

Комплексная оценка факторов риска ДР с помощью ИИ может позволить использовать их вместе в качестве предикторов ДР на первичных этапах обследования пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Y. F. Liu, [et al.] Research progress in artificial intelligence assisted diabetic retinopathy diagnosis. Int J Ophthalmol. 2023;16(9):1395-1405. doi:10.18240/ijo.2023.09.05.
2. Факторы риска диабетической ретинопатии / Ю. А. Трахтенберг [и др.] // Сахарный диабет. – 2006. – № 9 (3). – С. 34–38.
3. Итоги работы эндокринологической службы Республики Беларусь в 2021 году. Электронный ресурс] // Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения. – Режим доступа: [https://makaenka17med.by/media/doc/Итоги%20работы%20эндокринологической%20службы%20РБ%202021г%20\(Салко%20О.Б.\).pdf](https://makaenka17med.by/media/doc/Итоги%20работы%20эндокринологической%20службы%20РБ%202021г%20(Салко%20О.Б.).pdf). – Дата доступа: 25.02.2024.
4. Comprehensive Review on the Use of Artificial Intelligence in Ophthalmology and Future Research Directions / N. Anton [et al.] // Diagnostics (Basel). – 2022. – Vol. 13(1). – P. 100. – doi:10.3390/diagnostics13010100.

УДК 617.73-001.48-089

А. П. Мазурык

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РЕЗУЛЬТАТЫ ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ МАКУЛЯРНЫХ РАЗРЫВОВ СЕТЧАТКИ

Введение

В последние десятилетия патология макулярной области сетчатки устойчиво занимает ведущие позиции в структуре проблем зрения взрослого населения развитых стран. Одной из таких патологий являются макулярные разрывы.

Макулярный разрыв – одна из причин снижения центрального зрения. Данная патология развивается вследствие нарушения целостности сетчатой оболочки в макулярной области. Макулярный разрыв (МР) – приобретенное заболевание, характеризующееся сквозным дефектом ткани сетчатки в макулярной зоне, приводящее к снижению центрального зрения, возникновению метаморфопсий и центральной скотомы.

Различают следующие виды макулярных разрывов: сквозные и ламеллярные.

Сквозной макулярный разрыв (СМР) – представляет собой полное макулярное отверстие, дефект фовеолярной части сетчатки по всей толщине от внутренней пограничной мембраны (ВПМ) до пигментного эпителия сетчатки. В зависимости от размера макулярные разрывы классифицируются на малые (≤ 250 мкм), средние (250–400 мкм) и большие (> 400 мкм).

Ламеллярный (несквозной) макулярный разрыв (ЛМР) – заболевание макулярной области сетчатки, которое характеризуется нарушением целостности внутренних слоев сетчатки в области фовеа и образованием дефекта либо расщепления сетчатки, не достигающего до пигментного эпителия сетчатки с сохранением слоя фоторецепторов [1].

Основным диагностическим методом исследования для дифференциации макулярных разрывов, их характера, течения и исходов является оптическая когерентная томография (ОКТ). На сегодняшний день стандартным лечением макулярных разрывов служит витреоретинальное хирургическое вмешательство.

Цель

Изучить результаты хирургического лечения макулярных разрывов сетчатки.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в отделении офтальмологии ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» г. Гомеля в 2023 году. Анализ проводился на основании заключений визометрии, офтальмоскопии, а также оптической когерентной томографии (ОКТ).

Пациенты были распределены по группам по следующим критериям: по полу, возрасту, характеру разрыва (вид, стадия, размер, односторонний/двусторонний), острота зрения до и после лечения, первичное/повторное обращение и состояние после проведенного лечения.

Пациентам была выполнена 25 Ga субтотальная закрытая витрэктомия с удалением задней гиаловидной мембраны (ЗГМ), ВПМ-рексис, пневмотампонада. При наличии у пациентов эпиретинальной мембраны (ЭРМ) дополнительно проводилось её удаление.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемую группу вошли 273 человека (546 глаз): 177 (64,8%) женщин и 96 (35,2%) мужчин. Сквозной макулярный разрыв был диагностирован у 72,4% (234 глаза), из них 25,2% (59 глаз) разрыв сопровождался кистозно-макулярным отеком, у 27,6% (89 глаз) – ламеллярный.

Среди пациентов, у которых был диагностирован сквозной макулярный разрыв – женщин 144 (72,7%), мужчин 54 (27,3%); из них в возрасте: 40–50 лет 2 (1,4%) женщины и 1 (1,9%) мужчина; 51–60 лет 19 (13,2%) женщин и 8 (14,8%) мужчин; 61–70 лет – 71 (49,3%) женщина и 10 (18,5%) мужчин; 71–80 лет 34 женщины (23,6%) и 32 (59,3%) мужчины; 81–90 лет 18 (12,5%) женщин и 3 (5,5%) мужчин. По величине разрыва: средние 8,1% (19 глаз), большие 91,9% (215 глаз). По стадиям: 2 стадия 1,3% (3 глаза); 3 стадия 9,8% (23 глаза); 4 стадия 88,9% (208 глаз).

По данным визометрии острота зрения у пациентов этой группы составляла: светопроекция до 0,09 – 60,3% (108 глаз); 0,1 до 0,4 – 33% (59 глаз); 0,5 до 1,0 – 6,7% (12 глаз) до операции. После проведенной витреоретинальной хирургии макулярной зоны (ВРХ МЗ) острота зрения составляла: светопроекция до 0,09 – 25,2% (45 глаз); 0,1 до 0,4 – 57,5% (103 глаза); 0,5 до 1,0 – 17,3% (31 глаз).

Среди пациентов с ламеллярным макулярным разрывом: 48 (64%) женщин и 27 (36%) мужчин; из них в возрасте: 40–50 лет 1 (2,1%) женщина и 2 (7,4%) мужчин, 51–60 лет 8 (16,7%) женщин и 4 (14,8%) мужчины, 61–70 лет 21 (43,8%) женщина и 8 (29,6%) мужчин, 71–80 лет 14 женщин (29,2%) и 12 (44,4%) мужчин, 81–90 лет – 4 (8,2%) женщины и 1 (3,8%) мужчина.

По данным визометрии острота зрения у пациентов этой группы составляла: светопроекция до 0,09 – 10,2% (6 глаз); 0,1 до 0,4 – 64,4% (38 глаз); 0,5 до 1,0 – 25,4% (15 глаз) до операции. После проведенной витреоретинальной хирургии макулярной зоны (ВРХ МЗ) острота зрения составляла: светопроекция до 0,09 – 3,4% (2 глаза); 0,1 до 0,4 – 32,2% (19 глаз); 0,5 до 1,0 – 64,4% (38 глаз).

Односторонний процесс был диагностирован у 248 человек (90,8%), двусторонний у 25 человек (9,2%), из них 11 человек (44%) имели сквозные макулярные разрывы на разных глазах, 9 человек (36%) имели сквозной и ламеллярный разрыв одновременно и у 5 пациентов (20%) выявлены ламеллярные разрывы на обоих глазах.

Первично обратилось 251 пациент (91,9%), повторно – 22 пациента (8,1%): у 14 (63,6%) макулярный разрыв выявлен на другом глазу, у 8 (36,4%) на оперированном в анамнезе.

Все операции прошли без существенных осложнений. Критерием положительного анатомического эффекта считалось полное закрытие краев разрыва по данным ОКТ и динамика остроты зрения.

После проведенной витреоретинальной хирургии макулярной зоны острота зрения улучшилась у 189 пациентов (79,4%), осталась той же у 49 пациентов (20,6%). Архитектоника сетчатки в макулярной зоне была восстановлена у 158 пациентов (66,4%), неполное закрытие макулярного разрыва со сближением краев наблюдалось у 80 человек (33,6%), 35 пациентам (12,8%) хирургическое вмешательство не проводилось из-за их соматического состояния. ВРХ МЗ при ламеллярном разрыве была проведена только при наличии эпиретинальной мембраны и сильном витреомакулярном тракционном синдроме (ВМТС). Следует отметить, что у всех пациентов с кистозно-макулярным отеком (59 глаз) наблюдалось неполное закрытие макулярного разрыва.

Выводы

Макулярные разрывы чаще диагностируются при первичном обращении у женщин в возрастном диапазоне 61–70 лет. Большую часть макулярных разрывов составили сквозные – 72,4%, большие – 91,9%, 4 стадии – 88,9%, односторонние – 90,8%. После витреоретинальной хирургии макулярной зоны сетчатки архитектура сетчатки восстановлена у 66,4%. Наличие кистозно-макулярного отека значительно осложняет течение и исходы макулярных разрывов. Современные методы хирургического лечения макулярных разрывов обеспечивают восстановление структуры наружных слоев сетчатки и высокие зрительные функции при условии прозрачности оптических сред глаза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бобр, Т. В. Ламеллярные макулярные разрывы: практическое пособие для врачей / Т. В. Бобр, А. В. Ракович. – Гомель: ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2023. – 24 с.

УДК 616.322-002.828-007.61

М. О. Межейникова, И. П. Главацкая, Н. П. Челебиева, Г. В. Тищенко

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МИКОЗ-АССОЦИИРОВАННАЯ ГИПЕРПАЗИЯ ЯЗЫЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Введение

Язычная миндалина располагается у корня языка и входит в состав лимфоэпителиального глоточного кольца Вальдейера – Пирогова, которое относится к периферическому органу иммунной системы [1–2].

Распространенность заболеваний язычной миндалины значительно выше, чем их выявляемость. Это связано с ее анатомо-топографическими и морфологическими особенностями расположения и строения соответственно, а также с относительной трудностью осмотра (высокий глоточный рефлекс), необходимостью владения врачом-специалистом техниками гипотфарингоскопии и отсутствием четкого алгоритма клинического обследования таких пациентов [3].

Одной из причин гиперплазии язычной миндалины является врожденная предрасположенность к этой аномалии развития, которая активизируется благодаря анатомическому расположению IV миндалины, лежащей на воздухоносном и пищевом пути, постоянной ее травматизацией грубой, горячей и острой пищей. Среди наиболее частых причин можно выделить влияние вируса Эпштейн – Барра, викарное увеличение после хирургического удаления других элементов кольца Пирогова – Вальдейера (тонзиллэктомия, аденотомия), гастроэзофагиальный рефлюкс [4].