

17. *Gozales, P.* Cjmnt. Rend.soc. boil. / *Gozales P., Armangue M.* //Med., 106,1006 -1931.

18. *Потехин, О.Е.* Современное состояние иммунологической диагностики аутоиммунных заболеваний / *О.Е. Потехин, В.С. Малышев.* – Сибирское отделение РАМН. Новосибирск 2010.

THE PROBLEM OF AUTOIMMUNE THYROIDITIS

G.K. VASILADI

Nord-Caucasus Thechnological University

The publisher articles analysis on the clauses autoimmune thyroiditis and the conducted researches give grounds to consider that the antibodies are formed on the transport proteins loaded with iodine due to the low functional activity of a thyroid gland which is incapable to accumulate the iodine resulting in the antibodies development. In this case iodine causes phagocytosis development followed by antibodies formation.

Key words: antibodies, antigene, phagocytosis, autoimmune thyroiditis.

УДК 617.741-004.1

ИННОВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Е.А.ПИВИН*, В.Г.ЛЮТКЕВИЧ**

Одно из осложнений после экстракции катаракты – развитие вторичной катаракты (формирование зрачковой мембраны). Существуют два метода ликвидации этой проблемы. С помощью ИАГ-лазера и хирургический способ рассечения этой мембраны. В работе приведен анализ результатов этих методов.

Ключевые слова: Зрачковая мембрана, капсулотомия, сквозная кератопластика, интраокулярная линза, задний эпителий роговицы.

В последнее время частота развития позднего осложнения операции экстракции катаракты как формирование вторичной катаракты продолжает оставаться высокой, а при посттравматических и увеальных катарактах формирование зрачковой мембраны (ЗМ) в послеоперационном периоде встречается практически во всех случаях. Формирование ЗМ ухудшает функциональный результат даже выполненной на высоком техническом уровне операции и вызывает необходимость проведения повторных вмешательств [1,3,4,5]. Поэтому проблема дальнейшего совершенствования методов хирургического и ИАГ (итрий-алюминиевый-гранатовый кристалл) лазерного лечения больных с вторичной катарактой, пре- и ретролентальными зрачковыми мембранами по-прежнему сохраняет свою актуальность.

В хирургии ЗМ предложено множество оригинальных оперативных приёмов, созданы специальные инструменты для облегчения выполнения манипуляции, но ни один из них нельзя назвать универсальным [2,6,7]. В то же время для большинства офтальмохирургов возможности их применения сильно ограничены по причине отсутствия массового производства соответствующего инструментария [8,9,10,11].

Разработка, экспериментальная и клиническая апробация набора инструментов, который позволит расширить показания к хирургической дисцизии ЗМ и минимизировать операционную травму, является актуальной инновационной проблемой современной микрохирургии глаза.

Цель исследования – разработка, экспериментальное и клиническое обоснование выбора метода дисцизии зрачковых мембран различной этиологии в зоне иридо-хрусталиковой диафрагмы.

Материалы и методы исследования. Клиническая часть работы базируется на исследовании офтальмологического статуса, анализе ближайших и отдаленных результатах хирургической и ИАГ-лазерной мембрано- и капсулотомии у 294 больных (316 глаз) со зрачковыми мембранами различной этиологии. При этом возраст вошедших в исследование пациентов варьировал от 30 до 79 лет (54,5±5,2 года).

Больные были разделены на 2 клинические группы: 1) больные, которым была выполнена хирургическая (ножевая) капсуло- или мембранотомия (*группа 1*, 144 пациента, 155 глаз); 2) больные, которым была выполнена ИАГ-лазерная капсуло- или мембранотомия (*группа 2*, 150 пациентов, 161 глаз).

Основной контингент больных составили пациенты со вторичной катарактой (210 случаев, 66,5%) и постувеальными ЗМ (106 случаев, 33,5%). В отдельную подгруппу были выделены 48 больных, перенесших либо *сквозную кератопластику (СКП)* (20 случаев), либо *СКП* в сочетании с *экстракапсулярной экстракцией катаракты (ЭЭК)* и имплантацией *интраокулярной линзы (ИОЛ)* – «тройная процедура» (28 случаев) (табл.).

Среди глаз с вторичной катарактой регенераторная форма диагностирована в 63,2% случаев, фиброзная и смешанная – в 28,6 и 8,2% соответственно. По локализации ЗМ пациенты были разделены следующим образом: ретрохрусталиковая ЗМ – 67,4%, прехрусталиковая ЗМ – 12,0%, смешанная – 20,6%. Артрафакция имела место в абсолютном большинстве случаев (276 глаз, 84,5%). Острота зрения варьировала от движения руки у лица до 0,4 (0,27±0,04).

Причиной проведения операции СКП явилась буллезная кератопатия (30 глаз, 62,6%), кератоконус (14 глаз, 29,2%) и угроза перфорации при острой гнойной язве роговицы (2 глаза, 4,1%), состояние после проникающего ранения (2 глаза, 4,1%).

Все операции были выполнены в ГУ НИИ глазных болезней РАМН в период с 1994 по 2007 гг. Срок наблюдения за пациентами составил от 6 месяцев до 13 лет.

Таблица

Общая характеристика клинического материала

Критерий	Число глаз (абс., %)	
	Группа 1	Группа 2
Этиология ЗМ		
<i>Вторичная катаракта после:</i>	100 (68,4%)	120 (74,5%)
Факозмюльсификации	34 (22,0)	22 (13,7)
ЭЭК	56 (36,1)	79 (49,0)
СКП	16 (10,3)	19 (11,8)
<i>Исход переднего увеита после:</i>	49 (31,6%)	41 (25,5%)
Факозмюльсификации	15 (9,7)	19 (11,8)
ЭЭК	28 (18,0)	15 (9,3)
СКП	6 (3,9)	7 (4,3)
<i>Итого:</i>	155 (100%)	161 (100%)
Характеристика ЗМ		
<i>Форма вторичной катаракты (Приводятся данные о больных с классической картиной вторичной катаракты без признаков послеоперационного увеита)</i>		
Регенераторная	62 (62,0)	77 (64,2)
Фиброзная	29 (29,0)	34 (28,3)
Смешанная	9 (9,0)	9 (7,5)
<i>Итого:</i>	100 (100%)	120 (100%)
Особенности ЗМ		
Наличие неоваскуляризации	8 (5,1)	7 (4,3)
Локализация ЗМ		
Прехрусталиковая	17 (11,0)	21 (13,0)
Ретрохрусталиковая	102 (65,8)	111 (69,0)
Смешанная	36 (23,2)	29 (18,0)
Наличие ИОЛ		
Артрафакция	134 (86,5)	133 (82,6)
Афакия	21 (13,5)	28 (17,4)

Были использованы рутинные методы офтальмологического осмотра, а также ряд специальных методов исследования: подсчет клеток *заднего эпителия роговицы (ЗЭР)*, *ультразвуковая биомикроскопия (УБМ)*. Лазерную фотодеструкцию ЗМ проводили после достижения максимального мидриаза с помощью ИАГ-лазерного офтальмохирургического аппарата «АЛЮФ мх – 01 оптимум». Выбор энергии импульса подбирали ступенчато, начиная с 2,0-3,0 мДж в сторону увеличения. Количество импульсов варьировало от 7 до 56, в зависимости от плотности и толщины ЗМ. Формируемый диаметр отверстия в ЗМ составлял 1,5-2,5 мм. При ретролентальной локализации ЗМ использовали метод дисцизии по типу «вскрытия консервной банки». При этом из центральной зоны ЗМ выкраивали диск, который затем фрагментировали на мелкие части. При наличии новообразованных сосудов в составе ЗМ проводили их предварительную коагуляцию с помощью полупроводникового лазера ($\lambda=532$ мкм), входящего в состав офтальмологической системы «IRIS OculLight GL/GLx» (США).

Результаты и их обсуждение. В ходе проведения всех 155 вмешательств, осложнений, приведших к необходимости существенно изменить ход операции или провести дополнительные незапланированные манипуляции, ни в одном случае отмечено не было.

В 18 случаях (11,6%) в результате травмы радужки наблюдалось интраоперационное кровотечение, которое у двух больных (1,3%) закончилось формированием гифемы высотой до 1 мм, полностью рассосавшейся к 3 суткам после операции на

* ФГБУ «НИИГ» РАМН, ул. Россолимо, 11а, Москва
 ** АНО «Клиника ВЗГЛЯД», ул. Демонстрации, 38, г. Тула

фоне проведения рассасывающей терапии, а у 8 больных (10,3%) имело характер мазков крови в проекции мембраны или по зрачковому краю радужки.

Послеоперационный период в большинстве случаев протекал спокойно, всем больным была назначена стандартная схема местной противовоспалительной и антибактериальной терапии. В 15,5% случаев (24 глаза) в послеоперационном периоде отмечали ту или иную степень реакции глаза на операционную травму.

Наиболее частым признаком реакции глаза на операционную травму был транзиторный отек заднего эпителия (10,3%), явления десцеметита (7,7%), фибринообразование (5,8%) и тиндализация влаги (9%), как признаки неспецифического ответа на любое вмешательство на внутриглазных структурах. Подавляющее большинство (91,6%) из вышеописанных осложнений были отмечены у больных со ЗМ, локализованными как спереди, так и позади ИОЛ или настолько плотными, что при выполнении дисцизии приходилось многократно проводить описанную выше манипуляцию рассечения, буквально разрезая мембрану послойно.

После проведения дисцизии ЗМ острота зрения увеличилась с $0,25 \pm 0,03$ до операции до $0,48 \pm 0,06$ в отдаленном периоде ($p < 0,01$, парный критерий Стьюдента). В 46 случаях (29,7%) прибавка в остроте зрения составила 0,4-0,5. На афакичных глазах после лазерной дисцизии потеря клеток ЗЭР составляет 6-10%.

Полученные результаты подсчета клеток заднего эпителия роговицы свидетельствуют, что дисцизия ЗМ предложенным инструментом приводит к потере не более 3-6% клеток ЗЭР ($4,8 \pm 0,8\%$).

В сроки от 3 до 6 месяцев у 7 пациентов (8 глаз, 5,2% случаев) с постувеальными ЗМ на фоне персистирующего хронического иридоциклита возник рецидив зрачковой мембраны. Всем больным была проведена повторная ножевая дисцизия ЗМ.

При анализе образцов зрачковых мембран, взятых во время хирургических вмешательств, в зависимости от пролиферативной активности и клеточного состава мембраны, нами было выделено два гистологических типа ЗМ: фиброцеллюлярная и фиброзная. При этом плотные фиброзированные ЗМ с небольшим количеством фибробластов и плотно упакованными коллагеновыми волокнами нам представляются малоперспективными в отношении возможности безопасного проведения ИАГ-лазерной дисцизии.

Заключение. Таким образом, детальный анализ ближайших и отдаленных результатов операции ножевой дисцизии зрачковых мембран различной этиологии свидетельствует, что использование предложенного набора оригинальных цистотомов позволяет проводить деликатное и безопасное рассечение ЗМ любой локализации и типа. Миниатюрность рабочей части инструмента дает возможность безопасно манипулировать им в передней или задней камере, не опасаясь развития гипотонии во время проведения операции и не используя вискоэластики. Малоинвазивность операции существенно минимизирует операционную травму, что особенно актуально при проведении дисцизии у особого контингента больных со сниженной плотностью ЗЭР, при мелкой передней камере и нарушенной анатомии переднего отрезка глаза.

Литература

1. Горбань, А.И. Микрохирургия глаза / О.А. Горбань, О.А. Джалишвили.– Л.: Медицина, 1982.– 248 с.
2. Зубарева, Л.Н. Разрушение экссудата с помощью ИАГ-лазера в хирургии катаракты у детей / Л.Н. Зубарева, Т.Е. Марченкова, В.Н. Хватов // Офтальмохирургия.– 1996.– №1.– С.36–38.
3. Максимова, М.В. Послеоперационные осложнения экстракции катаракты. Обзор литературы / М.В. Максимова // Мед. реф. журн.– Р. VIII.– 1988.– № 12.– С.23–31.
4. Малышев, А.С. ИАГ-лазерная коррекция осложнений хирургии катаракт: Дисс. канд. мед. наук / А.С. Малышев.– Самара, 1999.– 154 с.
5. Рабинович, М.Г. Вторичная катаракта / М.Г. Рабинович.– М.: «Медгиз», 1961.– 168 с.
6. Результаты 2000 операций рассечения вторичной катаракты ИАГ-лазером / А.Д. Семёнов [и др.]// Вестн. офтальмол.– 1987.– №1.– С.18–21.
7. Степанов, А.В. Лазерная реконструктивная офтальмохирургия: Дисс.... докт. мед. наук / А.В. Степанов.– М., 1991.– 212 с.
8. Трубилин, В.Н. Клинико-экспериментальное обоснование

методов хирургии задней капсулы хрусталика: Дисс.... канд. мед. наук / В.Н. Трубилин.– М., 1987.– 177 с.

9. Трубилин, В.Н. Сравнительная оценка инструментальной и лазерной капсулотомии при вторичной катаракте. Современная технология хирургии хрусталика и интраокулярной коррекции / В.Н. Трубилин // Сб. науч. трудов.– М.– 1988.– С.90–94.

10. Awan, A.A. Intraocular pressure changes after Nd-YAG laser capsulotomy / A.A. Awan, S.H. Kazmi, S.A. Bukhari // J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad.– 2001.– Vol.13.– P.3–4.

11. Retinal detachment following posterior capsulotomy using Nd:YAG laser. Retrospective study of 144 capsulotomies / A. Glacet-Bernard [et al]// J. Fr. Ophthalmol.– 1993.– Vol.16.– P.87–94.

INNOVATIVE ASPECTS OF EYE DISEASES TREATMENT

E.A.PIVIN, V.G.LUTKEVICH

Clinic of Eye Microsurgery "Vzglyad", Tula
Research Institute of Eye Diseases

One of complications after extraction of cataracts is the development of a secondary cataract (pupillary membrane formation). There are two methods of liquidation of this problem: by means of the IAG-LASER and a surgical way of a section of this membrane. In work the analysis of results of these methods is presented.

Key words: pupillary membrane, capsulotomy, through keratoplasty, intraocular lens, back epithelium of cornea.

УДК 611.3

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)

М.М.КИРИЛЛОВ, С.М.КИРИЛЛОВ, А.Ю.РЯБОВА

В работе представлены результаты изучения частоты, структуры, факторов риска и клинико-патогенетической группировки патологических процессов в пищеварительной системе у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких, сравнительная оценка степени общности и особенностей этих процессов при этих заболеваниях и разработка на этой основе дифференцированной диагностической и терапевтической тактики ведения данных больных в условиях пульмонологического стационара.

Ключевые слова: заболевания, пищеварительная система, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких.

Заболевания *пищеварительной системы* (ПС) – одни из наиболее частых, клинически разнообразных и тяжелых видов висцеральной патологии, сочетающейся с *бронхиальной астмой* (БА) и *хронической обструктивной болезнью легких* (ХОБЛ) и вносящих существенный вклад в формирование ситуации взаимного отягощения. Актуальность обращения к данной теме связана не только с нарастанием многих нерешенных патогенетических, диагностических и терапевтических аспектов указанной патологии, но и с необходимостью доказательств ее общности и отличий при столь различных самостоятельных заболеваниях, какими являются БА и ХОБЛ [4,5].

Актуальность работы обусловлена нарастающим значением БА и ХОБЛ в пульмонологической практике в связи с учащением их тяжелых форм, в том числе сочетанных с внелегочной патологией. БА и ХОБЛ – два самостоятельных хронических заболевания респираторной системы – наиболее распространенные среди населения. БА страдают более 100 млн. человек в мире, в странах Европы – более 5% населения. Распространенность ХОБЛ среди мужчин и женщин составляет соответственно 9,3 и 7,3 на 1000 населения. Несмотря на большое число публикаций, касающихся БА и ХОБЛ, сохраняется нерешенность многих патогенетических, диагностических и терапевтических аспектов проблемы, в том числе о взаимоотношениях этих заболеваний. Несомненно, БА и ХОБЛ имеют сходные черты, но им присущи и характерные особенности. Дифференциальный диагноз между БА и ХОБЛ приобретает принципиальное значение, так как схемы лечения, особенно базисная терапия, отличаются. Большие трудности связаны с частым сочетанием этих заболеваний с заболеваниями других органов и систем. Одним из наиболее частых является сочетание БА и ХОБЛ с заболеваниями ПС. Роль патологии ПС (равно как и роль