

Выводы. Необходимо помнить, что туберкулез относится к контролируемым, т. е. управляемым, инфекционным заболеваниям и проведение четких и своевременных мероприятий по профилактике туберкулеза позволяет добиться значительного уменьшения распространенности этого опасного заболевания.

Литература

1. Ломако, М. Н. Руководство по фтизиатрии / М. Н. Ломако, С. И. Судник, С. А. Соболев. – 2-е изд., перераб. и доп. – Мн.: Выш. шк. – 2016. – 302 с.
2. Педиатрия: учеб. пособие / Н.В. Ежова, Е.М. Русакова, Г.И. Кашеева. – Мн.: Выш. шк., 2007. – 524 с.
3. Скрыгина, Е. М. Клиническое руководство по лечению туберкулеза и его лекарственно – устойчивых форм / Е. М. Скрыгина, Г. Л. Гуревич, А. П. Астровко, О. М. Залуцкая; «Утверждено» Приказ Министерства здравоохранения РБ от 22.08.2012 № 939; Минск, 2012. – 83 с.
4. Справочник лечение внутренних болезней / Г. П. Матвейков. – Мн.: Беларусь, 2010. – 750 с.
5. Справочник терапевта / Г. П. Матвейков [и др.] ; под ред. Г. П. Матвейков. – 3-е изд. – Мн.: Беларусь, 2017. – 846 с.
6. Янченко, Е. Н. Туберкулез у детей и подростков: Руководство для врачей / Е. Н. Янченко; под ред. Е. Н. Янченко, М. С. Греймер. – Л.: Медицина, 2013. – 288 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПИГМЕНТНОЙ ДИСПЕРСИИ

Мацак И. Г.

ГУ «РНЦП радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Синдром пигментной дисперсии (СПД) представляет собой редкий патологический процесс, ведущим звеном патогенеза которого является механическое разрушение пигментного эпителия радужки, формирование обратного зрачкового блока с отложением гранул меланина в структурах переднего

отрезка глаза, что в свою очередь приводит к обструкции дренажного аппарата, дистрофическим процессам и повышению внутриглазного давления (ВГД). Такое состояние инициируется генетически, два фрагмента соответствующего гена идентифицированы на 7 и 8 хромосомах. Одни авторы описывают, что приблизительно в 50% случаев СПД переходит в пигментную глаукому (ПГ), другие считают, что этот процент больше и в 100% случаев описывают развитие её у лиц с миопической рефракцией. ПГ достаточно редкое заболевание и с возрастом уменьшается, т. к. постепенно происходит самоочищение внутренних структур глаза от экзопигмента, и в большинстве случаев она диагностируется как первичная открытоугольная глаукома, но длительная обструкция трабекулы пигментом приводит к тому, что эта форма глаукомы является рефрактерной. Пигментная глаукома (ПГ) согласно российской классификации, предложенной А.П. Нестеровым в 1973 году, относится к первичной открытоугольной глаукоме (ПОУГ). Европейское общество глаукоматологов в 2002 году классифицирует пигментную глаукому как вторичную открытоугольную, обусловленную (СПД). Пигментная форма глаукомы встречается у 0,5-5,0% всех пациентов с глаукомой. Мужчины болеют чаще женщин – 3:1 и в более молодом возрасте (30-35 лет), чем женщины (45 лет и старше). СПД развивается в юношеском возрасте (17-25) лет. Пигментная же глаукома формируется на 30-50 годах жизни. СПД чаще встречается у европейцев и может наследоваться как аутосомно-доминантный признак с разной степенью проявления.

Впервые термин синдром пигментной дисперсии был описан Н. Sugar в 1966 году. На 147 случаях за 25 лет исследования он пришёл к выводу, что это двухсторонний процесс, который чаще развивается у мужчин в молодом возрасте и его частота среди пациентов с миопической рефракцией составляет 2,4% и в редких случаях может перейти в пигментную глаукому.

Огромный вклад в изучение патогенеза СПД и ПГ внёс D.Campbell. На основе данных электронной микроскопии и ультразвуковой биометрии он представил механизм развития обратного блока в результате патологического иридозонулярного трения пигментного эпителия радужки и передними порциями

цинновых связок. Исследование проводилось на 20 нормальных человеческих глазах. Пять из них были миопическими с длиной предне-заднего отрезка (ПЗО) 25 и больше, без периферических дефектов радужки. В результате исследования он обнаружил, что передние части цинновых связок организованы в «пакеты» или агрегации. Два глаза были с типичными проявлениями распыления пигмента по переднему отрезку глаза. При гитологическом исследовании было выявлена умеренная пигментация +2 и +3 в трабекулярной зоне. Биомикроскопически определялись периферические дефекты радужки. При диафаноскопии определялись 70-78 радиально-щелевых дефектов.

Все пациенты подлежат динамическому наблюдению. В течении СПД клинически определены 3 стадии:

- латентная (показано динамическое наблюдение);
- первых клинических проявлений (лазерная иридотомия может приводить к полному восстановлению структурного и функционального эффектов);
- манифестации – лечение приводит лишь к стабилизации процесса.

Лечением, устраняющим основное патогенетическое звено в развитии СПД и пигментной глаукомы, является лазерная иридотомия. Также, как и ПОУГ, местные гипотензивные средства. В части случаев длительное применение антиоксидантов привело к очищению оттока внутриглазной жидкости и нормализации ВГД.

Цель. Представить клинический случай синдрома пигментной дисперсии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находится пациентка Б (33 года) на протяжении 6-ти месяцев с диагнозом: ОУ-Миопия слабой степени, синдром пигментной дисперсии. Отмечает жалобы на снижение зрения вдаль со школьного возраста.

26.07.2018 Statusoculorum: VisusOD = 0,6 sph – 0,5D = 1,0

VisusOS = 0,6 sph – 0,5D = 1,0

ВГД: - БТМОД=16 мм рт. ст., OS=15 мм рт. ст.;

Кроме веретена Крукенберга и «распыления», «глыбок» пигмента на радужке более выраженного на правом глазу чем на левом, каких-либо изменений не было выявлено.

Через месяц после назначенного лечения антиоксидантов местно и внутрь: пациентка субъективно отмечает улучшение зрения на 0,1 на правом глазу и на 0,2 на левом глазу, коррекция осталась прежней.

18.09.2018 Status oculorum: Visus OD = 0,7 sph – 0,5D=1,0

Visus OS = 0,8 sph – 0,5D=1,0

ВГД: - БТМ OD=12 мм рт. ст., OS=11 мм рт. ст.;

Динамика веретена Крукенберга стабильная.

12.03.2019 Status oculorum: Visus OD = 0,6 sph - 0,5D=1,0

Visus OS = 0,8 sph – 0,5D=1,0

ВГД: - БТМ OD=11 мм рт. ст., OS=12 мм рт. ст.;

Периметрия: OU – поля зрения в пределах нормы.

Компьютерная периметрия: OD – OS

VFI (%)	ONL	WNL
MD (dB)	-4,44	-3.25
PSD (dB)	2,01	1.47

ПЗО на IOL-Master: OD=24.72 мм, OS=24.41 мм, ПК OD=3.76 mm, OS=3.66 mm.

Динамика веретена Крукенберга стабильная.

Результаты. Кроме стандартных офтальмологических обследований были проведены дополнительные обследования: периметрия – поля зрения в пределах нормы; оптическая когерентная томография (ОКТ) заднего отрезка глаза – архитектура сетчатки сохранена, толщина роговицы OD=576 нм, OS=578 нм. Пациентке назначен курс антиоксидантной терапии с последующим динамическим наблюдением.

Заключение. Таким образом, описанный клинический случай демонстрирует типичное течение редкой разновидности синдрома пигментной дисперсии с асимметричным течением на правом и на левом глазу. Раннее выявление и лечение СПД позволяет предотвратить развитие пигментной глаукомы и сохранить зрительные функции.