

*Терещенко А. А.*

## **ЦИКЛОСПОРИН А 0,1% ПРИ ЛЕЧЕНИИ СУХОГО ГЛАЗА**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Чекина А.Ю.*

*Кафедра глазных болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Синдром сухого глаза (ССГ) является сегодня одним из наиболее часто встречающихся заболеваний поверхности глаза. Распространенность ССГ в популяции в зависимости от пола и возраста составляет 30-50%. Повсеместно наблюдается увеличение распространенности ССГ среди лиц молодого возраста, что связано с использованием компьютеров, смартфонов и других электронных приборов, а также с ношением контактных линз. Внимание офтальмологов к проблеме ССГ обусловлено также и тем, что пациенты с ССГ чаще подвержены развитию инфекционных воспалительных процессов роговицы (кератитов, язв и др.).

В современных условиях данное состояние можно успешно лечить с помощью нескольких лекарственных средств и методик, но обязательно с добавлением глазных капель с противовоспалительным эффектом. На сегодняшний день из препаратов этого ряда наиболее эффективным и безопасным является циклоспорин А.

**Цель:** изучить терапевтическую эффективность и переносимость глазных капель циклоспорин А (Икервис 0,1%) при лечении пациентов с синдромом «сухого глаза».

**Материалы и методы.** Проведено лечение 10-ти пациентов (муж. -7; жен. -3) в возрасте от 19 до 74 лет (средний возраст 50 лет) инстилляциями Циклоспорина А (Икервис 0,1%). У 7-ми пациентов диагностирован ССГ 2 ст., у 3-х – ССГ 3 ст. тяжести. Синдром «сухого глаза» сопровождался следующей офтальмопатологией: периферический язвенный кератит – 2; нитчатый кератоконъюнктивит – 2; токсико-аллергический кератит – 1; некротизирующий склерит – 1; кератоконус – 2 пациента; аниридия, конъюнктивизация глазной поверхности, состояние после третьей сквозной кератопластики – 1; дистрофия роговицы, артифакция -1. Икервис 0,1% пациенты закапывали 1 раз вечером на протяжении 3 месяцев. Инстилляцией Икервиса сочетались со слезозаместительной терапией средней и высокой вязкости (хилокеа, корнерегель) постоянно, а также антибиотиком левофлоксацин 0,5% в течение 10 дней. Диагноз ССГ устанавливался на основании биомикроскопии переднего отрезка глаза с использованием витальных красителей, а также диагностических тестов: время разрыва слезной пленки (проба Норна); определения величины суммарной слезопродукции (тест Ширмера); выраженность конъюнктивальных складок (тест LIPCOF); состояния слезного мениска.

**Результаты и их обсуждение.** К концу 1-го месяца лечения у всех пациентов из 7-ми с ССГ 2 ст. наблюдалась полная эпителизация роговицы. Через 2 месяца полностью исчезли жалобы на боли, чувство инородного тела в глазу у 2-х пациентов с ССГ 3 ст. Суммарная зона окраски роговицы в среднем уменьшилась на 80%. Тест Ширмера увеличился с 5 мм до 9 мм; проба Норна с 4 до 6 сек., исчезла гиперемия конъюнктивы. Сохранялись жалобы на постоянное чувство инородного тела в глазу у 1-го пациента с ССГ 3 ст. с аниридией, с конъюнктивизацией глазной поверхности на фоне дефицита лимбальных стволовых клеток. Рекомендовано продолжить инстилляцию Циклоспорина А (Икервис 0,1%) до 6-ти месяцев, постоянные инстилляцией слезозаменителей высокой вязкости до 6 раз в день; гелевых слезозаменителей (корнерегель) до 4-х раз в день.

**Выводы.** Результаты применения препарата Циклоспорин А (Икервис 0,1% глазные капли) показали его хорошую переносимость и клиническую эффективность при лечении синдрома «сухого глаза» средней и тяжелой степени.