

*М. Ю. Шестовец*  
**АНАЛИЗ СОЧЕТАННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ  
У ПАЦИЕНТОВ С РЕТИНОШИЗИСОМ**

*Научный руководитель ассистент кафедры оториноларингологии  
с курсом офтальмологии Е. В. Конопляник*

*Кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии,  
Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель*

*Резюме. В статье изучена клинико-морфологическая характеристика ретиношизиса и со-*

*четанная офтальмологическая патология у 56 пациентов (72 глаза), проходивших лечение ретиношизиса в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ и ЭЧ» за 2011 – 2014 годы.*

**Ключевые слова:** ретиношизис, миопическая рефракция, локализация, осложнения ретиношизиса

**Resume.** *In the article clinical and morphological characteristics of retinoschisis and concomitant ophthalmic pathology are studied in 56 patients ( 72 eyes ), who were treated in the Department of Eye Microsurgery State Institution «РНПЦ и ЭЧ» for 2011 – 2014 years.*

**Keywords:** *retinoschisis, myopic refraction, location, complications, concomitant ophthalmic*

**Актуальность.** Термин «ретиношизис» был предложен М. Z. Wilczek в 1935 году, а в 1956 году К. Hruby осуществил полное клиническое описание этого патологического процесса. Частота встречаемости ретиношизиса в мире составляет около 16% (Buch H., Vinding T., Nielsen N. V., 2007). Однако в последние годы отмечается тенденция к росту числа пациентов с этой патологией. В основе патогенеза ретиношизиса лежит повышение проницаемости стенки сосудов сетчатки. В результате скопления интравитреальной жидкости происходит расхождение слоев сетчатки. Согласно классификации Н. Г. Луковской и Ю. С. Астахова (2003) по форме выделяют плоский и буллезный ретиношизис, по локализации – центральный (фовеошизис) и периферический ретиношизис, который чаще располагается в верхне-наружном и нижне-наружном отделах глазного дна [1, 2]. Течение ретиношизиса может быть стационарным с рубцеванием сетчатки, прогрессирующим без демаркации с неровными границами и осложненным. Осложненное течение ретиношизиса предполагает развитие разрывов слоев сетчатки (в 4% случаев), отслойки сетчатки (в 1% случаев) (Чекина А. Ю., 2009) и кровоизлияния в стекловидное тело (в 4% случаев, Ulrich Kellner, 1990) [3]. Осложнения опасны развитием фиброзных изменений в сетчатке, витреоретинальных тракций и гибели ретинальных структур. Это приводит к выпадению полей зрения, а также к снижению остроты зрения, вплоть до его полной потери. Наличие осложнений, форма и локализация ретиношизиса определяют выбор метода лечения, поэтому при постановке диагноза необходимо учитывать его клинико-морфологическую характеристику. Течение ретиношизиса у большинства пациентов бессимптомное, следовательно, данную патологию часто обнаруживают уже при развитии осложнений или манифестации других офтальмологических патологий. Ретиношизис выявляется в сочетании с такими заболеваниями, как дистрофия сетчатки, возрастная макулопатия, глаукома, сосудистые нарушения, диабетическая ретинопатия, витреальная деструкция, а также миопия.

**Цель:** Оценить клинико-морфологическую характеристику ретиношизиса, а так же сочетанную офтальмологическую патологию у пациентов, проходивших лечение ретиношизиса в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ и ЭЧ» за 2011 – 2014 годы.

**Задачи:**

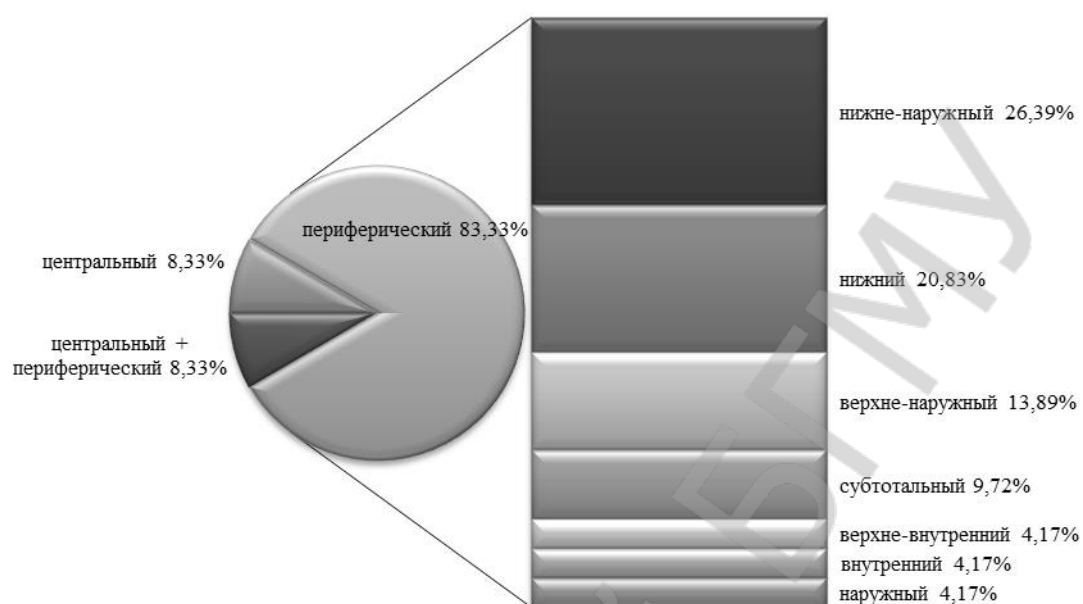
1. Оценить форму ретиношизиса.
2. Оценить локализацию ретиношизиса.

3. Определить наличие осложнений ретиношизиса.

4. Определить сочетанную офтальмологическую патологию у пациентов в изученной группе.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ амбулаторных и стационарных карт пациентов, проходивших лечение ретиношизиса в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ и ЭЧ» за 2011 – 2014 годы. Всего под наблюдением находилось 56 пациентов (72 глаза). Среди них 23 мужчины (41,07%) и 33 женщины (58,93%). Средний возраст пациентов составил  $50 \pm 17,6$  лет. Миопическая рефракция выявлена в 59 глазах (81,94%), гиперметропическая – в 12 глазах (16,67%) и эметропическая – в 1 глазу (1,39%). Ретиношизис обоих глаз наблюдался у 16 пациентов (28,57%).

**Результаты и их обсуждение.** Миопическая рефракция у пациентов с ретиношизисом встречалась значительно чаще, чем гиперметропическая и эметропическая ( $p < 0,05$ ). В изученной группе пациентов по форме преобладал плоский ретиношизис – 65 глаз, 90,28% ( $p < 0,05$ ). И лишь в 7 глазах (9,72%) наблюдалась буллезная форма. В большинстве случаев (60 глаз, 83,33%) ретиношизис локализовался на периферии глазного дна ( $p < 0,05$ ). Наиболее частые локализации: нижне-наружный квадрант – 19 глаз (26,39%), нижний отдел – 15 глаз (20,83%) и верхне-наружный квадрант – 10 глаз (13,89%). С одинаковой частотой (4,17%) ретиношизис локализовался в верхне-внутреннем, нижне-внутреннем и наружном квадрантах. Центральный ретиношизис обнаружен в 8,33% случаев, сочетание центрального и периферического – в 8,33% случаев. Диагноз субтотальный ретиношизис был выставлен в 9,72% случаев (рисунок 1).



**Рисунок 1** – Локализация ретиношизиса у пациентов, проходивших лечение в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ и ЭЧ» за 2011 – 2014 годы

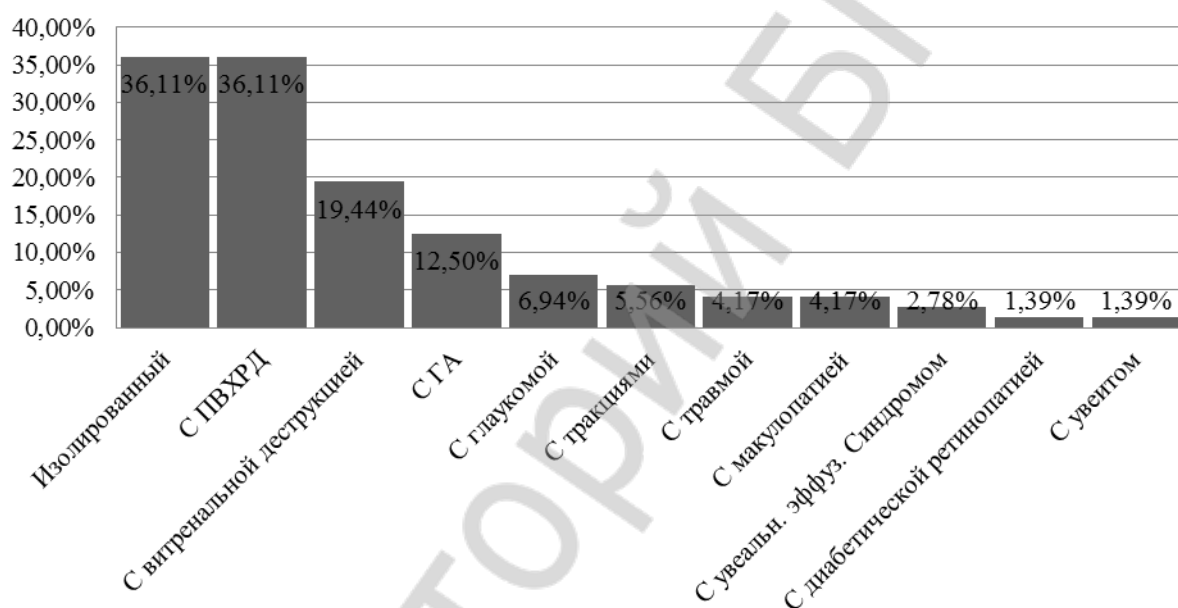
Осложненное течение ретиношизиса встречалось в 51,38% (37 глаз). В 23 глазах (31,94%) ретиношизис осложнился разрывами слоев сетчатки. С одинаковой частотой (6 глаз – 8,33%) наблюдалась шизис-ассоциированная отслойка сетчатки и ее сочетание с разрывами. Кровоизлияние в стекловидное тело выявлено в двух глазах (2,78% случаев) (рисунок 2).



**Рисунок 2** – Осложнения ретиношизиса у пациентов, проходивших лечение в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ и ЭЧ» за 2011 – 2014 годы

Изолированный ретиношизис диагностирован в 26 случаях (36,11%). Сочета-

ние ретиношизиса с другими офтальмологическими патологиями выявлялось в 46 случаях (63,89%). Распространенность таких патологий, как периферическая витреохориоретинальная дистрофия и витреальная деструкция среди пациентов с ретиношизисом составила 36,11% и 19,44% соответственно. Частота встречаемости ретиношизиса совместно с гипертонической ангиопатией составила 12,5%, с глаукомой – 6,94%, с витреоретинальными тракциями – 5,56%, с травмой – 4,17%, с сухой формой макулопатии – 4,17%, с увеальным эффузионным синдромом – 2,78%, с диабетической ретинопатией – 1,39% и с увеитом – 1,39%. Сочетание ретиношизиса с одной патологией наблюдалось в 29 глазах (40,28%), с двумя – в 14 глазах (19,44%), с тремя – в 3 глазах (4,17%).



**Рисунок 3** – Сочетанная офтальмологическая патология у пациентов, проходивших лечение в отделении микрохирургии глаза ГУ «РНПЦ и ЭЧ» за 2011 – 2014 годы

### Выводы

1. Пациенты с ретиношизисом значительно чаще имели миопическую рефракцию – 81,94% случаев ( $p < 0,05$ ).
2. Наиболее часто встречался плоский ретиношизис – 90,28% случаев ( $p < 0,05$ ).
3. В изученной группе пациентов преобладал периферический ретиношизис – 83,33% ( $p < 0,05$ ). Наиболее частыми локализациями были: нижне-наружный квадрант – 19 глаз (26,39%), нижний отдел – 15 глаз (20,83%) и верхне-наружный квадрант – 10 глаз (13,89%).
4. Осложнения ретиношизиса встречались у 51,38% пациентов (37 глаз). Наиболее частым осложнением являлись разрывы слоев сетчатки, которые обнаружены в 23 глазах (31,94%).

5. У пациентов с ретиношизисом в 63,89% случаях выявлялись сочетанные офтальмопатологии. Наиболее частые из них – периферическая дистрофия сетчатки (36,11%) и витреальная деструкция (19,44%).

*M. Y. Shestovets*

**CONCOMITANT OPHTHALMIC PATHOLOGY IN PATIENTS WITH  
RETINOSCHISIS**

*Tutor assistant E. V. Konoplyanik*

*Department of otorinolarynhology with Ophthalmology course,  
Gomel State Medical University, Gomel*

**Литература**

1. Дравица, Л.В. Опыт применения Окувайт Лютеина при миопическом ретиношизисе / Л.В. Дравица, Н.М. Самохвалова, Ж.И. Ленкова // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии – 2012: материалы междунар. науч.-практ. конф., Москва, 22-23 марта 2012 г. / под общ. ред. проф. Б.Э.Малюгина. – М., 2012. – С.75.
2. Byer, N.E. Perspectives on the management of the complication of senile retinoschisis / N E Byer // Eye. – 2002. – №16. – С.359-364.
3. Ретиношизис: Особенности клиники. Диагностика. Случаи из практики / А.Ю. Чекина, Н.И. Романовская, А.В. Савич, В.В. Кривоносов, С.В. Чекин, М.Ф. Джумова // Искусство медицины. – 2009. – №9. – С.76-80.