

INDICES OF CELLULAR AND HUMORAL IMMUNITY IN CHILDREN AFFLICTED WITH PYODERMATITES

O. I. Denysenko, I. Y. Sidorchuk, O. V. Yeroshkina

Abstract. The state of secondary immunodeficiency is formed at the expense of disturbances of cognitive processes, disorders of the autonomous immunoregulating function of T-lymphocytes, a decrease of a relative number of T-lymphocytes

at the expense of CD4 and considerable impairments of the phagocytic function of phagocytes during the final stages of englobement also occur in children with pyodermatites.

Key words: pyodermatites, children, cellular and humoral immunity, phagocytes.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2003. - Vol. 2, №2. - P.4-7.

Надійшла до редакції 16.05.2003

УДК 617.-007.681-089.8

*О. П. Кучук*¹

*В. В. Якимчук*²

*Г. Д. Ловля*¹

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТЕРМІНАЛЬНОЇ БОЛЮЧОЇ ГЛАУКОМИ

¹ – Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

² – Обласна клінічна лікарня, м. Чернівці

Ключові слова: термінальна болюча глаукома, хірургічне лікування.

Резюме. Запропонована методика стійкої компенсації внутрішньоочного тиску (ВОТ), зняття больового синдрому та необхідності повторного оперативного втручання з приводу термінальної болючої некомпенсованої глаукоми (первинної та вторинних). Про ефективність методу свідчить повна компенсація ВОТ та больового синдрому на 14 прооперованих очах впродовж 3 років спостереження. Методика полягає у класичному цикло-вітреодренуванні, що доповнюється новим способом профілактики зарощення фістули з використанням алодренажу з біологічно інертного матеріалу — стрічки гуми з хірургічної рукавички. Спосіб висідно відрізняється простотою виконання та дешевизною алодренажу і рекомендується для широкого використання у практичній офтальмології.

Вступ

Захворюваність на глаукому становить біля 1,7 % серед дорослого населення. За останні три десятиріччя частота сліпоти від глаукоми у всіх розвинутих країнах стало тримається на рівні 14—15 % від загальної кількості всіх сліпих [2]. Залишається високим рівень інвалідності за зором серед хворих на глаукому. Незважаючи на певні успіхи в консервативному та хірургічному лікуванні глаукоми [4,5], відсоток хворих з термінальною стадією цього захворювання залишається високим. На сьогодні серед офтальмологів спостерігається тенденція використовувати органозберігаючі методи хірургічного лікування при лікуванні навіть геморагічної та неоваскулярної глаукоми [1]. Проте у випадках рецидивів підвищення ВОТ та больового синдрому часто доводиться проводити повторні оперативні втручання. Нерідко наслідком термі-

нальної глаукоми є енуклеація [3]. Вищезазначені обставини спонукали нас до пошуку способу боротьби з рубцюванням фістули при класичних оперативних підходах. Для цього ми використовуємо алодренаж з біологічно інертного матеріалу — стрічки гуми з хірургічної рукавички.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Оптимізувати хірургічне лікування термінальної болючої некомпенсованої глаукоми.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Користуючись запропонованою методикою нами було прооперовано 14 хворих (14 очей) з термінальною глаукомою, в яких ВОТ некомпенсований та мав місце больовий синдром. Вік хворих — від 56 до 79 років. Чоловіків 6 (6 очей), жінок 8 (8 очей). Восьми з них були проведені раніше інші способи хірургічного лікування

глаукоми (5 — склеректомії, 3 — циклокріопексії). Вісім хворих страждали на тяжку форму цукрового діабету, що супроводжувався неоваскуляризацією райдужки. У трьох хворих глаукома виникла після неодноразово перенесеного увеїту. Ще троє хворих страждали на закритокутову термінальну глаукому.

Головними критеріями проведення запропонованого нами способу хірургічного лікування глаукоми були: термінальна стадія захворювання, наявність больового синдрому, некомпенсований ВОТ, гострота зору — неввірна світлопроекція або сліпота. Перед та після оперативного втручання хворим проводили тонометрію за Маклаковим, тонометром масою 10 г. Всім хворим перед операцією виконували ультразвукове дослідження з метою виключення неопроцесу. Як дренаж використовували стрічку гуми розміром 2×6 мм із стерильної хірургічної рукавички. Передопераційну підготовку, обробку операційного поля та анестезію проводили загальнозживаним способом. На верхній прямий м'яз накладали шовтрималку. Кон'юнктиву розсікали дугоподібним розтином довжиною 7 мм на відстані 2 мм від лімба та відсепарували її. У проекції сформованого кон'юнктивального шматка висікали та видаляли тенонову капсулу. З поверхневих шарів склери (1/3 її товщини) формували трикутну смужку, основою обернену до лімба на відстані 5 мм (рис. 1, а). Після відведення сформованої смужки в центральній ділянці склеральної кишені проводили глибоку склеректомію, циклодіаліз, часткове висічення циліарного тіла та часткову вітректомію (рис. 1, в). Алодренажну смужку вкладали у склеральну кишеню в ділянці глибокої склеректомії (рис. 1, с). Трикутну смужку поверхневих шарів склери фіксували на попереднє місце вузловим швом (рис. 1, d). Кон'юнктиву адаптували матрацим швом.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Післяопераційне спостереження хворих здійснювали від одного до трьох років. Ітраопераційних ускладнень не спостерігалось. Основним критерієм ефективності лікування був стан ВОТ. Післяопераційні ускладнення проявлялися ранньою та пізньою запальною реакцією, а саме помірним іридоциклітом та транзиторним підвищенням ВОТ. Циклітичний біль, як прояв ранньої післяопераційної запальної реакції (перша-сьома доби) спостерігався в 57 % випадків (8 очей), в одному випадку виникло транзиторне підвищення ВОТ (до 28 мм рт ст), але після проведення комплексного консервативного протизапального лікування (дексаметазон парабульбарно, несте-

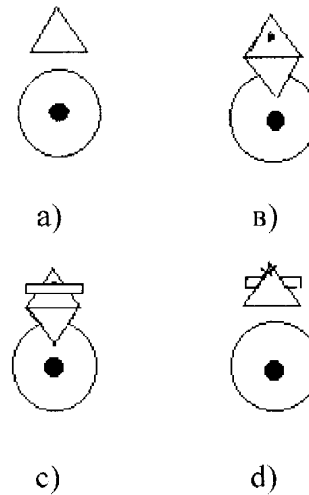


Рис. 1. Етапи цикловітреоалодренування (опис у тексті).

роїдна протизапальна терапія, неспецифічна гіпосенсибілізувальна терапія) зникав біль, нормалізувався ВОТ. Впродовж 2–4-го післяопераційного тижня у двох хворих відмічався циліарний біль, який повністю знімався додатковою активною протизапальною терапією. У віддалені строки спостережень (один-три роки) ВОТ був компенсований, больовий синдром чи інші прояви запальної реакції відсутні. Повторні оперативні втручання з приводу глаукоми на цих очах не проводили.

Висновки

1. Запропоноване цикловітреоалодренування є простим, ефективним та надійним способом лікування термінальної некомпенсованої болічної глаукоми і профілактики рецидивів підвищення ВОТ та больового синдрому.

2. Алодренаж, що застосовується в нашій методиці, дешевий, доступний та не потребує стерилізації.

Перспективою подальших розвідок за даним напрямком є вивчення більш віддалених результатів запропонованої методики цикловітреоалодренування, пошук інших алодренажних матеріалів.

Література. 1. Бездетко П. П., Лыганова О. П. К вопросу о хирургическом лечении терминальной болевой глаукомы // Офтальмол. ж. — 2002. — № 4. — С.9–10. 2. Либман Е. С. Эпидемиология глаукомы // IX з'їзд офтальмологів України: Тези доповідей. — Одеса, 1996. — С.221–222. 3. Нестеров А. П. Глаукома. — М.: Медицина, 1995. — 256с. 4. Салдан Й. Р., Довгальок Ю. П. Клінічна апробація нового способу хірургічного лікування вторинної глаукоми // XII міжнародний офтальмологічний симпозиум Одеса-Генуя: Тези доповідей. — Чернівці, 2001. — С.61. 5. Якубовська Т. В., Грицай Л. В., Стебловська Н. Д. Аналіз застосування комбінованої методики хірургічного лікування відкритокутової глаукоми // XII міжнародний офтальмологічний симпозиум Одеса-Генуя: Тези доповідей. — Чернівці, 2001. — С.86–87.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ТЕРМИНАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЕННОЙ ГЛАУКОМЫ**

О. П. Кучук, В. В. Якимчук, Г. Д. Ловля

Резюме. Представлена методика стойкой компенсации внутриглазного давления (ВГД), снятия болевого синдрома и необходимости повторного оперативного вмешательства по поводу терминальной болезненной некомпенсированной глаукомы (первичной и вторичных). Об эффективности метода свидетельствует полная компенсация ВГД и болевого синдрома на 14 прооперированных глазах на протяжении 3 лет наблюдения. Методика заключается в классическом цикловитреодренировании, которое дополняется новым способом профилактики зарощения фистулы с использованием аллодренажа с биологически инертного материала — полоски резины из хирургической перчатки. Способ выгодно отличается простотой исполнения и дешевизной аллодренажа и рекомендуется для широкого использования в практической офтальмологии.

Ключевые слова: терминальная болезненная глаукома, хирургическое лечение.

**OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT
OF TERMINAL PAINFUL GLAUCOMA**

O. P. Kuchuk, V. V. Yakimchuk, J. D. Lovlia

Abstract. A technique of stable compensation of the intraocular pressure (IOP), the removal of the pain syndrome and the necessity of a repeated surgical intervention for terminal painful decompensated glaucoma (both primary and secondary) has been proposed. Complete compensation of IOP and the pain syndrome on 14 operated eyes during three years is indicative of the efficacy of the method. The technique consists of classical cyclovitreodrainage that is supplemented with a new method of prophylaxis of fistula imperforation by using allodrainage made of a biologically inert material — a strip of rubber from a surgical glove. The method is advantageously different by its simplicity of performance and cheapness of allodrainage and is recommended for extensive use in practical ophthalmology.

Key words: terminal painful glaucoma, surgical treatment.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. — 2003. — Vol. 2, № 2. — P. 7–9.

Надійшла до редакції 11.05.2003