

ских классиков ему удалось сохранить неповторимое своеобразие авторского стиля русских поэтов, сумев при этом сделать их творчество понятным и близким туркменским читателям.

При переводе поэзии Тагора и Алишера Навои на туркменский язык Курбаннепесов добился совмещения точности передачи содержания оригинала с творческим подходом к использованию образности и метафор туркменского языка.

Мелодичность, искренность и интерес к жизни простых людей с ее повседневными радостями и горестями позволили многим стихотворениям поэта стать популярными песнями, любимым всеми поколениями туркмен.

В 1970 году поэт был награжден премией Махтымкули, в центре столицы Ашхабада установлен памятник Кериму Курбаннепесову.

В наше время песни на стихи Курбаннепесова пользуются неослабевающей популярностью, ежегодно переиздаются его книги, особенно часто публикуется поэма «Дед Таймаз».

### **Выводы**

С течением времени произведения поэта не только не утрачивают актуальности, но открывают новые смыслы и каждое последующее поколение читателей находит в стихах и поэмах Керима Курбаннепесова ответы на волнующие людей проблемы современности.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Стихи: Пер. с туркм. / Керим Курбаннепесов; Сост. В. Забаштанского, А. Шугая, Киев «Дніпро», 1981. — 133 с.
2. Курбаннепесов, К. Горькие дни, сладкие дни / К. Курбаннепесов. — Ашхабад: «Магарыф», 1938. — 148 с.

**УДК 617.741-004.1-053.1-089(476.2)**

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТОЙ В ГОМЕЛЬСКОМ ЦЕНТРЕ МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА**

**Гусакова Е. П.**

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Катаракта — изменения хрусталика глаза в виде его помутнения, изменения величины и формы. Эта патология в 20 % случаев является причиной полной или частичной слепоты у детей [1]. Врожденные катаракты составляют до 60 % всех аномалий развития глазного яблока и встречаются примерно у 0,4 % новорожденных детей. Может быть односторонней и двусторонней, и совмещаться с другой патологией [2]. Причина возникновения врожденной катаракты может быть установлена лишь у 2/3 больных. Первое место среди всех причин занимают генетические мутации, обычно ауто-сомно-доминантные. К другим причинам относят хромосомные дефекты, метаболические нарушения, внутриутробные инфекции (грипп, корь, краснуху, герпетическая, цитомегаловирусная инфекции, токсоплазмоз), а также эндокринные расстройства у женщины в период беременности [3]. Основным звеном в лечении врожденных катаракт (ВК) является аспирация хрусталика с последующей коррекцией аметропии различными методами, одним из которых является имплантация ИОЛ. Являясь физиологичной для глаза, ИОЛ обеспечивает нормальное преломление света в глазу, тем самым, препятствуя возникновению грубых морфо-функциональных нарушений в фоторецепторном аппарате глаза и развитию необратимых дисфункций зрительного анализатора. На сегодняшний день вопрос о целесообразности раннего хирургического вмешательства при врожденных катарактах большинством офтальмологов решен положительно. Дока-

зано, что удаление катаракты у детей в раннем возрасте безопасно, не оказывает существенного влияния на последующий рост глазного яблока, способствует нормальному умственному и психофизическому развитию ребенка, положительно влияет на дальнейшую социальную адаптацию[4].

### ***Цель работы***

Анализ эффективности лечения врожденной катаракты по материалам детского отделения Гомельского областного центра микрохирургии глаза .

### ***Материал и методы***

Проведен сравнительный анализ сроков, способов и результатов лечения врожденной катаракты у 29 детей (22 из них было проведено оперативное лечение), находившихся на лечении в ГОСКБ с 2010 по 2012 гг. в возрасте от 3 мес. до 6 лет 11 мес. В подавляющем большинстве наблюдений (19 детей — 65,5 %) врожденная катаракта была полной, реже — ядерной (6 детей — 20,7 %) и зонулярной (4 ребенка — 13,8 %). Среди всех обследованных 12 детей (41,4 %) имели до операции сопутствующее сходящееся косоглазие, 7 детей (24,1 %) — нистагм, микрофтальм. Отягощенный наследственный анамнез наблюдался у 3 детей (10,3 %), недоношенными родилось 6 детей (20,7 %). Все оперированные дети (22 человека) были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 6 детей грудного возраста от 3 мес. до 1 года (средний возраст  $5,1 \pm 3,9$  мес.), во вторую группу — 2 ребенка начального периода раннего детства в возрасте от 1 года 1 мес. до 3-х лет (средний возраст  $1,5 \pm 0,3$  года), третью группу составили 11 детей в возрасте от 3 лет 1 мес. до 6 лет 11 мес. (средний возраст  $5 \pm 0,7$  года). Оперативное лечение врожденной катаракты проводили следующими методами: лenseктомия 4 ребенка (13,8 %) и факоэмульсификация катаракты (ФЭК) 5 детей (17,2 %) с последующей очковой коррекцией афакии, ФЭК и интраокулярная коррекция 13 детей (44,8 %) (операций первичной имплантации ИОЛ — 10 детей (34,4 %) и 3 ребенка (10,3 %) — вторичная имплантация. Длительность наблюдения 1–3 года.

### ***Результаты и обсуждение***

Выбор метода коррекции афакии (хирургический, оптический) у детей раннего возраста в каждом конкретном случае индивидуален. У каждого есть свои преимущества и недостатки. Так очковая коррекция афакии в сочетании с интенсивным плеоптическим лечением позволила получить высокие функциональные результаты в хирургии врожденных катаракт, преимуществом данного вида коррекции является возможность моделирования рефракционного эффекта. Однако, у детей раннего возраста существует проблема соблюдения непрерывности коррекции. В то же время некорригированная афакия у грудных детей по оптическому эффекту приравнивается к неоперированной врожденной катаракте, так как в обоих случаях быстро развивается устойчивая амблиопия. Интраокулярная коррекция — инвазивный метод, обладает свойством соблюдения непрерывности коррекции, но, учитывая предстоящий рост глазного яблока, не удовлетворяет требованию изменения рефракции (если не принимать во внимание возможность последующей докоррекции или замены ИОЛ). Одним из важных вопросов хирургии врожденных катаракт у детей является выбор между первичной или вторичной имплантацией ИОЛ. Интраокулярная коррекция была выполнена 13 детям в возрасте от 8 мес. до 6 лет 11 мес. лет, операций первичной имплантации ИОЛ после аспирации врожденной катаракты — 10 детей и 3 детям — вторичная имплантация ИОЛ. Сравнение результатов обоих методов оперативного вмешательства показало следующее: при вторичной имплантации ИОЛ у двоих детей (66,7 %) возникала необходимость интраоперационного рассечения иридокапсулярных спаек, сформированных после первой операции, что приводило к возрастанию травматичности данного вида оперативного лечения. Вторичные катаракты после первичной имплантации ИОЛ развивались значительно реже (3 ребенка — 30 %),

чем при вторичной (2 ребенка — 66,7 %), так как при первичной имплантации ИОЛ проводилась с профилактической целью дозированная задняя капсулотомия и передняя витрэктомия. После вторичной имплантации ИОЛ в большинстве случаев образовывались круговые гониосинехии. После интраокулярной коррекции врожденной катаракты отклонение достигнутой рефракции от эмметропии отмечено у 13 детей (100 %), что составило от  $-2,5$  до  $+3,00$  дптр по сферическому компоненту и от  $-5,0$  до  $+2,50$  дптр — по цилиндрическому компоненту. В структуре остаточной аметропии преобладал гиперметропический астигматизм, выявленный у 5 детей (38,5 %), из них сложный гиперметропический астигматизм — 4 у детей (30,8 %), простой гиперметропический астигматизм — у 1 ребенка (7,7 %). Миопический астигматизм отмечен у 3 детей (23,1 %), причем у 1 ребенка (7,7 %) — простой миопический астигматизм, а у 2 детей (15,4 %) — миопический сложный астигматизм. Смешанный астигматизм — у 5 детей (38,5 %). Наличие послеоперационной аметропии у детей с псевдофакией в связи с продолжающимся ростом глазного яблока не в такой степени отрицательно влияет на зрительные функции, как полное отсутствие коррекции в случае афакии, и в свете развивающихся технологий представляет менее трудную для решения задачу. На фоне артификации удобнее проводить контактную, очковую коррекцию, а также возможно использовать эксимерлазерные вмешательства.

#### **Выводы**

1. В послеоперационном периоде у детей с первичной имплантацией ИОЛ получен гиперметропический астигматизм в 50 % (5 детей) случаев, миопический в 20 % (2 ребенка) и смешанный в 30 % (3 ребенка).

2. Принятие решения по поводу срока хирургического вмешательства и его объема индивидуально. Предпочтение должно отдаваться первичной имплантации ИОЛ, возраст детей — в зависимости от характера помутнения хрусталика (при тотальном помутнении — в первые недели жизни, ввиду наличия высокого риска развития абскурационной амблиопии).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Н. Литвиненко. Врожденная катаракта. <http://www.medkrug.ru>
2. Врожденная катаракта. <http://www.vseozrenii.ru>
3. Хлебникова, О. В. Наследственные изолированные катаракты: особенности клиники, диагностики и профилактики / О. В. Хлебникова, В. В. Кадышев, Н. А. Беклемишева // Российская педиатрическая офтальмология. — 2009. — № 1. — С. 4.
4. Боброва, Н. Ф. Особенности хирургического лечения катаракты у детей // Катаракта; под ред. З. Ф. Веселовской. — Киев, 2002. — С. 187–194.
5. Зуборева, Л. Н. Интраокулярная коррекция в хирургии катаракт у детей / Л.Н. Зуборева / Автореф... дисс. докт. мед. наук. — М., 1993. — 50 с.

**УДК 616.98**

## **МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ТОКСИНАМИ ГРИБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

**Гуща И. В.**

**Научный руководитель: к.м.н. Ю. А. Соколов**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

По данным Республиканского центра лечения острых отравлений в Республике Беларусь отравления растительными и животными ядами составляют в разные годы 2,4–17 %; при этом следует отметить, что во многом столь широкий диапазон колебаний обусловлен именно различным урожаем грибов, а также отсутствием возможности