

тата при последствиях глубоких стромальных герпетических кератитов наблюдалось в 50,3% случаев при сквозной кератопластике и 62,5% - при послойной.

#### **Выводы**

1. Системная противовирусная и местная кортикостероидная терапия герпетических стромальных кератитов (ГСК) повышают эффективность лечения и предупреждают рецидивы заболевания.

2 Кератопластика показана пациентам с выраженным снижением зрения при стромальном рубцевании в исходе герпетического стромального кератита. В послеоперационном периоде необходимо длительное системное применение ацикловира.

3. Сочетание анти-СЭФР (бевацизумаб перелимбально) и противовирусной терапии (ацикловир внутрь) - эффективный метод облитерации неоваскуляризации роговицы и профилактики рецидивов ГСК.

#### **Литература**

1. *Каспаров А.Л.* Офтальмогерпес. - М.: Медицина, 1994. - 224 с.
2. *Gregory L. Scuta, Louis B. Cantor, Jayne S. Weiss.* External Disease and Cornea. Section 8 // Basic and Clinical Science Course. American Academy of Ophthalmology. - 2011- 2012.-P. 104-123.
3. Oral acyclovir for herpes simplex virus eye disease: effect on prevention of epithelial keratitis and stromal keratitis. Herpetic Eye Disease Study Group // Arch. Ophthalmol. - 2000.- 118 (8).-P. 1030-1036.
4. *Streilein J.W., Dana M.R., Ksander B.R.* Immunity causing blindness: five different paths to herpes stromal keratitis // Immunol Today. - 1997. - 18 (9). - 443-449.
5. Wu X., Chen X. Acyclovir for the treatment and prevention of recurrent infectious herpes simplex keratitis // Chm Med. J. Engl. - 2002. - Oct. - 115 (10). - P. 1569-1572.
6. *Oh J.Y., Kim M.K., Wee W.R.* Subconjunctival and intracorneal bevacizumab injection for corneal neovascularisation in lipid keratopathy // Cornea. - 2009. - Oct.-28 (9).-P. 1070-1073.

**Чекина А.Ю., Марченко Л.Н., Костюкович Е.К., Дулуб Л.В.**

## **Экссудативно-воспалительная реакция и ее лечение при хирургии катаракты**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск (Беларусь)*

#### **Актуальность**

Экссудативно-воспалительная реакция (ЭВР) глаза - одно из частых и серьезных осложнений хирургического лечения катаракты. Благодаря внедрению микроинвазивных малотравматичных технологий (ультразвуковая факоэмульсификация (ФЭК)) частота развития ЭВР глаза уменьшилась с 37 до 13% [1-3].

**Цель** - изучить частоту развития, клинические проявления ЭВР у пациентов после экстракции катаракты и результаты их лечения.

#### **Материал и методы**

Ретроспективно изучены клинические проявления и результаты лечения ЭВР у 27 пациентов (13

мужчин (48,1%) и 14 женщин (51,9%)), прооперированных по поводу катаракты. Возраст пациентов - от 54 до 83 лет; средний возраст: мужчины - 71,2 года, женщины - 73,4 года. Из них факоэмульсификация катаракты (ФЭК) выполнена у 22 пациентов (81%), экстракапсулярная экстракция катаракты (ЭЭК) - у 4 пациентов (15%), интракапсулярная криоэкстракция (ИЭК) - у 1 (4%). Проводились стандартные офтальмологические исследования (визометрия, биомикроскопия) и дополнительные (ОКТ переднего и заднего сегмента глаза, В-сканирование, электронометрия, периметрия). Для установления риска развития послеоперационного увеита у пациентов с катарактой учитывалось наличие тяжелой сопутствующей соматической и глазной патологии.

Срок разрешения экссудативно-воспалительной реакции

Группа пациентов	Степень ЭВР/ срок разрешения ЭВР (дни)						
	1	1-2	2	2-3	3	4	Среднее значение (дни)
1-я (дексаметазон с/к, вигамокс в п/к)	7	5	5,6±2,1	6,5± 1,1	4,8± ,3	9,3 ± 4,5	6,3±2,8
2-я (дексаметазон, гентамицин с/к; вигамокс, кеналог п/к)	-	-	6	6	12	11,54 ±2,5	9,4±2,9
3-я (трикортал п/б, дексаметазон, гентамицин с/к)	-	5	7	6,5± 0,5	-	-	6,25±0,8

В послеоперационном периоде назначали: антибиотиками, глюкокортикостероиды (ГКС), НПВС, бета-адреноблокаторы, местные ингибиторы карбоангидразы, нитроимидазолы.

Интракамерное введение ГКС и фторхинолонов выполнялось в операционной. При введении вигамокса 0,1 мл в п/к ех темроге готовилась доза препарата: использовался 0,5% стерильный раствор вигамокса для местного применения из стандартного флакона, который разводили 1:5 физиологическим раствором или БСС. При введении кеналога применялась надсадочная взвесь в объеме 0,1 мл [5].

#### Результаты

Проанализированы результаты экстракции катаракты, выполненной 3265 пациентам в 1-ом офтальмологическом отделении 3 ГКБ г. Минска в 2011-2012 гг. Из них ФЭК выполнена у 3068 пациентов (93,97%), ЭЭК - у 174 (5,33%) и ИЭК - у 23 пациентов с подвывихом хрусталика (0,7%). Развитие ЭВР наблюдалось у 27 из 3265 (0,8%) пациентов. Неинфекционная ЭВР в виде экссудативного иридоциклита I-IV степени тяжести наблюдалась у 22 пациентов (81%) Инфекционная ЭВР установлена у 5 пациентов (19%): острый эндофтальмит - у 4; хронический (поздний) эндофтальмит - у 1 пациента (рис. 1 см. в Приложении с. 103).

Сравнительный анализ свидетельствует, что ЭВР реже наблюдалась при выполнении ФЭК - у 22 из 3068 пациентов (0,72%); ЭЭК - у 4 из 174 (2,3%); ИЭК - у 1 из 23 пациентов (4,3%).

ЭВР развилась на 1-2-й день после операции - 40,74%; на 3-7-й день - 44,44%; на 8-11-й день - 11,11 %; через 335 дней - 3,71%.

Клинические проявления ЭВР 1 ст. наблюдались у 3,7% пациентов; 1-2 ст. - 7,5%; 2 ст. - 25,9%; 2-3 ст. - 2,5,9%; 3 ст. - 18,5%; 4 ст.--18,5% (рис. 2 см. в Приложении с. 103).

В соответствии с особенностями лечения ЭВР пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа (18 чел.) субконъюнктивально (с/к) вводили дексаметазон, в п/к вигамокс; 2-я группа (5 чел.) - дексаметазон, гентамицин с/к, кеналог и моксифлоксацин (вигамокс) в переднюю камеру (п/к) глаза; 3-я группа (4 чел.) - трикортал парабульбарно (п/б), дексаметазон, гентамицин с/к. Срок разрешения ЭВР в днях представлен в табл. 1.

Благодаря комбинированной терапии ЭВР разрешилась в 1-й группе - через 6,3 дней; во 2-й - через 9,4 дня; в 3-й - через 6,25 дней. Положительный терапевтический эффект имел место во всех группах пациентов. Наиболее тяжелые пациенты с 3-4 ст. ЭВР наблюдались в 1-й и во 2-й группах; дополнительное введение кеналога и вигамокса в п/к привело к более активному разрешению ЭВР и повышению остроты зрения (табл. 2).

Наблюдали в динамике клинический случай лечения рецидивирующей неинфекционной ЭВР на левом глазу после проведения ФЭК с рефракционной целью на обоих глазах по поводу миопии высокой степени. Назначение сандиммуна неорала внутрь по 50 мг 2 раза в день постоянно в течение 6 недель (селективный препарат с иммуносупрессивной активностью) позволило добиться выздоровления, повышения остроты зрения, но, к сожалению, не предупредило развития последствий ЭВР в виде кистозного макулярного отека [4] (рис. 3 см. в Приложении с. 104).

#### Заключение

1. Развитие ЭВР после экстракции катаракты наблюдалось в 0,8% случаев, чаще в виде неинфекционного экссудативного иридоциклита (81%).
2. Разрешению ЭВР способствует назначение ГКС субконъюнктивально, внутривенно, парабульбарно при 1, 2 степени и дополнительное введение

Острота зрения до и после лечения ЭВР

	1 группа до/после лечения	2 группа до/после лечения	3 группа до/после лечения
0,03 и <	66-7% / 16,7%	100% / 40%	50% / -
0,04-0,08	16,7% / 16,7%	-	- / -
0,09-0,2	11,1% / 38,9%	/ 40%	50% / 50%
0,3 и >	5,5% / 27,7%	- / 20%	- / 50%

кэналога, вигамокса в переднюю камеру при 3, 4 степени ЭВР.

3. При неинфекционном переднем увеите, в случае отсутствия терапевтического эффекта глюкокортикоидов, рекомендуется внутрь сандимун неорал - селективный препарат с иммуносупрессивной активностью.

#### Литература

1. Белоусова Н.Ю. Экссудативно-воспалительная реакция глаза в хирургии катаракты: современный взгляд на проблему // СТМ. - 2011. - № 3. - С. 134-141.
2. Азнабаев М.Т., Гизатуллина М.А., Оренбуркина О.И. Лечение послеоперационной экссудативно-воспалительной реакции в хирургии осложненных катаракт // Клиническая офтальмология. - 2006. - № 7 (3). - С. 113-115.
3. Астахов С.Ю., Вохмиков А.В. Эндофтальмит: профилактика, диагностика, лечение // Офтальмологические ведомости. - 2008. - № 11. - С. 35-45.
4. Алексеева Л.И., Зайцева Е.М. Селективный препарат сандимун неорал в лечении иммуновоспалительных заболеваний // Медицинский совет. - 2010. - № 1-2. - С 7-10.
5. ESCRS Endophthalmitis Study Group // J. Cataract Refract. Surg. - 2007. - Vol. 33. P. 978-988.