

тральной области, отсутствие макулярного рефлекса, умеренный отек диска зрительного нерва.

При исследовании различных звеньев местного иммунитета в слезной жидкости выявлены нарушения гомеостаза: в виде дисбаланса иммуноглобулинов, повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов, значительное снижение активности комплемента, лизоцима и снижение уровня α_1 -антитрипсина. Показатель α_1 -антитрипсина исследовался в сравнительном аспекте у пациентов с ССГ при клинически выраженных общих проявлениях СЗСТ и стертой клинике системной патологии до и после лечения. Исследования выполнялись с помощью турбодиметрического метода на приборе «Турбокс» (протеиновый анализатор) фирмы «ORION DIAGNOSTICA» (Финляндия).

В первой группе имели место значительные изменения со стороны роговицы: нитчатый кератит, эрозирование и изъязвление роговицы, микроперфорация роговицы; во второй группе – точечный кератит, сухой кератит, эрозии роговицы.

Всем больным проводилась противовоспалительная, трофическая, saniрующая терапия. В случаях, когда отмечалось быстрое прогрессирование процесса с молниеносным изъязвлением роговичной ткани (в течение 1-5 суток), обширным лизисом и перфорацией роговицы, назначались антипротеолитические препараты из группы поливалентных ингибиторов протеиназ плазмы в инстилляциях: Гордокс 10000 КИЕ, Контрикал 10000 АТрЕ ежесекундно в течение 3-5 дней. Клинически прекращался лизис роговицы, снижался процент перфораций, быстрее восстанавливался дефект роговицы.

Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. Уровень α_1 -антитрипсина в слезной жидкости до и после лечения.

Показатель α_1 -антитрипсина в различный период заболевания	Количество исследованных n=218	Синдром «сухого глаза»		Контроль n=20
		с клиническими проявлениями СЗСТ n=85	без клинических проявлений СЗСТ n=24	
до лечения	n=170	0,031±0,02*	0,049±0,02*	0,13±0,04
после лечения	n=48	0,052±0,02*	0,081±0,02*	0,13±0,04

Примечание: * P<0,05 – достоверно относительно контроля

Из представленной таблицы следует, что уровень α_1 -антитрипсина значительно снижен в группе пациентов с яркими клиническими проявлениями системного поражения соединительной ткани, несколько выше данный пока-

затель в группе больных без клиники СЗСТ, хотя в обеих группах отмечается достоверное снижение антипротеолитического фермента слезной жидкости по отношению к группе контроля, которую составили здоровые лица.

На фоне проводимой антипротеолитической терапии данный показатель достоверно увеличился, хотя не достиг цифр контрольной группы, что клинически подтверждалось стабилизацией литических процессов в роговице, улучшением репарации, снижался риск такого серьезного осложнения течения чистого изъязвления как перфорация роговицы.

Таким образом, результаты данного исследования свидетельствуют о нарушении защитной антиферментной функции слезной жидкости у пациентов с ССГ на фоне СЗСТ, что клинически проявляется чистым лизисом роговицы, а назначение ингибиторов протеиназ позволяет приостановить процесс изъязвления роговицы и способствует лучшей репарации.

Линник Л.Ф., Семикова Т.С.,
Яровой А.А., Булгакова Е.С.

ВОЗМОЖНОСТИ БРАХИТЕРАПИИ С RU-106/RH-106 В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМ ХОРИОИДЕИ ВЫСОТОЙ БОЛЕЕ 8 ММ

Проведена оценка брахитерапии с Ru-106/Rh-106 в лечении меланом хориоидеи высотой более 8 мм. Определена необходимость дальнейшего исследования данной проблемы.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению количества больных с меланомой хориоидеи (МХ), выявляемой на стадии больших размеров. Чаще всего такие опухоли сопровождаются низкими зрительными функциями.

Общепризнанным является факт ухудшения прогноза для жизни при увеличении размеров опухоли. При этом единственным методом лечения таких больных, как правило, является энуклеация, после которой смертность достигает 40-50% в срок до 10 лет. Принятие решения о калечащей операции нередко является особенно трудной задачей: при высоких зрительных функциях – вплоть до 0,7-1,0; в молодом возрасте пациента; при некоторых жизненных обстоятельствах больных, в том числе профессиональных; при категорическом отказе от энуклеации.

Это приводит в ряде случаев к вынужденному использованию органосохранного метода лечения – брахитерапии с Ru-106/Rh-106, классические показания к которому ограничиваются высотой опухоли до 5-6 мм. В связи с этим чрезвычайно важным представляется оценка обоснованности и безопасности использования данного метода при опухолях проминенцией более 8 мм.

Цель исследования

Оценить эффективность брахитерапии с Ru-106/Rh-106 в лечении меланом хориоидеи высотой более 8 мм.

Материалы

Проведен анализ лечения 36 пациентов с большими МХ методом брахитерапии (БТ) с радионуклидом Ru-106/Rh-106. Высота опухоли составляла от 8,1 до 11,3 мм (в среднем 9,13 мм) и протяженностью от 10,5 до 23 мм (в среднем 14,28 мм). Преобладали опухоли с периферической локализацией – 32 пациента, юкстапапиллярные были в 3 случаях, в макуле – 1, цилиарное тело было вовлечено в 3 случаях. Признаков метастазирования перед лечением выявлено не было. Поглощенная доза облучения рассчитывалась на склеру и составляла 2500 – 3000 гр. Срок наблюдения составил от 6 до 104 месяцев (в среднем 34,9).

Результаты

Регрессия опухоли произошла у 30 человек, у 4 наблюдалось отсутствие эффекта с продолженным ростом (выполнена энуклеация у 2 из этих больных в срок от 1 до 4 месяцев), у 2 изменения размеров опухоли не отмечено (в одном случае выполнена энуклеация).

Регрессия опухоли по высоте произошла на 1,8 – 9 мм, в среднем с 9,13 до 4,28 мм (т.е. на 53,1%). В группе пациентов, срок наблюдения которых превышал 2 года (n = 20), регрессия МХ составила 2,1 – 9 мм, в среднем с 9,13 до 3,79 мм (т.е. на 58,4%).

Из 30 человек с первоначальной регрессией опухоли у 1 наблюдался экстрасклеральный рост опухоли (при регрессии самого новообразования с 10,2 до 5,6 мм), по поводу чего выполнена энуклеация; у 8 отмечен продолженный рост, по поводу чего 2 пациентам была успешно проведена повторная БТ с последующей стабилизацией процесса, одному – повторное подшивание офтальмоаппликатора без положительного эф-

фекта с последующей энуклеацией, 4 – энуклеация (один из этих пациентов выпал из-под наблюдения). Таким образом, энуклеация выполнена в 9 случаях. От метастазов в печень умер один пациент (через 1 год 8 месяцев после БТ и через 7 месяцев после энуклеации по поводу продолженного роста; динамика высоты опухоли 11,3 – 6,1 – 15 мм). В целом стабилизация процесса достигнута у 23 из 36 пациентов.

Среди осложнений отмечены транссудативная отслойка сетчатки (n = 23), выраженная деструкция стекловидного тела (n = 10), гемофтальм (n = 4), вторичная неоваскулярная глаукома (n = 1), субатрофия глазного яблока (n = 1), лучевая частичная атрофия зрительного нерва (n = 3), геморрагическая отслойка сосудистой оболочки (n = 3), полная осложненная катаракта (n = 2).

Заключение

В целом эффективность лечения при сроках наблюдения в среднем 34,9 месяца составила 63,9%. Полученные результаты свидетельствуют о закономерном снижении эффективности лечения МХ высотой более 8 мм по сравнению с опухолями проминенцией до 8 мм (которая составляет до 84%). Вместе с тем возможность сохранения жизни и глаза пациента, а иногда и предметного зрения, свидетельствует в пользу допустимости и безопасности в отдельных случаях расширения показаний при больших опухолях к БТ с использованием ОА с Ru-106/Rh-106, не ухудшая прогноз для жизни. Необходимо дальнейшее исследование этой проблемы с увеличением количества и сроков наблюдений.

Мелехина М.А., Цыганова Т.А.,
Терентьев И.Г., Богданов Г.С.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИГЛАЗНОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА МЕТОДОМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ

Применен информативный метод оптической когерентной томографии для диагностики внутриглазного инородного тела с целью минимизации оперативного вмешательства и профилактики осложнений.

Проникающие ранения глазного яблока с наличием внутриглазных инородных тел относятся к одной из наиболее тяжелых травм. Ди-