

3. Surgical Treatment of Peyronie's Disease by the Intracavernjsal Plaque Excision Method: A New Surgical Technique /J.S. Darewicz [et al.] // Eur.Urol. – 2004. – Vol.45. – P.77-81.

ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Синица А.И., Парфенчик В.Ю., Дейкало Н.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра глазных болезней

Научный руководитель – асс. Солодовникова Н.Г.

Актуальность. В настоящее время число людей, страдающих глаукомой возросло до 105 млн. человек. Основные методы лечения направлены на снижение внутриглазного давления (ВГД).

Цель: сравнительный анализ результатов гипотензивной терапии первичной открытоугольной глаукомы при консервативном и хирургическом методах лечения.

Задачи и методы: анализ историй болезни и амбулаторных карт 78 пациентов находившихся на лечении в микрохирургии глаза ГОКБ и состоящих на диспансерном учете в 4-ой поликлинике г. Гродно с диагнозом первичная открытоугольная глаукома.

Результаты. По стадиям ПОУГ пациенты распределились следующим образом: 1 – (15%), 2 – 47%, 3 – 28%, 4 – 10%. Мужчин – 50 (64%), женщин – 28 (36%). Средний возраст 67,5 лет. Срок диспансерного учёта: до 3 лет – 6 человек (19%), 4-6 лет – 6 чел. (19%), 7-9 лет – 9 чел. (29%), 10-12 лет – 5 чел. (16%), 13 и более лет – 5 чел. (16%). Выделено 2 группы: а. Консервативное лечение – 31 глаз (40%) б. Хирургическое лечение – 47 глаз (60%). Консервативная терапия включала: тимолол – 16 глаз (52%), окупрес – 2 глаза (7%), азарга – 2 глаза (7%). Комбинированное лечение – 11глаз (34%): пилокарпин+окупрес–2(7%), тимолол+азарга – 2 глаза (7%), тимолол+тафлопрост – 3 (10%), пилокарпин+азарга – 2 (7%), другие – 2 (9%). На момент выявления глаукомы ВГД составило: а. до 27 мм рт. ст. – 46 глаз (74%), б. 28-32 мм рт. ст. – 11 глаз (18%), в. 33 и более – 5 глаз (8%). На консервативном лечении ВГД: а. до 27 мм рт.ст. – 53 глаза (85%) б. 28-32 мм рт. ст. – 8 глаз (13%), в. 33 и более мм рт. ст. – 1 глаз (2%). Среднее ВГД 20 мм рт. ст. выявлено на 37 глазах (70%). Острота зрения при первичном обращении: 1,0-0,7 – 25 глаз (40%), 0,6-0,3 – 15 глаз (24%), 0,2-0,01 – 19 глаз (31%), светопроекция-0 (ноль) – 3 глаза (5%). Острота зрения на момент исследования: 1,0-0,7 – 15 глаз (24%), 0,6-0,3 – 21 глаз (34%), 0,2-0,01 – 21 глаз (34%), светопроекция-0 (ноль) – 5 глаз (8 %). В хирургической группе было 2 вида операций: СТЭ+БИ – 29 глаз (62%); НГСЭ – 18 глаз (38%). До операции ВГД: а. до 27 мм рт. ст. – 6 глаз (13%); б. 27-32 мм рт. ст. – 14 глаз (30%); в. 33 мм рт. ст. и более – 27 глаз (57%). После операции ВГД: а. до 27 мм рт. ст. – 46 глаз (98%); б. 28 – 32 мм рт. ст. – 1 глаз (2%); в. 33 мм рт. ст. и более – нет. При поступлении острота зрения: 1,0-0,7 - 15 глаз (32%); 0,6-0,3 – 13 глаз (28%); 0,2-0,01 – 16 глаз (34%); светопроекция или 0 – 3 глаза (6%). После операции острота зрения: 1,0-0,7- 13 глаз (28%); 0,6-0,3 – 14 глаз (30%); 0,2-0,01- 16 глаз (34%); светопроекция или 0–4 глаз (8%).

Выводы:

1. Хирургическое лечение привело к снижению ВГД в 98% случаев.
2. Определено отсутствие эффекта консервативной терапии в 30% случаев.
3. Отмечается снижение зрительных функций, переход ПОУГ из начальной стадии в развитую и далекозашедшую при некомпенсированном ВГД.

Литература:

1. Либман, Е.С. Инвалидность вследствие глаукомы в России / Е.С. Либман, Е.В. Шахова, Е.А. Чумаева, Я.Э. Елышна // Глаукома: проблемы и решения: сб. науч. ст. – М., 2004. – С. 430-432.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА

Ситько Е.С., Зинкевич О.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – асс. Губарь Л.М.

Высокая летальность, заболеваемость лиц молодого возраста, неизвестность этиологии делает изучение лимфомы Ходжкина [1] актуальной проблемой медицины. В течение последних десяти лет в Беларуси лимфомой Ходжкина (ЛХ) заболело 270-300 человек ежегодно [2].

Цель: изучить применение лучевой терапии (ЛТ) при различных морфологических вариантах, стадиях у пациентов с ЛХ разного возраста и пола.

Задачи: выявить наиболее часто встречающиеся морфологические варианты лимфомы Ходжкина; оценить возрастные и гендерные аспекты, схемы лечения при разных вариантах и стадиях ЛХ.

Методы: изучение архивных историй болезни УЗ «ГОКБ» пациентов с лимфомой Ходжкина за 2002 г. и 2012 г.

Результаты. В 2002 г. преобладающим морфологическим вариантом ЛХ являлся смешанно-клеточный – 44,4% (16 чел.), нодулярный склероз – 22,2% (8чел.); в 2012 г. преобладал нодулярный склероз – 57,9% (15чел.), смешанно-клеточный – 19,23% (5чел.). В 2002 г. лимфоидное преобладание 14% (5чел.), лимфоидное истощение 8,3% (3чел.), БДУ 11,1% (4 чел.). В 2012 г. лимфоидное преобладание 15,4% (4 чел.), лимфоидное истощение 3,84% (1чел.), БДУ 3,84% (1чел.). Возрастные и гендерные аспекты: молодые люди до 30 лет болели при часто встречающихся вариантах ЛХ, а пациенты старше 60 лет при лимфоидном преобладании и лимфоидном истощении. Мужчин больше, чем женщин, в 2002 г. – из 36 случаев 17 жен. (47,2%) и 19 муж. (52,8%), а в 2012 г., наоборот, – из 26 случаев 15 жен. (57,7%) и 11 муж. (42,3%).

В 2002 г. при смешанно-клеточном варианте со II стадией заболевания 56,25% (9 чел.); у жен. 44,4% (4 чел.) вне зависимости от возраста при использовании комплекса химиотерапии (ХТ) и ЛТ – благоприятный исход; муж. до 30 лет 20% – живы, муж. старше 30 лет 80% после 50% ХТ и 50% ХТ и ЛТ умерли; с III стадией заболевания 43,75%: муж. до 30 лет 20% (1чел.) при ХТ и ЛТ – жив, после 30 лет 80% (4 чел.) – умерли; жен. до 30 лет 50% (1чел.) при ХТ и ЛТ – умерла, жен. после 30 лет 50% (1чел.) – жива. При нодулярном склерозе исход зависел от возраста и пола: муж. до 20 лет (2 чел.) живы вне зависимости от стадии (2 и 4) и применяемого лечения, после 20 лет (2 чел.) исход зависел от стадии заболевания. Чем больше стадия, тем выше смертельный исход; у жен. при ХТ и ЛТ – положительный результат. Вариант лимфоидного истощения в основном у муж. старше 30 лет, при лечении ХТ, ХТ и ЛТ – смертельный исход 100%.

В 2012 г. при нодулярном склерозе: только ХТ проводилась в 40% при 2, 3, 4 стадиях, ХТ и ЛТ в 53,3% при 1, 2, 4 стадиях, 2 пациента умерли (13,3%) при ст 3 В и 4 без ЛТ; при смешанно-клеточном варианте в 100% проводилась ХТ и ЛТ при 2, 4 стадиях.

Выводы. Прогноз в значительной степени зависит от стадии ЛХ, на которой начата терапия. Несмотря на то, что лучевая терапия на сегодняшний день не является основным методом лечения ЛХ, но она остается важным компонен-