

уровень этого показателя близок к величинам у здоровых доноров, что предполагает возможность тяжелого осложнения.

3. Уровень естественных киллеров у пациентов с абсцессами при поступлении более чем в 2 раза превышает показатели здоровых доноров; с флегмонами — в 1,5 раза ниже, чем у доноров, но быстро возрастает в процессе лечения. У пациентов с медиастенитами при поступлении содержание ЕК почти в 3 раза ниже показателей здоровых доноров. При благоприятном течении процесса отмечается медленный рост показателя; при неблагоприятном — имеется тенденция к дальнейшему снижению ЕК-клеток, что является плохим прогностическим признаком.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фомичев Е. В., Робустова Т. Г. Диагностика и лечение атипично текущих гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // Рос. стомат. журнал. — 2003. — № 4. — С.18-21.
2. Никитин А. А., Савицкая К. И., Малыченко Н. В. Клинико-иммунологическая характеристика больных с флегмонами челюстно-лицевой области // Клинико-стоматология. — 2004. — № 3. — С. 48-49.
3. Тер-Асатуров Г. П. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флегмон // Стоматология. — 2005. — № 1. — С. 20-27.
4. Оценка основных параметров иммунной системы с помощью проточной лазерной цитометрии / С. В. Дамбаева, Д. В. Мазуров, С. В. Климова и др. // Аллергология и иммунология. — 2002. — Т. 3, № 3. — С. 371-379.
5. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Оценка иммунного статуса человека

в норме и при патологии // Иммунология. — 2001. — № 4. — С. 4-6.

6. Драник Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология. — К.: ООО «Полиграф плюс», 2006. — 478 с.

7. Baum L. L. Krishnarai R. Natural killer cells in host defense // Immunol. and allergy North America. — 1994. — Vol. 13, N 3. — P. 535-550.

8. Bonavida B., Lebow A. T. Natural Killer cell subsets: maturation, differentiation and regulation // Nat. immunol. — 1993. — Vol. 12. — P. 194-208.

9. Cytokine-enhanced NK cell-mediated cytotoxicity / J. D. Bonnema, K. A. Rivlin, A. T. Ting et al. // J. Immunol. — 1994. — Vol. 152, N 5. — P. 2098-2104.

10. Иммунология и аллергология / Под ред. А. А. Воробьева, А. С. Быкова, А. А. Караулова. — М.: Практик. медицина, 2006. — 291 с.

УДК 617.741-004.1-02:616-008.6-053.4/6-089

Л. П. Новак, Н. В. Новак

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ ТЕХНИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ

Национальная медицинская академия
последипломного образования им. П. Л. Шупика,
Киевская клиническая офтальмологическая больница
«Центр микрохирургии глаза»

В последние годы сосудистые заболевания глаза — одна из частых причин слепоты и резкого ухудшения зрения. Одним из наиболее тяжелых офтальмологических проявлений сосудистой патологии является вторичная неоваскулярная глаукома, имеющая характерное течение, значительно отличающееся от первичных глауком.

В основе неоваскулярной глаукомы (НВГ) лежит патологическое новообразование сосудов в радужке и в углу передней камеры. Главный пусковой момент прогрессирующей не-

оваскуляризации переднего отдела сосудистого тракта глаза — предшествующая хориоретинальная ишемия с сопутствующим поражением крупных интра- и экстраокулярных сосудов. Перенасыщение внутриглазных тканей новообразованными сосудами, их близкое расположение к зоне фильтрации создает прямой блок оттоку внутриглазной жидкости, обеспечивает риск внутриглазных кровоизлияний.

Вторичная неоваскулярная глаукома — это одно из тяжелых заболеваний, приводящих к слепоте в 22–86 % слу-

чаев. Консервативное лечение неоваскулярной глаукомы малоэффективно. В связи с этим большинство офтальмологов для коррекции внутриглазного давления (ВГД) у больных с неоваскулярной глаукомой отдают предпочтение хирургическим методам лечения.

Однако фактор постоянного прогрессирования неоваскуляризации приводит к явной нестабильности послеоперационного снижения ВГД.

Существующие методы хирургического лечения НВГ, как правило, высокотравматичны, сопровождаются как



интра-, так и послеоперационными осложнениями.

Высокая частота геморрагических осложнений, кратковременная компенсация ВГД в послеоперационном периоде обуславливают постоянный поиск новых и совершенствование уже известных способов микрохирургической реабилитации больных с декомпенсированной неоваскулярной глаукомой.

Нами предложена комбинированная операция — сочетание глубокой непроникающей склерэктомии по Козлову (ГНСЭ) с субсклеральной цикловитректимией по методике Н. М. Сергиенко (СЦВТ), выполняемые с одного доступа.

В настоящее время ГНСЭ стала широко распространенным методом хирургического лечения глаукомы как операция, дающая наименьшее количество осложнений.

Цель работы — повышение эффективности хирургического лечения вторичной неоваскулярной глаукомы путем усовершенствования техники операции и снижения частоты интра- и послеоперационных осложнений при этом виде хирургического вмешательства.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 56 больных (56 глаз) с далеко зашедшей и терминальной некомпенсированной НВГ в возрасте от 32 до 74 лет, из них 32 женщины и 24 мужчины. У 42 больных НВГ возникла на фоне пролиферативной диабетической ретинопатии, у 14 — как следствие тромбоза центральной вены сетчатки.

Все больные получали гипотензивные препараты в инстилляциях (бетаблокаторы, ингибиторы карбоангидразы), однако компенсации ВГД не отмечалось и присутствовал болевой синдром у 46 больных.

Величина офтальмотонуса колебалась от 36 до 42 мм рт. ст.

Развитая стадия глаукомы диагностирована у 18 больных, терминальная — у 38.

Острота зрения от 0,1 до 0,01 отмечена у 18 больных, светоощущение с неправильной коррекцией — у 16, отсутствие светоощущения — у 22.

Всем больным перед операцией, а также спустя 1 нед, 1, 12, 24 мес после операции проводилось общепринятое офтальмологическое обследование, включавшее определение остроты зрения, периметрию, тонометрию, тонографию, гониоскопию, эхобиометрию.

Больные находились на лечении в отделении глаукомы и катаракты Киевской клинической офтальмологической больницы «Центр микрохирургии глаза» с 2003 по 2005 гг.

Методика операции

После проведения ретробульбарной анестезии и наложения фиксирующего шва-держалки на верхнюю прямую мышцу выполняется разрез конъюнктивы по лимбу и ее отсепаровка с 11 до 13 часов, тенонова капсула удаляется в этой зоне. Алмазным лезвием выкраивается треугольный лоскут склеры основанием к лимбу 5 x 5 x 3 мм на 1/3 ее толщины и отсепаивается до роговичной части лимба и на 1–2 мм в прозрачные слои роговицы. Далее из подлежащих слоев склеры (средняя 1/3) выкраивается и удаляется глубокий лоскут треугольной формы с задней стенкой шлеммова канала и прозрачной роговичной частью (1–2 мм) до десцеметовой оболочки.

Удаляется юкстаканаликулярная ткань трабекулы. У вершины треугольного лоскута (в 4 мм от лимба) иссекаются глубокие слои склеры до цилиарного тела размером 2 x 1 мм. Через склерэктомическое окошко проводится диатермокоагуляция новообразованных сосудов цилиарного тела, иссекается участок плос-

кой части цилиарного тела 2 x 1 мм в зоне склерэктомии. Иссекается вставившееся в сформированное отверстие стекловидное тело порционно до появления жидкой его части.

Перед иссечением порции цилиарного тела через парацентез роговицы в переднюю камеру вводится воздух.

Склеральный поверхностный лоскут укладывается в свое ложе без фиксации швами. Конъюнктива ушивается двумя П-образными швами. Субконъюнктивально вводится 1 мл дексаметазона с антибиотиком.

В послеоперационном периоде больные получали в инстилляциях кортикостероиды или нестероидные противовоспалительные препараты, парабульбарные инъекции дексаметазона в 1-е–3-и сутки после операции.

Результаты исследования и их обсуждение

Выполнено 56 операций по данной методике у 56 больных с вторичной некомпенсированной неоваскулярной глаукомой. Течение послеоперационного периода гладкое, ареактивное. Средний койкодень составил 3 дня.

Осложнения в ходе операции отмечены на 12 (21,4 %) глазах. Во всех случаях это была частичная гифема. В момент перепада давления — снижения в полости стекловидного тела после циклопунктуры — возникает кровотечение из новообразованных сосудов радужки. Предварительно введенный воздух в переднюю камеру препятствует резкому перепаду давления в передней камере и тем самым уменьшает вероятность развития гифемы. Вследствие частичного снижения ВГД после глубокой непроникающей склерэктомии уменьшается риск кровотечений из новообразованных сосудов радужки и УПК.

Благодаря СЦВТ, создается отток внутриглазной жидко-



сти из полости стекловидного тела под конъюнктиву. Установлено, что уже на следующий день после операции на фоне слегка пониженного ВГД ($P_0 = 8-12$ мм рт. ст.) резко уменьшается неоваскуляризация радужки и УПК. В течение последующих 3–5 дней исчезает неоваскулярная ткань на всех прооперированных глазах.

В раннем послеоперационном периоде во всех случаях отмечалось снижение ВГД и присутствовала разлитая фильтрационная подушечка.

В течение 1 мес со дня операции на 28 глазах отмечалось уплощение фильтрационной подушечки и повышение ВГД до нормальных величин ($P_0 = 16-18$ мм рт. ст.). Этим больным была выполнена ИАГ-лазерная трабекулотомия в зоне иссечения наружной стенки шлеммова канала.

Сроки выполнения ИАГ-лазерной трабекулотомии от 2 нед до 1 мес.

В течение одного года после операции повышение офтальмотонуса отмечено на 11 (19,6 %) глазах, причем всегда сопровождающееся резким усилением неоваскуляризации радужки и угла передней камеры. Этим больным была назначена медикаментозная гипотензивная терапия.

На 17 (30,3 %) глазах достигнута компенсация ВГД без лазерного вмешательства и назначения гипотензивных средств.

В этих случаях отсутствовала неоваскуляризация переднего отдела сосудистого тракта.

Осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде не отмечено.

Спустя два года после операции компенсация ВГД отмечена на 43 глазах, причем на 9 — с дополнительным применением гипотензивных средств. Болевой синдром отсутствовал на всех глазах.

Выводы

Сочетание глубокой непроходящей склерэктомии и субсклеральной цикловитректоми с одного доступа в 76,8 % случаев обеспечивает эффект при лечении вторичной болезненной НВГ.

Минимальная реакция на операционную травму, ареактивное течение послеоперационного периода, незначительное количество интраоперационных осложнений (частичная гифема), довольно стойкий гипотензивный эффект, достаточная простота — отличительные признаки данной технологии.

Это позволяет рекомендовать сочетание ГНСЭ с СЦВТ как операцию выбора в хирур-

гическом лечении некомпенсированной неоваскулярной глаукомы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Косых Н. В. // Офтальмохирургия. — 1989. — № 1-2. — С. 35-37.
2. Марченко Л. Н., Бирич Т. А., Алам Д. Хирургическое лечение неоваскулярной глаукомы // Глаукома. — М., 1999. — С. 192-193.
3. Муравей Ж. В., Городынская Э. Ф. // Офтальмол. журнал. — 2000. — С. 49-52.
4. Московченко К. П., Никифорова Н. В. Сравнительная оценка хирургических вмешательств при неоваскулярной глаукоме // Микрохирургия глаза. — Л., 1990. — С. 129.
5. Непроницающая хирургия глаукомы: эволюция метода и перспективы развития: Обзор литературы / Т. В. Козлова, Н. Ф. Шапошникова, В. Б. Скоблева, Т. В. Соколовская // Офтальмохирургия. — 2000. — № 3. — С. 39-53.
6. Тахчиди Х. П., Иванов Д. И., Бардасов Д. Б. Отдаленные результаты микроинвазивной непроницающей глубокой склерэктомии // Там же. — 2003. — № 3. — С. 14-17.
7. Сергиенко Н. М., Кориневич Н. И., Новак Л. П. Субсклеральная цикловитректомия при глаукоме // Офтальмол. журнал. — 1989. — № 3. — С. 3-4.
8. Некоторые особенности хирургии глауком / А. П. Нестеров, Е. А. Егоров, Ю. Е. Батманов, Л. Н. Колесникова // Вестник офтальмологии. — 1986. — № 3. — С. 6-8.

УДК 616.34-002:577.245

О. В. Павленко

ВПЛИВ АМІКСИНУ НА АКТИВНІСТЬ СИРОВАТКОВОГО ІНТЕРФЕРОНУ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМИ КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Одеський державний медичний університет

Інтерферони (ІФН) — група біологічно активних білків, що синтезуються клітинами в процесі захисної реакції організму на різні агенти (віруси, бактерії

і т. д.). Вони належать до цитокінів і мають антивірусну, антибактеріальну й імуномодуючу активність [1; 2]. Система інтерферону містить понад

20 різновидів білків, об'єднаних у 3 основних класи — α , β , γ , а також клітини — їхні продуценти [3]. Інтерферони посідають ключові позиції в протівірусному

