

## ИЗМЕНЕНИЕ СЕТЧАТКИ ПРИ МИОПИЧЕСКОЙ МАКУЛОПАТИИ

Петрова Е. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Солодовникова Н. Г.

**Актуальность.** В мире к 2050 году прогнозируется увеличение людей с миопией до 4,8 млрд человек (49,8%), в Европе – до 56,2% [1]. Данное заболевание занимает со 2 по 5 место в структуре инвалидности европейских стран. Ведущую роль при этом играет патологическая миопия с поражением центральной зоны сетчатки – миопическая макулопатия. Современные приборы визуализации позволяют улучшить качество диагностики и лечения данного заболевания.

**Цель.** Изучить изменение макулярной зоны сетчатки при патологической миопии.

**Методы исследования.** Исследование включало 52 глаза (26 пациентов) с диагнозом осложненная (патологическая) миопия и выполнено в отделении микрохирургии глаза УЗ «Гродненская университетская клиника». В исследование включались пациенты с рефракцией более 6,0Д и длиной глаза более 24,0 мм. Пациенты разделены на 3 группы в зависимости от клинической рефракции и размера передне-задней оси (ПЗО) глазного яблока. Средний возраст пациентов – 48,5 лет. Мужчин – 9, женщин – 17. В каждой группе оценивали наличие атрофического компонента, тракционных изменений и хориоидальной васкуляризации в сетчатке. Выполнялось комплексное офтальмологическое обследование: визометрия, авторефрактометрия, биометрия, фоторегистрация глазного дна на фундус-камере, оптическая когерентная томография (ОКТ) макулярной зоны сетчатки на приборе «SOCT Copernicus» компании «Carl Zeiss». По снимкам визуализировали патологические изменения, по ОКТ оценивали структурные изменения сетчатки.

**Результаты и их обсуждение.** В 1 группе (22 глаза) рефракция от -6,0 Д до -8,0 Д, длина глаза (ПЗО) составила от 24,6 до 26,0 мм. Максимальная корригированная острота центрального зрения (МКОЗ) 0,7-1,0. При фоторегистрации отсутствовали изменения в макулярной зоне – 39%, паркетное глазное дно – 32%, диффузная атрофия – 25%, очаговая атрофия – 4%. По данным ОКТ, архитектура макулярной зоны в 94% случаев не изменена. При наличии очаговой атрофии в макулярной зоне МКОЗ снижалась до 0,01-0,02.

Во 2 группе (18 глаз) рефракция от -8,0 до -15,0Д, ПЗО 26,0-28,0 мм, отмечалось снижение МКОЗ до 0,08-06. Паркетное глазное дно – 48% (8 глаз), диффузная хориоидальная атрофия – 24%(4 глаза), очаговая хориоидальная атрофия – 12% (2 глаза), ретиношизис – 8%, ретиношизис с макулярными разрывами – 3%, эпиретинальная мембрана – 4%, без изменений – 2%. По данным ОКТ, при фовеолярном ретиношизисе увеличивалась толщина сетчатки за счет деформации профиля сетчатки, увеличения толщины наружного сетчатого слоя и появления в нем щелевидных полостей на фоне «конкав-деформации» заднего полюса. Средняя толщина сетчатки в макулярной зоне – 228 мкм. В 3 группе (12 глаз) рефракция от -8,0Д до -18,0 Д, ПЗО – 29,0-31,0 мм, МКОЗ – 0,02-0,1.

Миопическая хориоидальная неоваскуляризация локализовалась в одном глазу, в парном– очаговая атрофия. Лаковые трещины наблюдались в 92%, которые сочетались с диффузной атрофией в 36%, с очаговой атрофией – в 24%, пятно Фукса – 18%. По данным ОКТ, неоваскулярная мембрана чаще локализовалась субфовеально, на 2 глазах неактивного типа, на 3 глазах – чаще активный тип. По данным ОКТ, диагностированы разрывы в мембране Бруха, пигментном эпителии сетчатки.

**Выводы.** Увеличение длины глаза более 28,0 мм является наиболее неблагоприятным фактором в развитии миопической макулопатии у пациентов старше 40 лет. Для диагностики морфофункциональных нарушений макулярной зоны сетчатки в виде трещин в мембране Бруха, миопической хориоидальной неоваскуляризации, пятна Фукса, очаговой атрофии и миопического фовеошизиса наиболее информативен метод ОКТ, при котором возможно оценить особенности ретинальных изменений на ранних стадиях патологического процесса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Маркосян, Г. А. Изменения глазного дна при патологической миопии / Г. А. Маркосян [и др.] // РМЖ. –Клиническая офтальмология. – 2019. – Т. 19, №. 2. – С. 99–104.

## ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ

**Плескацевич М. В., Сахарчук А. Д.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Обухович А. Р.

**Актуальность.** Сахарный диабет (СД), по оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), занимает ведущее место среди неинфекционной патологии и является заболеванием, которое негативно