

2. Лечение пациентов с перипротезной инфекцией многокомпонентно и только в 54,92% случаев включает оперативное вмешательство.

3. Пациенты с инфекционными осложнениями после эндопротезирования в 72,1% имели соматическую патологию, потребовавшую соответствующей терапии.

4. Строгое соблюдение показаний к эндопротезированию крупных суставов конечностей с коррекцией соматической патологии в предоперационном периоде позволит снизить число инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Перипротезная инфекция при эндопротезировании тазобедренного сустава / В. Мурылев [и др] // Врач. – 2018. – № 3. – С.17–21.

2. Классификация и алгоритм диагностики и лечения перипротезной инфекции тазобедренного сустава / Т. Винклер [и др] // Травматология и ортопедия России. – 2016. – № 1 (79). – С. 33–45.

3. Перипротезная инфекция при эндопротезировании тазобедренного сустава / В. Мурылев [и др] // Врач. – 2018. – № 3. – С.17–21.

4. Трудноизлечимая перипротезная инфекция тазобедренного сустава: результаты saniрующих операций / В. Н. Ливенцов [и др] // Травматология и ортопедия России. – 2019. – № 25 (4). – С. 88–97.

3. Факторы риска развития перипротезной инфекции после первичного эндопротезирования тазобедренного сустава / А. А. Мясоедов [и др] // Травматология и ортопедия России. – 2020. – № 26 (1). – С.40–47.

5. Organism profile in periprosthetic joint infection: pathogens differ at two arthroplasty infection referral centers in Europe and in the United States / Aggarwal V.K. [at al] // J Knee Surg. – 2014. – № 27(5). – P. 399–406.

6. Bozic. KJ. The impact of infection after total hip arthroplasty on hospital and surgeon resource utilization / K J Bozic, MD Ries // J Bone Joint Surg. Am. – 2005. – № 87 (8). – P. 1746–1751.

### ЦИКЛОСПОРИН А (ИКЕРВИС) В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ СУХОГО ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ КОНТАКТНЫЕ ЛИНЗЫ

*Ильина С.Н.<sup>1</sup>, Каленик Р.П.<sup>2</sup>, Карвацкая Д.Ю.<sup>1</sup>, Залеская О.К.<sup>1</sup>,  
Мятлева И.А.<sup>2</sup>, Мадекин А.С.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Гродненская университетская клиника,

<sup>3</sup>Городская клиническая больница № 2 г. Гродно

**Актуальность.** Контактные линзы носят более 140 миллионов человек, что составляет примерно 2% населения мира. Сухость глаз встречается примерно у 50% пользователей контактных линз, что является причиной отказа

от их использования, в связи с дискомфортом [1]. Длительное ношение контактных линз, в первую очередь мягких, может влиять на состояние структур глазной поверхности, качество и количество продуцируемой слезной жидкости. Результаты обширного исследования показали снижение высоты слезного мениска и количественной слезопродукции у пациентов, более 5 лет пользующихся контактными линзами. Именно развитие синдрома сухого глаза на фоне ношения контактных линз, по данным опроса пациентов, является основной причиной отказа от них в оптометрической практике стран Западной Европы. Отечественными исследователями было подтверждено проградцентное увеличение степени тяжести поражения структур глазной поверхности у пациентов с длительным стажем ношения МКЛ по данным конфокальной микроскопии роговицы, анализа качества и количества слезопродукции, а также осмолярности слезы.

Механизм заболевания сухого глаза, связанного с контактными линзами, заключается в следующем. При использовании контактной линзы, слезная пленка разделяется на слезную пленку до и после линзы. Поскольку слезная пленка разделяется, объем водного слоя на слезной пленке перед линзой уменьшается. Смачиваемость поверхности контактных линз не такая высокая, как у поверхности роговицы из-за отсутствия гидрофильного муцинового слоя. Поэтому слезная пленка становится нестабильной и легко разрушается в течение короткого периода времени после моргания. Поскольку слезная пленка действует как смазка, трение между веком и поверхностью глаза увеличивается в месте разрыва слезной пленки. Если объем слезы недостаточен, слезная пленка после линзы также становится тонкой, и трение между контактной линзой и поверхностью роговицы/конъюнктивы увеличивается. Трение между контактной линзой и поверхностью глаза может вызвать ощущение инородного тела, сухости и дискомфорта [2]. Ношение контактных линз снижает стабильность слезной пленки, высоту слезного мениска и слезопродукцию, инициирует воспалительный каскад аутоиммунного характера у пациентов, более 5 лет пользующихся контактными линзами. Использование препаратов с иммунодепрессивным механизмом действия в лечении данной группы пациентов является патогенетически обоснованным.

**Цель.** Изучить эффективность использования 0,1% эмульсии циклоспорина А (Икервис) в лечении болезни сухого глаза (БСГ) у пациентов, использовавших контактные линзы.

**Методы исследования.** В исследование были включены 10 пациентов (20 глаз) ранее использовавшие для коррекции зрения контактные линзы, у которых развилась их непереносимость на фоне БСГ и хронического воспаления глазной поверхности после многолетнего успешного ношения. Замена одних контактных линз на изделия других производителей, а также изменение режима ношения не дали результата. Средний возраст участников составил  $36 \pm 3,4$  лет (от 29 до 43 лет). Мужчин было 4 (40%), женщин 6 (60%). Пациентам проводили стандартное офтальмологическое обследование, а также определяли степень гиперемии конъюнктивы, выполняли тест Ширмера,

определяли время разрыва слезной пленки (ВРСП), окрашивание витальными красителями для выявления эпителиальных дефектов глазной поверхности. В начале исследования, а также через 3 и 6 месяцев лечения проводили анкетирование с использованием опросника OSDI (Ocular surface disease index). 0,1% катионную эмульсию циклоспорина А (Икервис) назначали закапывать 1 раз в сутки, в вечернее время. Схема местного лечения на протяжении исследования включала: слезозаместительные препараты без консервантов, 0,1% катионную эмульсию циклоспорина А, репаранты, по показаниям симптоматическое лечение. В течение первых 3 недель терапии с противовоспалительной целью дополнительно назначали раствор дексаметазона 0,1% от 3 до 1 раза в сутки, раствор лекролина 4% 2 раза в сутки. Контрольные осмотры пациентов производились ежемесячно в течение периода исследования (3 месяцев). Статистическую обработку результатов исследования выполняли с использованием статистических пакетов Statistica 10 (StatSoft Inc., США) и Microsoft Excel 2016 MSO для Windows 10.

**Результаты и их обсуждение.** Местное использование ЦсА катионной эмульсии (Икервис) показало быстрое улучшение субъективных и объективных симптомов БСГ у пациентов, ранее использовавших контактные линзы. На фоне применения 0,1% эмульсии циклоспорина лечебный эффект наблюдали через 1 мес ее использования. Все пациенты отмечали отсутствие ощущения сухости глаз после сна, повышение увлажнения линзы, улучшение переносимости КЛ при нахождении в помещении с кондиционером, а также при неблагоприятных внешних условиях. Более выраженная положительная динамика по субъективной оценке пациентов отмечалась через 3 мес применения данного препарата. После 6 мес медикаментозной терапии улучшение переносимости КЛ отметили все 10 пациентов. При длительном наблюдении у ряда пациентов после отмены препарата эффект сохранялся около 6 мес. При биомикроскопии было отмечено уменьшение гиперемии конъюнктивы, степени отека переходных складок. На фоне применения эмульсии циклоспорина в 60% случаев отсутствовали признаки эпителиопатии, в 30% — отмечено значительное улучшение состояния эпителия роговицы. Отмечено улучшение индекса OSDI. Стартовый OSDI составил 62,2 (45,4-78,8), через 3 мес 39,3 (23,2-55,7), ( $T=0,001$ ,  $p=0,002$ ), различия достоверны. Итоговое значение OSDI – 37,7 (22,7-52,1), различий по сравнению с OSDI в 3 месяца не выявлено ( $T<0,0001$ ,  $p=0,179$ ). Отмечено быстрое исчезновение гиперемии конъюнктивы и заживление эпителиальных дефектов роговицы. Уже к 3 месяцу лечения они полностью отсутствовали. Время разрыва слезной пленки (ВРСП) улучшилось с 5 (3,5–7) сек в начале исследования до 9,5 (7–11,5) сек через 3 месяца наблюдения. Тест Ширмера составил 9,5 (6,5 – 16,5) мм, что практически соответствует нормальному слезоотделению.

**Выводы.** Проведенное исследование показало, что применение 0,1% катионной эмульсии Циклоспорина А (Икервис) в лечении БСГ у пациентов, ранее использовавших контактные линзы эффективно, благотворно влияет на течение патологического процесса и позволяет значительно уменьшить тяжесть

болезни за счет воздействия на воспаление и восстановление структурной целостности эпителия роговицы и конъюнктивы. Быстрый регресс симптоматики в исследуемой группе, можно в большинстве случаев рассматривать как достаточный курс использования Икервиса в течение 3 месяцев.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Nichols, J. J. The TFOS International Workshop on Contact Lens Discomfort: executive summary / J. J. Nichols [et al.] // Invest Ophthalmol Vis Sci. 2013; 54: TFOS7–TFOS13.

2. Dry eye symptoms and signs in long-term contact lens wearers / S. Kastelan [et al.] // Coll Antropol. 2013 Apr;37 Suppl 1:199–203. PMID: 23837244

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ

*Иоскевич Н.Н.<sup>1</sup>, Горячев П.А.<sup>2</sup>, Труханов А.В.<sup>2</sup>, Кардис П.А.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,*

*<sup>2</sup>Гродненская университетская клиника*

**Актуальность.** Одной из форм атеросклеротического поражения артерий является их аневризматическая дилатация. Наиболее распространенной ее локализацией считается брюшная аорта хирургическая тактика при наличии которой четко определена [1]. Однако аневризмы могут возникать и в периферических артериях, в частности в подколенной артерии. По данным литературных источников аневризмы подколенной артерии наиболее распространены среди всех аневризм периферических артерий [2]. Вместе с тем вопросы их своевременной диагностики и выбора способа ведения пациентов, определения сроков выполнения открытого или рентгенэндоваскулярного вмешательства остаются дискуссионными и далеко не разрешенными.

**Цель.** Изучение результатов лечения пациентов с атеросклеротическими аневризмами подколенной артерии.

**Методы исследования.** Нами проанализированы результаты лечения 10 пациентов облитерирующим атеросклерозом с аневризматической трансформацией подколенной артерии находившихся на лечении в сосудистом отделении учреждения здравоохранения «Гродненская университетская клиника» в 2019-2023 годах. Все пациенты мужского пола. В возрасте 30-40 лет был 1 человек, 50-60 – 5, 60-70 – 2, 70 – 80 лет – 2. У 9 пациентов клиническая картина аневризмы проявилась хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей 2 б стадии по Фонтане-А.В. Покровскому, у 1 - развилось острое нарушение артериального кровообращения в нижней конечности 1а степени. Обследование пациентов помимо физикального осмотра включало выполнение ультрасонографии, РКТ- ангиографии.