

глаза: витабакт, колбиоцин, флоксал, окацин, ципрофлоксацин (ципролет, ципромед).

Применение колбиоцина нередко приводило к местной токсико-аллергической реакции, появлению эпителиопатии, что вызывало необходимость отмены препарата и назначения кромогексала или лекролина. Витабакт также в некоторых случаях вызывал местное раздражение и аллергию. Наилучшей переносимостью, по нашим наблюдениям, обладают ципромед и окацин. Наиболее часто мы назначали ципромед (ципрофлоксацин) – самый активный фторхинолон в отношении большинства грамотрицательных бактерий. Имея в качестве консерванта молочную кислоту, ципромед практически не вызывает дискомфорта при инстилляциях в глаза. Препарат ингибирует фермент ДНК-гидразу бактерий, вследствие чего нарушается репликация ДНК и синтез клеточных белков бактерий. Ципромед действует как на размножающиеся микроорганизмы, так и на находящиеся в стадии покоя. Преимущества этого препарата очевидны:

- 1) быстрое проникновение и высокая концентрация в тканях глаза;
- 2) широкий спектр антибактериальной активности, что немаловажно, так как хламидийное поражение может осложняться другой инфекцией;
- 3) высокая активность в отношении возбудителей бактериальных и хламидийных инфекций;
- 4) разрешён к применению у детей с 1 года.

При сопутствующих роговичных проявлениях дополнительно использовался солкосерилловый глазной гель. Если имелось выраженное угнетение выработки слезы (показатели пробы Ширмера не более 3-4 мм), проводилась слёзозаместительная терапия: офтагель или видисик 2-3 раза в день. У 2 больных с упорным течением заболевания применялось лазерное воздействие на фолликулы конъюнктивы.

Системное лечение антибиотиками проводилось 10 – 12 дней, но при экстраокулярном хламидиозе – до 3 недель. Предпочтение отдавалось фторхинолонам (не применялись у детей, так как кумулируются в хрящевой ткани) и макролидам. Одновременно назначалась противогрибковая, десенсибилизирующая, иммунотропная терапия.

Выраженный терапевтический эффект наблюдался от комплексного применения препаратов ципромед в инстилляциях 5 – 6 раз в день и ксенаквина (ломефлоксацина) внутрь по 400 мг 1 раз в день (10 дней). Химическое строение ксенаквина и его физико-химические свойства обеспечивают устойчивость молекулы ломефлоксацина к биотрансформациям в организме и существенно оптимизируют его фармакинетику. Клиническое выздоровление наступило у 9 из 11 больных (82%), пролеченных такой комбинацией препаратов.

Критериями выздоровления являлись исчезновение инфильтрации конъюнктивы и роговицы, регрессия фолликулов. Другие 9 взрослых пациентов пролечены сумамедом (азитромицином) внутрь и ципромедом местно с аналогичным лечебным эффектом.

У детей местно использовали ципромед, а в качестве системной антибиотикотерапии сумамед в возрастной дозе внутрь.

Средние сроки выздоровления составили  $17,8 \pm 0,2$  суток (для сравнения, при лечении препаратами тетрациклинового ряда, по данным М.Т. Азнабаева с соавт., 2003 г., эти сроки составляют  $25,9 \pm 0,8$  дней).

Таким образом, полученные результаты подтверждают высокую эффективность ципромед, ксенаквина, сумамеда в комплексном лечении хламидийных конъюнктивитов.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Егоров А.М., Сазыкин Ю.О. Фторохинолы и проблемы молекулярного механизма их действия // Антибиотики и химиотерапия. – 2000.- № 45 (8). – С.3 –5.
2. Хламидийный конъюнктивит (клиника, диагностика, лечение)/Азнабаев М.Т., Мальханов В.Б., Латыпова Э.А., Шевчук Н.Е. – Уфа, 2003. – 131 с.
3. Энциклопедия лекарств: регистр лекарственных средств России. – 2007. – М.: «РЛС-2007». –1467 с.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КАТАРАКТЫ В ГЛАЗАХ С ГЛАУКОМОЙ

Ермолаев В.Г., Ермолаев С.В., Сердюков А.Г., Ермолаев А.В.

*Астраханская государственная медицинская академия  
Астрахань, Россия*

Несмотря на значительный прогресс в области оперативного лечения глаукомы и катаракты, сочетание этих двух патологических процессов в одном глазу встречается довольно часто и представляет определённые трудности в выборе тактики лечения.

Из существующих методов хирургии катаракты, сочетающейся с глаукомой, предпочтение чаще всего отдается одномоментной экстракции катаракты с антиглаукоматозной операцией, если нет убедительной медицинской аргументации в пользу другого способа. Эффективность данной методики в отношении зрительных функций в большой степени зависит от стадии глаукоматозного процесса.

Указанным способом операция выполнена у 25 больных с сочетанной патологией: глаукома и катаракта. Средний возраст пациентов  $71,5 \pm 4,1$  лет; мужчин - 10, женщин - 15. По степени разви-

тия глаукоматозного процесса все больные распределились следующим образом: начальная стадия - 9, развитая - 10, далекозашедшая - 6. Все больные получали гипотензивные препараты. При этом относительная нормализация давления была отмечена у 12 больных. Средний уровень офтальмотонуса в этой группе составил  $24,86 \pm 0,86$  мм рт. ст. У 13 пациентов нормализация внутриглазного давления отсутствовала, его средний уровень составил  $29,85 \pm 0,66$  мм рт. ст. По данным тонографии, истинное внутриглазное давление у больных с нормализованным офтальмотонусом составило  $21,95 \pm 0,45$  мм рт. ст., а там, где он был повышен, оно находилось в пределах  $28,31 \pm 0,66$  мм рт. ст. Последняя группа больных глаукомой отличалась и более выраженной ретенцией камерной влаги:  $0,1 \pm 0,002$  против  $0,17 \pm 0,007$  (в среднем по группе  $C = 0,135 \pm 0,006$ ). Показатель продукции внутриглазной жидкости также был снижен, соответственно  $1,14 \pm 0,03$  и  $1,95 \pm 0,07$ . Степень помутнения хрусталика являлась медицинским показанием для экстракции катаракты. Исходная острота зрения в оперированном глазу колебалась от правильной проекции света до 0,08. Операции выполнялись под местной анестезией по обычной методике. В разные сроки наблюдения осуществлялся контроль за состоянием офтальмотонуса, гидродинамики, остроты зрения.

Результаты. По данным тонометрии, в первые шесть дней после операции внутриглазное давление было нормализовано у всех оперированных больных. Средний уровень офтальмотонуса составил  $18,55 \pm 0,68$  мм рт. ст. В дальнейшие полтора года наблюдения внутриглазное давление было стойко нормализовано у 21 больного из 25 (84%). Его уровень не превышал 19,31 мм рт. ст. Двум больным через два и двум больным через шесть месяцев после операции потребовалась двукратная инстилляцией 0,25% раствора окупреса для получения стойкой нормализации внутриглазного давления в связи с его повышением до верхней границы физиологической нормы. У этих пациентов глаукоматозный процесс находился в далекозашедшей стадии, а ретенция водянистой влаги характеризовалась низкими цифрами. У других больных наблюдалась стойкая нормализация внутриглазного давления.

Истинное внутриглазное давление без дополнительного использования гипотензивных препаратов за весь период наблюдения колебалось от 16,24 до 19,32 мм рт. ст. Снижение офтальмотонуса до указанных цифр было обеспечено значительным улучшением оттока камерной влаги. Если исходный показатель  $C$  до операции в целом по группе был равен 0,135, то после операции его среднее значение составило  $0,22 \pm 0,007$ . При этом у больных с исходной относительной нормализацией офтальмотонуса коэффициент легкости опока увеличился на 23,7%, а у больных

с выраженной ретенцией этот показатель улучшился более чем в 2 раза.

Пятнадцати больным коррекция афакии была достигнута путем имплантации интраокулярных линз. Функциональные исходы экстракции катаракты оценивались в разные сроки, но наиболее полная информация возможна в отдаленный период после операции. По данным наблюдения за период от полугода и в более отдаленный после операции срок, острота зрения у больных с астигматизмом составила: от 0,1 до 0,3 - 3 глаза; 0,4-0,5 - 4 глаза; 0,5 и выше - 8 глаз. Там, где комбинированная экстракция катаракты завершилась астигматизмом (10 глаз), очковая коррекция аметропии дала следующую остроту зрения: до 0,5 - 6 глаз; выше 0,5 - 4 глаза.

Таким образом, результаты комбинированной экстракции катаракты с антиглаукоматозным компонентом говорят о высоких функциональных исходах.

*(Научно-исследовательский проект № 07-06-00617а, поддержан грантом РГНФ)*

#### **ВЛИЯНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА *BE VETULA PENDULA ROTH* НА ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА ПОДВЕРГАВШЕГОСЯ К СОЧЕТАННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ БГР И АСБЕСТОВОЙ ПЫЛИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ**

Ильдербаев О.З.

*Семипалатинская государственная медицинская академия  
Семей, Казахстан*

С того момента, как было установлено негативное действие ионизирующего излучения на биологические объекты, возникла проблема профилактики и лечения последствий радиационного поражения (Ахмедьярова Э.А., Зуева О.М., Сейтембетова А.Ж., 2005, Чуркин А.А., Масная Н.В., Шерстобоев Е.Н. и др., 2005, Зейнульдина А.С., Назарова А.Ж., Мурзагулов К.К. и др., 2005). В последние годы интенсивно ведутся поиски новых средств защиты и терапии лучевых поражений, не вызывающих токсических или побочных эффектов у организма животных и человека. Перспективным является химическое изучение ранее не исследованных видов, поиск новых источников ценных биологически активных соединений и синтез новых биологически активных производных на основе растительных веществ. Растительные иммуномодуляторы полезны тем, что поступают в организм в естественных соединениях, метаболизм которых в организме эволюционно сложился и закрепился на протяжении всей жизни человека (Дранник Г.Н., Гриневиц Ю.А., Дизик Г.М., 1994). В этом направлении представляет интерес тритерпеноиды – класс, богатый соединениями, сочетающимися