

Медико-биологические проблемы жизнедеятельности

Научно-практический рецензируемый журнал

№ 3(35)

2025 г.

Учредитель

Государственное учреждение
«Республиканский научно-
практический центр
радиационной медицины
и экологии человека»

Журнал включен в

Перечень научных изданий
Республики Беларусь
для опубликования
диссертационных исследований
по медицинской
и биологической
отраслям науки
(31.12.2009, протокол 25/1)

Журнал зарегистрирован

Министерством информации
Республики Беларусь,
Свид. № 762 от 6.11.2009

Подписано в печать 19.09.25
Формат 60×90/8. Бумага мелованная.
Гарнитура «Times New Roman».
Печать цифровая. Тираж 100 экз.
Усл. печ. л. 14,0. Уч.-изд. л. 8,05.
Зак. 260.

Издатель ГУ «Республиканский
научно-практический центр
радиационной медицины
и экологии человека»
Свидетельство N 1/410 от 14.08.2014

Отпечатано в
КУП «Редакция газеты
«Гомельская праўда»
г. Гомель, ул. Полесская, 17а

ISSN 2074-2088

Главный редактор, председатель редакционной коллегии

А.В. Рожко (д.м.н., профессор)

Редакционная коллегия

В.С. Аверин (д.б.н., профессор), В.В. Аничкин (д.м.н., профессор),
В.Н. Беляковский (д.м.н., профессор), К.Н. Буздакин (к.т.н.,
доцент), Н.Г. Власова (д.б.н., профессор, научный редактор),
А.В. Величко (к.м.н., доцент), И.В. Веякин (к.б.н., доцент),
Н.Н. Веякина (к.б.н., отв. секретарь), А.В. Воропаева (к.б.н.,
доцент), Д.И. Гавриленко (к.м.н.), М.О. Досина (к.б.н., до-
цент), А.В. Жарикова (к.м.н.), С.В. Зыблева (д.м.н., доцент),
С.А. Игумнов (д.м.н., профессор), А.В. Коротаев (к.м.н.,
доцент), А.Н. Лызилов (д.м.н., профессор), А.В. Макарьич
(к.м.н., доцент), С.Б. Мельнов (д.б.н., профессор), В.М. Мицура
(д.м.н., профессор, зам. гл. редактора), Я.Л. Навменова (к.м.н.,
доцент), И.А. Новикова (д.м.н., профессор), Э.Н. Платошкин
(к.м.н., доцент), Э.А. Повелица (к.м.н.), А.С. Подгорная
(к.м.н.), Ю.И. Рожко (к.м.н., доцент), И.П. Ромашевская
(к.м.н., доцент), А.П. Саливончик (к.б.н.), А.Е. Силин (к.б.н.,
доцент), А.Н. Стожаров (д.б.н., профессор), И.О. Стома (д.м.н.,
профессор), Р.М. Тахауов (д.м.н., профессор), Н.И. Шевченко
(к.б.н., доцент), Ю.И. Ярец (к.м.н., доцент)

Редакционный совет

А.В. Аклеев (д.м.н., профессор, Челябинск), О.В. Алейникова
(д.м.н., чл.-кор. НАН РБ, Минск), С.С. Алексанин (д.м.н.,
профессор, Санкт-Петербург), Е.Л. Богдан (Минск),
Л.А. Бокерия (д.м.н., академик РАН и РАМН, Москва),
А.Ю. Бушманов (д.м.н., профессор, Москва), И.И. Дедов
(д.м.н., академик РАМН, Москва), В.И. Жарко (Минск),
К.В. Котенко (д.м.н., профессор, Москва), В.Ю. Кравцов
(д.б.н., профессор, Санкт-Петербург), Н.Г. Кручинский (д.м.н.,
профессор, Пинск), Т.В. Мохорт (д.м.н., профессор, Минск),
В.Ю. Рыбников (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), А.Л. Усс
(д.м.н., профессор, Минск), В.А. Филонюк (д.м.н., профессор,
Минск), Р.А. Часнойть (к.э.н., Минск), В.Д. Шило (Минск)

Технический редактор

С.Н. Никонович

Корректор

Н.Н. Юрченко

Адрес редакции 246040 г. Гомель, ул. Ильича, д. 290,
ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», редакция журнала
тел (0232) 38-95-00, факс (0232) 37-80-97
<http://www.mbp.rcrm.by> e-mail: mbp@rcrm.by

© Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека», 2025

№ 3(35)

2025

Medical and Biological Problems of Life Activity

Scientific and Practical Journal

Founder

Republican Research Centre
for Radiation Medicine
and Human Ecology

Journal registration
by the Ministry of information
of Republic of Belarus

Certificate № 762 of 6.11.2009

© Republican Research Centre
for Radiation Medicine
and Human Ecology

ISSN 2074-2088

Медико-биологические проблемы**Medical-biological problems**

И.В. Веялкин, С.Л. Ачинович, И.Л. Кравцова, И.В. Ковалев, Е.А. Никиташина, А.А. Россол, Э.А. Надыров

Разработка и валидация номограммы, прогнозирующей неблагоприятный исход рака прямой кишки у пациентов на I–III стадии заболевания

6

I.V. Veyalkin, S.L. Achinovich, I.L. Kravtsova, I.U. Kavaleu, L.A. Nikitashina, A.A. Rasol, E.A. Nadyrov

Development and validation of a nomogram predicting unfavorable outcomes in patients with stage I–III rectal cancer

Н.Г. Власова, К.Н. Буздалькин, Е.К. Нилова
Прогноз доз облучения работников при возврате земель в использование

13

N.G. Vlasova, C.N. Bouzdalkin, E.K. Nilova
Forecast of radiation doses to workers during the return of land to use

М.В. Линков, И.В. Веялкин, Ж.М. Козич, Е.С. Евсейчик, Н.Н. Усова

Эпидемиологическая сводка по множественной миеломе в Гомельской области и Республике Беларусь за последние 15 лет

19

M.V. Linkou, I.V. Veyalkin, Zh.M. Kozich, K.S. Yauseichyk, N.N. Usova

Epidemiological summary of multiple myeloma in the Gomel region and the Republic of Belarus over the past 15 years

Е.Г. Фомина, Е.Е. Григорьева, В.В. Зверко, А.Д. Коржеева

Сравнительный анализ экспрессии ключевых белков для инфицирования коронавирусом клеточных культур различного происхождения

27

E.G. Fomina, E.E. Grigorieva, V.V. Zverko, A.D. Korzheeva

A comparative analysis of the expression of key proteins involved in the entry of coronavirus into different types of cell cultures

Е.Г. Юркина, С.И. Кривенко, Е.А. Примакова, Е.А. Назарова, А.А. Сыманович, Н.И. Дедюля, И.А. Романова, Е.А. Янушевская, В.В. Смольникова, Д.Ю. Ефимов

Сравнительный анализ продукции растворимых факторов мезенхимальными стволовыми клетками плацентарно-пуповинного комплекса, жировой ткани и костного мозга

34

E.G. Yurkina, S.I. Krivenko, E.A. Primakova, E.A. Nazarova, A.A. Symanovich, N.I. Dedyulya, I.A. Romanova, E.A. Yanush-evskaya, V.V. Smolnikova, D.Yu. Efimov

Comparative analysis of the production of soluble factors by mesenchymal stem cells of the placenta-umbilical cord complex, adipose tissue and bone marrow

M. Ghaith, A.G. Sysa, E.P. Zhyvitskaya

Phenobarbital-induced CD4⁺ up-regulation predicts seizure reduction in epilepsy

42

М. Гаит, А.Г. Сыса, Е.П. Живицкая

Фенобарбитал-индуцированное повышение уровня CD4⁺-лимфоцитов предсказывает снижение частоты приступов при эпилепсии

Клиническая медицина**Clinical medicine**

- Т.В. Бобр, О.М. Предко, И.И. Бутько**
Клинический случай интравитреальной гематомы при буллезном ретиношизисе 49
- А.В. Доманцевич**
Взаимосвязь стадии множественной миеломы, типа остеодеструктивного поражения и костной плазмцитомы: взгляд лучевого диагноста 55
- М.В. Белевцев, С.О. Шарапова, И.Е. Гурьянова, Ю.С. Жаранкова, Е.А. Полякова, С.Н. Алешкевич, И.С. Сакович, А.Н. Купчинская, Т.П. Володашик, Е.Я. Скоповец, В.Р. Вертелко, П.Ю. Бобрик, М.Г. Шитикова, Д.А. Цеханович, Л.В. Жерко, Т.А. Углова, А.В. Солнцева, А.П. Саливончик, С.В. Зыблева, О.М. Хурс, О.В. Прибушеня**
Регистр первичных иммунодефицитов в Республике Беларусь: 20-летний опыт 63
- О.В. Пархоменко, Э.А. Повелица, А.С. Князюк, В.А. Доманцевич, А.М. Шестерня**
К вопросу реваскуляризации полового члена и операции Virag 75
- А.С. Подгорная, А.Ю. Захарко, О.В. Мурашко, В.Н. Калачев**
Синдром внутрисосудистой абсорбции как осложнение оперативной гистероскопии 81
- А.В. Рожко, В.А. Рожко, И.Г. Савастеева**
Риски клинической манифестации сахарного диабета 2 типа у населения трудоспособного возраста 89
- И.П. Ромашевская, С.А. Ходулева, А.Н. Демиденко, Е.Ф. Мицура, Е.В. Борисова**
Гематологические проявления парвовирусной В19 инфекции у детей 96
- T. Bobr, O. Predko, I. Butko**
A clinical case of intraretinal hematoma in bullous retinoschisis
- A. V. Domantsevich**
The relationship between multiple myeloma stage, type of osteodestructive lesion, and bone plasmacytoma: a radiologist's perspective
- M. Belevtsev, S. Sharapova, I. Guryanova, Yu. Zharankova, E. Polyakova, S. Aleshkevich, I. Sakovich, A. Kupchinskaya, T. Volodashchik, E. Skopovets, V. Vertelko, P. Bobrik, M. Shitikova, D. Tsehanovich, L. Zherko, T. Uglova, A. Solntseva, A. Salivonchik, S. Zybлева, O. Hurs, O. Pribushenya**
Registry of primary immunodeficiencies in the Republic of Belarus: 20-year experience
- O.V. Parhomenko, E.A. Povelitsa, A.S. Kniaziuk, A.V. Domantsevich, A.M. Shesternja**
On the Issue of Penile Revascularization and the VIRAG Operation
- A.S. Podgornaya, A.Yu. Zaharko, O.V. Murashko, V.N. Kalachev**
Intravascular absorption syndrome as a complication of surgical hysteroscopy
- A.V. Rozhko, V.A. Rozhko, I.G. Savasteeva**
Risks of clinical manifestation of diabetes mellitus type 2 in the working-age population
- I. Romashevskaya, S. Khoduleva, A. Demidenko, E. Mitsura, E. Borisova**
Hematological manifestations of parvovirus B19 infection in children

Обмен опытом**Experience exchange**

Е.В. Родина, Д.И. Гавриленко, Н.И. Корженевская, О.А. Романива, А.П. Саливончик, Е.С. Тихонова, Л.А. Ткаченко

Место спекл-трекинг эхокардиографии в современной диагностике ишемической болезни сердца: разбор клинического случая

101

Tian-Qi He, Xu-Liang Xia, Zhi-Qiang Jiang

The Evolution of Thyroid Surgery in China: From Open Approach to Endoscopic Minimally Invasive Techniques

109

A. Rodzina, D. Haurlyenka, N. Karzhaneuskaya, A. Romaniva, A. Salivontchik, K. Tsikhanava, L. Tkachenka

The place of speckle tracking echocardiography in modern diagnostics of ischemic heart disease: analysis of a clinical case

Тяньци Хэ, Сюйлян Ся, Чжицян Цзян

Эволюция хирургии щитовидной железы в Китае: от открытого доступа к эндоскопическим малоинвазивным методам

УДК 617.735-007.281:617.747-003.215-071 Т.В. Бобр¹, О.М. Предко¹, И.И. Бутько²
DOI: 10.58708/2074-2088.2025-3(35)-49-54

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНТРАРЕТИНАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ПРИ БУЛЛЕЗНОМ РЕТИНОШИЗИСЕ

¹ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь;

²Клиника «НОВОМЕД», г. Гомель, Беларусь

В представленном клиническом случае описывается редкое осложнение ретиношизиса — кровоизлияние в буллезную полость, развившееся спустя 8 лет после изначального выявления дегенеративного ретиношизиса. Пациентка обратилась спустя месяц после появления «пятен» перед глазом. Врачами-специалистами у неё было выявлено кровоизлияние в буллезную полость (в верхнем отделе сетчатки). При этом острота зрения оставалась высокой (OU=1,0), а внутриглазное давление — в пределах нормы (Ро 11/12 мм рт.ст.). В дальнейшем произошёл перипапиллярный ретрогиалоидный прорыв кровоизлияния со стеканием крови в нижние отделы сетчатки с образованием интравитреальной гематомы. При отказе пациентки от оперативного лечения с течением времени (через 1 месяц) развился гемофтальм, а через 1,5 месяца — пролиферативный процесс с образованием витрео-макулярных тракций.

Ключевые слова: ретиношизис, гемофтальм, пролиферативный синдром, витрео-макулярные тракции

Ретиношизис — офтальмоскопически определяемое дегенеративное расслоение/расщепление сетчатки, сопровождающееся её кистозным перерождением, складчатостью, разрывами, отслойкой сетчатки, изменением стекловидного тела [1]. Врачами-специалистами отмечаются увеличение количества больных с ретиношизисом, варибельность его клинических проявлений и большие затруднения при диагностике и выборе тактики лечения. Ретиношизис подразделяют на первичный — наследственный (ювенильный), приобретённый (дегенеративный (сенильный) и миопический), и вторичный, причинами которого является ряд заболеваний [1]. Наиболее распространённый вариант — приобретённый периферический ретиношизис, распространённость которого составляет от 4 до 20% в мире [2].

Общий признак для всех видов ретиношизиса — расслоение сетчатки на уровне наружного ядерного слоя или между слоем нервных волокон и остальной частью нейросенсорной сетчатки. Дегенеративный

ретиношизис нередко является случайной находкой при осмотре глазного дна и во многих случаях представляет собой двухстороннее поражение [3]. Развитие его обусловлено интравитреальной кистозной дегенерацией периферической сетчатки. При дегенеративном ретиношизисе редко затрагивается макулярная зона и длительно сохраняется высокая острота зрения; заболевание характеризуется стабильным длительным течением [4].

Кистозные процессы при всех видах ретиношизиса чаще локализуется в нижне-наружном квадранте, а буллезный — в верхне-наружном. Как правило, на ранних этапах данной патологии пациенты не предъявляют жалоб [3]. Сужение полей зрения у таких пациентов свидетельствует о распространении шизиса к центральным отделам или о возникновении отслойки сетчатки. Дегенеративный ретиношизис фиксируется чаще у пожилых людей, связан с интравитреальной дегенерацией сетчатки и встречается чаще, чем его выявляют.

Флуоресцентная ангиография (ФАГ) выявляет обеднённость ретинальной сосудистой системы и микродефекты пигментного эпителия в зоне поражения. Считается, что в основе ретиношизиса лежат расстройства кровообращения в периферической и центральной (макулярной) зонах сетчатки, что приводит сначала к отёку ткани с расслаиванием элементов сетчатки, а затем — к дегенерации и гибели ретинальных структур. Лабильность в кровообращении чаще наблюдается у людей в возрасте старше 50 лет, имеющих различную сердечно-сосудистую патологию, что может объяснить повышение заболеваемости ретиношизисом среди лиц этой возрастной группы [5]. Чаще всего расслоение сетчатки происходит на уровне наружного ядерного слоя. При шизис-ассоциированных отслойках сетчатки чаще всего регистрируются разрывы наружного листка ретиношизиса. К хорошо известным осложнениям дегенеративного ретиношизиса относятся его заднее распространение, образование разрывов внутренних или наружных слоёв сетчатки и развитие отслойки сетчатки [4, 5].

Отслойка сетчатки является тяжёлым заболеванием органа зрения, которое при отсутствии лечения приводит к слепоте и слабождению. Это позволяет определить данную патологию как социально значимую. Единственный метод лечения — оперативный, причём — в максимально короткие сроки.

Иногда офтальмологи встречаются с осложнённым ретиношизисом, при котором имеются кровоизлияния в полость шизиса [6].

Целью исследования является представление редкого клинического случая течения кровоизлияния в полость ретиношизиса у пациентки с буллезным ретиношизисом.

Материал и методы исследования

Пациентка Р. 1962 года рождения впервые осматривалась лазерным хирургом ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и

экологии человека» (ГУ «РНПЦ РМиЭЧ») в 2017 году; был выставлен диагноз «периферический дегенеративный ретиношизис». На момент осмотра острота зрения обоих глаз — 1,0, внутриглазное давление (Po) — 11/12 мм рт.ст., поля зрения — в норме. Из сопутствующей патологии отмечались артериальная гипертензия (АГ 2, риск 3, Н0) и первичный гипотиреоз на фоне аутоиммунного тиреоидита (медикаментозно компенсированный).

В 2019 году пациентка проходила повторное исследование: состояние глаз и, в частности, сетчатки — без динамики. Следующее обращение женщины в ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» к лазерному хирургу было в феврале 2025 года с жалобами на появление плавающих пятен перед левым глазом. Из анамнеза: «Данная жалоба появилась месяц назад без видимых причин. К офтальмологу обратилась только спустя месяц — в клинику «Новамед», где был выставлен диагноз: правый глаз — «ретиношизис», левый — «ретинальное кровоизлияние? Разрыв сетчатки?» Рекомендовано: консультация лазерного хирурга, вобензим — по 1 таблетке 3 раза в день, инстилляции в конъюнктивальную полость 3% раствора эмоксипина. Назначения выполняла (со слов). Медикаментозные препараты, назначенные терапевтом и эндокринологом, со слов, принимает регулярно».

Было проведено полное офтальмологическое обследование, включающее: определение остроты зрения с коррекцией, ауторефрактометрию, измерение внутриглазного давления (пневмотонометрия), осмотр глазного дна с фундус-линзой и на фундус камере (Visucam 524, Zeiss), оптическую когерентную томографию сетчатки (ОКТ) на аппарате CIRRUS photo 600, Zeiss, ультразвуковое исследование (УЗИ) глаз на офтальмологическом А/В-сканере US-3300.

Результаты исследования

На момент осмотра лазерного хирурга ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в феврале 2025 года острота зрения обоих глаз (OU) — 1,0; Po=12/13 мм рт.ст. Придаточный аппарат

глаз в норме. Роговица прозрачная, передняя камера обычной глубины. Хрусталики уплотнены, отмечена деструкция стекловидного тела. Глазное дно правого глаза (OD): диск зрительного нерва (ДЗН) бледно-розовый, контурирован. Макулярный рефлекс сохранён. Артерии уплотнены, сужены, вены полнокровные. В нижних отделах — буллезный ретиношизис (на крайней и средней периферии) без повреждения листков сетчатки, в остальных отделах — мелкокистозная дегенерация.

Глазное дно левого глаза (OS): диск зрительного нерва бледно-розовый, контурирован. Макулярный рефлекс сохранён. Артерии уплотнены, сужены, вены полнокровные. В верхних отделах — буллезный ретиношизис (на крайней и средней периферии) с повреждением внутренних листков сетчатки на 11 часах (тампонирован кровью) и кровоизлиянием в полость шизиса (рисунок 1). В нижних отделах — на крайней периферии мелкокистозная дегенерация.

По данным ультразвукового исследования обоих глаз определяется буллезный ретиношизис без отслойки сетчатки, деструкция стекловидного тела. Изменения более выражены на левом глазу. На картине УЗИ левого глаза отмечается камерность ретиношизиса и мелкие эхопозитивные включения в его полости (рисунок 2).

Оптические среды обоих глаз пациентки были прозрачны, что позволило провести оптическую когерентную томографию

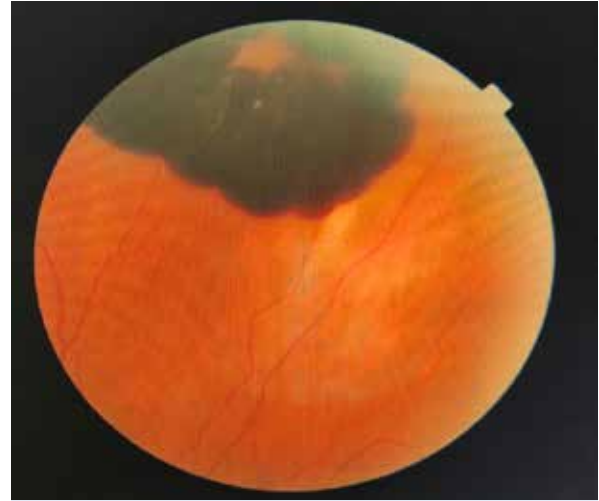


Рисунок 1 — Офтальмоскопическая картина патологической зоны сетчатки левого глаза (кровоизлияние в полость шизиса в верхнем отделе сетчатки)

сетчатки: по данным исследования архитектура макулярной зоны сохранена, все слои сетчатки дифференцируются, патологических очагов не выявлено (рисунок 3).

Толщина сетчатки OD/OS: в фовеа — 187/189 мкм, средняя толщина сетчатки — 272/274 мкм, слой нервных волокон сетчатки — 97/99 мкм соответственно. Объём макулярной зоны составил OD/OS=7,69/7,72 мм³. Все параметры находились в пределах нормальных величин.

Пациентка была осмотрена совместно с витреальным хирургом и, учитывая высокую остроту зрения, риски возможных осложнений, связанных со снижением остроты зрения, а также сомнение (боязнь) паци-

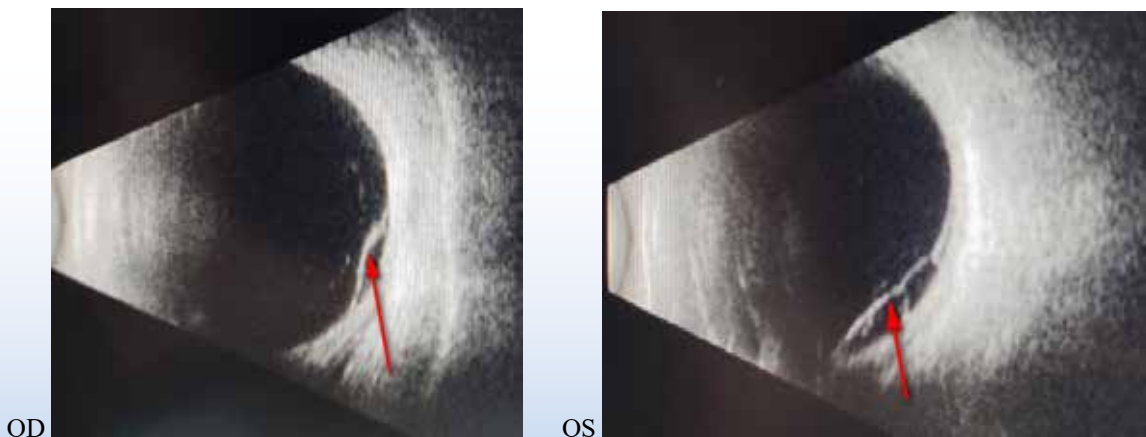


Рисунок 2 — Ультразвуковое исследование левого и правого глаза (стрелками указаны зоны ретиношизиса)

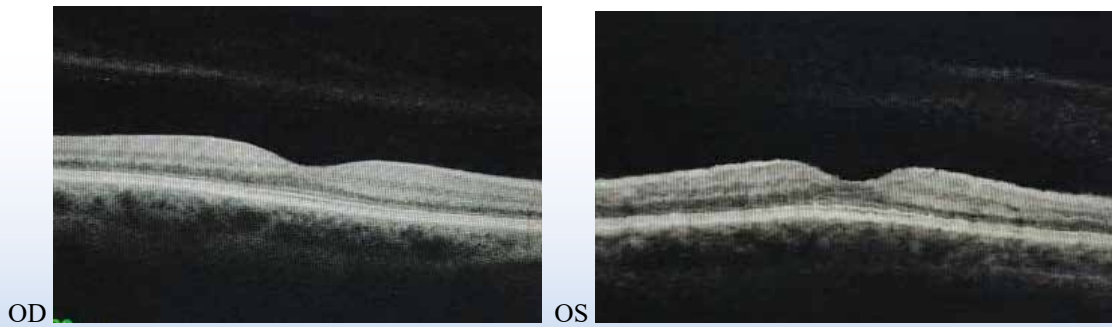


Рисунок 3 — Оптическая когерентная томография макулярной зоны левого и правого глаза

ентки, от оперативного вмешательства было решено воздержаться. Назначено: продолжить приём вобензима (до окончания курса, курс расписан на 4 недели), инстилляцию глазных капель эмоксипина и непафенака; сдача коагулограммы, биохимического и общего анализа крови; консультация терапевта и эндокринолога с целью (при необходимости) коррекции лечения сопутствующей патологии. Контрольный осмотр назначен через 1 месяц, при снижении остроты зрения — внеплановая явка.

Через 5 дней пациентка пришла на осмотр с жалобами на резкое снижение зрения левого глаза. Острота зрения OD/OS составила 1,0/0,6 соответственно; $P_o=11/13$ мм рт.ст. На момент осмотра состояние правого глаза без динамики. Состояние левого глаза: передний отрезок без изменений; глазное дно — диск зрительного нерва бледно-розовый, границы чёткие; перипапиллярно определяется ретрогидалоидное (стекающее) кровоизлияние (рисунок 4); макулярный рефлекс сглажен, точечные геморрагии; в верхних отделах — буллезный ретиношизис с повреждением внутренних листов сетчатки на 11 часах (тампонирован кровью) и интрабуллезным кровоизлиянием; частичный ретрогидалоидный прорыв крови со стеканием вниз с образованием в нижнем отделе преретинальной гематомы.

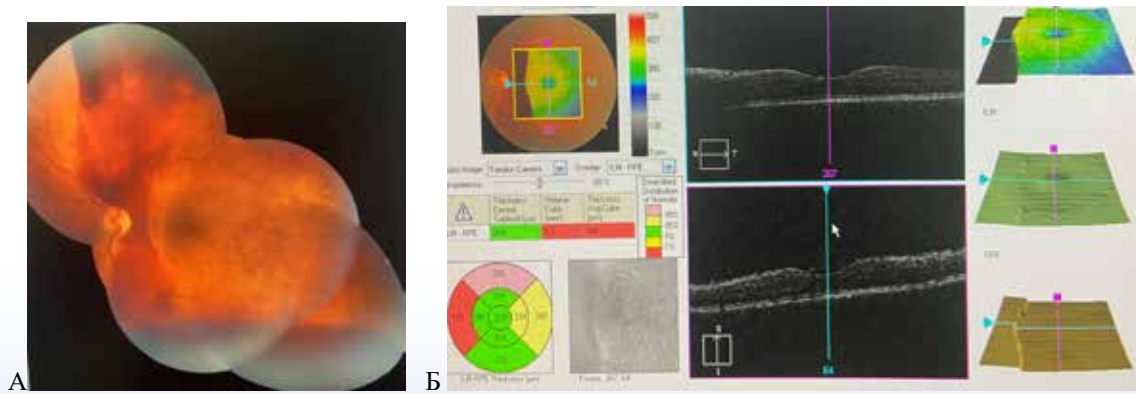
Толщина и объём сетчатки OS (по данным ОКТ) увеличились и составили: в фовеа — 246 мкм, средняя толщина макулярной зоны — 269 мкм, объём — 8,9 мм³.

Коагулограмма: МНО=1,0, АЧТВ=30 сек, протромбиновое время — 10 сек., фи-

бриноген — 2 г/л. Другую информацию пациентка не предоставила. Была осмотрена совместно с витреальным хирургом. Учитывая прогрессивное течение заболевания, пациентке был отменён вобензим и назначено оперативное вмешательство через 7 дней. Женщине было дано время на предоперационную подготовку. На момент осмотра с тактикой лечения (хирургией) пациентка была согласна, но в назначенный день на оперативное лечение не явилась.

На осмотр пришла спустя месяц. Всё это время пациентка принимала вобензим (самостоятельное решение). Состояние правого глаза прежние. Острота зрения левого глаза — движение тени у лица, $P_o=13$ мм рт.ст. Резкое снижение зрения пациентка отметила 2 недели назад; информацию об обращении к офтальмологу не предоставила. По данным ультразвукового исследования — гемофтальм. Из-за гемофтальма глазное дно не просматривалось. Осмотрена совместно с витреальным хирургом — учитывая «свежий» гемофтальм, на момент осмотра от оперативного лечения решено воздержаться. Предоставленные пациенткой лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи) — без особенностей. Заключение терапевта и эндокринолога не предоставила, приверженности к дальнейшему лечению не проявляла.

Через 1,5 месяца: острота зрения левого глаза — движение тени у лица, $P_o=14$ мм рт.ст.; роговица прозрачная, передняя камера нормальной глубины; глублежащие отделы не офтальмоскопируются; по данным УЗИ — субтотальный



А — фундускартина, Б — данные ОКТ
Рисунок 4 — Состояние сетчатки через 5 дней

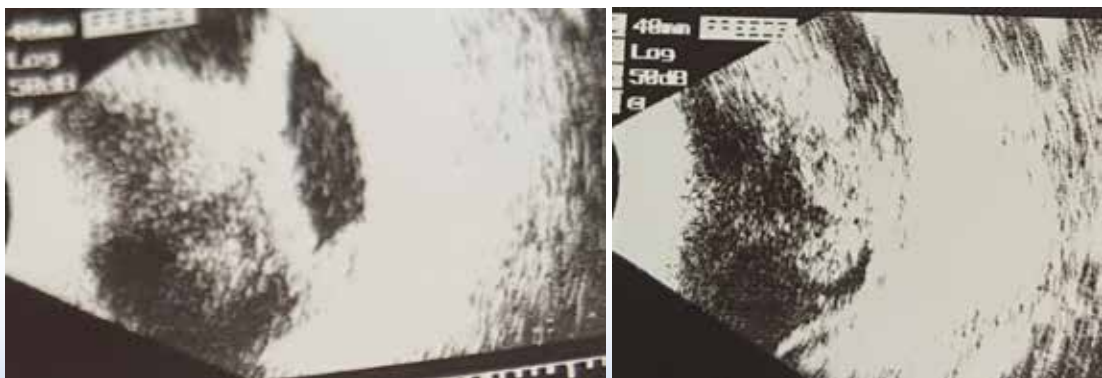


Рисунок 5 — Картина УЗИ левого глаза спустя 1,5 месяца

гемофтальм с образованием тяжёлой, крепящейся к сетчатке (рисунок 5).

В нижнем отделе — обширное преретинальное кровоизлияние (гематома). Назначена дата оперативного вмешательства (витреоретинальная хирургия). На оперативное лечение пациентка не явилась.

При витреоретинальной патологии глиальные клетки сетчатки, проникая в стекловидное тело, способствуют развитию клеточной пролиферации (пролиферативной витреоретинопатии (ПВР)). Проллиферации, фиксируясь к сетчатке, образуют тракции и способствуют развитию тракционной отслойки сетчатки. Развитие ПВР приводит к ряду структурных изменений, которые затрудняют проведение хирургического вмешательства и ухудшают анатомо-функциональные результаты лечения. При отсутствии хирургического лечения происходит прогрессирование процесса: развитие фиброза приводит к формированию воронкообразной отслойке

сетчатки. Кроме того, происходит развитие пролиферативного синдрома и в передних структурах глазного яблока, что приводит к отслойке цилиарного тела, гипотонии и субатрофии глазного яблока. Всё это означает слепоту на поражённый глаз.

Заключение

Данный клинический случай демонстрирует редкое течение ретиношизиса, осложнённое кровоизлиянием сначала в буллезную полость, а затем — в стекловидное тело с развитием пролиферативного процесса. Также следует отметить, что приверженность пациента к лечению играет немаловажную роль в сохранении зрительных функций глаза.

Библиографический список

1. Луковская, Н.Г. Ретиношизис. Этиопатогенез диагностика клиника лечение / Н.Г. Луковская, Ю.С. Астахов. – СПб. : ИПК «Бионт», 2008. – 112 с.
2. Ku, C.A. X-Linked Retinoschisis. / C.A. Ku, L.W. Wei, P.A. Sieving // Cold Spring Harbor perspec-

tives in medicine. – 2023. – Vol. 13, №9. – a041288. doi: 10.1101/cshperspect.a041288

3. Наш опыт хирургического лечения периферического ретиношизиса без захвата макулярной зоны методом эписклерального пломбирования / Д.О. Шкворченко, К.С. Норман, Е.С. Хрисанфова [и др.] // Российский офтальмологический журнал. – 2023. – Т. 16, № 3. – С. 100-103. <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2023-16-3-100-103>

4. Buch, H. Prevalence and long-term natural course

of retinoschisis among elderly individuals: the Copenhagen City Eye Study / H. Buch, T. Vinding, N.V. Nielsen // Ophthalmology. – 2007. – Vol. 114, №4. – P. 751-755.

5. Byer, N.E. Long-term natural history study of senile retinoschisis with implications for management / N.E. Byer. // Ophthalmology. – 1986. – Vol. 93, №9. – P. 1127-1137.

6. Луковская, Н.Г. Сенильный ретиношизис / Н.Г. Луковская, Ю.С. Астахов // РМЖ. Клиническая офтальмология. – 2001. – № 4. – С.159.

T. Bobr, O. Predko, I. Butko

A CLINICAL CASE OF INTRARETINAL HEMATOMA IN BULLOUS RETINOSCHISIS

This clinical case describes a rare complication of retinoschisis — hemorrhage into the bullous cavity — that developed 8 years after the initial diagnosis of degenerative retinoschisis. The patient presented one month after the appearance of «spots» before her eye. Specialists diagnosed hemorrhage into the bullous cavity (in the superior retina). Visual acuity remained high (OU=1.0), and intraocular pressure was within normal limits (Po 11/12 mmHg). Subsequently, a peripapillary retrohyaloid hemorrhage developed, with blood flowing into the inferior retina and forming an intraretinal hematoma. When the patient refused surgical treatment, hemophthalmos developed over time (after 1 month), and after 1.5 months, a proliferative process developed, resulting in vitreomacular tractions.

Key words: *retinoschisis, hemophthalmos, proliferative syndrome, vitreomacular tractions*

Поступила 12.07.2025