

трансплантата, у 28 — полупрозрачное, у 3 — мутное. У 2 больных трансплантат отторгся. Острота зрения повысилась на 53 глазах, из них значительно — на 32; не было улучшения на 8 глазах. Ухудшения зрения не наблюдалось. Полученный эффект оказался стойким, а у 20 пациентов через 1—2,5 года острота зрения даже улучшилась по сравнению с результатами при выписке из стационара.

Наши наблюдения дают право считать послойную кератопластику эффективной при тяжелых вирусных, дистрофических кератитах, гнойных язвах роговицы, не поддающихся лечению консервативными методами. Послойная пересадка роговицы, сделанная до появления необратимых изменений со стороны самой роговицы и переднего отдела сосудистого тракта, дает наилучшие оптические и визуальные результаты, поэтому нет смысла длительно подвергать пациентов лишь консервативному лечению.

ЛИТЕРАТУРА

Гольдфельд Н. Г. Послойная пересадка обезвоженной роговицы с укреплением трансплантата клеем. М., 1970.

Поступила 19 июля 1977 г.

УДК 617.735—072.1—079.1

ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ АНГИОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗНОГО ДНА

Ф. С. Еникеева

Кафедра глазных болезней (зав.— проф. Н. Х. Хасанова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Флюоресцентная ангиография облегчает дифференциальную диагностику дистрофических, воспалительных и опухолевых процессов в области глазного дна.

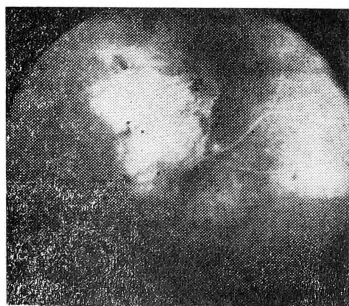
Флюоресцентная ангиография, предложенная в 1961 г. Novotny, Alvis и разработанная в отечественной офтальмологической практике И. П. Батраченко (1967), является наиболее объективным и достоверным из всех существующих методов исследования состояния кровообращения в сетчатке и сосудистой оболочке глаза на уровне микроциркуляции. Движение контрастного вещества по сосудам, объективно регистрируемое серией фотографий, дает возможность наблюдать динамику кровообращения в тканях глазного дна.

Общезвестны трудности дифференциальной диагностики, которые нередко испытывают офтальмологи при обследовании больных с заболеваниями глазного дна. Применения всего комплекса исследований (обратная, прямая офтальмоскопия, биомикроофтальмоскопия, офтальмохромоскопия) в ряде случаев недостаточно для уверенной оценки характера обнаруживаемого процесса на глазном дне. А между тем это очень важно для выбора наиболее рационального лечения. Нередко дистрофические процессы принимают за воспалительные, и проводимое в этих случаях лечение, особенно специфическое (в основном противотуберкулезное), приносит вред больным.

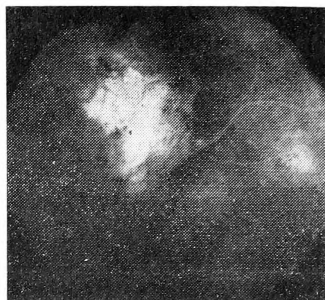
Учитывая все изложенное, мы использовали метод флюоресцентной ангиографии у 50 пациентов (лиц мужского пола — 23, женского — 27; возраст — от 9 до 58 лет), у которых по результатам традиционных и новейших методов офтальмокопических исследований не удалось с достоверностью определить характер процесса на глазном дне, а следовательно — и назначить правильное лечение.

Флюоресцентную ангиографию производили с помощью усовершенствованного аппарата ретинофота фирмы «Карл-Цейс» (ГДР), с вмонтированными фильтрами ЗС-2 и повышенной разрешающей способностью электронной вспышки. Аппарат позволял производить фоторегистрацию с частотой 1 кадр в 1 сек. Исследуемому быстро вводили внутривенно 5 мл 10% раствора флюоресцеина натрия и сразу начинали фотографирование глазного дна. У каждого пациента снимали 25 кадров через 1 сек. и 5 кадров через 1 мин. При подозрении на внутриглазное новообразование дополнительно фотографировали глазное дно через 1 час, 2 часа и более. Проведен анализ свыше 1500 ангиограмм. Больные переносили введение флюоресцеина, как правило, хорошо, только 2 пациента жаловались на тошноту и у 1 была рвота.

Методом флюоресцентной ангиографии у 29 обследованных больных с атипичной картиной глазного дна выявлен дистрофический характер заболевания. Для этой группы пациентов характерным было появление флюоресценции патологического очага в ранней артериальной фазе (рис. 1, а), а у 3 больных она обнаружилась еще раньше — в хорио-



а



б

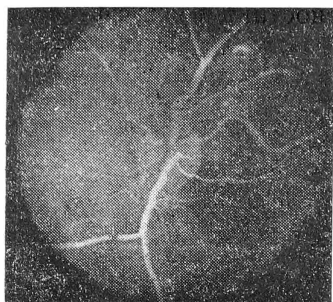
Рис. 1. Флюоресцентная ангиограмма больной Н., 17 лет.

а — артериальная фаза. Очаг начал светиться; б — венозная фаза. Флюоресценция очага уменьшилась.

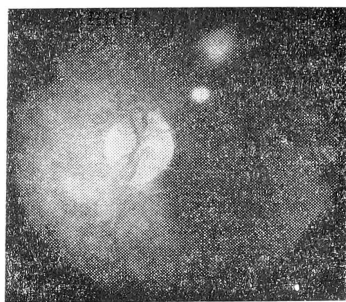
идальной фазе. Границы очагов были четкими, хотя интенсивность свечения в различных участках очага неодинаковая. Уже в венозной фазе флюоресценция очагов заметно уменьшается (рис. 1, б) и почти сразу исчезает, как только контраст покинет сосуды сетчатки. У 3 указанных пациентов свечение очагов держалось 2—3 мин. после исчезновения флюоресцеина из сосудов. Однако весь комплекс флюоресценции — раннее появление, четкость границ, угасание в венозной стадии — дал основание рассматривать ее как признак дистрофических изменений. Эффективность лечения, направленного на нормализацию обменных процессов (улучшение остроты зрения, уменьшение абсолютной скотомы) подтвердила правильность трактовки характера процесса.

У 16 пациентов с атипичной картиной изменений глазного дна при флюоресцентной ангиографии установлен воспалительный характер заболевания. Накопление контраста у этих больных начиналось лишь в ранней венозной фазе (рис. 2, а) и достигало максимума в поздней венозной фазе (рис. 2, б). Границы очага флюоресценции размыты, свечение его сохраняется 15—20 мин. после опорожнения сосудов сетчатки от флюоресцеина. Благоприятный результат противовоспалительного лечения также подтвердил правильность оценки характера патологического процесса с помощью флюоресцентной ангиографии.

5 человек обследованы нами по поводу подозрения на злокачественную внутриглазную опухоль — меланобластому. Этот предположитель-



а



б

Рис. 2. Флюоресцентная ангиограмма пациентки З., 38 лет.

а — ранняя венозная фаза. Накопление флюоресценции только началось; *б* — поздняя венозная фаза. Пик свечения.

ный диагноз требовал дифференциации с псевдотуморозной формой дисковидной дистрофии сетчатки. Флюоресцентная ангиография у 4 из них выявила изменения, свойственные новообразованиям. Гистологические исследования подтвердили диагноз опухоли (эти глаза были энуклеированы). Ангиографические изменения в этих глазах выражались в том, что флюоресценция подозрительного на опухоль участка начиналась уже в артериальной фазе. Однако интенсивное его свечение с четко очерченными границами выявлялось в артерио-венозной фазе (рис. 3, *а*). Наиболее характерным ангиографическим признаком для опухолей было длительное сохранение контраста в очагах опухоли в течение нескольких часов после исчезновения флюоресценции из сосудов, чего не наблюдается при других патологических процессах (рис. 3, *б*). У одного из этих 5 больных флюоресцентная ангиография не подтвердила наличия опухоли, а помогла выявить одну из редких форм дистрофических изменений желтого пятна — дисковидную дистрофию Кунта-Юниуса, которая по данным офтальмоскопии очень похожа на меланобластому. Таким образом, в этом случае была предотвращена энуклеация глаза.



а



б

Рис. 3. Флюоресцентная ангиограмма больной Е., 58 лет.

а — артерио-венозная фаза. Очаг начал светиться; *б* — флюоресценция нет в сосудах более часа, Очаг еще продолжает светиться.

Резюмируя изложенное, можно заключить, что флюоресцентная ангиография является ценным методом в диагностике и в дифференциальной диагностике заболеваний глазного дна.

ЛИТЕРАТУРА

Батраченко И. П. Флюоресцентная ангиография сетчатки. Автореф. канд. дисс., М., 1968.

Поступила 11 октября 1977 г.

УДК 616.441—006.5—089

О НЕКОТОРЫХ СПОРНЫХ ВОПРОСАХ В ХИРУРГИИ РАЗЛИЧНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ФОРМ ЗОБА

В. И. Подтяжкин

Куйбышевская областная больница нефтяников (главрач — заслуженный врач РСФСР канд. мед. наук В. И. Подтяжкин)

Реферат. Из 212 больных, оперированных по поводу узловых и смешанных форм зоба, злокачественное перерождение установлено у 2,8%. При большой щитовидной железе со средним по тяжести и тяжелым тиреотоксикозом медикаментозное лечение следует назначать для предоперационной подготовки; больные узловыми и смешанными формами зоба безусловно подлежат хирургическому лечению на ранних сроках. Операция на щитовидной железе может быть выполнена в подавляющем большинстве случаев.

Пораженность населения зобом в некоторых районах Среднего Поволжья составляет от 8 до 25% [5, 6]. Как правило, курируют этих больных терапевты, которые длительно проводят им консервативное лечение. Мы согласны с тем, что эутиреоидный эндемический диффузный зоб III—IV степени необходимо настойчиво лечить консервативным методом. Из 445 таких больных в возрасте от 18 до 50 лет, которым мы проводили лечение в течение 5 лет антиструмином, раствором Люголя и седативными средствами, улучшилось общее состояние и уменьшилась щитовидная железа в размерах до II степени у 88,4%, но у 11,6% больных лечение не дало эффекта.

Иначе следует относиться к больным с узловыми и смешанными формами зоба. По мнению некоторых хирургов [4, 7], оперативному лечению подлежат все больные с узловыми и смешанными формами зоба, независимо от степени увеличения и функционального состояния щитовидной железы. Одиночные, длительно существующие, так называемые «холодные» узлы величиной даже с горошину особенно опасны: они, как правило, являются предраковым заболеванием щитовидной железы. Согласно нашим наблюдениям, раковое перерождение возникло у 2,8% из 312 оперированных по поводу узловых и смешанных форм зоба.

Следовательно, проблема зоба является онкологической, и больных с узловыми, а также смешанными формами зоба необходимо, бесспорно, оперировать в ранние сроки от начала заболевания.

Среди хирургов и эндокринологов имеются некоторые разногласия в определении показаний к оперативному лечению диффузного токсического зоба. Если в прошлом больных диффузным токсическим зобом подвергали главным образом хирургическому лечению, то в настоящее время 50—75% из них вылечивают антигипертиреидными препаратами и радиоактивным йодом [2, 3]. До сих пор нет также единого мнения о сроках консервативного и оперативного лечения больных этой формой зоба. Н. А. Шерешевский (1962) рекомендует оперировать их по истечении 6 месяцев или одного года после безуспешного медикаментозного лечения. В. Г. Астапенко (1961) настаивает на более ранней операции, ограничивая консервативное лечение 2—4 месяцами.

Под нашим наблюдением было 212 больных диффузным токсическим зобом. У 46 (21,7%) из них, главным образом с легким тиреотоксикозом и небольшой щитовидной железой (II—III степени), в результате комплексного лечения препаратами стабильного йода, антигипертиреидными, седативными и сердечными средствами, витаминами группы В, транквилизаторами и (у отдельных больных) кортикостероидами было достигнуто излечение в течение 4—8 месяцев. У 65 (30,7%) больных после, казалось бы, клинического выздоровления в разные сроки наступил рецидив заболевания. В последующем все они подверглись оперативному лечению. У 101 (47,6%) больного проводимое в течение 6—8 недель лекарственное лечение служило предоперационной подготовкой. Всего нами оперировано 166 (78,3%) больных диффузным токсическим зобом.