

лотипов «B18|C4», «B8|C3» и «B35|C4» выявлена дифференциально-диагностическая значимость для разграничения СКВ и РА. Посттестовая вероятность СКВ vs РА для этих гаплотипов возрастает в 1,9, 1,7 и 1,4 раза соответственно.

Таблица 4 — Частота встречаемости антигенов локуса DR у больных СКВ, РА и в контроле

Локус DR	СКВ		РА		Контроль	
	n	%	n	%	n	%
1	2	3	4	5	6	7
1	10	21,3	16	21,3	17	16,0
2	18	38,3	20	26,7	34	32,1
3	20	42,6 ¹	18	24,0	13	12,3 ¹
4	3	6,4 ²	34	45,3 ²	21	19,8
5	9	19,1	20	26,7	38	35,8
6	2	4,3 ³	11	14,7	26	24,5 ³
7	14	29,8	8	10,7	34	32,1
8	0	0,0	3	4,0	6	5,7
Blank	18	38,3	20	26,7	23	21,7
Сумма	94	200,0	150	200,0	212	200,0
Full house	29	61,7	55	73,3	83	78,3

Примечание:¹ статистическая значимость различий, ТМФ: DR3-7 $p_{2-t} = 0,0001$; ² DR4-5 $p_{2-t} < 0,0001$; ³ DR6-7 $p_{2-t} = 0,0026$.

ЛИТЕРАТУРА

1. Методические указания по применению унифицированных клинических лабораторных методов исследования / под ред. В.В. Меньшикова. — М., 1977. — 229 с.
2. Орехова, Т.А. Использование вертикального диск-электрофореза в полиакрил-амидном геле для определения групп гаптоглобина в жидкой крови / Т. А. Орехова // Судебно-медицинская экспертиза. 1976. — Т. 19, № 1. — С. 43.
3. Terasaki, P. Microdroplet lymphocyte cytotoxicity test / P. Terasaki // Manual of tissue typing techniques. — Bethesda, 1970. — P. 42–45.
4. Использование генетического маркера HLA-B27 в практической ревматологии / Г. П. Матвейков [и др.] // Вопросы ревматизма. — 1982. — № 3. — С. 37–39.
5. Jaeschke, R. User's guide to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. B: What are the results and will they help me in caring for my patients? The EBM Working group / R. Jaeschke, J. H. Guyatt, D. L. Sackett // JAMA. — 1994. — Vol. 271. — P. 703–707.

УДК 617.7–007.681–089:616.441

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛАУКОМЫ ПО ОРИГИНАЛЬНОЙ МЕТОДИКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Дравица Л. В., Самохвалова Н. М., Конопляник Е. В.,
Аль хадж Хусейн Анас, Бараш А. Н.*

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Глаукома является многофакторным заболеванием, и в настоящее время универсального метода лечения глаукомы не существует. Кроме стойкой нормализации внутриглазного давления (ВГД) перед врачом всегда стоят задачи сохранения зрительных функций, в тяжелых случаях — сохранения глаза как органа, купирование болевого синдрома. Несмотря на появление современного диагностического оборудования, а также наличие большого арсенала новых высокоэффективных медикаментозных средств и разработанных новых лазерных и микрохирургических операций, проблема глаукомы далека от окончательного решения, о чем свидетельствуют высокая распространенность и тяжесть исходов заболевания. По данным А. П. Нестерова частота слепоты от глаукомы в разных странах устойчиво держится на уровне 14–15 % от общего числа всех слепых [1]. Остается высоким и уровень первичной инвалидности. По данным Е. С. Либман уровень первичной инвалидности от глаукомы в разных регионах колеблется от 9 % в трудоспособном возрасте до 40% в пенсионном [4].

В настоящее время используют три основных метода лечения глаукомы: медикаментозный, лазерный и хирургический. Выбор метода является нелегкой задачей для офтальмолога. По мнению многих авторов, хирургические вмешательства остаются методом первого выбора в лечении глаукомы, так как обеспечивают наиболее выраженное и стабильное снижение офтальмотонуса [1, 2, 4]. «Золотым стандартом» оперативного вмешательства как при первичной, так и при вторичной глаукоме являются фистулизирующие операции, создающие новые пути оттока внутриглазной жидкости (ВГЖ) из передней камеры в субконъюнктивальное пространство. Однако не всегда хирургия позволяет добиться желаемого успеха по нормализации ВГД. Причины отсутствия эффективности этих операций многообразны, основной является выраженная фибропластическая реакция, с интенсивным рубцеванием вновь созданных путей оттока, что, по данным разных авторов, в 30–45 % случаев снижает эффект фистулизирующей хирургии [5].

Существует множество способов борьбы с избыточным рубцеванием, в том числе применение нидлинга, использование цитостатиков, антиметаболитов (5-фторурацил, митомицин С). Однако их использование, в свою очередь, может вызвать неконтролируемую гипотонию, поражение роговицы в послеоперационном периоде, эндофтальмит, что удлиняет реабилитационный период.

Неэффективность антиглаукомных операций у пациентов с рефрактерными формами глауком достигает 46 %, причиной является избыточное рубцевание в зоне проведенной операции. Перспективы улучшения результатов лечения пациентов с глаукомой находятся в области разработки новых методов операции и дифференцированного их применения с учетом формы и стадии глаукомы.

Под наблюдением в нашей клинике находится группа пациентов с патологией щитовидной железы — аутоиммунным тиреоидитом (АИТ), страдающих глаукомой. Традиционная антиглаукомная хирургия в этой группе пациентов имеет ряд особенностей: повышенная кровоточивость интраоперационно, образование гифем и гемофтальма в послеоперационном периоде, угроза экспульсивной геморрагии.

Нами поставлена задача разработать эффективный способ оперативного лечения пациентов с глаукомой на фоне АИТ, обеспечивающий достаточно высокий и стойкий гипотензивный эффект за счет предотвращения развития спаечного процесса в зоне хирургического вмешательства, а также предотвращения интраоперационных геморагических осложнений.

Цель

Оценить эффективность оперативного лечения глаукомы у пациентов на фоне патологии щитовидной железы по предложенной оригинальной методике.

Материал и методы исследования

Сущность предлагаемого хирургического метода (субсклеральная синусотрабекулэктомия (СТЭ) с базальной иридэктомией с использованием гемостатической коллагеновой губки, заявка № а 20140277 от 19.05.2014 г.) заключается в том, что при выполнении СТЭ с базальной иридэктомией для предотвращения склерозирования зоны СТЭ, а также с дренажной целью под поверхностным склеральным лоскутом и над ним укладывается фрагмент гемостатической губки (размер решается в индивидуальном порядке в зависимости от вида глаукомы).

Группа пациентов, страдающих некомпенсированной глаукомой на фоне АИТ и оперированных по разработанной методике, составила 27 человек. Из них мужчин — 18, женщин — 9. Возраст пациентов колебался от 27 до 82 лет. Средний возраст пациентов составил 61 ± 26 лет. Всем пациентам выполнялась операция СТЭ с базальной иридэктомией с дополнительным дренированием гемостатической губкой.

В зависимости от стадии глаукомы пациенты распределились следующим образом: развитая стадия — 14, далеко зашедшая стадия — 5, терминальная стадия —

8 пациентов. У 21 пациента выявлена первичная некомпенсированная глаукома, у 6 — вторичная неоваскулярная глаукома. В зависимости от состояния угла передней камеры у 9 пациентов диагностирована закрытоугольная глаукома, у 18 — открытоугольная форма глаукомы. На догоспитальном этапе все пациенты находились на максимальном гипотензивном режиме в связи с декомпенсацией глаукомного процесса. У 6 пациентов в анамнезе — проведение фистулизирующих антиглаукоматозных операций, у 8 — ранее производили лазерное лечение глаукомы.

Оценку эффективности оперативного вмешательства выполняли по нескольким критериям: сохранение функционирующих путей оттока, отсутствие заращений созданных путей оттока ВГЖ (внутриглазной жидкости), компенсация ВГД, купирование болевого синдрома.

Статистическая обработка проводилась методами описательной статистики; результаты до и после оперативного лечения сравнивали с помощью критерия Вилкоксона («Statistica» 8.0, StatSoft, USA). Различия расценивались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Данные морфометрических показателей глаза в исследованной группе пациентов распределились следующим образом:

Таблица 1 — Величины угла передней камеры, центральной толщины роговицы, толщины радужки у корня через 1 день, через 10 дней и через 6 месяцев после оперативного лечения

Морфометрический параметр	Величина параметра до оперативного лечения	Величина параметра через 1 день после оперативного лечения	Величина параметра через 10 дней после оперативного лечения	Величина параметра через 6 месяцев после оперативного лечения
Величина УПК,	26,3 [23,7; 29,2]	34,6 [31,71; 37,8]	34,7 [31,64; 37,71]	35,2 [32,71; 38,48]
Толщина радужки у корня, мм	0,48 [0,36; 0,53]	0,55 [0,47; 0,6]	0,53 [0,47; 0,58]	0,47 [0,36; 0,52]
Центральная толщина роговицы, мкм	518 [496; 542]	540 [518; 564]	526 [510; 541]	518 [492; 543]

По результатам статистической обработки данных, ширина угла передней камеры глаза достоверно увеличилась после хирургического вмешательства: на $8,3^\circ$ через 1 день после операции, на $8,4^\circ$ — через 10 дней, на $8,9^\circ$ через 6 месяцев ($p < 0,05$).

ЦТР в первый день после операции увеличилась в среднем на 22 мкм, ее медиана составила 540 мкм, к 10-му дню после хирургического вмешательства толщина ткани роговицы снизилась до 526 мкм, через 6 мес. ЦТР не отличалась от дооперационных показателей.

Толщина радужки у корня была увеличена на 0,07 мм в первый день после операции, ее медиана составила 0,55 [0,47; 0,6] мм, затем, к 10-му дню она снижалась — 0,53 [0,47; 0,58] мм ($p < 0,05$). Через 6 мес. толщина радужки у корня была в рамках дооперационных значений 0,47 [0,36; 0,52] мм. Утолщение радужки у корня, увеличение ЦТР связано с послеоперационным отеком тканей.

Величина базальной колобомы в раннем послеоперационном периоде равнялась 1,7 [1,4; 2,1] мм, величина склеростомического отверстия составила 0,38 [0,36; 0,4] мм. Через 6 месяцев после оперативного лечения по данным оптической когерентной томографии у всех пациентов сохранена базальная колобома радужки и функционирующая склеростома. Медиана размеров колобомы радужки составила 1,54 [1,38; 1,62] мм. Величина склерстомы через 6 месяцев после оперативного лечения равнялась 0,37 [0,35; 0,4] мм.

При поступлении острота зрения без коррекции колебалась от 0,005 до 0,9, ее медиана составляла 0,28 [0,01; 0,63]; уровень ВГД по Маклакову составлял 32,15 [25,16; 39,3] мм рт.ст. и колебался от 21 мм рт. ст. до 46 мм рт.ст.

Наблюдалась компенсация ВГД: в раннем послеоперационном периоде его величина составила 23,08 [21,7; 24,0] мм рт. ст., через 6 мес. ВГД на прооперированных гла-

зах равнялось 20,4 [19,4, 21,6] мм рт. ст. Болевой синдром был купирован во всех случаях. Аллергические реакции на присутствие в операционной ране гемостатической губки не наблюдались.

Использование гемостатической губки «Спонгостан» оправдано при хирургическом лечении глаукомы, так как она быстро и эффективно устраняет кровоточивость сосудов, не обладает антигенными свойствами и не оказывает токсического влияния на окружающие ткани, имеет низкое сопротивление течению фильтруемой влаги и незначительный вес. Использование гемостатической губки позволяет бороться с диффузным капиллярным кровотечением во время операции, а также обеспечивает профилактику гиперфильтрации в раннем послеоперационном периоде. Губка не вызывает тканевой реакции, разжижается в течение 2–5 дней на слизистой оболочке и полностью абсорбируется через 4–6 недель. Полная абсорбция и отсутствие в материале компонентов животного происхождения обеспечивают отсутствие побочных эффектов от применения рассасывающейся желатиновой губки «Спонгостан» в хирургическом лечении глаукомы.

Выводы

1. После хирургического вмешательства, проведенного по предложенной технологии, ширина угла передней камеры глаза достоверно увеличилась на $8,3^\circ$ через 1 день после операции и на $8,9^\circ$ через 6 месяцев ($p < 0,05$).

2. Через 6 мес. после оперативного лечения по данным оптической когерентной томографии у всех пациентов сохранена базальная колобома радужки и функционирующая склеральная стома.

4. Ни в одном случае не зафиксировано зарращения созданных путей оттока, не потребовалось повторного оперативного вмешательства.

5. Наблюдалась компенсация ВГД: в раннем послеоперационном периоде его величина составила 23,08 [21,7; 24,0] мм рт. ст., через 6 месяцев ВГД на прооперированных глазах равнялось 20,4 [19,4, 21,6] мм рт. ст.

6. Болевой синдром был купирован во всех случаях.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Нестеров, А. П.* Глаукома / А. П. Нестеров. — М.: Медицина. — 1995. — 256 с.
2. *Еричев, В. П.* Рефрактерная глаукома: особенности лечения / В. П. Еричев // Вестник офтальмологии. — 2000. — № 5. — С. 8–10.
3. *Краснов, М. М.* Микрохирургия глауком / М. М. Краснов. — 2-изд. — М.: Медицина, 1980. — С. 247.
4. Инвалидность вследствие глаукомы в России / Е. С. Либман [и др.] // Глаукома. Проблемы и решения. — М., 2004. — С. 430–432.
5. *Бессмертный, А. М.* Применение имплантов в лечении рефрактерной глаукомы / А. М. Бессмертный, А. Ю. Червяков // Глаукома. — 2001. — №1. — С. 44–47.

УДК 614.876.06:621.039.58

РЕКОНСТРУКЦИЯ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫХ НАКОПЛЕННЫХ ДОЗ ОБЛУЧЕНИЯ ЛИЦ, ВКЛЮЧЕННЫХ В ГОСРЕГИСТР

*Дрозд Е. А., Матарас А. Н., Эвентова Л. Н., Висенберг Ю. В.,
Власова Н. Г., Рожко А. В.*

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

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Государственный регистр лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на ЧАЭС, других радиационных аварий (Госрегистр) в Республике Беларусь создан в 1993 г. К сожалению, данные содержащиеся в дозиметрической части Госрегистра малочисленны и недостаточны для оценки индивидуальных накопленных с мо-