

Резюме

Луговсков А.Д. *Эпидемиологическая характеристика вирусных гепатитов в условиях промышленного региона.*

В статье изучены особенности эпидемического процесса вирусных гепатитов. Установлено, что в общей структуре заболеваний данной группы гепатит А занимает наибольший удельный вес, а экологические факторы негативно влияют на уровень заболеваемости вирусным гепатитом А. Предложена комплексная программа, включающая мониторинг циркуляции вируса гепатита А в окружающей среде.

Ключевые слова: вирусные гепатиты, эпидемический процесс, промышленный регион.

Резюме

Луговський О.Д. *Епідеміологічна характеристика вірусних гепатитів в умовах промислового регіону.*

В статті досліджені особливості епідемічного процесу вірусних гепатитів. Встановлено, що в загальній структурі захворювань даної групи гепатит А займає найбільшу питому вагу, а екологічні фактори негативно впливають на рівень захворюваності вірусним гепатитом А. Запропоновано комплексну програму яка містить моніторинг циркуляції вірусу гепатиту А в навколишньому середовищі.

Ключові слова: вірусні гепатити, епідемічний процес, промисловий регіон.

Resume

Lugovskov A.D. *Epidemiology characteristic of viral hepatitis of industrial region.*

The features of epidemic process of viral hepatitis are studied in the article. It is set that in the general structure of diseases of this group, hepatitis A occupies the most specific gravity, and ecological factors negatively influence the level of morbidity by viral hepatitis A. The complex program, including monitoring of circulation of viral hepatitis A in the environment, is proposed.

Key words: viral hepatitis, epidemic process, industrial region.

УДК: 617.7-007.681-089+[617.723+617.725]-007.281

ЦИЛИОХОРИОИДАЛЬНАЯ ОТСЛОЙКА ПОСЛЕ АНТИГЛАУКОМАТОЗНЫХ ОПЕРАЦИЙ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

С.Ю. Могилевский, В.В. Головкин, И.Г. Зыков
Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького

По данным ВОЗ в мире проживает 161 млн. людей с выраженными зрительными нарушениями, в числе которых 37 млн. слепых и 124 млн. слабовидящих. Причины, ведущие к слепоте, постоянно претерпевают изменения, наблюдается тенденция к постоянному росту количества слепых. В настоящее время глаукома остается одной из главных причин слепоты и инвалидности в мире (14-24%) [24]. По данным Н. Quigly (1996, 2006) число больных глаукомой в мире составляет около 66 млн. человек. На сегодняшний день хирургическое лечение глаукомы остается наиболее востребованным и популярным. Антиглаукоматозные операции составляют до 10-15 % всех операций, выполненных в глазных стационарах [27, 28]. Офтальмохирургами выполняется полный спектр антиглаукоматозных фистулизирующих и непроникающих оперативных вмешательств. Результаты современных антиглаукоматозных операций оцениваются по стабилизации зрительных функций в особенности поля зрения, а также по величине офтальмотонуса. Эффект антиглаукоматозных операций во многом зависит от характера и частоты операционных, ранних и поздних послеоперационных осложнений. Офтальмохирургу приходится сталкиваться с такими осложнениями антиглаукоматозных операций как гипемиа, экспульсивная геморрагия, синдром мелкой передней камеры, злокачественная глаукома, цилиохориоидальная отслойка (ЦХО), инфицирование в послеоперационном периоде, воспалительные послеоперационные осложнения, рубцовая облитерация путей оттока внутриглазной жид-

кости (ВГЖ), развитие катаракты в послеоперационном периоде, кистозные изменения фильтрационной подушечки и индуцированный послеоперационный астигматизм [23].

Хориоидальная циркуляция составляет 85% от всей крови, проходящей через глаз. Объем крови, проходящий через хориоидею, больше, чем в большинстве других тканях тела, включая сетчатку и головной мозг от 800 до 2000 мл/мин на 100 грамм ткани [30]. ЦХО или отслойка сосудистой оболочки (ОСО) является частым осложнением антиглаукоматозных операций и возникает обычно после операционной или травматической разгерметизации и декомпрессии глазного яблока, что указывает на тесную связь данного осложнения с состоянием острой гипотонии глаза [16]. По данным разных авторов вероятность развития ЦХО после операций по поводу глаукомы варьирует от 0% до 88% [17]. Ершкович И.Г., (1968г.) наблюдал цилиохориоидальную отслойку после фистулизирующих операций в 15-40%, по данным Б.А. Алексеева, Ю.К. Ширшикова (1975г.) она определяется в 75,3% случаев. Частота ЦХО после антиглаукоматозных операций по данным Алексеева В.Н. составляет 30,6%. По мнению Ершовского Т.И. "... создается впечатление, что при вскрытии глазного яблока при любой операции возникновение отслойки сосудистой оболочки почти неизбежно" [16]. Большинство авторов, ведущее значение в патогенезе ЦХО придают гипотонии раннего послеоперационного периода [1]. Алексеев В.Н. выделяет в развитии цилиохориоидальной отслойки два этапа [6]. Высокая ригидность глазного яблока и перепад внутриглазного давления который приводит к давящему воздействию на сосудистую оболочку, а также гемодинамические сдвиги являются факторами, которые приводят к образованию "первичной" отслойки сосудистой оболочки, которую находили на операционном столе O'Brien (1936) в 100%, а А.И. Еремина (1966) в 86% всех случаев. В дальнейшем при определенных условиях (герметизация и повышение внутриглазного давления) эта "первичная" отслойка хориоидеи может прилегать не оставляя никаких последствий. Этим заканчивается первый

этап образования отслойки сосудистой оболочки. Второй этап развития отслойки имеет место в том случае, если нормальный тонус глаза не восстанавливается, тогда возникает более стойкая, видимая отслойка сосудистой оболочки, которая обычно регистрируется и является проявлением компенсации к уменьшению объема глазного яблока. При избыточной фильтрации внутриглазной жидкости в послеоперационном периоде поддерживается гипотония. Если ригидность глазного яблока высока, то даже небольшое снижение внутриглазного давления вызовет необходимость компенсации недостающего объема, так как внутриглазное давление является функцией ригидности стенки глазного яблока и его объема. При этом стекловидное тело, очевидно, начинает удерживать влагу, разбухает, что приводит к исчезновению передней камеры. Такое состояние является первой ответной реакцией глаза на гипотонию. В дальнейшем, если этот компенсаторный механизм оказывается недостаточным, начинается фильтрация жидкости в полость первичной отслойки [5]. Волков В.В. объясняет возникновение ЦХО теорией "вакуум-синдрома", в которой ведущее значение придается деформации оболочек глазного яблока. ЦХО наступает в результате "саморасправления" упругой склеры и создания отрицательного давления между оболочками [11, 12]. Рядом авторов выдвигалось предположение, что основным фактором развития ЦХО является опорожнение передней камеры и смещение кпереди иридо-хрусталиковой диафрагмы в ходе оперативного вмешательства. В этом случае цилиарное тело механически отслаивается в силу тракции хрусталика и смещения кпереди базиса стекловидного тела. Авторы в своих рассуждениях не учитывают то обстоятельство, что падение давления в передней камере не может привести к увеличению объема стекловидного тела за короткий промежуток времени, а при появлении экстраокулярной деформации или утолщении хориоидеи за счет гиперемии ее внутренняя поверхность смещается вперед вместе со стекловидным телом и склерой [21]. По мнению Макеевой Т.В. и Неменко Ф.П., развитие цилиохориоидальной отслойки происходит в

результате существенного различия концентрации белка в супрахориоидальной жидкости и во влаге передней камеры (соответственно 7,24% и 0,02%) [20]. Некоторые авторы придают большое значение в развитии ЦХО нарушениям гемодинамики глаза [3, 19]. Так, Алексеев Б.Н. и Писецкая С.Ф. нашли, что у больных с ЦХО имеется значительное снижение реографического коэффициента до 0,78 о/оо [3]. На основании этого авторы делают вывод о резком ухудшении внутриглазной гемодинамики при возникновении ЦХО. Однако, как считает Мелянченко Н.Б., авторы в своих рассуждениях не учитывают особенностей методики реоофтальмографии и не придают значения тому факту, что даже в случае сохранения нормального уровня увеального кровотока при ЦХО будет неизбежным падение межэлектродного сопротивления и снижение реографического коэффициента за счет шунтирования электродов супрахориоидальной жидкостью [21]. Дискутируется вопрос о механизме появления жидкости в супрахориоидальном пространстве. Еще в начале нашего столетия Фукс указывал, что причиной ЦХО является разрыв склеральной шпоры и затекание влаги передней камеры между оболочками [33]. Есть мнение, что при возникновении ЦХО стекловидное тело теряет свою жидкость [11]. Балясникова Н.В. и Зыков Н.И. механизм развития ЦХО представляют следующим образом. Под влиянием травмы (сжатия) происходит деформация ригидной склеры с разрушением пластин супрахориоидального пространства и нарушением проницаемости сосудистых стенок увеального тракта. Жидкость из сосудов начинает поступать в супрахориоидальное пространство [9]. На тот факт, что цилиарное тело при патологических состояниях может продуцировать жидкость в супрацилиарное пространство, указывают и другие авторы [1, 37]. По мнению Н.Б. Мелянченко (1999г), большая роль в патогенезе ранних и поздних ЦХО принадлежит нарушениям, вызываемым линейной деформацией тканей глаза, хотя указанные проявления острой гипотонии глаза пока практически не изучались [21]. Таким образом, в настоящее время среди основных причин развития ЦХО

выделяют резкую декомпрессию во время вскрытия фиброзной капсулы глаза, приводящую к нарушению анатомических взаимоотношений глаза [13]; тракционное смещение цилиарного тела и иридохрусталиковой диафрагмы кпереди с формированием отрицательного давления в супрахориоидальном пространстве и трансудацией в него жидкой части крови [31]; гипотония, наступающая во время операции вследствие избыточной наружной фильтрации ВГЖ при неадекватности антиглаукоматозной фистулы или недостаточной герметизации операционной раны [2, 31]; патологические изменения в гидродинамике жидкости супрахориоидального пространства [8]. Клиническая картина ЦХО складывается на основании таких симптомов, как изменение глубины передней камеры, гипотония, изменения на глазном дне, боль глазного яблока. Изменения глубины передней камеры могут расцениваться как ранний диагностический признак, предшествующий появлению и обратному развитию цилиохориоидальной отслойки. ЦХО бывает плоской, пузыревидной и смешанной, а так же одно- или двусторонней, оказывает явный отрицательный эффект на функциональные результаты антиглаукоматозных операций. При анализе зависимости изменений функций от формы отслойки выявлено, что худшие функциональные результаты наблюдались при двусторонней пузыревидной отслойке, лучшие - при односторонней и двусторонней плоской цилиохориоидальной отслойке. На гипотензивный эффект операций ЦХО в ближайшие сроки после ее прилегания не оказывает существенного влияния, отмечается некоторая гипотония по сравнению с теми больными, где отслойка хориоидеи и цилиарного тела не имела место. ЦХО в подавляющем большинстве случаев возникает на 4-6 сутки. Средняя длительность ее 9 суток. Длительность существования отслойки связана с характером изменений на глазном дне [5, 6]. В последнее десятилетие число случаев ЦХО значительно уменьшилось, что вероятно связано с усовершенствованием микрохирургической техники фистулизирующих операций, а так же большей популярностью непроходящих антиглаукоматозных хирургических вмешательств.

Об этом свидетельствуют данные исследований многих авторов. Так, ЦХО после проникающих оперативных вмешательств имела место в 4,4-36% случаев, при операциях с использованием имплантатов 4,5-11% случаев [14, 29, 32, 35, 36, 38]. При антиглаукоматозных операциях непроникающего типа частота случаев ЦХО составляла 2-4,8% [10, 15]. Во время проведения одноэтапного хирургического лечения катаракты и первичной глаукомы ЦХО наблюдалась - в 8,0-12,9% случаев [22, 34]. Существует мнение о том, что ЦХО после полостных операций развивается в 100% случаев [21]. Использование современной диагностической аппаратуры позволило обнаружить субклинические формы ЦХО у 78% - 100% больных уже через несколько часов после полостных операций [4]. Измельчение передней камеры при ЦХО способствует образованию передних и задних синехий, радужно-роговичному контакту с блокадой зрачка и дренажных путей оттока ВГЖ в углу передней камеры, с последующим развитием вторичной глаукомы [39]. При длительном роговично-хрусталиковом контакте развивается отек роговицы, десцеметит, прогрессирует катаракта [25]. ЦХО, протекая с явлениями вялотекущего увеита, в отдельных случаях приводит к отслойке сетчатки и субатрофии глазного яблока. Все эти осложнения приводят к резкому снижению функциональных результатов операций. После прилегания отслойки под хориоидеей и цилиарным телом определяется разрастание молодой соединительной ткани, нарушающей трофику, что, возможно, и определяет снижение зрительных функций при этом осложнении [6]. В лечении ЦХО применяется два основных способа: консервативный и хирургический [6, 7, 19, 26]. Многие авторы отмечают преимущества консервативного лечения ЦХО [19]. Сергиенко Н.М., Лемзяков Г.Г., Юсеф Х. у больных с плоской отслойкой сосудистой оболочки применили консервативное лечение, т.к. при высоте отслоения до 3-х мм в условиях гипотонии не исключается повреждение сосудистой оболочки, что было подтверждено экспериментальными исследованиями на изолированных глазах. Фармакотерапия включала парабульбарное

введение 10% раствора кофеина бензоата по 0,3-0,5мл (по М.М. Краснову, 1980), прием внутрь ангиопротектора продектина по 0,25г 3 раза в день, осмо- и десенсибилизирующую терапию. В 55,1% случаев консервативной терапией удалось купировать плоские ЦХО (в случаях отслоения сосудистой оболочки не более 2-х мм). В остальных случаях, несмотря на проводимую терапию, плоская ЦХО трансформировалась в высокую одностороннюю отслойку. В случаях прилегания отслойки (через двое суток) кофеинотерапия проводилась еще 3 дня, т.е. до полного купирования транссудативного синдрома [26]. Показанием к хирургическому лечению, по данным В.Н. Алексева, является отсутствие передней камеры в течение 48-72 часов [1]. Общепринятой хирургической тактикой при лечении цилиохориоидальной отслойки является задняя склеротомия или задняя трепанация склеры [6, 7, 26]. По данным Алексева В.Н. чаще всего оперативное вмешательство производилось при двусторонней пузыревидной цилиохориоидальной отслойке - 92,9%, реже всего при односторонней плоской отслойке - 1,6%. Обычно после задней трепанации отслойка прилежала через одни - двое суток, а так же на первые сутки восстанавливалась передняя камера [6]. Такой подход может быть достаточно эффективным, но при этом не устраняется основная причина развития ЦХО - гипотония глазного яблока [18]. Дренирующее действие малотравматичной и технически простой склеротомии в ряде случаев бывает кратковременным вследствие быстрого рубцевания или блокирования конъюнктивой (либо сгустком крови) линейного разреза склеры, что нередко приводит к рецидиву ЦХО и вызывает необходимость в проведении повторного вмешательства. Склерэктомия, являясь более сложным и травматичным вмешательством, не лишена при выполнении опасности возникновения таких осложнений, как выпадение стекловидного тела, гемофтальм, отслойка сетчатки. Предпринимались попытки совмещения задней трепанации склеры с восстановлением глубины передней камеры путем введения в нее воздуха или физ. раствора. Однако воздух имеет тенденцию к быстрому рассасыванию, а

физ. раствор не встречает препятствий к эвакуации через хирургически сформированные пути оттока, что не исключает появления рецидивирующей ЦХО [18]. Из хирургических методов лечения отслойки хориоидеи заслуживает внимания метод микродренирования склеры предложенный Сергиенко Н.М. с соавт. Предложенный метод является малотравматичным. Не требует наложения швов, не отягощает послеоперационный период и может быть рекомендован для широкой клинической практики [26]. В последнее время повышается интерес к проблеме применения газов, способных к интраокулярному расширению, при лечении и профилактике послеоперационной гипотонии глазного яблока. Пневмохориопексия является перспективным методом лечения и профилактики послеоперационной гипотонии и ЦХО. Наибольший клинический эффект достигается путем тампонады передней камеры чистым сульфургексафторидом или перфторциклобутаном в смеси с воздухом в отношении 1:1 [18]. Из профилактических способов развития ЦХО можно выделить субконъюнктивальные инъекции раствора адреналина с кортикостероидами. Применение этого метода снизило количество ЦХО более чем в два раза [6]. Ряд авторов с целью профилактики ЦХО одновременно с антиглаукоматозной операцией выполняли заднюю склерэктомию. Наиболее физиологичным, по мнению многих авторов, методом профилактики ЦХО, является проведение необходимых манипуляций без декомпрессии глаза, под нормальным внутриглазным давлением. Разработаны некоторые виды операций по поводу глаукомы, которые можно проводить практически без существенного падения офтальмотонуса. В тех случаях, когда по ходу операции требуется широкое рассечение фиброзной капсулы и декомпрессия глаза становится неизбежной, некоторые авторы предлагают проводить снижение офтальмотонуса в замедленном темпе, путем постепенного выпуска влаги передней камеры через роговичную рану или медленной аспирации внутриглазной жидкости шприцом. Постепенная декомпрессия, по мнению авторов, в какой-то мере уменьшает воздействие на ткани глаза "гидрав-

лического удара", возникающего при резком падении офтальмотонуса, и в частности способствует адаптации внутриглазных сосудов к понижению экстравазального давления [21].

Таким образом, проведенное нами изучение и анализ литературы показал, что ЦХО является одним из самых тяжелых осложнений хирургии глаукомы; частота возникновения по данным разных авторов варьирует от 0 до 100%. Ее развитие отрицательно сказывается на ближайших и отдаленных результатах лечения. Изучение механизмов ее развития и поиск новых методов профилактики и лечения является актуальной проблемой современной офтальмологии.

Литература

1. Алексеев Б.Н. - Эхографическая диагностика отслойки цилиарного тела // Вестник офтальмологии. - 1973. - № 4. - С.20-27.
2. Алексеев Б.Н., Писецкая С.Ф. О патогенезе цилиохориоидальной отслойки и влиянии ее на результаты антиглаукоматозных операций // Вестник офтальмологии. - 1976. - № 6 - С. 8-13.
3. Алексеев Б.Н., Писецкая С.Ф. Реконструктивная офтальмология. - М.: Медицина, 1979. - С.88-90.
4. Алексеев Б.Н., Писецкая С.Ф. - Гидро- и гемодинамика при цилиохориоидальных отслойках после антиглаукоматозных операций // Офтальмологический журнал. - 1983. - № 6. - С.347-349.
5. Алексеев В.Н. и др. К вопросу количественной оценки отслойки сосудистой оболочки // Офтальмологический журнал. - 1973. - №2. - С.111-112.
6. Алексеев В.Н. Отслойка сосудистой оболочки при антиглаукоматозных операциях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.08. - Л., 1973. - 20 с.
7. Бабушкин А.Э., Балтабаев Ф.Р., Янгирова М.З. О технике дренирования супрахориоидального пространства для профилактики и лечения цилиохориоидальной отслойки после антиглаукоматозных операций // Вестник офтальмологии. - 1991. - Т.107, № 6. - С.13-14.

8. Балясникова И.В. О непосредственных и отдаленных результатах цилиохориоидальной отслойки после операций, связанных со вскрытием глазного яблока // Вестник офтальмологии. - 1977. - № 4. - С.26-30.

9. Балясникова И.В., Зыков Н.И. Цилиохориоидальная отслойка при тупых травмах глаза // Тезисы докл. V Всесоюзного съезда офтальмологов. - М., 1979. - Т.5. - С.52-53.

10. Белова Л.В., Балашевич Л.И., Сомов Е.Е., Науменко В.В. Непосредственные и отдаленные результаты операций непроницающего типа у больных с открытоугольной глаукомой // Глаукома. - 2003. - № 4. - С. 32-33.

11. Волков В.В. К патогенезу и терапии послеоперационной отслойки сосудистой оболочки // Вестник офтальмологии. - 1973. - № 5. - С.31-32.

12. Волков В.В. Глазной вакуум-синдром // Вестник офтальмологии. - 1978. - № 5. - С.45-48.

13. Добромыслов А.Н., Алексеев В.Н. К генезу отслойки сосудистой оболочки при антиглаукоматозных операциях / В кн.: Актуальные вопросы глаукомы. - Куйбышев, 1973. - С. 205-210.

14. Еременко А.И., Стеблюк А.Н. Современный метод в хирургии оперированной некомпенсированной открытоугольной глаукомы // Глаукома. - 2003. - № 1. - С. 15-17.

15. Ерескин Н.Н., Иванова Е.С., Соколовская Т.В., Тимошкина Н.Т. Непроницающая микрохирургия первичной открытоугольной глаукомы // РМЖ - 2003. - Т. 4, № 2. - КОФТ, Глаукома 84.

16. Ерошевский Т.И. Первичная глаукома и осложнения после операции // Офтальмологический журнал. - 1976. - № 6. - С.403-407.

17. Кирилличев А.И., Кравченко А.А. О возможности прогноза развития и течения отслойки сосудистой оболочки у больных, оперированных по поводу первичной глаукомы // Актуальные проблемы офтальмологии: Сб. тезисов 10-й научно-практической конференции. - М., 2007. - С. 89.

18. Комарова М.Г., Кожухов А.А., Саллум Ф.А. Лечение цилиохориоидальной отслойки после антиглаукоматозных вмешательств // Офтальмологический журнал. - 2000. - № 2. - С. 71-74.

19. Краснов М.М. Местная кофеинотерапия отслойки сосудистой оболочки // Вестник офтальмологии. - 1980. - № 2. - С.62-63.

20. Макеева Т.В., Неменко Ф.П. О механизме развития отслойки цилиарного тела и хориоидеи // Вестник офтальмологии. - 1974. - № 4. - С.61-62.

21. Мелянченко Н.Б. Проблема острой гипотонии глаза в современной офтальмохирургии. - М.: Медицина, 1999. - С.28-47, 52.

22. Мухина Э.А. Сравнительная оценка эффективности экстракции катаракты в сочетании с различными антиглаукоматозными операциями: Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.08. - М., 1981. - 123 с.

23. Павлюченко К.П., Панченко Ю.А., Могилевский С.Ю. Особенности рефракции после антиглаукоматозных операций // Матеріали 5-го симпозиуму з офтальмохірургії в Україні "Сучасні досягнення в хірургії переднього та заднього сегментів ока" з практичним семінаром "Жива хірургія" за участю міжнародних спеціалістів (14-15 червня 2007, Донецьк). - Київ: Макрос, 2007. - С. 112-114.

24. Пархоменко Е.Г. Особенности клиники факорморфической глаукомы // Тезисы докл. международной научной конф. офтальмологов, посвященной 100-летию со дня рождения акад. Н.А. Пучковской (19-30 мая 2008, Одесса). - Одесса, 2008. - С. 126.

25. Писецкая С.Ф. О некоторых особенностях возникновения и течения цилиохориоидальной отслойки с синдромом мелкой передней камеры // Вестник офтальмологии. - 1987. - №3. - С. 11-13.

26. Сергиенко Н.М., Лемзяков Г.Г., Юсеф Х. Тактика офтальмолога в лечении цилиохориоидальной отслойки после антиглаукоматозных операций // Медицинский вестник. - 1997. - № 2. - С. 35-36.

27. Сергиенко Н.М., Кондратенко Ю.Н., Збитнева С.В. Гидродинамические и функциональные показатели после экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ в глазах с ранее оперированной глаукомой // Офтальмологический журнал. - 2000. - № 2. - С. 61-62.

28. Супрун А.В., Фёдорова С.М. Отдалённые результаты хирургического лечения больных с начальной глаукомой // Вестник офтальмологии. - 1981. - № 3. - С. 3-5.

29. Bhachch B., Ghosh G. The safety and efficacy of microtrabeculectomy // World Glaucoma Congress: Abstract (Singapore, July 18-21 2007). - Singapore, 2007. - P. 201.

30. Bill A. Blood circulation and fluid dynamics in the eye // Physiol. Rev. - 1975. - Vol. 55. - P.383-384.

31. Burney E.N., Quigley H.A., Robin A.L. Hypotony and choroidal detachment as late complications between rhesus monkey and rabbit // Am. J. Ophthalmol. - 1987. - Vol. 103. - P. 685-688.

32. Fatulloeva F., Bessmertny A.M., Elichev V.P. A new modification of trabeculectomy // World Glaucoma Congress: Abstract (Singapore, July 18-21 2007). - Singapore, 2007. - P. 203.

33. Fucks E. Цит. no: Chandler P.A., Maumenee A.E. // Ibid.-1961. Vol.52, № 5 -pt.1 - P.609-618.

34. Jerndal T., Lundstrom H. Trabeculectomy combined with cataract extraction // Am. J. Ophthalmol.- 1976.- Vol. 81, № 2.- P. 227-231.

35. Karlen M.E., Sanchez E., Schnyder C., Sickenberg M., Mermoud A. Deep sclerectomy with collagen implant: medium term results // British J. ophthalmol. - 1999. - Vol. 83, № 1. - P. 6-11.

36. Matsuda H. Efficacy and complications of fornix-based trabeculectomy with mitomycin C in normal-tension glaucoma // World Glaucoma Congress: Abstract (Singapore, July 18-21 2007). - Singapore, 2007. - P. 221.

37. Pederson T.E., Gaasterlaud D.E., Mac. Lellan H.M. Experimental ciliochoroidal detachment. Effect on intraocular pressure and aqueous humor flux // Arch.Ophthalmol. - 1979.- Vol.97, № 3. - P.536-541.

38. Ravinet E., Bovey E., Mermoud A. T-Flux implant versus healon GV(R) in deep sclerectomy // J. glaucoma. - 2004. - Vol.13, № 1. - P. 46-50.

39. Stewart W.C., Shields M.B. Management of anterior chamber depth after trabeculoectomy // Am.J. Ophthalmol. - 1988. - Vol. 106. - P. 41-44.

Резюме

Могилевский С.Ю., Головкин В.В., Зыков И.Г. Цилиохориоидальная отслойка после антиглаукоматозных операций: проблемы и пути решения.

В статье приводятся данные о частоте развития цилиохориоидальной отслойки после различных антиглаукоматозных операций, освещены вопросы этиологии, патогенеза, профилактики и лечения по данным исследований разных авторов с 1973 г. по настоящее время. Таким образом, проведенное нами изучение и анализ литературы показал, что ЦХО является одним из самых грозных, практически не изученным осложнением хирургии первичной глаукомы и остается актуальной проблемой современной офтальмологии.

Ключевые слова: глаукома, оперативное лечение, цилиохориоидальная отслойка.

Резюме

Могилевський С.Ю., Головкин В.В., Зыков І.Г. Циліохоріоїдальне відшарування після антиглаукоматозних операцій: проблеми і шляхи рішення.

В статті приводяться дані про частоту розвитку циліохоріоїдального відшарування після різних антиглаукоматозних операцій, освітлені питання етіології, патогенезу, профілактики і лікування за даними досліджень різних авторів з 1973 г. по теперішній час. Таким чином, проведене нами вивчення і аналіз літератури показав, що ЦХВ є одним з найгірших, практично не вивчених ускладнень хірургії первинної глаукоми і залишається актуальною проблемою сучасної офтальмології.

Ключові слова: глаукома, оперативне лікування, циліохоріоїдальне відшарування.

Summary

Mogilevskyy S., Golovkin V., Zykov I. Ciliochoroidal detachment after glaucoma operations: problems and ways of the decision.

In clause the data on frequency of development ciliochoroidal detachment (CCD) after various glaucoma operations are resulted, the questions etiology, pathogenesis, preventive maintenance and treatment on the data of researches of the different authors with 1973 till the present time are covered. Thus, study, carried out by us, and the analysis of the literature has shown, that CCD is one of most dangerous, practically by not investigated complication of surgery primary glaucoma and remains by a urgent problem modern ophthalmology.

Key words: glaucoma, operative treatment, ciliochoroidal detachment.