

щин, НК 1 степени — у 122 (24,4 %) пациенток, а у 73 (14,6 %) женщин нет недостаточности кровообращения.

У 353 (70,6 %) была диагностирована АГ 1 степени, АГ 2 степени была выявлена у 63 (12,6 %) женщин, АГ 3 степени — у 12 (2,4 %) пациенток, а у 72 (14,4 %) женщин АГ отсутствовала. В период постменопаузы наблюдается перестройка эндокринной системы. Дефицит синтеза эстрогенов оказывает влияние на резистентность периферических сосудов, синтез нейромедиаторов, вазоактивных пептидов, простаглицлина и тромбоксана [2].

Избыточная масса тела была выявлена у 9,6 %, а ожирение — у 84,4 %.

По данным нашего исследования у 50 женщин имеется анемия, причем у 38 из них — легкой степени тяжести, у 17 — средней, и у 5 — тяжелой степени тяжести.

Выраженность нарушений липидного обмена: легкая гиперхолестеринемия была обнаружена у 373 женщин, умеренная гиперхолестеринемия у 83 человек, выраженная гиперхолестеринемия у 30 пациенток.

Частота сопутствующей патологии оказалась статистически значимо более высокой в основной группе женщин. В ходе исследования было выявлено, что среди 500 пациенток 7 больны вирусным гепатитом, 90 — хроническим гастритом, ассоциированным с *H. Pylori*, 16 — хроническим бронхитом бактериальной природы.

Так как при АГ имеется нарушение регуляции АД на любом уровне — от коры головного мозга до клеточных мембран, необходимо отметить, что среди исследуемых был выявлен целый ряд заболеваний почек (у 43,8 %), прямой и непосредственной причиной развития которых служит АГ.

Основными препаратами выбора стали ингибиторы АПФ, а именно: эналаприл, лизиноприл и рамиприл, в силу того, что данная группа препаратов обладает множеством достоинств, одним из которых является — нормализация метаболических нарушений. Данную группу препаратов принимали 427 пациенток, что составило 85,4 %.

Антибактериальную терапию получали 200 (40 %) женщин. После проводимого лечения у большинства пациенток отмечалось улучшение состояния и показателей лабораторных исследований.

#### **Выводы**

Таким образом, у женщин в постменопаузальный период в результате эстрогендефицита выявлен повышенный риск развития инфекционной патологии. Поэтому препаратами выбора в лечении данной категории пациенток стали те, которые не оказывают отрицательного метаболического действия и (или) способствуют нормализации метаболических нарушений — ингибиторы АПФ. В качестве борьбы с инфекцией, как правило, применялись антибиотики широкого спектра действия в течение 7–10 дней.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Волкова, Н. Н. Факторы риска развития хронического атрофического гастрита (литературный обзор) / Н. Н. Волкова // РМЖ. — 2013. — № 31. — С. 1617.
2. Коньшко, Н. А. Анализ применения некоторых антигипертензивных средств в клинической практике / Н. А. Коньшко, Т. Е. Морозова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2014. — Т. 14, № 3. — С. 70–74.
3. Раснер, П. И. Воспалительные заболевания органов мочевой системы / П. И. Раснер, А. О. Васильев, Д. Ю. Пушкарь // РМЖ. — 2016. — № 23. — С. 1553–1561.

**УДК 617.758.11-053.2-089**

### **АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СОДРУЖЕСТВЕННЫМ СХОДЯЩИМСЯ КОСОГЛАЗИЕМ.**

**Романова В. О., Кириченко О. Г.**

**Научные руководители: доцент, к.м.н. Л. В. Дравица, ассистент О. В. Ларионова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Содружественное косоглазие возникает обычно в 2–3 года у 2–3 % детей и является не только косметическим дефектом, влияющим на психику и формирование характера у де-

тей, но и большим функциональным недостатком. В связи с отсутствием бинокулярного зрения восприятие внешнего мира осуществляется неполно, ребенок не в состоянии правильно и быстро определить пространственное отношение окружающих его предметов. Вследствие этого возможно отставание физического и умственного развития, а в дальнейшем большое ограничение в выборе профессии. Функциональный прогноз особенно неблагоприятен, если косоглазие возникло в первые годы жизни, когда еще недостаточно сформировалось бинокулярное зрение [1]. В этом случае в зрительных центрах коры головного мозга не происходит слияния раздельно воспринимаемых левым и правым глазом монокулярных изображений в единый зрительный образ, а возникает двойное изображение объекта. Для защиты от двоения ЦНС подавляет сигналы, получаемые от косящего глаза, что с течением времени приводит к амблиопии. При содружественном косоглазии главной целью лечения служит восстановление бинокулярного зрения, при котором устраняется асимметрия положения глаз и нормализуются зрительные функции. Мероприятия могут включать оптическую коррекцию, плеоптико-ортоптическое лечение, хирургическую коррекцию косоглазия, пред- и послеоперационное ортоптодиплоптическое лечение. Лечение косоглазия необходимо начинать, как можно раньше, чтобы к началу школьного обучения ребенок был в достаточной степени реабилитирован в отношении зрительных функций. Практически во всех случаях при косоглазии требуется упорное, последовательное и длительное комплексное лечение [2, 3].

#### **Цель**

Оценить эффективность хирургического лечения детей с содружественным сходящимся косоглазием.

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

Нами был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и протоколов хирургического лечения 152 пациентов (152 глаза) в возрасте от 3 до 16 лет (средний возраст  $6,0 \pm 1,9$  года), находившихся на лечении в детском офтальмологическом отделении У «Гомельская областная специализированной клинической больница» в 2015–2017 гг., с диагнозом содружественного сходящегося косоглазия на фоне гиперметропической рефракции. Среди них 65 (43 %) девочек и 87 (57 %) мальчиков, которые проживали в городе Гомеле — 69 (45 %) человек и Гомельской области — 83 (55 %) человека. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила  $5,6 \pm 1,7$  дней. Всем пациентам до и после лечения проводилось стандартное офтальмологическое обследование: визометрия, рефрактометрия, страбометрия, определение фузии, фиксации, характера зрения. Для проведения корреляционного анализа использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Различия расценивались как статистически значимые при  $p < 0,05$ . Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 6.0.

#### **Результаты исследования их и обсуждение**

Исходные средние значения некорригированной остроты зрения составили  $0,64 \pm 0,3$ , средняя корригированная острота зрения —  $0,74 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ). Результаты статической рефракции: гиперметропия слабой степени — 101 (66,5 %) ребенок, гиперметропия средней степени — 37 (24,3 %) детей, гиперметропия высокой степени — 14 (9,2 %) детей.

У 54,6 % детей была выявлена амблиопия. По степени амблиопии дети распределились следующим образом: амблиопия слабой степени — 46,7 %, амблиопия средней степени — 5,3 %, амблиопия высокой степени — 2,6 %. Центральная фиксация имела у 98,9 %, парафовеолярная — у 1,1 % детей.

Угол косоглазия по Гиршбергу:  $0-15^\circ$  — 25 % (38 пациентов),  $15-35^\circ$  — 75 % (114 пациентов). Движение глаз в полном объеме. Монокулярный характер зрения имели 89,5 % (136 детей), у 10,5 % (16 детей) в связи с возрастом ребенка характер зрения определить не удалось. Фузия отсутствовала у всех пациентов.

Всем детям оперативное лечение содружественного сходящегося косоглазия выполнялось на одном глазу, у 88 (58 %) детей была выполнена рецессия внутренней прямой мышцы, у 64 (42 %) детей — хирургическое лечение было выполнено на двух мышцах (рецессия внутренней прямой мышцы и резекция наружной прямой мышцы).

Угол косоглазия по Гиршбергу: 0° — 61 % (93 ребенка), 2–5° — 37 % (56 детей), 7–10° — 2 % (3 ребенка).

Средние значения некорригированной остроты зрения составили  $0,66 \pm 0,3$ , средняя корригированная острота зрения —  $0,79 \pm 0,7$  ( $p < 0,05$ ).

Фузия сформировалась у 49 (32 %) детей, у 103 (68 %) детей фузия отсутствовала. Бинокулярный характер зрения появился в 44,1 % (67 детей), одновременный характер зрения в 22,4 % (34 ребенка), в 33,5 % (51 ребенок) сохранился монокулярный характер зрения, что потребовало дальнейшего плеопто-ортоптического лечения ( $p < 0,05$ ).

### **Выводы**

В результате проведенного хирургического лечения ортофорию удалось получить в 61 % (93 ребенка), остаточный угол косоглазия сохранился у 39 % (59 детей) ( $p < 0,05$ ). В ближайшем послеоперационном периоде у 49 (32 %) детей сформировалась фузия на 0°. После выполнения хирургического лечения содружественного расходящегося косоглазия у 34 (22,4 %) детей появился одновременный характер зрения, у 67 (44,1 %) детей — бинокулярный характер зрения. Сравнительный анализ полученных клинико-функциональных результатов свидетельствует о том, что хирургическое лечение косоглазия является безопасным, малоинвазивным и эффективным методом лечения. Простота, доступность, эффективность открывают возможность широкого применения данного способа лечения содружественного сходящегося косоглазия.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Аветисов, Э. С. Бинокулярное зрение. Клинические методы исследования и восстановление / Э. С. Аветисов, Т. П. Кащенко // Клиническая физиология зрения. — М.: РУСОМЕД, 1993. — С. 199–209.
2. Азнаурян, И. Э. Особенности бинокулярных функций и тактика хирургического лечения при малых и непостоянных углах содружественного косоглазия у детей / И. Э. Азнаурян // Современные проблемы офтальмологии. — СПб., 2007. — С. 74–77.
3. Клюка, И. В. Нарушения бинокулярного зрения и методы его восстановления / И. В. Клюка, В. А. Розенберг. — М., 1980. — С. 140–143.

**УДК 617.758.12-053.2-089**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СОДРУЖЕСТВЕННЫМ РАСХОДЯЩИМСЯ КОСОГЛАЗИЕМ**

*Романова В. О., Кириченко О. Г.*

**Научные руководители: доцент, к.м.н. Л. В. Дравица, ассистент О. В. Ларионова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Проблема косоглазия у детей всегда привлекала внимание офтальмологов в связи с высокой частотой заболевания — 1,5–3,8 %, развитием дисбинокулярной амблиопии, снижением остроты зрения, косметическим дефектом с раннего детского возраста, отрицательным влиянием косоглазия на физическое и умственное развитие ребенка, ограничением выбора профессии во взрослом состоянии. [1]. При содружественном косоглазии главной целью лечения служит восстановление бинокулярного зрения, при котором устраняется асимметрия положения глаз и нормализуются зрительные функции. Мероприятия могут включать оптическую коррекцию, плеоптико-ортоптическое лечение, хирургическую коррекцию косоглазия, пред- и послеоперационное ортоптодиплоптическое лечение. Лечение косоглазия необходимо начинать, как можно раньше, чтобы к началу школьного обучения ребенок был в достаточной степени реабилитирован в отношении зрительных функций. Практически во всех случаях при косоглазии требуется упорное, последовательное и длительное комплексное лечение [2].