружающего фона, ориентировка в микропространстве и других, дети с нарушениями бинокулярного зрения испытывают сильное зрительное напряжение и им требуется больше времени, чем хорошо видящим сверстникам [2].