

следующим уровням: L<sub>II</sub>–L<sub>III</sub> — 1 (1,4 %) чел., L<sub>III</sub>–L<sub>IV</sub> — 5 (7,2 %), L<sub>IV</sub>–L<sub>V</sub> — 26 (37,8 %) чел., L<sub>V</sub>–S<sub>I</sub> — 34 (49,3 %) чел., L<sub>V</sub>–L<sub>VI</sub> — 2 (2,9 %), L<sub>VI</sub>–S<sub>I</sub> — 1 (1,4 %) чел.

Изучены типы хирургических доступов в позвоночный канал для устранения компримирующих факторов, что представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Типы доступов при полифакторных корешковых компрессиях на поясничном уровне

Вид доступа	В сочетании со стенозом		В сочетании с остеофитом		В сочетании с варикозом		Три фактора компрессии	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Частичная гемилэминэктомия	38	86,4	4	23,5	1	50,0	4	66,6
Фенестрация	6	13,6	13	76,5	1	50,0	2	33,4
Всего	44	100	17	100	2	100	6	100

Данные таблицы указывают на то, что частичная гемилэминэктомия превалировала в группах со стенозом канала и множественной компрессией (соответственно 86,4 и 66,6 %), а фенестрация применялась чаще при грыже межпозвонкового диска в сочетании с остеофитом (76,5 %). Такие травматичные доступы, как гемилэминэктомия и лэминэктомия в данной группе пациентов не применялись.

#### **Выводы**

1. В группе пациентов с полифакторной корешковой компрессией преобладали лица в трудоспособном возрасте (91,3 %).
2. Чаще патология локализовалась на уровне L<sub>V</sub>–S<sub>I</sub> — 34 (49,3 %) чел.
3. В выделенных подгруппах превалировали разные типы доступов: частичная гемилэминэктомия — при стенозе позвоночного канала и множественной компрессии, фенестрация — при остеофитах.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Берснев, В. П. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов / В. П. Берснев, Е. А. Давыдов, Е. Н. Кондаков. — С-Пб.: Специальная литература. — 1998. — 368 с.
2. Nathan, M. Osteophyte formation in the vertebral column: a review of the etiologic factor — Part II / M. Nathan, M. H. Pope, L. J. Grobler. — Contemporary Orthopaedics. — 1994. — № 29 (2). — P. 113–119.

**УДК 617.723-002-089**

## **ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЛАЗАХ, ПЕРЕНЕСШИХ УВЕИТ**

**Шутов П. Ю.**

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

**Учреждение образования**

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

#### **Введение**

Под увеитом понимают воспалительный процесс, развивающийся непосредственно в сосудистой (увеальной) оболочке глаза [1]. Медико-социальную значимость увеитов определяют высокая распространенность, поражение лиц трудоспособного возраста и тяжелые исходы по зрению. Инвалидность при инфекционных поражениях сосудистого тракта составляет 15%, при системных заболеваниях — 30 % (Сенченко Н. Я. и др., 2009). Вирусная этиология подтверждена в 15,1–30 %, преобладающими инфекционными агентами являются вирус простого герпеса (ВПГ) и цитомегаловирус (ЦМВ) (Хутова Ф. Т. и др. 2007). Заболевание протекает по типу микст-инфекции в 43,3 % [2, 3].

В Гомельской области в 2011 году впервые признаны инвалидами при заболеваниях сосудистой оболочки глаз и сетчатки (Н 30 – Н 36) 16 человек, что составило 0,19 % на 10 тыс. населения. В 2012 году первичная инвалидность по заболеваниям сосудистой оболочки и сетчатки выросла на 0,22 % по сравнению с 2011 годом, темп прироста составил 13,27. Последствиями перенесенных увеитов во многих случаях является грубая деструкция стекловидного тела, требующая оперативного вмешательства с целью повышения зрительных функций, а в отдельных случаях с органосохранной целью. Проведение витреоретинальной хирургии на фоне имеющего увеита может привести к рецидиву заболевания и как следствие субатрофия глазного яблока и симпатической офтальмии которые не только снижают качество жизни пациентов, но и приводят к инвалидности лиц трудоспособного возраста.

#### ***Цель исследования***

Провести сравнительный анализ зрительных функций и оценить послеоперационное течение у пациентов после проведения витреоретинальной хирургии на глаза перенесших увеит.

#### ***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ историй болезней и амбулаторных карт 34 пациентов, которым была произведена витреоретинальная хирургия (34 глаза в стадии ремиссии после перенесенного ранее увеита) находившихся на стационарном лечении в ГУ «РНПЦ и ЭЧ» с 2010 по 2012 года. Из них 21 мужчины (62 %), 13 женщин (38 %). Средний возраст составил  $53,9 \pm 16,2$ .

***Дизайн офтальмологического обследования включал:*** визометрию, авторефрактометрию, пневмотонометрию, тонометрию по Маклакову, исследование поля зрения, КЧСМ, прямую и обратную офтальмоскопию включая бинокулярную офтальмоскопию, биомикроскопию, фундускопию, ультразвуковое А-, В-сканирование. Для выяснения этиологии заболевания всем пациентам проводили серологическое исследование крови и ПЦР на хламидиоз, токсоплазмоз, бруцеллез, цитомегаловирус, ВИЧ-инфекцию, туберкулез.

Методика операции закрытая субтотальная витрэктомия 20–25 G (геми-, швартэктомия по показаниям), при выявлении отслойки сетчатки производилась тампонада витреальной полости перфторорганическими соединениями (ПФОС), эндолазеркоагуляция (по показаниям), с последующей заменой на силиконовое масло или гидротампонадой. В послеоперационном периоде данной группе пациентов с целью профилактики рецидива увеита по мимо традиционной консервативной терапии, назначались антибиотики широкого спектра действия последних поколений, гормоны в виде субконъюнктивальных, внутримышечных, внутривенных инъекций.

#### ***Результаты***

Этиологически у 8 пациентов (23,5 %) отмечен посттравматический увеит. При проведении серологического исследования крови и ПЦР, установить этиологию заболевания удалось только в 3-х случаях, что составило около 9 %. Из них 2 случая (6 %) — хламидийная этиология, 1 случай (3 %) — туберкулезная. У 31 пациента (91 %) этиология не выявлена. Ультразвуковое исследование позволило диагностировать деструкцию стекловидного тела у всех пациентов, из них у 17 пациентов (50 %) деструкция сочеталась с отслойкой сетчатки. Показатели внутриглазного давления (ВГД) представлены в виде медианы с интерквартильным размахом: до операции ВГД составило 18 [17; 20], после операции — 18 [17; 20]. Величина ВГД у пациентов с увеитом не изменялась после оперативного вмешательства. В связи с выраженными изменениями стекловидного тела — грубый витреофиброз, гемофтальм у 14 пациентов глазное дно проофтальмоскопировать не удалось, в 7 случаях офтальмоскопия позволила диагностировать отслойку сетчатки у остальных 13 картина глазного дна — без патологии.

Интраоперационно осложнений не наблюдалось. В раннем послеоперационном периоде у 2 пациентов (6 %) возник рецидив увеита, проводимая консервативная противовоспалительная терапия позволила купировать острый процесс, однако через 10–12 месяцев развилась субатрофия глазного яблока. В 1-м случае (3 %) у пациента появились признаки симпатической офтальмии. Активная противовоспалительная терапия с включением пульс-терапии глюкокортикостероидов позволила купировать явления увеита и сохранить зрительные функции. У 3 пациентов (9 %) развилась офтальмогипертензия (на глазах с силиконовой тампонадой витриальной полости). Из 17 пациентов у которых деструкция стекловидного тела сопровождалась отслойкой сетчатки, в 14 случаях (82 %) сетчатка после проведенного хирургического лечения полностью анатомически прилегла. В отдаленном периоде (наблюдение в течение 1 года) рецидива увеита не отмечено. Получено улучшение зрительных функций: исходная острота зрения составляла светоощущение — движение руки у лица 19 пациентов (55,9 %), 0,01–0,04 — 6 пациентов (17,6 %), 0,05–0,08 — 2 пациента (5,9 %), 0,09–0,1 — 7 пациентов (20,6 %). После операции отмечалось повышение зрительной функции: светоощущение — движение руки у лица 11 пациентов (32,4 %), 0,01–0,04 — 8 пациентов (23,5 %), 0,05–0,08 — 3 пациента (8,8 %), 0,09–0,1 — 7 пациентов (20,6 %), 0,2–0,4 — 5 пациентов (14,7 %).

### **Выводы**

1. Несмотря на высокое качество проводимого хирургического лечения в сочетании с противорецидивной терапией, в 9 % случаях получен рецидив увеита.
2. Витреоретинальная хирургия, несмотря на риск, способствует повышению остроты зрения, что значительно улучшает качество жизни пациентов.
3. Тотальная витрэктомия при деструкции стекловидного тела не только восстанавливает прозрачность оптических сред, но и предупреждает развитие пролиферативных и дегенеративных изменений и предотвращает развитие отслойки сетчатки.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Авитисов, С. Э.* Офтальмология. Национальное руководство / С. Э. Авитисов, Е. А. Егоров. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 482.
2. *Шарипова, Д. Н.* Ранняя витрэктомия в лечении хронических рецидивирующих увеитов / Д. Н. Шарипова, У. Д. Абубакарова // Актуальные проблемы офтальмологии: сб. науч. работ / Под общ. ред. Х.П. Тахчиди. — М.: «Офтальмология», 2009.
3. *Чехова, Т. А.* Сравнительный анализ заболеваемости пациентов с увеитами / Т. А. Чехова, Г. В. Братко, В. В. Черных // Актуальные проблемы офтальмологии: сб. науч. работ / под общ. ред. Б. Э. Малюгина. — М.: «Офтальмология», 2012.

**УДК 618.5-089.888.3:616-071.1]053,31**

## **ОСОБЕННОСТИ РОДОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА**

**Эпелева С. Я., Дымова А. М., Сердюков О. В.**

**Научный руководитель: ассистент И. А. Корбут**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Вакуум-экстракция плода — родоразрешающая операция, извлечение плода за головку за счет создания отрицательного давления между головкой плода и внутренней поверхностью чашечки специального аппарата (вакуум-экстрактора) [1, 2]. Показаниями для выполнения указанной манипуляции являются слабость потуг и острая гипоксия плода [3]. Несмотря на динамичное совершенствование и расширение методов диагностики в акушерстве, стойкое снижение младенческой, антенатальной и материнской смертности, высокий уровень оказания акушерско-гинекологической помощи, широкий выбор и доступность современных лекарственных препаратов, в настоящее время в вопросе о выборе ме-