

20. Maccol R. J., Russel S. Intracapsular posterior chamber intraocular lens implantation with capsular tears or zonular instability // J. Cataract & Refr. Surg. — 1995. — Vol. 21. — № 4. — P. 376-377.
21. Neuhann T. Theorie und operations technik der kapsulorhexis. // Klein. Monatsbl. Augentreilkd. — 1985. — Vol. 16. — P. 372-376.
22. Vin A. K. Ocular hypertension following Nd: YAG laser capsulotomy: a potentially blinding complication // Ophthalmic Surg. — 1984. — Vol. 15. — P. 283-284.
23. Wasserman D., Apple D. J., Castaneda V. E. Anterior capsular tears and loop fixation of posterior chamber intraocular lenses // Ophthalmology. — 1991. — Vol. 98. — P. 425-431.
24. Willson M. E., Bluestein E. C., Wang X-H., Apple D. J. Comparison of mechanized anterior capsulectomy and manual continuous capsulorhexis in pediatric eyes // J. Cataract & Refract. Surg. — 1994. — Vol. 20. — P. 602-606.

Поступила 6.02.2009.

Рецензент канд. мед. наук Т. А. Сорочинская

ANTERIOR CAPSULORHEXIS BY CONGENITAL AND ACQUIRED CHANGES OF ANTERIOR LENS CAPSULE

N. F. Bobrova, A. N. Dembovetskaya, N. B. Kusmina
Odessa, Ukraine

Results of surgical treatment of 34 children (35 eyes) aged from six month till 16 years with different cataract types with congenital and acquired anterior capsule changes have been analysed.

The new elaborated method of anterior capsulotomy give the possibility to perform anterior continuous circular capsulorhexis in all cases with congenital and acquired changes of anterior capsule, to avoid intra- and postoperative complications, provide the opportunity for further in-the-bag IOL implantation, providing the most optimal conditions for restoration and following visual acuity improvement that is very important in children.



УДК 617.764.1-006-073

ИНФОРМАТИВНОСТЬ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ СЛЕЗНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

С. И. Полякова, ст. науч. сотр.

ГУ "Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова АМН Украины"

Проведено аналіз комп'ютерно-томографічної симптоматики у 85 хворих на пухлини слюзової залози епітеліального генезу (ПСЗЕГ). Виявлено, що у 81,2% випадків ПСЗЕГ виявляються на комп'ютерній томограмі (КТ) у вигляді м'якотканинного компоненту негетерогенної структури. Встановлено, що при злоякісних ПСЗЕГ достовірно частіше уражаються окорухові м'язи і зоровий нерв, та виявляється розповсюдження пухлини в порожнину черепа, скроневу область, придаткові пазухи носу. Визначено, що зовнішня і верхня стінки орбіти при ПСЗЕГ уражаються частіше і практично однаково часто при різних гістологічних типах пухлин, але при плеоморфних аденомах це враження спостерігається у вигляді витончення верхньо-зовнішньої стінки орбіти, а при злоякісних пухлинах — у вигляді узурації, витончення і деструкції.

За даними денситометричної щільності (ДЩ) пухлини розроблено тест попередньої оцінки злоякісності пухлинного процесу у слюзовій залозі — при значенні ДЩ нижче 40 одиниць Хаунсфілда з вірогідністю 88,2% можливо діагностувати злоякісний характер пухлини.

Ключевые слова: слезная железа, опухоли эпителиального генеза, компьютерная томография, дифференциальная диагностика.

Ключові слова: слюзова залоза, пухлини епітеліального генезу, комп'ютерна томографія, диференційна діагностика.

Дифференциальная диагностика опухолей слезной железы эпителиального генеза (ОСЖЭГ) одна из сложных проблем офтальмоонкологии. Вместе с тем, достоверная и своевременная диагностика этой патологии важна для выбора правильной и эффективной тактики лечения.

Одним из важных методов диагностики ОСЖЭГ по-прежнему остается рентгенологическое исследование, ведущей составной частью которого за последние десятилетия стала компьютерная томография

© С. И. Полякова, 2009.

(КТ). В сравнении с обычным рентгенологическим методом исследования, КТ позволяет качественно и количественно оценить состояние не только костных структур, но и мягкотканного компонента орбиты в реальном масштабе, что значительно повышает диагностическую ценность метода.

Наиболее существенными компьютерно-томографическими признаками заболеваний орбиты являются следующие:

- увеличение объема пораженной стороны орбиты или глазного яблока в каком-либо срезе или в целом, реже — уменьшение объема;
- отек ретробульбарной жировой клетчатки (повышение ее рентгеновской плотности выше — 100 ед. Н) или фиброз (плотность выше — 50 ед. Н);
- наличие «плюс-ткани» различной плотности, структуры и формы;
- состояние костных стенок орбиты, наличие в них очагов деструкции или сквозных дефектов;
- наличие кальцинатов либо инородных тел и включений;
- утолщение или уменьшение диаметра зрительного нерва и глазодвигательных мышц, верхней глазной вены [4].

По данным А. Ф. Бровкиной, КТ позволяет выявить и локализовать новообразование орбиты или ее рецидив в 95% случаев [2].

Вместе с тем, по данным литературы, невозможно составить четкого представления о значении этого метода для дифференциации ОСЖЭГ. Сведения о результатах компьютерного исследования новообразований слезной железы немногочисленны и представляют собой описания единичных наблюдений [7, 8, 9, 10].

Ранее нами были изучены возможности дифференциации при помощи КТ новообразований слезной железы различного гистогенеза среди других новообразований орбиты [5].

Целью настоящего исследования явилось изучение информативности компьютерно-томографических признаков для дифференциации ОСЖЭГ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

КТ исследование проведено у 85 больных ОСЖЭГ, лечившихся в ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова АМН Украины». Методика проведения КТ исследования описана ранее [5].

Для статистического анализа материала была разработана электронная информационная база данных, включавшая описываемые КТ-признаки опухолей слезной железы (ОСЖ), результаты клинического и гистоморфологического исследования. Для оценки информативности диагностического теста использовали расчет чувствительности и специфичности, а также статистическую оценку ROC кривой [6]. Статистический анализ проводился в программе «MedCalc 9.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. В результате хирургического вмешательства и гистологической верификации опухоли были выявлены

следующие гистологические типы: плеоморфная аденома — 32 больных, рак в плеоморфной аденоме — 8, аденокарцинома — 22, аденокистозная карцинома — 13, аденокарцинома в плеоморфной аденоме — 1, аденокистозная карцинома в плеоморфной аденоме — 3, аденокарцинома в аденокистозной карциноме — 1, миксома — 2, мукоэпидермоидная аденома — 2, онкоцитомы — 1. При этом поражение орбитальной части СЖ наблюдалось у 83 (97,6%) больных, пальпебральной — только у двух больных (из них у одного больного с плеоморфной аденомой и у одного — с раком в плеоморфной аденоме).

Во всех случаях ОСЖЭГ определялись на КТ в виде мягкотканного компонента в верхне-наружном отделе орбиты согласно месту локализации слезной железы. Структура ткани опухоли по данным КТ была различной, но в большинстве случаев (81,2%) статистически достоверно ($p = 0,00001$) неомогенной (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных ОСЖЭГ в зависимости от гистологического типа опухоли и ее структуры по данным КТ

Гистологический тип опухоли	Структура опухоли на КТ		Всего	p
	Неомогенная n (%)	Гомогенная n (%)		
ПА	25 (78,1)	7 (21,5)	32	0,009
РПА	8 (100,0)	—	8	—
АК	19 (86,4)	3 (13,6)	22	0,01
АКК	10 (76,9)	3 (23,1)	13	0,1
АКПА	1 (100,0)	—	1	—
АККПА	3 (100,0)	—	3	—
АКАКК	—	1 (100,0)	1	—
МИК	1 (50,0)	1 (50,0)	2	—
МУК	2	—	2	—
ОНК	—	1 (100,0)	1	—
Всего	69 (81,2)	16 (18,8)	85	0,00001

Примечание (здесь и далее): ПА — плеоморфная аденома, РПА — рак в плеоморфной аденоме, АК — аденокарцинома, АКК — аденокистозная карцинома, АКПА — аденокарцинома в плеоморфной аденоме, АККПА — аденокистозная карцинома в плеоморфной аденоме, АКАКК — аденокарцинома в аденокистозной карциноме, МИК — миксома, МУК — мукоэпидермоидная опухоль, ОНК — онкоцитомы.

Характеристика границ опухоли на КТ определялась четкостью контуров выявляемого мягкотканного компонента. Особенности границ опухоли по данным КТ в зависимости от гистологического типа ОСЖЭГ отражены в таблице 2, из которой следует, что при злокачественных гистологических типах ОСЖЭГ чаще определяются нечеткие границы. Из 49 больных, у которых границы опухоли были нечеткими, 39 (79,6%) больных были со злокачественными опухолями. Четкие границы опухоли по данным КТ определялись в большинстве случаев — 75,0% (27 больных) при доброкачественных ОСЖЭГ. Уровень значимости различий в характеристике границ опухоли по данным КТ высок ($\chi^2 = 27,5$; $p = 0,001$).

Таблица 2

Распределение больных ОСЖЭГ в зависимости от гистологического типа опухоли и характеристики ее границ по данным КТ

Гистологический тип опухоли	Характеристика границ опухоли на КТ		Всего	p
	Нечеткие n (%)	Четкие n (%)		
ПА	9 (28,1)	23 (71,9)	32	0,03
РПА	6 (75,0)	2 (25,0)	8	0,25
АК	19 (86,4)	3 (13,6)	22	0,01
АКК	10 (76,9)	3 (23,1)	13	0,1
АКПА	1 (100,0)	—	1	—
АККПА	2 (66,7)	1 (33,3)	3	—
АКАКК	1 (100,0)	—	1	—
МИК	—	2 (100,0)	2	—
МУК	1 (50,0)	1 (50,0)	2	—
ОНК	—	1 (100,0)	1	—
Всего	49 (57,7)	36 (42,3)	85	0,18

Форма мягкотканного компонента, определяемого на КТ при ОСЖ, также различна в зависимости от гистологического типа опухоли (табл. 3).

Таблица 3

Частота встречаемости различных форм ОСЖЭГ по данным КТ при различных гистологических типах

Гистологический тип опухоли	Форма опухоли на КТ		Всего	p
	правильная n (%)	неправильная n (%)		
ПА	26 (81,3)	6 (18,8)	32	0,05
РПА	1 (12,5)	7 (87,5)	8	0,0004
АК	2 (9,1)	20 (90,9)	22	0,007
АКК	4 (30,8)	9 (69,2)	13	0,2
АКПА	—	1 (100,0)	1	—
АККПА	1 (33,3)	2 (66,7)	3	—
АКАКК	—	1 (100,0)	1	—
МИК	—	2 (100,0)	2	—
МУК	—	2 (100,0)	2	—
ОНК	—	1 (100,0)	1	00
Всего	34 (40,0)	51 (60,0)	85	0,07

Из данных таблицы 3 видно, что правильная (овальная или округлая) форма ОСЖЭГ выявлялась при плеоморфной аденоме слезной железы достоверно ($p = 0,005$) чаще (81,3%), чем неправильная (18,8%). При злокачественных типах опухоли слезной железы достоверно чаще определялась неправильная форма опухоли — в 78,4% случаев. Уровень статистической значимости различий признака — $\chi^2 = 39,2$; $p = 0,00001$.

КТ позволяет также оценить поражение опухолью глазодвигательных мышц, зрительного нерва, костных стенок орбиты, прилегающих к орбите других анатомических структур.

Наши исследования показали, что при ОСЖЭГ чаще поражается наружная прямая мышца (34 больных — 40%), реже — верхняя прямая мышца (16 больных — 18,8%), значительно реже — нижняя прямая мышца (2 больных — 2,4%). Пораже-

ние мышц достоверно чаще диагностируется при КТ у больных со злокачественными типами ЭОСЖ ($\chi^2 = 33,6$; $p = 0,0001$).

Поражение зрительного нерва было выявлено у 12 больных (14,1%). При этом 11 из них — больные со злокачественными ОСЖЭГ, в основном — с аденокарциномой слезной железы (8 пациентов) и лишь один больной с плеоморфной аденомой.

Заинтересованность в опухолевом процессе костных стенок орбиты выявлена при КТ у 66 (77,7%) из 85 больных ОСЖЭГ. Чаще поражаются наружная (29 больных — 34,1%) и верхняя (37 больных — 43,5%) стенки орбиты и практически одинаково часто при различных гистологических типах ОСЖЭГ. Поражение костных стенок при плеоморфных аденомах проявляется истончением верхней и наружной стенок орбиты (37,5%). При злокачественных типах ОСЖЭГ поражение костных стенок определялось в виде узурации, истончения и деструкции, однако различия статистически не достоверны ($\chi^2 = 6,01$; $p = 0,74$; $\chi^2 = 8,78$; $p = 0,46$; $\chi^2 = 4,48$; $p = 0,88$).

КТ позволяет определить не только наличие и характер поражения костных стенок орбиты, но и распространенность в полость черепа и придаточные пазухи носа, что является немаловажным фактором, определяющим объем хирургического вмешательства.

Прорастание опухоли в полость черепа с поражением головного мозга наблюдалось нами на КТ у одного больного с аденокарциномой слезной железы. Прорастание в височную область было диагностировано на КТ у 4 больных, из них у трех — с аденокарциномой слезной железы и у одного — с аденокистозной карциномой. Распространение в придаточные пазухи носа было определено на КТ у одного больного раком в плеоморфной аденоме, у одного — аденокарциномой и у одного — аденокистозной карциномой.

Одним из важных признаков КТ является измерение денситометрической плотности (ДП) в единицах Хаунсфильда (ЕХ) определяемого патологического мягкотканного компонента в орбите. Диапазон значений денситометрической плотности ОСЖЭГ представлен на рисунке 1, из которого следует, что у 36 больных (42,4%) показатель ДП опухоли колебался от +30 до +40 ЕХ, у 18 больных (21,2%) — от +40 до +50 ЕХ. Диапазоны колебаний ДП от +20 до +30 ЕХ и от +50 до +60 ЕХ отмечались у одинакового числа больных (14 больных, 16,5%). Минимальная ДП наблюдалась у одного больного (1,2%), повышенная ДП — у двух больных (у одного больного — +64 ЕХ — 1,2% и у одного больного — +76 ЕХ — 1,2%).

Средние, минимальные и максимальные значения денситометрической плотности доброкачественных и злокачественных ОСЖЭГ представлены на рисунке 2, средние значения ДП различных гистологических типов ОСЖЭГ — в таблице 4.

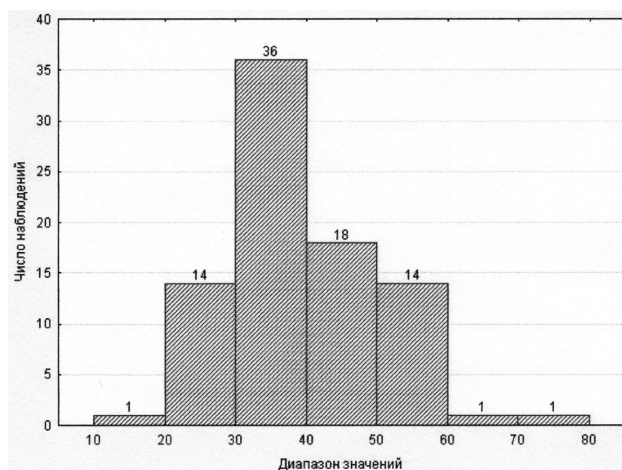


Рис. 1. Диапазон значений денситометрической плотности (в ЕХ) ОСЖЭГ, определяемой при компьютерной томографии.

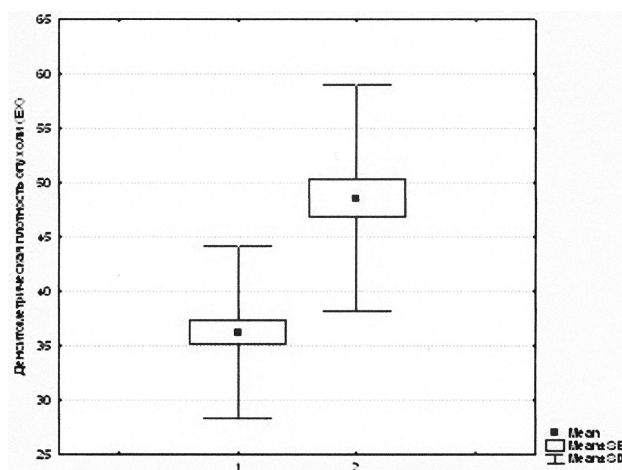


Рис. 2. Средние, минимальные и максимальные значения денситометрической плотности (в ЕХ) доброкачественных (1) и злокачественных (2) ОСЖЭГ.

Таблица 4

Средняя денситометрическая плотность ($M \pm SD$) ОСЖЭГ различного гистологического строения, определяемая при КТ в ЕХ

Гистологический тип опухоли	Денситометрическая плотность ($M \pm SD$)	Количество больных (n)
ПА	$47,4 \pm 9,3$	32
РАП	$35,9 \pm 3,4$	8
АК	$37,6 \pm 7,8$	22
АКК	$32,6 \pm 7,6$	13
АКПА	$38,0 \pm 0,0$	1
АККПА	$35,3 \pm 3,1$	3
АКАКК	$22,0 \pm 0,0$	1
МИК	$48,5 \pm 14,8$	2
МУК	$52,5 \pm 7,8$	2
ОНК	$76,0 \pm 0,0$	1
Среднее значение плотности ОСЖЭГ	$41,2 \pm 10,8$	85

Как видно из данных рисунка 2 и таблицы 4, при доброкачественных ОСЖЭГ (плеоморфная аденома, миксома, мукоэпидермоидная аденома, онкоцитома) показатель ДП был выше 40 ЕХ, при злокачественных (рак в плеоморфной аденоме, аденокарцинома, аденокистозная карцинома, аденокарцинома в плеоморфной аденоме, аденокарцинома в аденокистозной карциноме) — ниже 40 ЕХ. Уровень различий между средними значениями ДП доброкачественных ($48,6 \pm 10,4$) ЕХ и злокачественных ($36,2 \pm 7,88$) ЕХ ОСЖЭГ высоко достоверен ($p = 0,000001$). Наши данные совпадают с аналогичными данными других авторов о том, что доброкачественные опухоли орбиты другой локализации имеют ДП выше, чем злокачественные [1]. Однако, по мнению ряда авторов [3, 11, 12], величина ДП не имеет самостоятельного значения и тем более не позволяет сделать заключение о гистологической природе заболевания.

Мы согласны с мнением этих авторов о том, что ДП ОСЖЭГ не позволяет определять гистологический тип опухоли при КТ диагностике, но, на наш взгляд, дает возможность предположить характер опухолевого процесса. Это подтверждается проведенным корреляционным и ROC анализом полученных нами данных. Установлена высокая обратная корреляционная связь между ДП опухоли и ее характером (коэффициент Спирмена = $-0,57$, $p = 0,000000$), т. е., чем больше ДП ОСЖЭГ, тем опухоль доброкачественнее и наоборот.

На рисунке 3 представлена точечная диаграмма значений ДП у больных ОСЖЭГ различной степени злокачественности, на которой видно, что граничным значением ДП при дифференциации доброкачественности или злокачественности опухолевого процесса в слезной железе является величина +40 ЕХ. На основании ROC анализа (площадь под ROC-кривой = $0,84$; $p = 0,0001$) разработан тест дифференциации степени злокачественности ОСЖЭГ по данным ДП опухоли, определяемой при КТ исследовании (рис. 4).

Из рисунка 4 следует, что при значении ДП ОСЖЭГ менее +40 ЕХ чувствительность теста составляет 88,2%, а специфичность 82,4%. Следовательно, при значении ДП ОСЖЭГ менее +40 ЕХ вероятность наличия злокачественной ОСЖЭГ составляет 88,2%.

Дифференциально-диагностическая ценность этого признака возрастает при его учете в комплексе с другими КТ-признаками и результатами других методов исследования.

Таким образом, проведенные нами исследования позволили определить характерные КТ симптомы при различных гистологических типах ОСЖЭГ, позволяющие дифференцировать последние между собой.

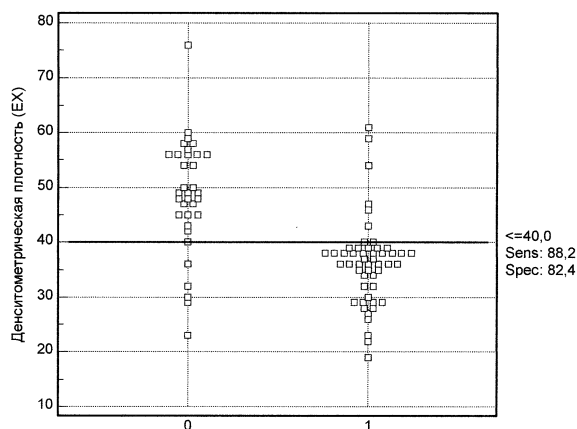


Рис. 3. Точечная диаграмма значений ДП опухоли, определяемой при КТ, у больных доброкачественными (0) и злокачественными (1) ОСЖЭГ.

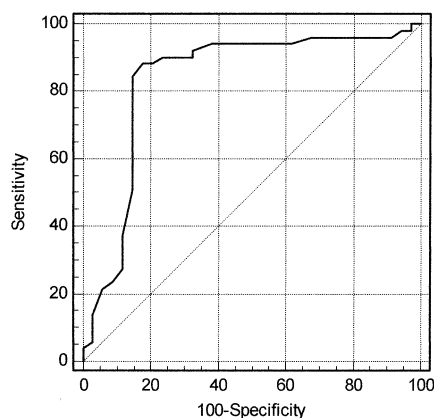


Рис. 4. ROC — кривая значений ДП опухоли, определяемой при КТ, у больных доброкачественными и злокачественными ОСЖЭГ.

ВЫВОДЫ

1. Опухоли слезной железы эпителиального генеза в 81,2% случаев определяются на КТ в области слезной железы в виде мягкотканного компонента неомогенной структуры. Наличие овальной или округлой формы опухоли с четкими контурами и денситометрической плотностью более +40 EX статистически достоверно свидетельствует о доброкачественной опухоли. Наличие мягкотканного компонента неправильной формы неомогенной структуры без четких контуров при денситометрической плотности до +40 EX достоверно говорит о злокачественной опухоли.

2. Поражение глазодвигательных мышц и зрительного нерва достоверно чаще выявляется при КТ у больных со злокачественными, чем доброкачественными ОСЖЭГ.

3. При плеоморфных аденомах слезной железы поражение костных стенок орбиты определяется на КТ в виде истончения верхне-наружной стенки орбиты, при злокачественных типах ОСЖЭГ — в виде

узурации, истончения и деструкции. Независимо от гистологического типа ОСЖЭГ, чаще поражаются наружная и верхняя стенки орбиты.

4. Распространение ОСЖЭГ в височную область, полость черепа и придаточные пазухи носа выявляются при КТ исследовании у больных со злокачественными гистологическими типами опухоли.

5. Разработан тест предварительной оценки характера опухолевого процесса в слезной железе на основании значений денситометрической плотности опухоли, определяемой при КТ. При значении ДП ниже +40 EX с вероятностью 88,2% можно диагностировать злокачественный характер опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкина Т. М. Комплексная диагностика опухолей и псевдоопухолевых заболеваний орбиты с применением компьютерной томографии // Автореф. ... канд. мед. наук. — Одесса, 1993. — 16 с.
2. Бровкина А. Ф. Болезни орбиты. — М.: Медицина, 1993. — 238 с.
3. Габуния Р. И., Колесникова Е. К. Компьютерная томография в клинической диагностике. — М.: Медицина, 1995. — 225 с.
4. Офтальмоонкология: Руководство для врачей / А. Ф. Бровкина, В. В. Вальский, Г. А. Гусев и др. / Под ред. А. Ф. Бровкиной. — М.: Медицина, 2002. — 424 с.
5. Полякова С. І., Бабкіна Т. М., Ісмаїлов Т. Г. Можливості комп'ютерної томографії в диференціальній діагностиці новоутворень слізозової залози // Науковий вісник Ужгородського університету, серія Медицина. — Випуск 22. — 2004. — С. 86-88.
6. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. — М.: Медиа Сфера, 1998. — 352 с.
7. Auran J., Jakobić F., Krebs W. Bening mixed tumor of the palpebral lobe of the lacrimal gland. Clinical diagnosis and appropriate surgical management // Ophthalmology. — 1989. — Vol. 95, № 1. — P. 90-99.
8. Biyyikilyildiz H. Zeki, Ozcan Sadettin, Unlicerci H. Canit, Atay O. Faruk. Observation of the mixed tumor of the lacrimal gland // Tiirk. Oftalmol. Gaz. — 1987. — Vol. 17, № 3. — P. 486-491.
9. Font Ramor L., Patipa Michael, Rosenbaum Pearl S. et al. Correlation of computed tomographic and histopathologic features in malignant transformation of bening mixed tumor of lacrimal gland // Surv. Ophthalmol. — 1990. — Vol. 34, № 6. — P. 449-452.
10. Heatheote J. Godfrey, Hurwitz Jeffrey J., Dardick Irving. A spindle-cell myoeipithelioma of the lacrimal gland // Arch. Ophthalmol. — 1990. — Vol. 108, № 8. — P. 1135-1139.
11. Oshinsie L. J., Waitzman D. M. Diagnostic neuroimaging: computed tomography and magnetic resonance imaging // J. Amer. Optom. Assoc. — 1996. — Vol. 13, № 8. — P. 481-495.
12. Song G. Comparison of ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging in diagnosis of orbital disorders // Chung. Hua. Yen. Ko. Tsa. Chin. — 1991. — № 5. — P. 288-291.

Поступила 26.01.2009

Рецензент проф. Л. С. Терентьева

SELF-DESCRIPTIVENESS OF COMPUTER-TOMOGRAPHIC SIGNS FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF TUMOURS OF THE LACRIMAL GLAND OF EPITHELIAL GENESIS

S. I. Polyakova

Odessa, Ukraine

The analysis was made of computer-tomographic semiology in 85 patients with tumours of the lacrimal gland of epithelial genesis (TLGEG). It is revealed that in 81.2 % of cases TLGEG are differentiated on the computer tomogram in the form of the soft tissue of nonhomogeneous structure. It is established that in malignant TLGEG oculomotor muscles and optic nerve are reliably more often affected and it is also determined distribution of a tumour to the cranial cavity, zygomatic area, accessory sinuses of the nose. It is determined that external and upper walls of the orbit in TLGEG are affected more often and practically equally frequently in different histologic types of the tumour, but in pleomorphic adenomas this affection is observed in the form of the thinned upper external walls of the orbit, and in malignant tumours — in the form of thinning and destruction.

According to the value of densimetric density (DD) of tumours there was developed a test of the preliminary estimate of malignancy of the tumoral process in the lacrimal gland — in DD value below 40 units of Haunsfield with probability of 88.2 % it is possible to diagnose malignant character of the tumour.



УДК: 617.7-007.681-06-089.168.1-037

УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА ВО ВЛАГЕ ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ

К. П. Павлюченко, проф., д-р мед. наук, **С. Ю. Могилевский**, д-р мед. наук,

Ю. А. Панченко, врач

Кафедра глазных болезней Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького

У 70 хворих (70 очей), страждаючих первинною відкритокутовою глаукомою, в ході антиглаукоматозної операції — сінуотрабекулектомії, було вивчено наявність і рівень кортизолу у внутрішньоочній рідині. Вміст кортизолу у внутрішньоочній рідині вивчали за допомогою імуноферментного аналізу. Встановлено, що його рівень коливався від 0 до 250 нмоль/л. Виявлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем кортизолу і внутрішньоочним тиском до і після операції, а також процесами рубцювання в зоні оперативного втручання і індукованим післяопераційним астигматизмом.

Ключевые слова: первичная глаукома, хирургическое лечение, кортизол.

Ключові слова: первинна глаукома, хірургічне лікування, кортизол.

Проблема инвалидности вследствие патологии органа зрения является объектом особого внимания отечественных и зарубежных офтальмологов. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в мире проживает более 161 миллиона человек с выраженными зрительными нарушениями, в том числе — 37 миллионов слепых и 134 миллиона слабослышащих. Среди основных инвалидизирующих форм офтальмопатологии 17% составляет глаукома. За последние три десятилетия наблюдается рост удельного веса инвалидности вследствие глаукомы в пять раз [2, 17]. Среди основных инвалидизирующих нозологических форм офтальмопатологии глаукома занимает 20% [3]. Анализ причин инвалидности больных при глаукоме показал, что наиболее важным фактором инвалидизации является плохая диагностика и недостаточное качество лечения [9].

Основным методом лечения первичной глауко-

мы в течение многих лет является хирургический. Антиглаукоматозные операции сегодня составляют до 10-15% всех операций, выполненных в глазных стационарах [4, 13]. Одной из причин неудач антиглаукоматозных операций в отношении стабилизации внутриглазного давления (ВГД) являются ранние и поздние послеоперационные осложнения [4], составляющие до 48,1% [4]. На характер, частоту и длительность послеоперационных осложнений оказывают влияние вид, техника оперативного вмешательства и опыт офтальмохирурга, уровень исходного ВГД и артериального давления, стадия глаукомы, степень нарушений общего и местного биохимического и иммунного статуса, а также наличие сопутствующей общей патологии (сосудис-

© К. П. Павлюченко, С. Ю. Могилевский,
Ю. А. Панченко, 2009.