

ковая и цитологическая картины указывали на доброкачественную гиперплазию лимфоузла, а по гистологическим данным установлено метастатическое поражение.

#### Выводы

1. Метод ультразвукового обследования в режиме энергетического доплера обладает высокой диагностической чувствительностью и специфичностью. Использование его на первом этапе обследования больных является важным моментом в комплексной дифференциальной диагностике поражений периферических лимфоузлов.

2. Диагностическая чувствительность метода УЗИ с ЭДК (84,3% в среднем) в случае диагностики лимфаденопатий приравниваются к таковым при цитологическом исследовании (86% в среднем). Таким образом, с помощью метода УЗИ с ЭДК возможно добиться высокой точности дифференцировки лимфоузлов.

Е.Г. Михеева, М.Д. Федорова, Л.Я. Яблонская

### ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ФАКОМОРФИЧЕСКОЙ И ФАКОЛИТИЧЕСКОЙ ГЛАУКОМЫ

Уральская государственная медицинская академия, Областная клиническая больница № 1

Из-за опасности интраоперационных и послеоперационных осложнений имплантация интраокулярных линз (ИОЛ) до недавнего времени имела ограниченные показания при осложненных катарактах. Но значительный прогресс в технологии хирургии катаракты в последние десятилетия расширил показания к интраокулярной коррекции осложненных катаракт.

Целью нашей работы явилось изучение показаний к имплантации ИОЛ больным с факорморфической и факолитической глаукомой и анализ результатов этих операций.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 165 больных факогенной глаукомой (96 женщин и 69 мужчин; в возрасте до 70 лет – 72, старше 70 лет – 93 человека), из них с приступом факорморфической глаукомы было 124 человека, с факолитической глаукомой – 41 пациент.

Большинство больных поступало в стадии затянувшегося приступа вторичной глаукомы с болевым синдромом до двух недель – 80, до одного месяца – 49 и более месяца – 35 больных.

В первые сутки после поступления в стационар больные получали разгрузочную терапию в виде гипотензивных препаратов общего и местного действия. Для решения вопроса о методике оперативного вмешательства все больные были разделены на две группы. В первой группе (84 пациента) после гипотензивной терапии внутриглазное давление снизилось до нормальных цифр (менее 26 мм рт. ст.), и больным была произведена экстракапсулярная экстракция катаракты (ЭЭК), из них 62 пациентам (74% первой группы) с имплантацией интраокулярной линзы. Во

второй группе (81 больной) внутриглазное давление снизилось под влиянием гипотензивной терапии, но осталось повышенным в разной степени. В связи с этим больным данной группы оперативное вмешательство проводилось комбинированным способом: одномоментная синустрабекулэктомия (СТЭК), ЭЭК с роговичным разрезом, предварительная задняя трепанация склеры. Имплантация ИОЛ проведена 16 пациентам (20% от числа больных второй группы).

В каждом отдельном случае вопрос об интраокулярной коррекции решался индивидуально с учетом показаний и противопоказаний.

Таким образом, имплантация ИОЛ произведена у 78 пациентов (с факорморфической глаукомой – 66 человек и факолитической – 12), что составило 47% от общей группы наблюдаемых больных (165 человек). Все больные с артефакцией приобрели предметное зрение, из них у 67 (86%) зрение хорошее от 0,1 до 1,0 и у 11 больных (14%) – менее 0,1. Все больные выписались с нормальным внутриглазным давлением (за исключением одного).

#### Выводы

Наш опыт показывает, что при таких тяжелых формах осложнений катаракты как факорморфическая и факолитическая глаукома в определенных случаях можно и нужно производить имплантацию ИОЛ.

Больше показаний к интраокулярной коррекции у больных после купирования приступа факорморфической и факолитической глаукомы и нормализации внутриглазного давления.

Имплантация ИОЛ при факорморфической и факолитической глаукоме позволяет восстановить предметное зрение (в 86% случаев от 0,1 до 1,0), а в некоторых случаях и бинокулярное.

Е.Г. Михеева, Н.А. Шалькова, А.С. Симонова

### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ МАКУЛОДИСТРОФИЙ У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Уральская государственная медицинская академия, Областная больница №2

В г. Екатеринбурге в 1995 г. организован Уральский региональный центр радиационной медицины для наблюдения и лечения ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС). При офтальмологическом обследовании 4600 человек, состоящих на учете в центре, у 220 обнаружена макулодистрофия (4,8%).

Под нашим наблюдением находилось 47 человек ЛПА ЧАЭС с макулодистрофией (МД), из них 42 мужчины и 5 женщин в возрасте от 44 до 68 лет.

Продолжительность пребывания в радиационной зоне была от 1-2 до 5-6 мес. Поглощенная доза ионизирующего излучения составляла от 0,256 до 15,2р.

Начиналась МД обычно через 8-10-13 лет после пребывания в Чернобыле (в среднем через 10,5 лет), а у 12 человек – через 1-5 лет.

Постепенное снижение остроты зрения произошло от исходного уровня до последней визометрии в 2003-2004 гг. на 0,2-0,4-0,5-0,6 (в среднем на 0,37). Это при условии, что больные ежегодно получали 1-2 курса медикаментозного лечения.

Дегенеративным изменениям в макулярной области предшествовали хориофиброз и хориосклероз, сужение артерий сетчатки, а также уплотнение задней капсулы хрусталика и факосклероз. Хориоретинальная дистрофия развивалась симметрично в обоих глазах по типу сухой формы склеротической макулодистрофии и медленно прогрессировала, несмотря на ежегодные курсы дедистрофической терапии. Более ранние сроки появления макулодистрофии и низкие показатели остроты зрения наблюдались у лиц, получивших большие дозы облучения.

После обследования в терапевтическом отделении радиационного центра почти у всех 47 человек поставлены диагнозы: гипертоническая болезнь, кардиосклероз, стенокардия, энцефалопатия I-II ст. и др.

Можно предполагать, что изменения в макулярной области происходят в связи с влиянием радиационного воздействия на весь организм по типу появления атеросклероза, «лучевого старения» иммунной системы, сосудистых изменений в ЦНС в виде атеросклеротических изменений артерий брахиоцефальной области и преждевременного старения ЦНС. На это указывает появление у больных нашей группы хориофиброза и хориосклероза в центральной области глазного дна, сужение сосудов сетчатки как предшествующая стадия МД.

Н.Ю. Шайдуллина

## О ВОЗМОЖНОСТЯХ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОПАТОЛОГИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

Уральская государственная медицинская академия

При анализе различных скрининговых программ стационаров общего профиля, направленных на раннюю и сверххранную диагностику злокачественных новообразований, основной акцент приходится на ультразвуковые методы исследования. Это позволяет видоизменить традиционные подходы к диагностике злокачественных опухолей.

Мы можем констатировать положительную, по нашему мнению, тенденцию – в настоящее время метод эхографии получает все более широкое распространение.

УЗИ безболезненно и безвредно для пациентов и должен, на наш взгляд, использоваться как первый инструментальный метод в ранней и сверххранной диагностике злокачественных новообразований у больных, госпитализированных в стационары общего профиля.

Приведем некоторые статистические данные, полученные нами в МУ ЦГБ № 7 за 2003 г. В структуре онкопатологии 48 (53%) случаев явились диагностической находкой (табл.1) при обследовании желудка (2 больных), поджелудочной железы (10), ободочной

и прямой кишки (6), желчного пузыря (5), почек (10), тканей брюшинного пространства (15).

Таблица 1  
Распространенность злокачественных опухолей органов брюшной полости и брюшинного пространства по данным УЗИ

Локализация первичной опухоли	Количество больных		
	всего	с отдаленными метастазами	с распространенным опухолевым процессом на соседние органы
Желудок	2	1 (50,0)	0
Оболочная и прямая кишки	6	2 (33,3)	0
Поджелудочная железа	10	3 (30,0)	5 (50,0)
Желчный пузырь	5	3 (60,0)	3 (60,0)
Почки	10	2 (20,0)	3 (30,0)
Ткани брюшинного пространства	15	4 (26,7)	4 (26,7)
Итого	48	15 (31,3)	15 (31,3)

Наиболее частыми и важными критериями распространенности опухолей любой локализации являются обнаружение метастазов в печени, в различных группах лимфатических узлов, которые, как правило, клинически не проявлялись. Наш опыт позволяет считать важнейшими следующие признаки очаговых поражений печени: появление в паренхиме органа участков округлой и овальной формы большей или меньшей акустической плотности, либо структур такой же плотности, но с иным, чем у печени, рисунком внутреннего строения; деформация или прерывистость хода внутрипеченочных сосудов и желчных протоков, расширение правого или левого печеночного протока, появление структур, выходящих за контур печени. Наличие этих признаков делает картину метастатического поражения печени весьма характерной. Метастазы в гепатодуоденальной связке, воротах печени, в парапанкреатических лимфатических узлах выглядят как образования округлой или овальной формы с пониженной эхогенностью и достаточно четкой границей. Иногда они похожи на псевдокисты. Их отличительной особенностью является отсутствие дорсального усиления, задняя стенка их «смазана». Снижение эхогенности метастазов свидетельствует об их быстром росте. При подозрении на метастазы целесообразно повторное исследование через 7-10 дней.

Представленные наблюдения доказывают, что УЗИ является высокоинформативным методом диагностики заболеваний брюшной полости и брюшинного пространства. Несмотря на то, что, по данным многих авторов, самый низкий уровень диагностики метастазов составляет 75%, его можно повысить до 90% за счет тщательности осмотра и использования различных функций аппарата УЗИ.

Ультрасонография позволяет выявить опухоль, определить распространенность процесса в органе и за его пределами, состояние регионарных и брюшинных лимфатических узлов, оценить возможные метастазы. В результате часто становятся излишними