

Литература:

1. Балабанова, Р. М. Энтеозиты: диагностика, лечение / Р. М. Балабанова // РМЖ. – 2012. – № 11. – С. 538-540.
2. Криницына, Ю. М. Опыт применения генно-инженерного биологического препарата секукинумаб у пациента с псориазом ногтей / Ю. М. Криницына, В. В. Онищенко // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2018. – № 5. – С. 60-64.
3. Платонова, А. В. Псoriатическая ониходистрофия: клинические проявления (часть 1) / А. В. Платонова, А. С. Жуков // Вестник дерматологии и венерологии. – 2018. – 94(6). – С.7-14.
4. Schons, K.R. Nail psoriasis: a review of the literature/ K.R. Schons, C.F. Knob // An. Bras. Derm. – 2014. – Vol. 89, № 5. – P. 312-317.

EXPERIENCE IN USING ULTRASOUND DIAGNOSTICS IN PATIENTS WITH PSORIATIC ONYCHODYSTROPHY

Sicora A. V., Tikhonovskaya I. V.

«Novopolotsk city hospital», Skin-veneriologic clinic, Novopolotsk
sicoraalena@mail.ru

Ultrasound examination of distal interphalangeal joints is an informative and safe diagnostic method in patients with psoriatic onychodystrophy without visible clinical and radiological signs of arthritis. The aim of the study was an ultrasound assessment of distal interphalangeal joints in patients with nail psoriasis without visible clinical, biochemical and radiological signs of arthritis. Clinical, dermatoscopic, x-ray, ultrasound and biochemical methods were used to study 40 patients (19 with nail psoriasis and 2 with psoriasis without nail damage), 19 people from the control group. The average age of patients was 45.9 ± 16.5 , PASI index was 32.4 ± 18.6 , NAPSI — 60.2 ± 39.3 . The thickness of distal interphalangeal extensor tendons in patients with psoriatic onychodystrophy was 3.4 ± 1.8 mm, in healthy patients — 1.04 ± 0.29 mm.

РОЛЬ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО РЕТИНОИЗИСА В РАЗВИТИИ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

^{1,2}*Скрыпник О. В.,¹Качан Т. В.,¹Марченко Л. Н.,¹Далидович А. А.*

¹*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

²*УЗ «3 городская клиническая больница имени Е.В. Клумова», г. Минск*

olgaskrypnik1986@gmail.com

Введение. Дифференциальная диагностика ретиноизиса (РШ) и регматогенной отслойки сетчатки (РОС) актуальна в связи с необходимостью

определения дальнейшей тактики лечения, от которой зависят зрительные функции пациента. При ретинонозисе, в отличие от отслойки сетчатки, расслоение ретины происходит на уровне 5-6 или 9 слоев как следствие дистрофических процессов или пороков ее развития [1, 2]. При отслойке сетчатки отделяется ее второй слой от первого, то есть фоторецепторный слой от пигментного эпителия за счет попадания жидкости из полости стекловидного тела. Аблация ретины при распространении процесса до макулярной области вызывает необратимое снижение остроты зрения [3], а изолированный ретинонозис чаще всего не несет потенциальной угрозы зрительным функциям пациента. При наличии дефектов во внутреннем либо наружном листках ретинонозиса он может привести к отслойке сетчатки в результате переноса через разрыв некоторой части жидкостного компонента стекловидного тела после синерезиса в пространство под наружным слоем [4]. Таким образом, отслойка сетчатки и ретинонозис требуют принципиально разных подходов к лечению пациента: срочного хирургического лечения при отслойке сетчатки и динамического наблюдения или лазерной коагуляции при ретинонозисе.

Цель исследования – установить клинические особенности РШ.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 69 глаз 59 пациентов с периферическим расслоением сетчатки в возрасте 59,0 (18,0-81,0) (Ме (25%-75%)) лет, 23 мужчины (38,9%) и 36 женщин (61,1%). Анализировали результаты осмотра с фундус-линзой, ОКТ, В-скана. При осмотре глазного дна с фундус-линзой устанавливали локализацию процесса, В-скан регистрировал высоту и протяженность патологии, а исследование ОСТ в режиме свободного Line-сканирования позволяло установить уровень расслоения ретины и, в конечном итоге, – окончательный диагноз.

Результаты. При проведении осмотра глазного дна с фундус-линзой и В-сканирования в 49 глазах (71,1%) был выявлен ретинонозис, в 20 глазах (28,9%) обнаружена отслойка сетчатки. При дополнительном использовании ОКТ у этих пациентов наличие отслойки сетчатки верифицировано в 39 глазах (56,5%). Таким образом, дополнение стандартного обследования оптической когерентной томографией позволило изменить диагноз на ретинальную отслойку в 19 глазах (27,5%), в которых предварительно был установлен ретинонозис (таблица).

Таблица – Количество глаз с ретинонозисом и отслойкой сетчатки по данным стандартного обследования и стандартного обследования, дополненного ОКТ (%), абс.

	Стандартное обследование (n=69)	Стандартное обследование + ОКТ (n=69)
Отслойка сетчатки	(28,9) 20	(56,5) 39
Ретинонозис	(71,1) 49	(43,5) 30
Статистическая значимость различий	$\chi^2=10,7$, $p<0,01$	

Кроме того, в 10 глазах (14,5%) имело место сочетание ретинонодистоза и отслойки сетчатки, по данным ОКТ, при этом ретинонодистоз маскировал аблацию ретины при офтальмоскопическом способе диагностики. В 14 глазах (20,0 % случаев) процесс носил двусторонний характер. Расслоение сетчатки на уровне наружного пlexiformного слоя, что характерно для дегенеративного ретинонодистоза, определено в 23 глазах (33,0% случаев), на уровне слоя нервных волокон сетчатки в 26 глазах (38,0% случаев). Из 10 глаз, в которых ретинонодистоз сочетался с отслойкой сетчатки, в 10 глазах (100,0%) расслоение определено на уровне наружного пlexiformного слоя. В 7 глазах (70,0%) случаев сочетания ретинонодистоза и отслойки сетчатки выявлены разрывы наружного слоя ретинонодистоза, что является достоверным фактором риска развития отслойки сетчатки. В 60 глазах (87,0% случаев) отслоечный процесс локализовался в наружных сегментах и лишь в 9 глазах (13,0%) изменения обнаружены во внутренних сегментах.

Выводы:

1. Оптическая когерентная томография является единственным способом дифференциальной диагностики РШ и РОС при их сочетании.
2. Наличие ретинонодистоза на уровне наружного пlexiformного слоя является фактором риска развития отслойки сетчатки
3. Разрывы в наружном слое ретинонодистоза повышают риск развития отслойки сетчатки

Литература:

1. Астахов Ю. С., Луковская Н. Г. Ретинонодистоз. 1. Диагноз, классификация, методы исследования // Вестник офтальмологии. 2004 - 120(1). - С. 26-29.
2. Lewis H. Peripheral retinal degenerations and the risk of retinal detachment. Am J Ophthalmol, 2003 Jul; 136(1):155-60
3. Steel D. Retinal detachment. BMJ ClinEvid. 2014 Mar 3; 2014. pii: 0710
4. Kuhn F., Aylward B. Rhegmatogenous retinal detachment: a reappraisal of its pathophysiology and treatment. OphthalmicRes. 2014;51(1):15-31.

**THE ROLE OF DEGENERATIVE RETINOSHISIS IN THE DEVELOPMENT
OF RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT**

^{1,2}*Skrypnik O. V.*, ¹*Kachan T. V.*, ¹*Marchenko L. N.*, ¹*Dalidovich A. A.*

¹*Belarusian State Medical University, Minsk*

²*«3 city clinical hospital named E.V. Klumov», Minsk*

Olgaskrypnik1986@gmail.com

Purpose of the study: to establish the clinical features of retinoschisis. The study included 69 eyes of 59 patients. The differential diagnosis of retinoschisis and retinal detachment at that group of patients was difficult. Patients were examined in "3 City