

длительной терапии ревматоидного артрита большую роль играют эффекты применяемых иммуносупрессивных препаратов, непосредственно влияющие на орган зрения [1].

**Цель исследования:** оценка долгосрочной безопасности при приеме препарата Энбрел в сочетании с другими базисными препаратами, а также оценка влияния препарата на развитие дебюта увеита у пациентов с ревматоидными заболеваниями.

**Материалы и методы:** в исследование вошел ретроспективный анализ стационарных историй болезни 10 детей с ревматоидным артритом, с описанием офтальмологического статуса, со случившимся дебютом увеита. Учитывались: 1) начало заболевания 2) выбор препарата и длительность его системного применения 3) дебют увеита.

**Результаты:** впервые выявленный увеит у 100% пациентов случился не позднее 6 лет от начала заболевания. 50% пациентов принимали только метатрексат, 50% пациентов принимали Энбрел в комбинации с Метотрексатом. (в комбинациях с НПВС и ГКС). В первом случае увеит случился в среднем через 3,25 года, во втором — через 4,3 года. Цифры в данных о возникновении воспалительных заболеваний глаза при приеме Энбрела и Метотрексата в целом похожи на данные при применении этих препаратов по отдельности, однако при использовании препаратов одновременно увеит возникал на 32% медленнее.

**Выводы:** исследование показало, что при сочетании двух вышеперечисленных препаратов сроки возникновения увеита отдалаются на 32%. Таким образом, эти данные позволили нам высказать предположение о возможности относительно более благоприятного течения ревматоидного артрита при терапии комбинацией Метотрексата и Энбрела, а также возможность избегания возникновения увеита, либо его более поздний дебют, с длительным сохранением высокой остроты зрения. Комбинированное системное применение Энбрела и Метотрексата по сравнению с изолированным применением препаратов уменьшает тяжесть клинического течения ревматоидного увеита.

#### Литература

1. Егоров Е.А., Ставицкая Т.В., Тутаева Е.С. Офтальмологические проявления общих заболеваний. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 416 с.

## ПОКАЗАТЕЛИ РЕФРАКЦИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ КОРРЕКЦИИ

*Лихаческая И.В., Мусаева А.Ш.*

Научный руководитель: к. м. н. доцент Ефимова Е.Л.

Кафедра офтальмологии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** катаракта у детей занимает значительное место в структуре слепоты и слабовидения. Интраокулярные линзы (ИОЛ) считаются наиболее оптимальным методом коррекции афакии. Несмотря на имеющиеся достижения, функциональные исходы интраокулярной коррекции у детей не редко бывают малоудовлетворительны [1].

**Цель исследования:** анализ показателей клинической рефракции у детей после интраокулярной коррекции в зависимости от размеров глазного яблока, преломляющей способности роговицы, сроков и места имплантации ИОЛ.

**Материалы и методы:** обработано 86 историй болезни детей с диагнозом катаракта и афакия, которым проводилась имплантация ИОЛ. Регистрировались — величина переднезаднего отрезка глаза (ПЗО), кераторефрактометрия (КРМ), сила имплантированной ИОЛ, сроки и место ее имплантации, клиническая рефракция глаза после операции.

**Результаты:** имплантация ИОЛ проведена на 110 глазах, из них в послеоперационном периоде эмметропия (Em) выявлена на 40 глазах (37%), гиперметропия (Hm) на 18 (16%) из них у 72% пациентов (13 глаз) имелась Hm до 3,0Д. Миопия (M) выявлена на 52 глазах (47%), на 16 (31%) M 0,75–1,5 Д, на 27 (52%) M 1,75–3,0 Д. Дооперационные показатели КРМ у пациентов с M рефракцией, после имплантации ИОЛ, были на 1,86Д больше, чем у пациентов с Hm рефракцией. Величина ПЗО до операции была 22,37мм у детей с M после имплантации и 23,04 с Hm. Первичная имплантация ИОЛ была выполнена у 61% пациентов, вторичная —

39%. При первичной имплантации ИОЛ Em выявлена на 15 глазах из них на 14 (93%) в случаях имплантации в капсульный мешок, M выявлена на 10 глазах, при этом она составила 67% всех случаев имплантаций на капсульный мешок. При вторичной имплантации Em, M и Hm выявлены в одинаковом количестве случаев имплантаций в капсульный мешок (33,3%), при имплантации на капсульный мешок чаще выявлялась M — 58%, Hm в 33% случаев.

**Выводы:** 1. После интраокулярной коррекции чаще всего (47%) у пациентов наблюдалась миопическая рефракция, реже (18%) — гиперметропическая. 2. В послеоперационном периоде миопическая рефракция чаще выявляется на глазах с преломляющей способностью роговицы, превышающей возрастную норму. 3. Среди пациентов с M рефракцией, у 52% наблюдалась M от 1,75 до 3,0Д и в 15% — миопия 3,25Д и более. 4. Среди пациентов с Hm рефракцией, чаще всего (55%) наблюдалась Hm до 1,5Д включительно. 5. Частота возникновения M рефракции зависела от места имплантации ИОЛ и чаще наблюдалась при имплантации на капсульный мешок, как при первичной, так и при вторичной имплантации.

#### Литература

1. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология. 4-е издание., переработано и дополнено. 2017. С. 214–222.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕНТОВИДНОЙ ДИСТРОФИИ РОГОВИЦЫ ПО ДАННЫМ ОКТ И ПАХИМЕТРИИ

*Железнов А.Р., Шмигирилова Н.С.*

Научный руководитель: ассистент, к. м. н. Никитина Т.Н., ассистент Баранов А.Ю.

Кафедра офтальмологии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** поражения роговицы и связанное с ними снижение остроты зрения относятся к числу актуальных проблем офтальмологии. Помутнение роговицы в структуре причин слепоты составляет около 4% [1], однако дистрофические изменения роговицы на сегодняшний день во многом остаются малоизученными [2,3].

**Цель исследования:** выявление закономерностей между степенью дистрофических изменений роговицы, затронутого гистологического слоя, а также появлением аномалий рефракции и общим снижением остроты зрения у пациентов с ЛДР.

**Материалы и методы:** обследование 20 детей (40 глаз) в возрастной группе 6–17 лет. Из них у 10 определяется ЛДР, 10 — контрольная группа. Основные проведенные исследования: биомикроскопия, ОКТ и пахиметрия (CIRRUSHD-OCT 5000, ZEISS). Дополнительные: визометрия, рефрактометрия и кератометрия (TONORERF 3, NIDEK).

**Результаты:** по данным биомикроскопии патологический процесс развивается несимметрично, с преобладанием на одном из глаз; начинается с верхней назальной области, затем развивается симметрично в нижней темпоральной области. «Лента» заходит на оптическую зону лишь в 25% случаев. В ходе ОКТ-исследования было выявлено, что дистрофический процесс затрагивает передний эпителий, переднюю пограничную (боуменову) мембрану и строму, причем утолщение среза роговицы происходит преимущественно за счет боуменовой мембраны и стромы. Визуализируется нарушение гомогенности тканей с деформацией коллагеновых волокон. По результатам пахиметрии поверхность роговицы при патологии крайне неравномерна, «бугриста». Толщина роговицы находится в пределах нормы, однако наиболее «толстые» участки находятся по меридиану в верхней назальной и нижней темпоральной областях. Рефрактометрия в 100% случаев показывает наличие астигматизма силой не менее 1 дптр, причем наиболее «сильный» меридиан находится в зоне 92–118 градусов.

**Выводы:** у всех пациентов ЛДР протекает с хроническими патологиями глаз. ЛДР прямую или косвенно оказывает влияние на остроту зрения. Утолщение роговицы идет не только за счет боуменовой мембраны, как принято считать, но также и в значительной степени за счет стромы. Опираясь на данные, можно утверждать, что нарушение структуры роговицы