

Выводы

1. Диагноз диабетической мононевропатии глазодвигательного нерва выставлен на основании анамнеза, характерной клинической картины, результатов инструментальных исследований, заключения невролога.
2. Диагноз эндокринная офтальмопатия подтверждают данные офтальмологического обследования, изменения со стороны щитовидной железы, заключение эндокринолога, а также положительный эффект от лечения дипроспаном.
3. Миастения исключена на основании электронейромиографии, нагрузочных проб и анализа на антитела к ацетилхолиновым рецепторам.
4. Объемные образования головного мозга, глазницы, рассеянный склероз, последствия нарушений мозгового кровообращения исключены на основании данных магнитно-резонансной томографии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодиар, П. Н. Эндокринология: учеб. пособие для иностранных учащихся / П. Н. Бодиар; под ред. академика АН высшей школы Украины, д.м.н., профессора П. Н. Бодиара. — Киев, 1999. — 15 с.
2. Diabetic neuropathy / A. J. M. Boulton [et al.] // A statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care. — 2005. — Vol. 28. — P. 956–962.
3. Левин, О. С. Диабетическая полиневропатия: современные подходы к диагностике и патогенетической терапии / О. С. Левин // Клиницист. — 2013. — № 2. — С. 54–62.
4. Закутняя, В. Н. Дифференциальная диагностика глазодвигательных нарушений у больных с эндокринной офтальмопатией, миастенией и заболеваниями щитовидной железы: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.03 / В. Н. Закутняя. // Эндокринология. — М., 2006. — 2 с.

УДК 617.735-007.251-039.3-07-08

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МАКУЛЯРНЫХ РАЗРЫВОВ

Надточеева Е. П., Авраменко М. Е.

Научный руководитель: ассистент О. П. Садовская

Учреждение образования

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

Введение

К одной из наиболее значимых патологий центрального отдела сетчатки, требующих незамедлительного оперативного лечения, относится макулярный разрыв (МР) [1]. МР — это приобретенное заболевание, представляющее собой дефект фовеолярной части сетчатой оболочки глаза по всей толщине от внутренней пограничной мембраны до внешнего сегмента фоторецепторного слоя. Данная патология наиболее часто встречается среди лиц старше 60 лет [2].

Пристальное внимание современных офтальмологов к нозологиям витреоретинального интерфейса основывается на важности функциональной активности фовеолярного компонента. В результате малейшего изменения морфологических параметров сетчатки данной зоны наблюдается выраженное падение зрительных функций. На сегодняшний день отсутствуют конкретные методологии, определяющие наилучшую эффективность витреоретинального вмешательства [1]. Общепринятым методом лечения МР является оперативное вмешательство: микроинвазивная витрэктомия с проведением мембранопилинга в макулярной области [2].

Таким образом, изучение особенностей клинического течения, диагностики и лечения МР является одной из актуальнейших задач современной офтальмологии.

Цель

Изучить особенности клинического течения, диагностики и лечения полных макулярных разрывов по данным отделения микрохирургии глаза УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница».

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 44 пациентов, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница» в период с января 2016 по декабрь 2020 гг. Проанализированы данные анамнеза, жалоб, остроты зрения, оптической когерентной томографии (ОКТ), проведенного хирургического и медикаментозного лечения. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Stat Soft Statistica» 10.0 (USA) и «Microsoft Excel 2013». Статистически значимым считался результат при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучены истории болезни 44 пациентов. Средний возраст пациентов составил $Me\ 65,5\ [58; 65,5]$ лет. Из них 9 (20,5 %) мужчин и 35 (79,5 %) женщин.

Односторонний МР диагностирован у 36 (81,8 %) пациентов, парное поражение глаз выявлено у 4 (9,1 %). Рецидив МР выявлен у 4 (9,1 %) пациентов.

При анализе данных жалоб пациентов выявлено, что 40 (90,9 %) пациентов предъявляли жалобы на снижение остроты зрения. Жалобы на искажение предметов и наличия пятна перед глазом предъявляли 17 (38,6 %) пациентов.

В анамнезе средняя длительность МР составила $Me\ 8\ [3,75; 8]$ месяцев с момента появления жалоб до хирургического вмешательства.

По данным визометрии острота зрения пораженного глаза при поступлении составила $Me\ 0,1\ [0,045; 0,1]$. Корригированная острота зрения пораженного глаза повысилась у 11 (25,0%) пациентов до $Me\ 0,3\ [0,2; 0,3]$.

Всем пациентам при поступлении проведено ОКТ исследование макулярной зоны с целью определения морфометрических параметров разрыва: максимального и минимального диаметра разрыва, толщину сетчатки и наличия кистозного отёка по краю разрыва. Максимальный диаметр МР составил $Me\ 923\ [780; 923]$ мкм, минимальный диаметр $Me\ 595,5\ [406,75; 595,5]$ мкм.

Толщина сетчатки в парафовекулярной зоне в верхнем секторе (S) составила $Me\ 390\ [358; 390]$ мкм, в назальном секторе (N) — $Me\ 353\ [327,75; 353]$ мкм, в нижнем секторе (I) — $Me\ 345\ [325; 345]$ мкм, в темпоральном секторе (T) — $Me\ 376\ [353,25; 376]$ мкм.

Средняя толщина макулярной зоны у пациентов с первичным макулярным разрывом составила $Me\ 378,5\ [337; 378,5]$ мкм, у пациентов с рецидивом МР $Me\ 60\ [58; 60]$ мкм.

Сопутствующие офтальмологические заболевания: катаракта была выявлена у 25 (56,8%) пациентов, глаукома — у 5 (11,4%), фиброз сетчатки — у 2 (4,5%), состояние после тромбоза центральных вен сетчатки — 2 (4,5%).

Сопутствующие заболевания других органов и систем: ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия выявлены у 9 (20,5 %) пациентов, сахарный диабет 2 типа — у 8 (18,2 %) пациентов, дисциркуляторная энцефалопатия и коксартроз у 2 (4,5 %) пациентов соответственно.

Всем пациентам проведено хирургическое лечение МР:

— 12 (27,3 %) пациентам проведена фактоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы, тотальная витрэктомия, удаление задней гиалоидной мембраны (ЗГМ), внутренней пограничной мембраны (ВПМ), тампонада витреальной полости SF6.

— 24 (54,5 %) пациентам проведена субтотальная задняя витрэктомия, удаление ЗГМ и ВПМ, тампонада витреальной полости SF6.

— 5 (11,4 %) пациентам проведена витрэктомия, удаление ЗГМ, удаление ЭРМ, нанесение на область макулы концентрированной тромбоцитарной плазмы, тампонада витреальной полости SF6.

— 4 (9,1 %) пациентам проведена фактоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы, витрэктомия, удаление ЗГМ, эндолазеркоагуляция сетчатки, введение силиконового масла.

В послеоперационном периоде всем пациентам назначена глюкокортико-стероидная (дексаметазон парабульбарно 0,4 % 0,5 мл), антибактериальная (Ципрофлоксацин парабульбарно 0,3 % 0,5 мл, Левомецетин парабульбарно 0,2 % 0,5 мл) терапия. Средняя длительность нахождения в стационаре составила $M \pm 8$ [7; 8] дней.

При оценке остроты зрения без коррекции при выписке не выявлено статистически значимых изменений $M \pm 0,1$ [0,08; 0,1] (Критерий Вилкоксона равен 1,3, $p = 0,19$).

При анализе данных ОКТ после хирургического лечения у 19 (43,2 %) пациентов выявлено неполное закрытие МР. Максимальный диаметр МР составил $M \pm 267$ [246; 267] мкм, что статистически значимо меньше на 71 %, чем при поступлении (Критерий Вилкоксона равен 4,82; $p = 0,0001$). Минимальный диаметр МР при выписке составил $M \pm 256$ [234; 256] мкм, что также статистически значимо меньше на 57 %, в сравнении с поступлением (Критерий Вилкоксона равен 4,8; $p = 0,0002$). У 25 (56,8 %) пациентов по данным ОКТ выявлено полное закрытие МР в послеоперационном периоде.

Выводы

1. Средний возраст пациентов с МР составил $M \pm 65,5$ лет. В 3,9 раз чаще МР встречается среди женщин.

2. Основная жалоба пациентов с МР — это существенное снижение остроты зрения (90,9 %), искажение предметов и пятно перед глазом.

3. Острота зрения у пациентов с МР составила 0,1 [0,045; 0,1]. При этом скорректированная острота зрения повысилась только у 25 % пациентов до $M \pm 0,3$ [0,2; 0,3].

4. В анамнезе средняя длительность МР составила 8 месяцев с момента появления жалоб до хирургического вмешательства.

5. Острота зрения в раннем послеоперационном периоде не имела статистически значимых изменений и составила $M \pm 0,1$ [0,08; 0,1], что, возможно, обусловлено наличием остаточного отека в макулярной зоне, а также тампонадой витреальной полости силиконовым маслом или газо-воздушной смесью.

6. При анализе данных ОКТ после хирургического лечения у 43,2 % пациентов выявлено неполное закрытие МР. Максимальный диаметр МР статистически значимо уменьшился на 71 %, в сравнении с поступлением (Критерий Вилкоксона равен 4,82; $p = 0,0001$). Минимальный диаметр МР при выписке также статистически значимо уменьшился на 57 %, в сравнении с поступлением (Критерий Вилкоксона равен 4,8; $p = 0,0002$). У 56,8 % по данным ОКТ выявлено полное закрытие МР в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оперативное лечение макулярного разрыва / Р. Р. Файзрахманов [и др.]. — Уфа: Башк. энцикл., 2020. — С. 120–130.

2. Файзрахманов, Р. Р. Оперативное лечение ранее оперированных не закрывшихся макулярных разрывов / Р. Р. Файзрахманов, Е. А. Ларина, О. А. Павловский. — М.: ФГБУ, 2020. — С. 368–374.

УДК 617.7-001.17(476.2)

СТРУКТУРА ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ ГЛАЗ У ПАЦИЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Фандеева Е. А., Дубицкая В. В.

Научный руководитель: ассистент О. В. Ларионова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Ежегодно травмы органа зрения и их последствия являются одной из основных причин инвалидизации лиц трудоспособного возраста. Ожоги глаз —