

2. Наблюдается прямая зависимость между степенью тяжести НДСТ и степенью деформации грудной клетки: чем больше фенотипических и морфологических признаков, определяющих степень тяжести НДСТ, тем выше степень деформации грудной клетки.

3. Среди фенотипических признаков НДСТ у пациентов с ВДГК преобладают костно-скелетные, суставные проявления, а также признаки дисплазии сердечно-сосудистой системы на фоне минимальных изменений со стороны кожи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Fokin, A. A. Anatomical, histologic, and genetic characteristics of congenital chest wall deformities / A. A. Fokin // Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2009. – Vol. 21, № 1. – P. 44–57.

2. Абдурахманов, А. Ж. Врожденные деформации грудной клетки / А. Ж. Абдурахманов, К. Б. Тажин, Т. С. Анашев // Травматология и ортопедия. – 2010. – № 1. – С. 3–7.

3. Комолкин, И. А. Роль наследственности в происхождении врожденных деформаций грудной клетки / И. А. Комолкин, А. П. Афанасьев, Д. В. Щеголев // Гений ортопедии. – 2012. – № 2. – С. 152–156.

УДК 617.7-097-052:[612.842.6+616.44]:616.833.115

*О. П. Садовская¹, Л. В. Дравица¹, А. Альхадж Хусейн¹,
О. В. Ларионова¹, А. Г. Юрковец², А. А. Кинёнес²*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение

«Радиационный научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМОГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ

Введение

Оптическая когерентная томография (ОКТ) – современный неинвазивный способ прижизненной визуализации структур переднего и заднего сегмента глаза. Сегодня спектральные ОКТ дают возможность не только рано выявлять изменения со стороны сетчатки и зрительного нерва задолго до появления первых дефектов в поле зрения, но и определять скорость прогрессирования патологического процесса. Определение толщины слоя нервных волокон сетчатки (RNFL) является ведущим в определении структурных изменений [1] со стороны диска зрительного нерва. Установлено, что оптическая нейропатия при эндокринной офтальмопатии (ЭОП) характеризуется неспецифическим повреждением зрительного нерва [2].

Цель

Провести анализ морфометрических параметров ДЗН у пациентов с симптоматической офтальмогипертензией, развившейся на фоне ЭОП по данным ОКТ.

Материал и методы исследования

Проведена оценка параметров ДЗН и толщины СНВС по данным ОКТ у 175 пациентов (350 глаз и орбит) с различными формами и активностью ЭОП. С учетом полученных показателей глаз и орбит пациенты с активным течением ЭОП были разделены на 4 группы: Ia – 26 пациентов (52 глаза и орбиты), тиреотоксический экзофтальм;

Ib – 18 пациентов (36 глаз и орбит), липогенный вариант отечной формы; Ic – 39 пациентов (78 глаз и орбит), смешанный вариант отечной формы; Id – 32 пациента (64 глаза и орбиты), миогенный вариант.

Частота выявления офтальмогипертензии в группе пациентов с активным течением процесса (группа I) составила 26% (60 глаз и орбит).

Проведя анализ распределения офтальмогипертензии в исследуемых подгруппах (Ia – Id), установлено, что у пациентов Ib подгруппы (липогенный вариант) диагноз «симптоматическая офтальмогипертензия» выставлен в 8% случаев (5 глаз), среди пациентов Ic подгруппы (смешанный вариант) – в 72% случаев (43 глаза), у пациентов Id подгруппы (миогенный вариант) – в 20% случаев (12 глаз). Контрольную группу составили 30 соматически здоровых лиц (60 глаз и орбит), сопоставимых по возрасту и полу, без клинических признаков ЭОП, нормальным уровнем офталмотонуса.

Результаты исследования и их обсуждение

Клиническая характеристика пациентов с симптоматической офтальмогипертензией представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Клиническая характеристика пациентов с симптоматической офтальмогипертензией

Группа пациентов	Возраст, лет, M±SD	Экзофтальм, мм, Me [25;75]	Средняя длительность течения ЭОП, мес., Me [25;75]	Активность процесса по шкале CAS, баллы, Me [25;75]	ВГД, мм рт. ст., Me [25;75]
CO	48±11	24 [22;26]	6 [5;8]	6 [5;7]	29 [27;29]

У пациентов с симптоматической офтальмогипертензией установлено высокоактивное течение процесса по шкале CAS Me 6 [5;7] баллов. Протрузия глазных яблок по данным экзофтальмометрии составила Me 24 [22;26] мм, что свидетельствует о высокоактивном течении аутоиммунного процесса. Исходный уровень офталмотонуса при первичном обращении составил Me 29 [27;29] мм рт.ст.

При анализе данных ОКТ в подгруппе пациентов с симптоматической офтальмогипертензией и активным течением процесса установлено статистически значимое увеличение средней толщины СНВС перипапиллярной зоны сетчатки Me 96 [91;101] мкм, а также утолщение СНВС в нижнем Me 126 [120;136] мкм, назальном Me 73 [67;79] мкм и верхнем секторе Me 116 [106;123] мкм (таблица 2).

Таблица 2 – Данные оптической когерентной томографии диска зрительного нерва и слоя нервных волокон перипапиллярной сетчатки в подгруппе пациентов с симптоматической офтальмогипертензией

Исследуемый показатель	Норма	Симптоматическая офтальмогипертензия, N=60	U-статистика, уровень значимости, p
Средняя толщина СНВС, мкм, Me [25;75]	92 [89;95]	96 [91;101]	U=1051 p<0,001
Площадь НРП, мм ² , Me [25;75]	1,5 [1,4;1,8]	1,6 [1,4;1,8]	U=1768 p=0,9
Среднее соотношение диаметра экскавации и диаметра ДЗН, Me [25;75]	0,32 [0,2;0,4]	0,4 [0,3;0,5]	U=826 p<0,01

Окончание таблицы 1

Исследуемый показатель	Норма	Симптоматическая офтальмогипертензия, N=60	U-статистика, уровень значимости, p
Толщина СНВС в верхнем секторе, мкм, Ме [25;75]	110 [110;115]	116 [106;123]	U=1240 p<0,001
Толщина СНВС в нижнем секторе, мкм, Ме [25;75]	116 [104;121]	126 [120;136]	U=747 p=0,0
Толщина СНВС в назальном секторе, мкм, Ме [25;75]	66 [62;70]	73 [67;79]	U=945 p<0,001
Толщина СНВС в темпоральном секторе, мкм, Ме [25;75]	62 [59;67]	62 [57;73]	U=1768 p=0,9

Выводы

В ходе проведенного исследования установлено, что на пике активного аутоиммунного воспалительного процесса в орбите у пациентов симптоматической офтальмогипертензией происходит статистически значимое увеличение средней толщины СНВС перипапиллярной зоны сетчатки Ме 96 [91;101] мкм (p<0,001), а также утолщение СНВС в нижнем Ме 126 [120;136] мкм (p<0,001), назальном Ме 73 [67;79] мкм (p<0,001) и верхнем секторе Ме 116 [106;123] мкм (p<0,001).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Курьшева, Н. И.* Оптическая когерентная томография в диагностике глаукомной оптиконейропатии. Часть 1 / Н. И. Курьшева, О. А. Паршунина // Национальный журнал Глаукома. – 2016. – № 15 (1). – С. 86–96.
2. *Şahli, E.* Thyroid-associated ophthalmopathy / E. Şahli, K. Gündüz // Tur. J. of Ophthalmology. – 2017. – Vol. 47, iss. 2. – P. 94–105.

УДК 616.8-009.832-07-053.2

Н. А. Скуратова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН СИНКОПЕ У ДЕТЕЙ**Введение**

Синкопе – спонтанно возникающее преходящее нарушение сознания, приводящее, как правило, к нарушению пострурального тонуса и падению. Слово «синкопе» имеет греческое происхождение (*syn* – с, вместе; *koptein* – отрезать, обрывать). Термин «обморок» приблизительно соответствует термину «синкопе», но применим в отношении вазовагальных синкопе. Выделяют травматические (вследствие черепно-мозговой травмы) и нетравматические транзиторные потери сознания (ТПС) [1, 3].

Точная распространенность синкопальных состояний неизвестна, так как не все случаи служат поводом для обращения к врачу-педиатру. Также невозможно уверенно установить, было ли у пациента собственно синкопальное состояние либо это было какое-то другое расстройство несинкопальной природы [2]. Согласно различным данным, доля людей, хоть раз в жизни переживших синкопе, в общей популяции составляет от 3 до 40% [3].