

случаев) в срезах опытной группы и в 2 глазах (20 % случаев) в срезах контрольной группы. Лимфоцитарная инфильтрация в ткани слезной железы была более выражена в срезах опытной группы (4 глаза, 20 %), чем в срезах глазных яблок контрольной группы (1 глаз, 10 %). Очаги метаплазии конъюнктивы с отдельными бокаловидными клетками и гидропической дистрофии клеток ганглионарного и внутреннего ядерного слоя встречались с одинаковой частотой в срезах обеих групп. В одном случае в срезе глазного яблока опытной группы обнаружен очаг неоваскуляризации сетчатки.

Выводы

Деструктивно-дистрофические процессы, которые мы обнаружили в сетчатке глаз крыс после острого стрессорного воздействия указывают на запуск биохимических процессов, влияющих на ультраструктуру сетчатки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов, Е. В. Секреторная активность надпочечников при стресс-зависимой артериальной гипертонии: экспериментальное исследование на крысах линии нисаг: дис. ... канд. биол. наук: 03.03.01 / Е. В. Антонов. — Новосибирск, 2013.
2. Булгакова, О. С. Иммуитет и различные стадии стрессорного воздействия / О. С. Булгакова // Медицинские науки. — 2011. — № 4. — С. 31–35.
3. Экспериментальная офтальмология: морфологические основы новых технологий лечения / С. А. Обрубов [и др.]; под общ. ред. С. А. Обрубова [и др.]. — М.: Бином, 2011. — 160 с.
4. Imaging of Nontraumatic Hemorrhage of the Adrenal Gland / A. Kawashima [et al.] // RadioGraphics. — 1999. — № 19. — P. 949–963.
5. *Sehu, K. W. Ophthalmic pathology* / K. W. Sehu. — Blackwell Publishing, 2005. — 278 p.

УДК 617.723-002-003.4-07-08(476.2)«1992-2012»

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ ХОРИОИДЕИ В ГОМЕЛЬСКОМ РЕГИОНЕ ЗА 20 ЛЕТ

*Дравица Л. В., Бирюков Ф. И., Самохвалова Н. М.,
Аль хадж Анас Хусейн, Пунтус И. В.*

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

Меланома хориоидеи (МХ) — злокачественная меланоцитарная опухоль. Чаще всего наблюдается в возрасте 50–70 лет. В молодом возрасте встречается очень редко, в детском — отмечается как исключение. В европейских странах заболеваемость МХ составляет от 0,2 до 13 ‰, а в Республике Беларусь по данным канцер-регистра — 0,6–0,7 ‰ [1]. В разных регионах мира по данным литературы заболеваемость меланомой колеблется от 0,2 в странах Азии до 1,0 на 100 тыс. населения в скандинавских странах. Заболеваемость МХ среди женщин выше, чем среди мужчин. Темнокожее население реже болеет МХ, чаще заболевание встречается у лиц белой расы. Соотношение заболеваемости среди лиц с белым цветом кожи и чернокожих колеблется от 8:1 до 80:1 и более [2]. Отмечена связь увеличения заболеваемости в крупных промышленных центрах. Наиболее часто меланома увеального тракта встречается среди пожилых, по возрастные показатели заболеваемости в целом в мировой популяции увеличиваются с 0,6 на 100 тыс. населения в возрасте 20–40 лет до 2,5 у лиц, старше 65 лет [2].

Выделяют узловую и плоскостную формы опухоли. Более распространенная форма — узловая. Она формируется в наружных слоях хориоидеи и представляет собой округлые образования с четкими границами, изредка в форме гриба. Имеет черный, темно- или светло-коричневый цвет (в зависимости от количества пигмента), иногда розоватый (при небольшом количестве пигмента). Такая опухоль максимально злокачественна.

Плоскостная меланома формируется в толще хориоидеи и распространяется на большом протяжении в форме чаши. Данная опухоль рано выходит за границы глазного яблока. Может образовывать выраженные экстрабульбарные узлы, что часто ошибочно истолковывается как первичная опухоль глазницы. В течении меланомы хориоидеи отмечают четыре последовательные стадии: первая — начальная, (стадия спокойного глаза, безреактивная), вторая — фаза развития осложнений (воспалительного процесса или глаукомы), третья — прорастание опухоли за границы наружной капсулы глаза, четвертая — генерализация процесса с формированием отдаленных метастазов.

МХ является тяжелой патологией глаза с чрезвычайно серьезным прогнозом не только для зрения, но и для сохранения глаза и жизни больного. Длительное время единственным способом лечения МХ являлась энуклеация — удаление глазного яблока. Однако энуклеация является тяжелой психологической травмой, особенно в тех случаях, когда у пациента, несмотря на наличие внутриглазной опухоли, имеется высокая острота зрения. В настоящее время в структуре выявляемых МХ значителен удельный вес так называемых «малых» опухолей высотой до 2,5–3,5 мм, однако увеличивается и количество «больших» опухолей с проминенцией, превышающей 5–6 мм (И. Е. Панова, 2001; О. Г. Пантелеева, 2001; Н. С. Полежаева, 2001). Ведущей современной тенденцией органосохраняющего лечения МХ является особая нацеленность на сохранение зрительных функций как основного фактора, определяющего качество жизни (P. P. Lee, 1997). Это особенно актуально при лечении «малых» МХ, так как в среднем 80 % таких пациентов имеют остроту зрения выше 0,5 (Z. I. Currie, 2002; C. L. Shields, 1990, 2000). На смену энуклеации глазного яблока, пришла брахитерапия (БТ) МХ. Многолетний опыт мировой практики использования БТ при МХ доказал возможность ее применения как альтернативы энуклеации. БТ — контактное транссклеральное облучение опухоли в настоящее время является основным методом **лечения** МХ. БТ (с Ru-06 / Rh-106) позволяет лечить новообразования высотой до 6–8 мм и протяженностью до 20 мм при локализации в различных отделах сосудистой оболочки и может проводиться при непрозрачных оптических средах глаза. Эффективность метода составляет 69,9–94 %. Многолетний мировой опыт доказал не только возможность разрушения МХ, но и увеличение продолжительности жизни больных при применении БТ (А. Ф. Бровкина, и соавт. 1993–2003; L. Missoten et al., 1998; S. Seregard, 1999). Показания для БТ определяют проминенцией опухоли (не более 5 мм) и максимальным диаметром (до 15 мм). Суммарная очаговая доза на вершине опухоли должна достигать 200–270 Гр при облучении стронциевыми, и 120–160 Гр — при облучении рутениевыми офтальмоаппликаторами. В Республике Беларусь с начала 2000 годов на базе ГУ НИИ ОМР им. Александрова активно начали использоваться методики органосохраняющего лечения пациентов с опухолями малых размеров. Используются различные методики монотерапии — транссклеральная и транспупиллярная термотерапия (ТТТ), фотодинамическая терапия. При лечении опухолей средних и больших размеров проводятся различные виды комбинированных воздействий, включающие чаще всего 2 компонента — это БТ и ТТТ. Не исключается также и энуклеация глазного яблока. **Цели исследования** — показать заболеваемость, сроки выявления и эффективность лечения МХ в Гомельской области.

Материалы и методы

Проведен сравнительный анализ стационарных и амбулаторных карт пациентов, находившихся на лечении в Гомельском центре микрохирургии глаза (ГЦМХГ) с 1990 по 1999 гг. (до применения БТ в РБ) и в период с 2000 по 2012 гг. после внедрения БТ.

Результаты исследования

В период с 1990 по 1999 гг. на базе ГЦМХГ получили стационарное лечение 106 пациентов, у которых диагностированы внутриглазные опухоли, исходящие из сосудистого тракта (77 (73 %) пациентов — опухоли хориоидеи, 22 (20 %) пациента — опухоли цилиар-

ного тела, 7 (7 %) пациентов — опухоли радужки). Основным оперативным вмешательством у большинства пациентов данного периода времени явилась энуклеация глазного яблока. Это связано, прежде всего, с поздней обращаемостью пациентов к офтальмологу и наличием вторичных осложнений: у 31 (20,7 %) пациента выявлена вторичная отслойка сетчатки, у 21 (14 %) пациента вторичная глаукома, прорастание опухоли в близлежащие оболочки диагностировано у 7 (4,7 %) пациентов, а так же отсутствием в РБ В-аппликаторов для проведения БТ. Только в 2-х случаях проведена органосохраняющая операция: блокэксцизия опухоли радужки и цилиарного тела [3]. С начала 2000 годов на базе ГУ НИИ ОМР им. Александра активно начали использоваться органосохраняющие операции, такие как БТ. В настоящее время БТ проводится при клинически установленной МХ Т1, Т2. В период с 2000 по 2009 гг. в РБ МХ заболело 757 человек, ежегодно регистрировалось от 63 до 97 новых случаев заболевания. Из них в Гомельской области зарегистрировано 117 случаев МХ (это самый большой показатель по республике после г. Минска) по данным (Л. В. Науменко и соавт., 2011). В течение анализируемого периода (кроме 2008 г.) ежегодно в республике заболевало больше женщин, нежели мужчин, их соотношение в целом составило 1,4:1 соответственно. Городские жители чаще болели МХ, чем сельские, их число за этот период в целом было в 2,7 раза больше, чем сельских (555 и 202 заболевших соответственно). Ежегодно от МХ в республике в течение анализируемого периода умирало в среднем 23 человека, всего с 2000 по 2009 гг. умерло 234 человека, страдавших этой злокачественной опухолью (Л. В. Науменко, 2011). Возросло в 3,4 раза (на 16 %) за эти годы число пациентов, наблюдающихся по поводу МХ 5 и более лет: с 96 человек (34,5 % от всех стоящих на учете) в конце 2000 г., до 328 (50,5 %) в конце 2009 г., что, несомненно, связано с усовершенствованием клинико-инструментальной диагностики МХ и внедрением новых методов лечения. При сравнении результатов лечения пациентов с МХ выявлено, что из 106 пациентов (1990–1999 гг.) органосохраняющая хирургия проведена только в 2-х случаях, что составило 1,8 %. В период МХ 2000–2009 гг. из 117 пациентов данный вид хирургии получили 115 пациентов, что составило 98 %.

Выводы

За последние 10 лет в связи с совершенствованием диагностики МХ увеличилось количество пациентов, у которых заболевание диагностировано на ранней стадии. С внедрением в практику брахитерапии количество органосохраняющих операций составило 98 %. Возросло количество пациентов, наблюдавшихся по поводу данного заболевания 5 и более лет (50,5 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ некоторых статистических показателей по состоянию заболеваемости меланомой увеального тракта в Республике Беларусь за период 2000–2009 гг. / Л. В. Науменко [и др.] // *Новости хирургии*. — 2011. — Т. 19, № 1. — С. 88–93.
2. Choroidal melanomas in American Indians / C. G. Wells [et al.] // *Arch. Ophthalmol.* — 1996. — Vol. 114. — P. 1017–1018.
3. *Бирюков, Ф. И.* Актуальные вопросы медицины и новые технологии медицинского образования / Ф. И. Бирюков, Л. В. Дравица, Л. Ю. Белькевич. — Мозырь, 2000. — Т. 1. — С. 181–184.

УДК 617.741-004.1-053.1-053.2-036.82(476.2)

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТОЙ В ГОМЕЛЬСКОМ ОБЛАСТНОМ ЦЕНТРЕ МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА

*Дравица Л. В., Бирюков Ф. И., Самохвалова Н. М.,
Бубен Л. Н., Гусакова Е. П.*

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

Врожденная катаракта — это помутнение хрусталика, которое отмечается с рождения или появляется вскоре после него. Первое описание врожденной катаракты приво-