

яичников на первом году жизни после установления диагноза составила 18%, тогда как по сводным данным популяционных раковых регистров стран Европы, одногодичная выживаемость больных раком яичников составляет в среднем 63%. Средняя продолжительность жизни у них составила $9,2 \pm 2,7$ месяца. Спустя два года от установления заболевания из 28 женщин под наблюдением оставались 18 человек, что составляет 64%. Таким образом, очевидно, что выживаемость больных распространенными формами наследственного рака яичников выше, чем в общей популяции.

Выводы. Наследственный рак яичников в 89% обусловлен носительством мутаций 5382insC и 4153delA. Рак яичников у носительниц мутации BRCA1 имеет ряд характерных клинических особенностей. Особенностью развития рака яичников, ассоциированного с мутацией в гене BRCA1, является быстрый рост опухоли и низкая степень дифференцировки, двухстороннее поражение яичников, высокая частота первично-множественного рака. Проведенный анализ показал отсутствие очевидной связи наследственного рака яичников, ассоциированного с мутацией в гене BRCA1, с семейным онкологическим анамнезом и молодым возрастом на момент манифестации заболевания.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭХОБИОМЕТРИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЕ

*Садовникова Е.В., Мадекин А.С., Кирица Л.В., Харук И.А.
УЗ «ГКБ №2 г. Гродно»*

Метод ультразвуковой эхобиометрии (УЗ ЭБМ) давно и успешно применяется в офтальмологии при исследовании глазного яблока, а также для измерения его анатомических параметров. Использование УЗ ЭБМ дало возможность увидеть изменения внутриглазных структур при различной глазной патологии. В зарубежной и отечественной литературе встречаются сообщения об исследованиях анатомических структур глаза при остром приступе закрытоугольной глаукомы

(ЗУГ), работы, определяющие влияние антиглаукоматозных операций на состояние передней камеры (ПК) глаза, изменения глубины ПК после имплантации интраокулярных линз (ИОЛ), определена связь изменений глубины ПК глаза и толщины хрусталика с развитием первичной ЗУГ [1,2,3]. В нашей работе мы хотели определить значимость использования метода УЗ ЭМБ в комплексном обследовании пациентов с ПГ.

Цель исследования – анализ анатомических параметров глаза у пациентов с ПГ и у пациентов с различными аномалиями рефракции, а также определение диагностического значения метода УЗ ЭМБ при ПГ.

Материал и методы. Нами проведено эхобиметрическое исследование у 85 человек на 156 глазах. Из них у 40 пациентов (70 глаз) в возрасте 40-80 лет, которые составили основную группу, была диагностирована ПГ в разной стадии. В контрольную группу вошли пациенты с аномалией рефракции без глазной патологии. В контрольной группе выделено три подгруппы: 1 подгруппа – 10 больных (19 глаз) в возрасте 30 – 75 лет с гиперметропией различной степени, 2 подгруппа – 20 пациентов (37 глаз) в возрасте 14 – 56 лет – с миопической рефракцией, 3 подгруппа – 15 пациентов (30 глаз) с эмметропией, возраст 14 – 80 лет. Во всех группах под наблюдением было примерно одинаковое количество мужчин и женщин, всем проводили стандартное офтальмологическое обследование, а также УЗЭМБ: определение переднезаднего размера (ПЗР) глазного яблока, глубины ПК, толщины хрусталика (ТХ). Для более точной оценки соотношения внутриглазных анатомических структур по данным ЭМБ производили математический расчет отношения глубины ПК к ПЗР (ПК/ПЗР), ПК к заднему отрезку, включающему ТХ и стекловидное тело (ПК/ЗО). ЭМБ проводили на ультразвуковом сканере для А/В режимов UD – 6000 фирмы TOMЕУ с использованием датчика для В – режима с частотой 10 МГц, в режиме Normal.

Результаты и обсуждение. Для гиперметропии характерно равномерное уменьшение размеров всех структур глаза. Увеличение глубины ПК при миопии свидетельствует о том, что при близорукости растягивается не только задний, но и передний отрезок глаза, что может сказаться на дренажной системе

(см. таблицу 1).

Отмечено, что у лиц с ПГ при ПЗР глаза, равной таковой у здоровых людей, отмечается значительное уменьшение глубины ПК, по сравнению даже с размерами ПК у пациентов с гиперметропической рефракцией. Эти изменения связаны со сдвигом иридохрусталиковой диафрагмы кпереди в результате повышения давления в задней камере. Отмечена различная ТХ в глазах с глаукомой по сравнению с контрольной группой. Возможно, это связано с большим количеством людей пожилого возраста в группе больных глаукомой, имеющих признаки катаракты.

Обращало на себя внимание значимое различие ($p < 0,001$) коэффициентов ПК/ПЗР и ПК/ЗО в исследуемых группах. Отношение ПК к ПЗР глаза мало отличалось в норме, при миопии и гиперметропии, колебалось 0,136 – 0,141, что свидетельствовало о сохранении нормального положения иридохрусталиковой диафрагмы и независимости от растяжения глазного яблока или его маленьких размеров. Тогда как в глазах с ПГ этот коэффициент уменьшался до 0,118, что связано с изменением взаиморасположения внутриглазных структур и смещением кпереди всей иридохрусталиковой диафрагмы. При оценке отношения ПК к ЗО отмечалась такая же зависимость.

Ценность УЗ ЭБМ в комплексном обследовании больных с глаукомой заключается еще и в том, что с ее помощью определяются невидимые при обычной биомикроскопии изменения соотношений структур глаза, а это может иметь большое значение в ранней диагностике ПГ.

Таблица 1. Данные ультразвуковой биометрии при ПГ и различных аномалиях рефракции

Патология	ПЗР мм	ПК мм	ТХ мм	ПК/ПЗР	ПК/ЗО
Глаукома	22,85 ± 0,13 p < 0,05	2,70 ± 0,05 p < 0,001	4,55±0,08 p<0,001	0,119±0,003 p<0,001	0,132±0,003 p<0,001
Гиперметропия	21,43±0,015 p<0,001	2,91±0,05 p<0,001	3,98±0,07 p<0,01	0,135±0,004 p<0,04	0,156±0,003 p<0,05
Миопия	25,19±0,11 p<0,001	3,54±0,05 P=0,01	3,43±0,03 P=0,05	0,141±0,001 p>0,05	0,162±0,003 p>0,05
Норма	23,22±0,08	3,28±0,05	3,67±0,10	3,67±0,10	0,163±0,003

Выводы:

1. Эхобиометрия является достаточно информативным методом: она позволяет определить взаимное расположение отделов глаза по отношению друг к другу, а также оценить анатомические параметры глаза.

2. Предложенные коэффициенты (ПК/ПЗР и ПК/ЗО) могут применяться как дополнительные данные для ранней диагностики ПГ.

3. Уменьшение глубины ПК, а также изменение соотношения переднего и заднего отделов глазного яблока характерно для ПГ.

Литература

1. Завгородняя Н.Г. Влияние патологии экстра- и интракарниальных сегментов дуги аорты на механизмы развития и клиническое течение различных форм первичной глаукомы, автореферат, Одесса 2003г
2. Katski W, \ \ Klin.Oczna,2003г,- Vol.105.- № 1-2.-P.46-48.
3. Martinez- Bello C.\ \ J. Glaucoma – 2000. – Vol.9. – № 1.- P.51 – 55.

ВЛИЯНИЕ В-БЛОКАТОРОВ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА "СУХОГО ГЛАЗА" У БОЛЬНЫХ С ГЛАУКОМОЙ

Садовникова Е.В., Мадекин А.С., Кирица Л.В., Харук И.А.

УЗ «ГКБ №2 г. Гродно»

Синдром "сухого глаза" в последние годы приобретает большую актуальность. Среди офтальмологических больных данная патология встречается у 45%, а в возрастной группе старше 50 лет – у 67% (Бржевский В.В., Сомов Е.Е., 2002 г). За последнее время появились данные, что больные глаукомой попадают в группу риска развития синдрома "сухого глаза" из-за длительного применения β -блокаторов (Бржевский В.В., Сомов Е.Е. 2002 г., Куроедов А.В. 2002 г, Муратова Н.В. 2002 г.).

Цель нашего исследования – изучить с помощью пробы Ширмера, пробы Норна и оценки высоты слезного мениска состояние слезопродукции и стабильность слезной пленки у больных глаукомой, получавших β -блокаторы для нормализации внутриглазного давления (ВГД).

Материал и методы. Комплексное обследование слезопродуцирующего аппарата глаза включало оценку