

Нами проведены исследования результатов первых 70 операций IntraLasik у пациентов в возрасте от 20 до 50 лет с миопией высокой степени от 6,5 до 14 дптр через 3-4 дня и через 1-3 мес. после операции.

Результаты. Клинико-функциональный анализ 70 операций позволил объективно оценить преимущества и недостатки метода. Послеоперационные исследования выявили следующие результаты:

- Повысилась некорригированная острота зрения с $0,05 \pm 0,01$ до $0,68 \pm 0,15$.
- Улучшилась средняя корригированная острота зрения с $0,72 \pm 0,12$ до $0,81 \pm 0,13$.
- Данные измерений роговичных aberrаций до и после операции (через 1 мес.) были соизмеримы с данными после Lasik: эффективное устранение aberrаций 2 порядка (дефокус, астигматизм), незначительное увеличение aberrаций 3 порядка (кома), увеличение aberrаций 4 порядка (сфероподобные) в раннем послеоперационном периоде.
- Оптическая когерентная томография переднего отрезка после операции показала равномерность сформированного лоскута 124 ± 3 мкм, высокую точность среза на заданной глубине.
- Лазерная тиндалеметрия после операции была в пределах нормы (поток белка $3,53 \pm 1,21$, клеток $2,61 \pm 4,1$).
- Получено достоверное повышение ПКЧ в области средних частот - в среднем на 27%, в области высоких частот - в среднем на 33% ($p < 0,001$).

Выводы.

Операция IntraLasik на основе лазерного кератомилеза с использованием фемтосекундного лазера является безопасной и эффективной.

Преимуществом операции IntraLasik на основе лазерного кератомилеза лазерного кератома является большая точность предсказания глубины роговичного клапана, его равномерность, что способствует уменьшению aberrаций низшего и высшего порядков и повышению качества зрения.

К.Н. РУССКОВ, Н.А. ПОЗДЕЕВА, Ю.Н. ЕЛАКОВ

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА АВАСТИН ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНИ ТРАНСПЛАНТАТА ПОСЛЕ СКВОЗНОЙ КЕРАТОПЛАСТИКИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

**Чебоксарский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии»**

Актуальность. Прозрачное приживление трансплантата после сквозной кератопластики (СКП), по данным некоторых авторов, достигает 65%. Однако процесс неоваскуляризации роговицы может сыграть немаловажную роль в развитии болезни трансплантата. Образование новых сосудов способствует сосудов нарушению эпителизации, нарастанию конъюнктив-

вальной ткани на роговицу и возникновению отека трансплантата. Стандартная терапия (инстилляциии стероидных препаратов, стимуляторов регенерации ткани, наложение мягкой контактной линзы) оказывается мало эффективной. Основным методом восстановления зрения при этих заболеваниях продолжает оставаться сквозная трансплантация роговицы.

В настоящее время для решения данной проблемы предложено множество способов: применение кортикостероидов и цитостатических препаратов, фотохимическое и лазерное разрушение новообразованных сосудов, использование трансплантатов большего диаметра для возможного переноса стволовых клеток с применением биопокрытия (амниотическая мембрана), повторное выполнение СКП.

С появлением антиангиогенной терапии, которая показала свою эффективность в лечении хориоидальной неоваскуляризации, у специалистов появился интерес к использованию этих препаратов для лечения и другой патологии глаза, патогенез которой связан с неоваскуляризацией тканей.

Цель - изучить возможность улучшения оптических результатов сквозной пересадки роговицы за счет применения препарата бевацизумаб (Авастин) для профилактики болезни трансплантата.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились двое больных. Пациентка К., 58 лет, с диагнозом: OD - состояние после повторной сквозной кератопластики. Болезнь трансплантата. Афакия. Центральная хориоретинопатия. Пациент М., 57 лет, с диагнозом: OS - состояние после повторной СКП. Болезнь трансплантата. Аниридия. Афакия. Вторичная, дважды оперированная компенсированная глаукома. Субатрофия зрительного нерва. Нами обоим пациентам была выполнена третья операция СКП. В послеоперационном периоде консервативная терапия (инстилляциии стероидных препаратов, стимуляторов регенерации ткани, наложение мягкой контактной линзы) в течение одного месяца оказалась безуспешной. Сохранялся умеренный отек эпителия роговицы, отмечено вращение в трансплантат поверхностных и глубоких новообразованных сосудов. Острота зрения составила в 1-м случае - 0,05 н/к; во 2-м - р1.с.с.с.с.с.

После оформления информационного согласия на амбулаторную процедуру «off label» мы выполнили субконъюнктивальную инъекцию бевацизумаба (Авастина, Genentech) в дозе 1,25 мг. В условиях операционной, в 4 мм от лимба инъекционной иглой 30-Га лекарственный препарат вводили под конъюнктиву. В послеоперационном периоде назначались инстилляциии стероидных препаратов. Срок наблюдения пациентки К. составил 10 месяцев, больного М. - 1,5 месяца.

Результаты. Через месяц после введения препарата никаких побочных реакций, местных или системных, нами отмечено не было. В обоих случаях наблюдали положительный эффект от инъекции препарата. Произошло заустевание новообразованных сосудов, трансплантат стал прозрачным, появился характерный блеск «здоровой» роговицы. Острота зрения с коррекцией составила у пациентки К. - 0,1; больного М. - движение тени у лица. Во 2-м случае столь низкая острота зрения связана с наличием у пациента глаукомной оптиконейропатии. Оба пациента отметили

субъективное улучшение остроты зрения, уменьшение симптомов «сухого глаза». Внутриглазное давление было в пределах нормы.

Через 10 месяцев наблюдений пациентки К. положительный эффект сохранился, неоваскуляризации нами отмечено не было, роговица по-прежнему имела зеркальный блеск. Корригированная острота зрения составила 0,1, внутриглазное давление - 21 мм рт.ст.

Выводы.

Антиангиогенная терапия, проводимая после кератопластики, приводит к остановке роста сосудов в трансплантат и дает время, необходимое для образования «здорового» эпителия из лимбальных стволовых клеток в послеоперационном периоде, что благоприятно влияет на биологический и оптический результат пересадки роговицы. Отмечается субъективное улучшение остроты зрения, уменьшение симптомов «сухого глаза». Токсического действия препарата на роговицу не наблюдается.

АХМЕТШИН Р.Ф., АБДУЛАЕВА Э.А.

ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУХОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

**ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию», кафедра офтальмологии.**

**ГУЗ «Республиканская клиническая
офтальмологическая больница МЗ РТ»**

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) - хронический дистрофический процесс с поражением хориокапиллярного слоя, мембраны Бруха, пигментного эпителия сетчатки с дальнейшим вовлечением слоя фоторецепторов. В России распространенность ВМД составляет примерно 15 человек на 1000 населения. Кроме того, актуальность проблемы обусловлена тем, что количество вновь заболевших непрерывно растет, происходит «омоложение» контингента больных. В развитых странах до 50% слепых и слабовидящих - это больные с ВМД.

Известно, что процесс начинается с появления друз, перераспределения пигмента (деструкция пигментного эпителия) в макулярной зоне. Достоверных данных об эффективности консервативного лечения начальной стадии процесса (стадии друз и (или) деструкции пигментного эпителия) в настоящее время нет. Различают твердые - размерами до 60 мкм и мягкие друзы - более крупные, полиморфные и имеющие тенденцию к росту и слиянию. При естественном течении процесса в большинстве случаев процесс переходит в терминальную стадию -