

нием перешейка железы. После операции по поводу высокодифференцированных опухолей назначали супрессивное лечение тиреоидными препаратами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В подавляющем большинстве случаев узлы были множественными. Загрудинное расположение зоба выявлено у 24 пациентов, а компрессия близлежащих органов отмечена в 29 наблюдениях. По поводу рецидива заболевания оперирован 41 пациент. Среди пациентов было 463 женщины и 79 мужчин в возрасте от 16 до 85 лет. Так, по поводу рака оперировано 69 (12,7 %) пациентов, аденома — 77 (14,2 %), коллоидный зоб — 334 (61,6 %), аутоиммунный тиреоидит 56 (10,4 %), киста — 6 (1,1 %).

Результаты гистологического исследования удаленной ткани щитовидной железы при ее узловом поражении показали, что у большинства пациентов при морфологическом исследовании выявлялся микро- и макрофолликулярный коллоидный узловый зоб. В подавляющем числе наблюдений в тканях, окружающих узлы, определялись очаговые зобные изменения, а почти в половине случаев находили очаговую лимфоидную инфильтрацию. Преобладала из аденом фолликулярная форма, которая встречалась в 88,3 % случаев, в то время как на долю папиллярной аденомы приходилось лишь 11,7 %. Необходимо отметить, что 31 % фолликулярных аденом протекал на фоне зоба Хашимото, при этом узловатая форма аутоиммунного тиреоидита как самостоятельная патология была выявлена у 10,4 % оперированных больных. Рак щитовидной железы был обнаружен в 8 % случаев, при чем у 0,2 % больных карциномой злокачественный процесс был мультицентричным и поражал обе доли щитовидной железы. Следует отметить, что у 68,1 % больных раком щитовидной железы величина узла составляла 3–4 см, а узлы меньшего размера встречались лишь в 7,3 % наблюдений карциномы.

ВЫВОДЫ

Наличие любого очагового образования в щитовидной железе должно быть оценено, прежде всего, с точки зрения онкологической настороженности и требует должного обследования и лечения.

Н.В. Сахинова

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КРИОПЕКСИИ В ЛЕЧЕНИИ АКТИВНОЙ ФАЗЫ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

В последние годы увеличивается частота беременностей и родов высокого риска, когда весь период внутриутробного развития протекает на фоне патологических состояний матери (отягощенный акушерский анамнез, экстрагенитальные заболевания, осложненное течение данной беременности), что приводит к преждевременным родам. Именно недоношенность является патогенетическим фактором ретинопатии недоношенных (РН).

РН — хроническое мультифокальное заболевание глаз преждевременно родившихся детей, при котором вследствие новообразования сосудов в сетчатке появляется соединительная ткань в стекловидном теле, влекущее за собой отслойку сетчатки и гибель зрительных функций.

В связи с увеличением выживаемости маловесных детей увеличивается процент РН, что в свою очередь приводит к увеличению количества слепых и слабовидящих детей. Несмотря на усилия офтальмологов, именно РН занимает ведущее место по причинам инвалидизации детей по зрению [2].

Частота РН в России варьирует — от 17 % до 34 % [1, 3, 5].

В Бурятии по данным 2006 г. число детей с РН составило 9,5 % от числа всех недоношенных, в 2007 г. — 12,5 %, а в 2008 г. — 16 %.

Увеличение процента связано с приобретением современного оборудования, что позволило диагностировать заболевание на более ранних стадиях.

В настоящее время основным методом профилактики развития тяжелых форм и отслойки сетчатки при РН является крио- и лазеркоагуляция периферических аваскулярных зон сетчатки. Профилактическую коагуляцию сетчатки применяют с целью предотвращения дальнейшего развития и распространения неоваскуляризации.

Цель работы — оценить эффективность криокоагуляции при РН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследование и лечение недоношенных детей проводилось на базе детского отделения МХГ РКБ им. Н.А. Семашко и в отделении выхаживания недоношенных детей (ОВНД) ДРКБ. Впервые в Бурятии криокоагуляция сетчатки была проведена 16.09.2007 г. в отделении МХГ детского РКБ.

Всего из осмотренных за 2 года (2007—2008 гг.) 754 ребенка, из них у 107 выявлена РН, что составило 14,2 %. Оперировано 23 ребенка, из них 2 детей оперированы дважды (50 глаз). В остальных случаях был достигнут регресс без оперативного лечения. У 14 человек отмечена «классическая» форма РН, у 9 «молниеносная». В I стадии операция проведена на 8 глазах, во II стадии на 10 глазах (2 — классическая форма, 8 — «молниеносная»). В III стадии — на 21 глазу (19 глаз классическая форма, 2 — «молниеносная»). На IVa стадии — 7 глаз. Вмешательство на поздних стадиях, в частности IVa, характеризующейся частичной периферической отслойкой сетчатки, было обусловлено тяжелым соматическим состоянием ребенка.

Криокоагуляцию сетчатки проводили в условиях местной анестезии: 3-кратное закапывание S. Dicaini 0,5% или S. Inocaini 0,04%.

Данную манипуляцию производили трансконъюнктивально, не надрезая конъюнктиву. Использовали специальные векорасширители для новорожденных детей. При выведении глаза пользовались хирургическим пинцетом. Контроль осуществлялся с помощью непрямого бинокулярного офтальмоскопа фирмы NEITZ, Япония.

Операцию осуществляли катарактальным крионаконечником диаметром 3 мм. Температура при коагуляции — минус 70—75° по Фаренгейту (21—24° по Цельсию). Время экспозиции составляло 4—5 секунд. При этом на аваскулярной сетчатке формировался круг диаметром около 2 мм.

Более длительное замораживание не проводили из-за вероятности развития осложнений в виде промораживания тонкой склеры, хориоидеи, сетчатки, стекловидного тела и развития кровоизлияний в стекловидное тело. Интервалы между криоаппликациями не превышали 5 секунд для предупреждения резких перепадов внутриглазного давления, следствием которых могут быть внутриглазные кровоизлияния.

Формирование коагулята контролировали через бинокулярный офтальмоскоп.

Ориентир аваскулярной сетчатки снаружи при локализации процесса на крайней периферии (в III зоне глазного дна) — в 3—6 мм от лимба, на средней периферии (во II зоне) — 6—10 мм от лимба. К сожалению, заведение крионаконечника дальше к своду конъюнктивы было невозможно из-за примораживания других тканей (век, конъюнктивы и свода). Криокоагуляция в центральных отделах глазного дна (в I зоне) проблематично из-за надрезания свода конъюнктивы, что требует общей анестезии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 2—3 недели после криокоагуляции отмечалась начало стабилизации процесса — исчезновение извитых артерий и расширенных вен. Затем происходил регресс артериовенозных шунтов и неоваскуляризации, восстанавливался рост нормальных сосудов. Полная стабилизация процесса отмечалась через 1—3 месяца после лечения.

На 34 глазах (68 %) произошел регресс, на 14 глазах (32 %) отмечалось дальнейшее прогрессирование заболевания до IV—V стадии.

ВЫВОДЫ

Стабилизация процесса после криокоагуляции наблюдалась у 68 % оперированных детей. Прогрессирование РН связано со злокачественным течением заболевания, когда процесс локализуется в центральных отделах сетчатки (I, II зона)

ЛИТЕРАТУРА

1. Асташева И.Б. Диагностика и прогнозирование ретинопатии недоношенных / И.Б. Асташева ; под ред. Е.И. Сидоренко // «Молниеносная» ретинопатия недоношенных («плюс»-болезнь): Сборник научных трудов. — М., 2006. — С. 150—160.
2. Влияние криокоагуляции на состояние клинической рефракции у детей с ретинопатией недоношенных: Сборник научных трудов / под ред. Е.И. Сидоренко. — М., 2006. — С. 164—168.
3. Сайдашева Э.И. Ретинопатия недоношенных у младенцев с экстремально низкой массой тела при рождении / Э.И. Сайдашева, В.А. Любименко, И.С. Сорокина // Детская офтальмология итоги и перспективы: Материалы научно-практической конференции. — М., 2006. — С. 139—140.
4. Факторы, влияющие на эффективность профилактической коагуляции сетчатки при активной ретинопатии недоношенных / Л.А. Коголева [и др.] // Российская педиатрическая офтальмология. — № 4. — М.: Медицина, 2007. — С. 25—27.
5. Фомина Н.В. Об изменениях в структуре больных с ретинопатией недоношенных за последние 10 лет / Н.В. Фомина, Н.А. Филатова // Детская офтальмология итоги и перспективы: Материалы научно-практической конференции. — М., 2006. — С. 153—154.