

Выводы

Таким образом, гигиенические мероприятия, уборка кошачьего туалета, охрана песочниц, в которых играют дети, термическая обработка мясных продуктов, мытье рук перед едой, тщательное промывание продуктов, помогут избежать инфекции. Понимание механизмов развития токсоплазмозной инфекции и выбор правильных путей борьбы с ней будут способствовать разрешению этой серьезной проблемы. Внедрение в практику препаратов, проникающих через стенку цисты, решит вопрос лечения токсоплазмоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Васильев, В. В.* Токсоплазмоз: руководство по инфекционным болезням / В. В. Васильев; под ред. Ю. В. Лобзина. — СПб., 2003. — С. 661–672.
2. *Ермакова, Н. А.* Увеит при токсоплазмозе. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии / Н. А. Ермакова; под ред. Е. А. Егорова. — СПб.: Литтерра, 2004. — С. 555–558.
3. *Ермакова, Н. А.* Поражение глаз при токсоплазмозе / Н. А. Ермакова // Практическая медицина. — 2012. — Т. 2, № 4 (12). — С. 32–38.
4. *Holland, G. N.* Ocular toxoplasmosis: a 50th anniversary tribute to the contribution of Helenor Campbell Wilder Foerster / G. N. Holland, K. G. Lewis, G. R. O'Connor // Arch Ophthalmol. — 2002. — Vol. 120. — P. 1081–1084.
5. *Bénard, A.* Systematic review of published data on the burden of congenital toxoplasmosis in Europe. Eur. TOXO PREVENTION Projec. 2006 / A. Bénard, L. R. Salmi Available at: (accessed 20 Oct. 2006).

УДК 617.747-002-089.168.1:615.33

ИНТРАВИТРЕАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКА «ОФТАКВИКС» В ЛЕЧЕНИИ ПОСТОПЕРАЦИОННЫХ ЭНДОФТАЛЬМИТОВ

Дравица Л. В., Лебедева И. Н.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Одним из потенциально возможных осложнений любого оперативного вмешательства, связанного со вскрытием глазного яблока является развитие эндофтальмита. Эндофтальмит — гнойное воспаление внутренних оболочек глаза с образованием абсцесса в стекловидном теле, которое может привести к функциональной и анатомической гибели глаза. Возникновение острого послеоперационного эндофтальмита, несмотря на применение микроинвазивных технологий и использование одноразового инструментария, развивается, как правило, неожиданно и важной задачей в таких случаях является срочное подавление инфекционного процесса путем создания терапевтической концентрации антибиотика в стекловидном теле [1]. Единого мнения в тактике ведения пациентов с данным грозным осложнением не существует. Остается немало сторонников традиционной терапии эндофтальмита с использованием антибиотиков последних поколений местно и системно, включающей в том числе интравитреальное и интракамерное введение антибиотика широкого спектра, а также использование кортикостероидов. По мнению других авторов (Р. А. Гундорова., В. Л. Быков., 2009) раннее проведение витрэктомии должно быть нормой для оказания высококвалифицированной помощи больному с эндофтальмитом. В любом случае острая инфекция требует введения антибиотика, который должен перекрывать спектры, как грамм позитивной, так и грамм негативной флоры. Наиболее эффективными в лечении данной патологии в настоящее время признаны препараты фторхинолонового ряда. Фторхинолоны — синтетические химиотерапевтические средства широкого спектра действия с преимущественной активностью в отношении грамотрицательных и грамположительных аэробных бактерий, хламидий, микоплазм. Препараты первого поколения фторхинолонов в офтальмологии не применялись. К хинолонам второго поколения относятся: цiproфлоксацин, офлоксацин, норфлоксацин, омаксин и другие. В результате различных модификаций были разработаны препараты третьего и четвертого поколения, эффективные как против грамотрицательных, так и против грамположи-

тельных бактерий. Из препаратов третьего поколения в офтальмологии широко используется левофлоксацин (Офтаквикс — «Santen»), четвертого поколения — моксифлоксацин (Вигамокс — «Alcon»).

Мишенью фторхинолонов являются бактериальные ферменты ДНК-гираза и топоизомеразы IV. Эти ферменты отвечают за репликацию, генетическую рекомбинацию и восстановление ДНК. Фторхинолоны блокируют данные ферменты и таким образом нарушают воспроизводство бактериальной ДНК [2, 3]. Широкий антибактериальный спектр и низкая токсичность левофлоксацина позволяют широко использовать его для интравитреального и интракамерного введения. Для данного препарата экспериментально была определена нетоксичная доза эндовитреального введения 625 мкг и меньше [4].

Цель

Оценить эффективность интравитреального введения левофлоксацина при постоперационных бактериальных эндофтальмитах.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов находившихся на лечении в «Республиканском научно-практическом центре радиационной медицины и экологии человека» г. Гомеля с диагнозом послеоперационный эндофтальмит. Всего изучены истории болезни 9 пациентов. Из них 6 женщин и 3 мужчины. Возраст пациентов был от 52 до 83 лет и составил в среднем $66,2 \pm 7,68$ года. У 3 пациентов эндофтальмит развился после факоэмульсификации катаракты (ФЭК) с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ), у одной пациентки после четвертой инъекции интравитреально бевацизумаба на фоне уже имеющейся артерификации и у остальных 5 после малоинвазивной 25 Гвитреоретинальной хирургии. Всем пациентам проводилась интенсивная терапия, включающая внутривенное введение антибиотика широкого спектра в сочетании с интравитреальным и интракамерным введением левофлоксацина (Офтаквикс — «Santen»). У пациентов с наличием витреума проведена дополнительно витрэктомия (это пациенты после катарактальной хирургии). На авитреальных глазах произведены витрорепультирование и лаважвитреальной полости. Оперативное вмешательство у 7 пациентов завершено тампонадой витреальной полости силиконовым маслом. Всем пациентам проводились стандартные офтальмологические обследования, как при поступлении, так и после оперативного вмешательства, а также в процессе лечения и наблюдения.

Результаты исследования и их обсуждение

С целью купирования тяжелого воспалительного процесса, и возможного сохранения зрительных функций пациентам с постоперационным эндофтальмитом проводилось интравитреальное и интракамерное введение антибиотика. Препаратом выбора явился левофлоксацин (Офтаквикс — «Santen»).

Интравитреальное введение антибиотика проводилось в условиях операционной. Раствор левофлоксацина для интравитреальных инъекций готовился путем разведения глазных капель «Офтаквикс» в одноразовой тубе без консервантов. В каждом случае эндовитреально вводили от 250 мкг до 625 мкг левофлоксацина в зависимости от степени тяжести воспалительного процесса. Показатели визометрии у 6 пациентов при развитии клиники эндофтальмита колебалась от светопроекции до движения руки у лица, у 3 — от 0,01 до 0,1. Через сутки после интравитреального введения офтаквикса, сочетающегося с силиконовой тампонадой констатирована положительная субъективная и объективная динамика с регрессом воспалительного процесса, улучшением остроты зрения, купированием болевого синдрома. На десятый день наблюдения острота зрения у 3 пациентов составила от 0,1 до 0,7 с коррекцией, у 4 пациентов от 0,01 до 0,1. У 2 пациентов исходом явилась субатрофия глазного яблока. Это пациенты после ФЭК с имплантацией ИОЛ (одна из них после инъекции бевацизумаба).

Выводы

Лечение острого постоперационного эндофтальмита, включающее раннее интравитреальное и интракамерное введение левофлоксацина (Офтаквикс — «Santen»), в сочетании с витрэктомией и тампонадой витреальной полости силиконовым маслом позволяет успешно

купировать данное осложнение и в большинстве случаев сохранить глаз как орган с частичным восстановлением зрительных функций.

Время от начала заболевания до эндовитреального введения антибиотика является одним из определяющих факторов исхода эндофтальмита.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Околов, И. Н.* Резистентность к антибиотикам нормальной микрофлоры конъюнктивы у пациентов перед офтальмологическими операциями / И. Н. Околов, П. А. Гурченко // Офтальмологические ведомости. — 2008. — Т. 1, № 4. — С. 59–62.
2. *Drlica, K.* Mechanism of fluoroquinolone action / K. Drlica // Curr. Opin. Microbiol. — 1999. — Vol. 2. — P. 27–33.
3. *Ogawa, G. S.* The fluoroquinolones: New antibiotics in ophthalmology / G. S. Ogawa, R. A. Hyndiuk // Int. Ophthalmol. Clin. — 1993. — Vol. 33. — P. 59–68.
4. Инновационные технологии в повседневной офтальмологической практике / А. Н. Сергиенко [и др.] // Материалы офтальмологического конгресса приуроченного к 80-летию Казахского НИИ глазных болезней. — 2013. — Т. 1, № 1. — С. 325–327.

УДК 617.7-073.178+617.731+617.762.7

АНАЛИЗ УРОВНЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СРЕДНЕЙ ТОЛЩИНЫ СЛОЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН СЕТЧАТКИ, ДИАМЕТРА ВЕРХНЕЙ ГЛАЗНИЧНОЙ ВЕНЫ, ОБЪЕМА РЕТРОБУЛЬБАРНОЙ КЛЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Дравица Л. В.¹, Садовская О. П.¹, Гурко Н. А.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение

«Радиационный научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) — прогрессирующее иммуноопосредованное воспалительное заболевание с вовлечением в патологический процесс анатомических структур орбиты, протекающее на фоне дисфункций щитовидной железы [1, 2].

В патогенезе ЭОП ключевую роль отводят: инфильтрации лимфоцитами экстраокулярных мышц и ретробульбарной клетчатки воспалительного характера; стимуляции адипогенеза *de novo* в соединительной ткани и разрастание жировой ткани межмышечного пространства; миграции фибробластов, стимулирующих выработку гликозаминогликанов (ГАГ), отек экстраокулярных мышц и ретробульбарной клетчатки [1, 3].

В результате чего происходит увеличение объема содержимого орбиты: утолщение экстраокулярных мышц, увеличение объема и плотности ретробульбарной клетчатки (РБК), с последующей компрессией и ишемией структур глазного яблока, зрительного нерва, утолщением верхней глазничной вены (ВГВ) и повышением уровня внутриглазного давления (ВГД) [1, 2, 4]. Исследований по корреляционному анализу уровня ВГД морфометрических показателей толщины слоя нервных волокон сетчатки (СНВС) перипапиллярной зоны, диаметра ВГВ и объема РБК в доступной литературе не выявлено.

Цель

Изучить взаимосвязь уровня ВГД с морфометрическими показателями толщины слоя нервных волокон перипапиллярной зоны сетчатки, диаметром ВГВ, объемом РБК у пациентов с различными формами ЭОП.

Материал и методы исследования

Обследовано 40 пациентов (80 глаз и орбит) с различными формами ЭОП. Исследуемую группу составили 35 (87,5 %) женщин и 5 (12,5 %) мужчин в возрасте от 29 до 70 лет (Me 50,5 [40; 56]).