

Изучение взаимоотношений между формой грудной клетки, величиной угла грудины и ее длиной, проведенное на восьми скелетах человека, показало, что между ними имеется определенная зависимость. У нормостеников (2 случая) эпигастральный угол приближается к 90° (по нашим данным он равен $82,5^\circ$), угол грудины отчетливо выражен и равен 158° , длина костной грудины составляла 15,65 см. У гиперстеников (4 случая) эпигастральный угол больше 90° (по нашим данным от 108° до 155°), угол грудины выражен значительно ($166,5^\circ$), длина грудины равна 16 см. Для астеников (2 случая) эпигастральный угол равен 65° , угол грудины выражен слабо и рукоятка с телом составляет почти прямую пластинку. Длина костной грудины увеличивается до 17,25 см.

Что касается рукоятки, то она имела различную форму. Наибольшая ширина рукоятки отмечена по линии, соединяющей середину места прикрепления к ней первой пары ребер: колебания ее размеров были от 4,35 до 8,75 см ($X = 5,96 \pm 0,083$), Ширина рукоятки по линии, соединяющей середину мест прикрепления к ней вторых ребер, составляла от 1,8 до 4,9 см ($X = 2,5 \pm 0,053$).

С практической точки зрения особый интерес представляет толщина рукоятки, которая колебалась в области яремной вырезки от 1 до 1,9 см ($X = 1,37 \pm 0,019$) и от 0,77 до 1,3 см ($X = 1,04 \pm 0,012$) в середине рукоятки. Из данных литературы следует, что пункцию грудины с целью диагностики лучше осуществлять в области рукоятки - наиболее толстой части грудины, которая независимо от формы и строения всегда заполнена красным костным мозгом. Обширные скопления функционирующего мозга имеются также в теле грудины по срединной плоскости и на 1 см вправо и влево от нее.

Выводы

Выявлена индивидуальная анатомическая изменчивость рукоятки грудины человека. Самой толстой частью грудины оказалась рукоятка.

Установлена зависимость между формой грудной клетки, величиной угла грудины и ее длиной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богуславский, Л. Г. Судебно-медицинская экспертиза трупа неизвестного лица / Л. Г. Богуславский. — Киев: Здоровья, 1964. — С. 144.
2. Добряк, В. И. Судебно-медицинская экспертиза скелетного трупа / В. И. Добряк. — Государственное издательство УССР, Киев, 1960. — С. 192.
3. Пашкова, В. И. Судебно-медицинское отождествление личности по костным останкам / В. И. Пашкова, Б. Д. Резников. — Изд-во Саратов. ун-та, 1978. — С. 320.

УДК 617.7-007.681-021.5-08

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ МЕТОДОМ ТРАНССКЛЕРАЛЬНОЙ ДИОДНОЙ ЦИКЛОКОАГУЛЯЦИИ

Шестакова Е. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Глаукома является одним из самых распространенных заболеваний глаза. Прогрессирующий характер этой патологии часто приводит к слепоте несмотря на проводимое лечение. В настоящее время слепота от глаукомы составляет 20 % среди других заболеваний глаз и занимает 1 место среди причин инвалидности по зрению [1].

Вторичная неоваскулярная глаукома относится к наиболее тяжелым, прогностически неблагоприятным формам глаукоматозного процесса. М. В. Shields в 1997 г. предло-

жил следующие основные стадии неоваскулярной глаукомы: прерубеотическая; стадия преглаукомы (рубхоз радужки); стадия вторичной глаукомы с открытым УПК; стадия вторичной глаукомы с закрытым УПК. Длительное существование высокого внутриглазного давления приводит не только к слепоте, но и к развитию такого болевого синдрома, что больной настаивает на операции — удаление глазного яблока. В качестве органосохраняющей операции, позволяющей снизить офтальмотонус и купировать болевой синдром, сохранив глазное яблоко как косметический орган, предложены несколько способов. Все известные способы для лечения болящей терминальной глаукомы основаны на деструкции цилиарного тела различными физическими воздействиями: транссклеральная диодная циклокоагуляция (ТДЦК) [2, 3].

Цель работы

Анализ результатов лечения вторичной неоваскулярной глаукомы методом транссклеральной диодной циклокоагуляции.

Методы и материалы

Ретроспективно проведен анализ 47 карт стационарного пациента, находившихся на лечении в 1-м отделении Гомельского центра микрохирургии глаза в 2012 году. У 28 пациентов (57,1 %) из 47 — был выставлен диагноз вторичная неоваскулярная терминальная болящая глаукома, а 19 пациентам (42,9 %) — вторичная неоваскулярная 3–4 С глаукома.

Этиологически оперированные пациенты распределились следующим образом: — на фоне сахарного диабета 18 пациентов (39 %), посттромботическая 16 пациентов (35 %), постувеальная 9 пациентов (18 %), посттравматическая 2 пациента (4 %), факогенная 1 пациент (2 %), неуточненной этиологии 1 пациент (2 %).

Возраст пациентов колеблется от 29 лет до 88 лет, средний возраст составляет 58 ± 12 лет.

Методика операции: пациенту производится акинезия 2 % раствором лидокаина гидрохлорида, устанавливается блефаростат, затем в 3–5 мм от лимба концентрично на 270–300 градусов наносятся 20–25 лазерных коагулятов. Режим работы лазера: мощность составляет от 0,7 до 1,2 Вт, экспозиция 3 сек. Длина волны излучения — 810 нм, диаметр фокального пятна — 500 мкм.

Дизайн офтальмологического исследования: визометрия, тонометрия по Маклакову, гониоскопия, тонография.

Офтальмологические исследования проводились до, на 5-ые сутки после операции и в динамике через 6 месяцев.

Результаты исследования

Дооперационная острота зрения у 39 пациентов (83,68 %) составила 0,0 у 8 пациентов (16,32 %) — 0,01 т. е. в 83,68 % случаях оперативное лечение проводилось на слепых глазах. Показатели внутриглазного давления (ВГД) при поступлении колебались от 28 до 65 мм рт.ст., в среднем составили $40,6 \pm 10$ мм рт.ст.

По данным тонографии дооперационные показатели колебались от 19,5 до 50,9 мм рт.ст., средние показатели составили $30,8 \pm 8,57$ мм рт.ст.

Коэффициент легкости оттока С имел диапазон от 0,03 до 0,1 в среднем $0,053 \pm 0,026$, что свидетельствует о резком затруднении оттока, трофический коэффициент (КБ) колебался от 195 до 743, в среднем $487 \pm 191,2$; показатель F до операции колебался от 0,29 до 3,1 в среднем $1,33 \pm 0,8$.

Гониоскопическая картина: отмечалась выраженная неоваскуляризация угла ПК у 17 пациентов (36,2 %), у 7 пациентов (14,9 %) была неоваскуляризация с тенденцией к закрытию угла, в остальных случаях (48,9 %) угол был закрыт.

В ближайшем послеоперационном периоде (5-е сутки) показатели ВГД составили в среднем 25 мм рт.ст. $\pm 1,6$. У 19 пациентов (42 %) ВГД снизилось до 17–24, а у 26 пациентов (58 %) ВГД снизилось до цифр субкомпенсации.

В результате проведенного лечения у 45 пациентов (96 %) из 47 болевой синдром был купирован. Отсутствие компенсации ВГД и сохранение выраженного болевого синдрома стали основанием для проведения у 2 пациентов (4 %) энуклеацию.

Прослежены результаты оперативного лечения через 6 месяцев. У 36 пациентов Р0 в среднем снизилось до $24,5 \pm 3,7$ мм рт. ст., у 9 пациентов — в среднем до $29 \pm 2,6$ мм рт. ст.; коэффициент С у 36 пациентов снизилось в среднем до $0,53 \pm 0,03$, а у 9 пациентов — в среднем до 0,14; т. е. получено незначительное улучшение легкости оттока, в сравнении с дооперационным показателем. Минутный объем камерной влаги свидетельствующий о секреторной функции цилиарного тела уменьшился с 1,3 до 3,65 у 36 пациентов, а у 9 пациентов — в среднем составил 1,02. Это говорит о снижении секреторной функции цилиарного тела, уменьшении продукции внутриглазной жидкости и таким образом снижении ВГД и снятии болевого синдрома. Получено также улучшение трофического показателя — коэффициента Беккера до 60–116. У 9 (18,36 %) пациентов в связи с отсутствием стойкой компенсации ВГД, несмотря на интенсивную гипотензивную терапию пришлось прибегнуть к повторной операции ТДЦК, что привело к компенсации ВГД и сохранению глаза, как органа.

Через 6 месяцев после повторной операции ТДЦК, все тонографические показатели улучшились: снизились Р0 в среднем до 23,5 мм рт. ст; коэффициент С — в среднем 0,54; F — в среднем 2,1; КБ — в среднем 96.

Выводы

1. Этиологически по данным проведенного исследования чаще встречается вторичная неоваскулярная глаукома на фоне сахарного диабета (39 %).

2. Оперативное лечение — ТДЦК — в 96 % позволило компенсировать ВГД, убрать болевой синдром и сохранить глаз как орган.

ЛИТЕРАТУРА

1. Робустова, О. В. Современные представления о этиологии и патогенезе глаукомы / О. В. Робустова, А. М. Бессмертный // Глаукома. — 2003. — № 4. — С. 18–23.
2. Глаукома / А. П. Нестеров. — М.: Медицина 1995. — 256 с.
3. Глазные болезни: учебник / под ред. В. Г. Копаевой. — М.: Медицина, 2002. — С. 382–384.

УДК 575.21:615.355

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФЕНОТИПА АЦЕТИЛИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Шестопалов М. Ю. Батенкова О. Н.

**Научные руководители: д.м.н., профессор Е. И. Михайлова,
ассистент О. Л. Палковский**

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

Введение

Биохимическая индивидуальность организма человека обуславливает значительные различия в действии лекарств при фармакотерапии. Определение фенотипа ацетилирования значительно повышает эффективность курса фармакотерапии. В клинической фармакологии статус ацетилирования чаще всего используется в качестве фенотипического маркера, позволяющего прогнозировать риск возникновения нежелательных побочных эффектов.

Цель

Определить высокочувствительный, простой, удобный и дешевый экспресс-метод определения фенотипа ацетилирования, а также его клиническая апробация.