

тральной области, отсутствие макулярного рефлекса, умеренный отек диска зрительного нерва.

При исследовании различных звеньев местного иммунитета в слезной жидкости выявлены нарушения гомеостаза: в виде дисбаланса иммуноглобулинов, повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов, значительное снижение активности комплемента, лизоцима и снижение уровня α_1 -антитрипсина. Показатель α_1 -антитрипсина исследовался в сравнительном аспекте у пациентов с ССГ при клинически выраженных общих проявлениях СЗСТ и стертой клинике системной патологии до и после лечения. Исследования выполнялись с помощью турбодиметрического метода на приборе «Турбокс» (протеиновый анализатор) фирмы «ORION DIAGNOSTICA» (Финляндия).

В первой группе имели место значительные изменения со стороны роговицы: нитчатый кератит, эрозивное и изъязвление роговицы, микроперфорация роговицы; во второй группе – точечный кератит, сухой кератит, эрозии роговицы.

Всем больным проводилась противовоспалительная, трофическая, saniрующая терапия. В случаях, когда отмечалось быстрое прогрессирование процесса с молниеносным изъязвлением роговичной ткани (в течение 1-5 суток), обширным лизисом и перфорацией роговицы, назначались антипротеолитические препараты из группы поливалентных ингибиторов протеиназы плазмы в инстилляциях: Гордокс 10000 КИЕ, Контрикал 10000 АТрЕ ежечасно в течение 3-5 дней. Клинически прекращался лизис роговицы, снижался процент перфораций, быстрее восстанавливался дефект роговицы.

Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. Уровень α_1 -антитрипсина в слезной жидкости до и после лечения.

Показатель α_1 -антитрипсина в различный период заболевания	Количество исследованных n=218	Синдром «сухого глаза»		Контроль n=20
		с клиническими проявлениями СЗСТ n=85	без клинических проявлений СЗСТ n=24	
до лечения	n=170	0,031±0,02*	0,049±0,02*	0,13±0,04
после лечения	n=48	0,052±0,02*	0,081±0,02*	0,13±0,04

Примечание: * P<0,05 – достоверно относительно контроля

Из представленной таблицы следует, что уровень α_1 -антитрипсина значительно снижен в группе пациентов с яркими клиническими проявлениями системного поражения соединительной ткани, несколько выше данный пока-

затель в группе больных без клиники СЗСТ, хотя в обеих группах отмечается достоверное снижение антипротеолитического фермента слезной жидкости по отношению к группе контроля, которую составили здоровые лица.

На фоне проводимой антипротеолитической терапии данный показатель достоверно увеличился, хотя не достиг цифр контрольной группы, что клинически подтверждалось стабилизацией литических процессов в роговице, улучшением репарации, снижался риск такого серьезного осложнения течения чистого изъязвления как перфорация роговицы.

Таким образом, результаты данного исследования свидетельствуют о нарушении защитной антиферментной функции слезной жидкости у пациентов с ССГ на фоне СЗСТ, что клинически проявляется чистым лизисом роговицы, а назначение ингибиторов протеиназы позволяет приостановить процесс изъязвления роговицы и способствует лучшей репарации.

Линник Л.Ф., Семикова Т.С.,
Яровой А.А., Булгакова Е.С.

ВОЗМОЖНОСТИ БРАХИТЕРАПИИ С RU-106/RH-106 В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМ ХОРИОИДЕИ ВЫСОТОЙ БОЛЕЕ 8 ММ

Проведена оценка брахитерапии с Ru-106/Rh-106 в лечении меланом хориоидеи высотой более 8 мм. Определена необходимость дальнейшего исследования данной проблемы.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению количества больных с меланомой хориоидеи (МХ), выявляемой на стадии больших размеров. Чаще всего такие опухоли сопровождаются низкими зрительными функциями.

Общепризнанным является факт ухудшения прогноза для жизни при увеличении размеров опухоли. При этом единственным методом лечения таких больных, как правило, является энуклеация, после которой смертность достигает 40-50% в срок до 10 лет. Принятие решения о калечащей операции нередко является особенно трудной задачей: при высоких зрительных функциях – вплоть до 0,7-1,0; в молодом возрасте пациента; при некоторых жизненных обстоятельствах больных, в том числе профессиональных; при категорическом отказе от энуклеации.