

УДК 612.6–055.2+618.344–007.17

**ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ВИТРИОХОРИОРЕТИНАЛЬНЫЕ ДИСТРОФИИ  
У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Ларионова О. В.**

**Научный руководитель: ассистент кафедры отолориноларингологии  
с курсом офтальмологии О. Д. Сердюкова**

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

***Введение***

Одним из часто встречающихся офтальмологических заболеваний является периферическая витреохореоретинальная дистрофия (ПВХРД). В основе периферической витреохореоретинальной дистрофии лежат дегенеративные изменения в сетчатке и стекловидном теле, в ряде случаев приводящих к формированию разрывов сетчатки и ее отслойки. Слепота, возникающая на фоне отслойки сетчатки, занимает 2–3 место среди всех возможных причин потери трудоспособности [1].

Основное внимание до настоящего времени уделялось возникновению ПВХРД у лиц с близорукостью высокой степени. Однако, периферические дистрофии встречаются при любых видах рефракции. Возникновение дистрофий возможно в любом возрасте, с одинаковой вероятностью у мужчин и женщин. Значимость этой проблемы усугубляется еще и тем, что в структуре заболеваемости преобладают лица молодого и среднего возраста, и, как следствие заболевания, с временной и стойкой утратой трудоспособности.

Длительное время считалось, что беременность и роды могут спровоцировать развитие дистрофической отслойки сетчатки у женщин. К основополагающим факторам относятся перераспределение центрального и мозгового кровообращения, в результате которых происходят существенные изменения гемодинамики глаз, миопическая рефракция [2, 3].

Необходим внимательный осмотр периферии глазного дна с помощью диагностических контактных линз при максимальном мидриазе у пациентов с различными аномалиями рефракции и проведение лазеркоагуляции. Участие офтальмолога обязательно в ведении беременности и родов у пациенток с различными видами дистрофических заболеваний сетчатки.

***Цель исследования***

Провести сравнительный анализ и оценить состояние ПВХРД у беременных и небеременных женщин с различными видами рефракции.

***Материалы и методы исследования***

Нами был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 450 пациентов (900 глаз) находившихся на диспансерном наблюдении и лечении в ГУ «РНЦРМ и ЭЧ» и «ГОСКБ» за период 2010–2011 гг. Основную группу составили 196 беременных женщин (392 глаза) в возрасте от 17 до 40 лет ( $28,1 \pm 6,4$ ). Контрольную — 254 небеременных женщин (508 глаз) сопоставимых по возрасту. Офтальмологическое обследование включало: визометрию, рефрактометрию на авторефрактометре фирмы TOMEY RS-4000, тонометрию на пневмотонометре АТ 550, фундускопию. Всем пациенткам с лечебной целью выполнена транспупиллярная барьерная лазеркоагуляция сетчатки.

***Результаты и обсуждение***

По виду рефракции пациенты основной группы распределились следующим образом: миопия — 73 женщины (146 глаз), что составляет 38 %, эмметропическая рефракция

отмечалась у 123 человек (246 глаз) — 62 %. В контрольной группе из 254 пациентов миопическая рефракция выявлена у 132 человек (264 глаза), что составляет 52 %. Эмметропическая рефракция наблюдалась у 48 % обследованных женщин контрольной группы.

По степени миопии пациенты основной группы распределились следующим образом: миопия I степени — 41 человек (82 глаза) — 21 %, миопия II степени — 23 женщины (46 глаз) — 12 %, миопия III степени — 9 человек (18 глаз), что составило 5 %. В контрольной группе миопия I степени выявлена у 56 человек (112 глаз) — 22 %, миопия II степени отмечалась у 35 женщин (70 глаз) — 14 %, миопия III степени — 41 человека (82 глаз), что составляет 16 %.

Показатели внутриглазного давления у женщин основной и контрольной группы составили  $13,5 \pm 2,7$  мм рт.ст и  $15 \pm 3,6$  мм рт.ст. соответственно.

По данным фундускопии у всех 450 женщин, не зависимо от вида и степени рефракции выявлена ПВХРД. Локализация ПВХРД представлена на рисунке 1.



Рисунок 1 — Локализация ПВХРД у женщин основной и контрольной групп

Как в основной, так и в контрольной группе чаще всего дистрофический процесс локализовался в верхне/наружном квадранте.

Результаты анализа морфологической структуры ПВХРД представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Процентное соотношение встречающихся видов ПВХРД от общего числа обследованных женщин

Вид дистрофии	Основная группа		Контрольная группа	
	N	%	N	%
Витреохориоретинальный очаг с тракцией	56	29	74	29
ПВХРД с разрывом	58	30	78	31
«След улитки»	45	23	51	20
«Белое без вдавления»	21	10	22	9
«Инеевидная» ПВХРД	6	3	8	3
«Решетчатая» ПВХРД	6	3	11	4
Локальная отслойка	4	2	10	4

Наиболее часто, в 30 % случаев, как в основной, так и в контрольной группе пациентов встречалась ПВХРД с уже совершившимся разрывом, что является прямой угрозой развития отслойки сетчатки.

Выводы:

1. Чаще всего ПВХРД в основной и контрольной группе встречалась у женщин с миопией I степени.

2. Как в основной, так и в контрольной группе дистрофический процесс чаще локализовался в верхне/наружном квадранте (72 и 58 % соответственно).

3. Наиболее часто в основной и контрольной группе пациентов встречалась ПВХРД с уже совершившимся разрывом, ее частота составила 30 %.

4. Наличие разрывов на фоне ПВХРД является показанием для экстренной лазерной хирургии, что дает возможность сохранить высокую остроту зрения и уменьшить инвалидизацию трудоспособного населения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Аветисов, Э. С.* Близорукость / Э. С. Аветисов. — М.: Медицина, 1999. — 285 с.
2. *Жалмухамедов К. Б.* Ведение беременности и родов при заболеваниях глаз // IV съезд акушеров-гинекологов Казахстана. — Алма-ата, 1991. — С. 93–94.
3. *Foos, R. Y.* Vitreous in lattice degeneration of retina / R. Y. Foos, K. B. Simons // Klin. Mon. bl. f. Ophthalmology. — 1984. — Vol. 91, № 5. — P. 452–457.

УДК: 616. 711-007.5-053.5:616.24-073.173

### АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОМЕТРИИ У ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ ОСАНКИ

Ларионова О. В., Петров М. К.

Научный руководитель: к. б. н., доцент Н. И. Штаненко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Движение — биологическая потребность организма, самый естественный регулятор и стимулятор жизнедеятельности, особенно детей и подростков. В процессе антропогенеза организм формируется в постоянном движении, но в современных условиях доля мышечных усилий в режиме жизни человека уменьшилась до 10 %, что особенно опасно на фоне нервно-психических напряжений и возросшей умственной нагрузки, необходимой для переработки огромнейшего потока разнохарактерной информации.

В период обучения в школе у ребенка закладываются основы здоровья, долголетия, всесторонней двигательной подготовленности и гармоничного физического развития.

Отсутствие двигательной нагрузки, пристрастие к сидячим и компьютерным играм снижают тренированность мышц, приводя к нарушению мышечного тонуса, и как следствие к нарушению осанки и сколиотическим болезням. Учеными выявлено, что в настоящее время нарушения опорно-двигательного аппарата находятся на третьем месте в структуре заболеваемости у детей школьного возраста (диагностируются у каждого 10 ребенка). Установлено пятикратное увеличение распространения нарушения осанки у школьников от начала к концу обучения. Осанка — это привычная поза человека, находящегося в состоянии покоя и в движении, она формируется постепенно с ростом и развитием организма ребенка, в процессе приобретения двигательных навыков. Формирование осанки — это сложный двигательный процесс, который зависит от многих факторов внешней среды и индивидуальных особенностей организма, его физического и психического развития.

Возможность проявления нарушения осанки и сколиоза особенно велика в возрасте 11–15 лет, когда быстро растет скелет, а мышечная система отстает в своем развитии. Именно в этот период на осанку влияют, сон на мягкой постели, неправильное положение туловища во время сидения и стояния, неравномерная нагрузка на позвоночник. Одна из причин нарушения осанки у детей школьного возраста — неправильная посадка (положение) за письменным столом во время школьных уроков, а также при выполнении домашних заданий при чтении.

Учеными выявлено, что в настоящее время нарушения опорно-двигательного аппарата находятся на третьем месте в структуре заболеваемости у детей школьного возраста (диагностируются у каждого 10 ребенка). Установлено пятикратное увеличение распространения нарушения осанки у школьников от начала к концу обучения.

При заболевании опорно-двигательного аппарата происходит задержка и нарушение процессов костеобразования, слабость связно-мышечного аппарата, недостаточное