

Международный научно-практический журнал

# ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Восточная  
Европа

2016, том 6, № 4

Ophthalmology. Eastern Europe

International scientific journal

2016, volume 6, number 4

В поле зрения



Белгород-Днестровская крепость (до 1944 г. — Аккерманская крепость), Украина

Заложена в XIII в. золотоордынским ханом Берке. Многие башни крепости носят собственные имена. Например, "башня Пушкина" названа так потому, что во время своей южной ссылки крепость посетил (14–16 декабря 1821 г.) великий русский поэт А.С. Пушкин, где у него родились строки бессмертного послания "К Овидию".

Включает материалы X Республиканской конференции  
с международным участием

**«Актуальные вопросы офтальмологии»**

9–10 декабря 2016 г., Минск

ISSN 2226-0803 (print)  
ISSN 2414-3642 (online)



3. Разработать способы профилактики осложнений при пользовании мягкой контактной коррекции (оптимизировать сроки наблюдения и режим инстилляций слезозамещающих растворов) у пациентов с кератоконусом.

**Материалы и методы.** Проанализировано лечение 272 пациентов с кератоконусом. Из них: 52 (64 глаза) кератоконус I степени, 84 (124 глаза) кератоконус II степени, 103 (110 глаз) кератоконус III степени, 33 (48 глаз) кератоконус IV степени.

Всем пациентам был проведен полный объем обследований, включающий визометрию, пневмотонометрию, биомикроскопию, кератопахиметрию, ОКТ переднего отрезка глаза, тест Ширмера, время разрыва слезной пленки.

Среди пациентов с кератоконусом I степени мягкой торической контактной коррекцией пользовались 11 пациентов (19 глаз), сферической мягкой контактной коррекцией пользовались 8 пациентов (10 глаз); с кератоконусом II степени 15 пациентов (27 глаз). Это были пациенты с астигматизмом до 3,0 Д.

Пациенты с кератоконусом III–IV степени не использовали мягкую контактную коррекцию так как, степень астигматизма составляла более 3,0 Д. Из этой группы 71 пациенту (83 глаза) была произведена кератопластика. Через год после снятия швов астигматизм до 3,0 Д наблюдался у 25 пациентов (28 глаз), что позволило использовать в качестве коррекции мягкие торические контактные линзы.

**Выводы.**

1. Использование мягких торических линз частой замены из силиконгидрогелевых полимерных материалов возможно на ранних стадиях выявления кератоконуса (I–II степени) при невысокой рефракции астигматизма (до 3,0 D).
2. Применение мягких контактных линз из силиконгидрогелевых материалов обеспечивает возможность ранней комфортной оптической реабилитации пациентов после оперативного лечения по поводу кератоконуса.
3. Каждый случай назначения коррекции мягкими торическими линзами требует индивидуального подхода, анализа факторов риска и подбора оптимального варианта после предварительного комплексного обследования пациента. Коррекция мягкими контактными линзами должна сочетаться с обязательным сопутствующим применением безконсервантных заменителей слезы средней и низкой вязкости в дневном режиме (вместе с контактными линзами) и заменителями слезы высокой вязкости в ночном режиме. Пациенты с кератоконусом, использующие мягкие контактные линзы, нуждаются в регулярном и более частом мониторинге состояния глаз (не реже одного раза в месяц).

Семак Г.Р., Марченко Л.Н., Чекина А.Ю., Дулуб Л.В., Макаревич Е.К., Назарова Ю.Ш., Джавад В.  
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь  
3-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

**Восстановление глазной поверхности у пациентов с синдромом Шегрена**

Restoration of the ocular surface in patients with Sjogren syndrome

**Аннотация**

Показана эффективность комплексного лечения с использованием инъекций гиалуроновой кислоты (ГК) 1% у пациентов с заболеванием глазной поверхности при болезни Шегрена. Проведен анализ результатов лечения 5 пациентов.

#### Abstract

The efficiency of combined treatment with the use of injection of 1% hyaluronic acid in eye surface disease patients with Sjogren syndrome has been shown. The results of treating 5 patients have been analyzed.

Первичный синдром Шегрена – это системное аутоиммунное заболевание, характеризующееся лимфоплазмноклеточной инфильтрацией эпителиальных желез с наиболее частым поражением слезных и слюнных желез. Наряду с первичным выделяют вторичный синдром Шегрена, который диагностируют при наличии проявлений другого системного заболевания – ревматоидного артрита, системной красной волчанки, системной склеродермии, полимиозита, системных васкулитов.

Иммунологические нарушения (В-клеточная активация, повышенный уровень иммунных комплексов, снижение содержания сывороточного микроглобулина) приводят к нестабильности слезной пленки при открытом глазе, возникновению трофических и воспалительных нарушений, синдрому «сухого глаза», прогрессирующему ксерозу вплоть до истончения роговицы и перфорации. Комплексное восстановление глазной поверхности включает различные группы лекарственных средств: аминокислоты (тауфон); антиоксиданты (эмоксипин, севитин, офтан-катахром); гликозаминогликаны (баларпан); декспантенол (корнерегель); депротеинизированный диализат из крови телят (солкосерил); гиалуроновую кислоту в виде инстилляций (хило-комод, оксиал, хилозар-комод).

**Цель исследования.** Установить эффективность комплексного лечения с использованием инъекционной формы гиалуроновой кислоты 1% в восстановлении глазной поверхности у пациентов с синдромом Шегрена.

**Материалы и методы.** В исследование включены 5 пациентов в возрасте от 38 до 73 лет с подтвержденным диагнозом синдрома Шегрена, которым проводилось лечение в отделениях микрохирургии глаза 3 городской клинической больницы в течение 2015–2016 годов. Все пациенты страдали синдромом «сухого глаза» (ССГ) разной степени выраженности более 10 лет, регулярно наблюдались у офтальмолога и ревматолога, получали адекватную слезозамещающую и общую терапию.

Всем пациентам был проведен полный объем обследований, включающий визометрию, пневмотонометрию, биомикроскопию, кератопахиметрию, ОКТ переднего отрезка глаза, тест Ширмера, время разрыва слезной пленки.

Двое из 5 пациентов, вошедших в исследование, имели ССГ I–II степени. В течение шести лет получали слезозамещающую терапию с использованием ГК в инстилляциях. В течение последних двух лет к лечению добавлена инъекционная форма ГК 1%. Состояние глазной поверхности данных пациентов стабильно (время разрыва слезной пленки удерживается на 11 секундах, тест Ширмера 7 мм сохраняется).

Остальные три пациента имели ССГ III–IV степени. Тяжелое течение на обоих глазах с частыми обострениями привело к истончению и перфорации роговиц, неоднократным послойным и сквозным лечебным кератопластикам. В послеоперационном периоде у пациентов наблюдались болезнь трансплантата, отек, изменение его прозрачности, с последующим локальным истончением. После интенсивного метаболического лечения состояние переднего отрезка глазного яблока сохранялось удовлетворительным непродолжительное время до 1–2 месяцев. После включения в курс терапии инъекционной формы ГК 1% периоды ремиссии удлинялись до 6 месяцев, появлялся блеск и улучшалась прозрачность роговицы и трансплантата, стали четче просматриваться детали радужной оболочки.

#### Выводы

1. Для восстановления глазной поверхности у пациентов с синдромом «сухого глаза» I–II степени на фоне болезни Шегрена показано введение в комплексную терапию инъекций 1%

гиалуроновой кислоты. Регулярное 1 раз в 3 месяца применение препарата позволяет добиться длительной ремиссии.

2. Выхаживание пациентов с заболеванием передней поверхности глаза при синдроме Шегрена и с ксерозом III–IV степени, особенно после оперативных вмешательств, требует более частый режим введения 1% гиалуроновой кислоты – 1 раз в 10–14 дней.
3. Улучшение гидратации параорбитальной зоны при одновременном локальном использовании гиалуроновой кислоты в виде инстилляций и инъекций создает благоприятные условия для активизации работы метаболических препаратов, что приводит к снижению уровня повреждающих иммунных комплексов и уменьшению В-клеточной активации.

Удодов Е.Н.

Медицинский центр «Новое зрение», Минск, Беларусь

### **Кросслинкинг коллагена роговицы: делать или нет?**

Кросслинкинг коллагена роговицы – процедура, направленная на остановку прогрессирования кератоконуса. За многие годы применения была получена огромная доказательная база по его эффективности. В настоящее время в мире исследуются различные методики проведения процедуры, направленные на улучшение послеоперационного результата, уменьшение побочных явлений, осложнений, повышение комфорта в послеоперационном периоде, а также сокращение времени на восстановление. Однако, несмотря на это имеются (иногда даже весьма значительные) различия в показаниях к проведению кросслинкинга, позднее направление для его выполнения или недооценка действенности метода в отношении имеющегося заболевания.

Цель доклада – показать на клинических примерах эффективность вмешательства, познакомить слушателей с течением послеоперационного периода, изложить свое мнение касательно показаний к проведению кросслинкинга коллагена роговицы; еще раз заострить внимание на признаках кератоконуса, тем самым стимулировать большую настороженность офтальмологов первичного звена в отношении данного заболевания.

## **Сосудистый тракт**

Елисеева В.И.

1-й городской противотуберкулезный диспансер, Минск, Беларусь

Yeliseyeva V.

Intraocular Tuberculosis Department, Minsk, Belarus

### **HLA-B27-ассоциированные передние увеиты**

HLA-B27 associated anterior uveitis

#### **Abstract**

Comprehensive survey that included the definition of HLA-B27 antigen was performed ninety-six patients with anterior uveitis. The characteristic features of HLA-B27-associated uveitis were