

## **ПРИМЕНЕНИЕ АУТОЛИМФОСОРБЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УВЕИТА**

**Структура этиологии увеитов многообразна и постоянно претерпевает изменения в зависимости от различных внешних факторов. Экссудативные увеиты, эндофтальмиты при артифакции по данным различных авторов составляют 1,0–37% среди других увеитов. Тяжесть течения, частые рецидивы, развитие осложнений, недостаточная эффективность комплексных традиционных методов лечения заставляют продолжить поиск более эффективных методов терапии тяжелых заболеваний глаз. Применение биоматериала Аллоплант для аутолимфосорбции позволяет улучшить кровообращение хориоидеи, корригировать нутритивные процессы в наружных слоях сетчатки, усилить сорбирующую функцию для рассасывания экссудата и геморрагий, уменьшить отек сетчатки. В ходе операции аутолимфосорбции происходит дренирование супрахориоидального пространства, что приводит к усилению увеосклерального пути оттока, к активации обменных процессов в хориоидеи и сетчатке, что способствует более быстрому купированию воспаления.**

**Ключевые слова:** консервативное лечение увеитов, аллоплант, операция аутолимфосорбции, купирование воспаления.

### **Актуальность**

Проблема лечения увеитов имеет важное медико-социальное значение в связи с высокой распространенностью увеитов, поражением лиц трудоспособного возраста. Воспалительные заболевания глаз являются причиной слепоты и инвалидности больных в 10–30% случаев [5], [6], [7]. Заболеваемость увеитами в структуре патологии глаз составляет 5–12%, удельный вес увеитов среди больных в стационарах – 5–7% [7], [8]. Структура этиологии увеитов многообразна и постоянно претерпевает изменения в зависимости от различных внешних факторов. Например, в связи с развитием хирургического лечения катаракт появились новые формы увеитов – передние увеиты, при артифакции, эндофтальмиты [16], [17]. Экссудативные увеиты, эндофтальмиты при артифакции по данным различных авторов составляют 1,0–37%. Воспаления сосудистой оболочки неизвестной этиологии в прошлом составляли около 70%. В настоящее время эта группа, благодаря совершенствованию диагностики, составляет 30–40%. Тяжесть течения, частые рецидивы, развитие осложнений, недостаточная эффективность комплексных традиционных методов лечения заставляют продолжить поиск более эффективных методов терапии тяжелых заболеваний глаз.

Актуальность проблемы увеитов определяется также рецидивирующим характером течения заболевания, приводящим, в конечном итоге,

к инвалидности. У более 50% больных увеиты принимают хроническое рецидивирующее течение, чем и обусловлены трудности терапии заболевания [1], [3], [15].

Лечение увеитов подразумевает применение консервативной терапии с применением кортикостероидов и цитостатиков, хирургического лечения (витрэктомии с интравитреальным введением антибактериальных препаратов, аутолимфосорбции, криокоагуляции, лазеркоагуляции сетчатки, лентивитрэктомии), а также экстракорпоральных методов (гемасорбции, плазмофереза, квантовой аутогемотерапии) [4], [9], [11].

При хроническом воспалении внутри глаза накапливаются токсические метаболиты, что сопровождается развитием офтальмоэндотоксикоза, провоцирующего возникновение пролиферативных реакций и необратимых структурных повреждений зрительно-нервного аппарата с потерей зрения [1], [2]. Поэтому важным патогенетическим звеном в лечении данной тяжелой патологии глаза является выведение токсических метаболитов из полости глаза. Существуют различные способы уменьшения эндотоксикоза путем воздействия на лимфатическую систему различными лекарственными препаратами. Так, экстракорпоральные методы осуществляются путем выполнения лимфостимулирующих, лимфотропных крылонебных и околушных блокад, лечебный эффект которых достигается за счет топографии выполнения и ре-

цептуры блокад [4], [10]. В клинической медицине для уменьшения явлений эндотоксикоза используют методы эфферентной патогенетической терапии – плазмоферез, гемосорбция и т. д. [11], [12]. Однако недостатками этих способов являются:

- ограниченность методов из-за автономности органа зрения и его барьерной изолированности;
- большое количество противопоказаний к их проведению и возможности органных осложнений;
- необходимость специализированных клиник, оборудования;
- невозможность выполнения в амбулаторных условиях.

Применение биоматериала Аллоплант для аутолимфосорбции позволяет улучшить кровообращение хориоидеи, корригировать нутритивные процессы в наружных слоях сетчатки, усилить сорбирующую функцию для рассасывания экссудата и геморрагий, уменьшение отека сетчатки [1], [3], [12]. В ходе операции аутолимфосорбции происходит дренирование супрахориоидального пространства, что приводит к усилению увеосклерального пути оттока, к активации обменных процессов в хориоидеи и сетчатке, что способствует более быстрому купированию воспаления.

Способ направлен на формирование новой биологической системы для удаления токсических веществ из полости глаза в лимфатическую систему конъюнктивы. Учитывая сорбирующую и очищающую функции лимфатической системы, использование этого вида биоматериала способствует улучшению состояния супрахориоидальной жидкости и, как следствие, приводит к активации лизосомальных ферментов и фагоцитарной активности макрофагов хориоидеи и клеток пигментного эпителия сетчатки, очищающих ретину от друз и геморрагии, экссудата и отека.

### **Цель исследования**

Оценить эффективность аутолимфосорбции с применением биоматериала Аллоплант в комплексном лечении хронических рецидивирующих увеитов.

### **Материал и методы**

В ходе исследования были проанализированы результаты комплексного лечения с при-

менением аутолимфосорбции пациентов с тяжелым рецидивирующим увеитом. За период 2007–2011 гг. по поводу хронического увеита с целью детоксикации проведено 10 аутолимфосорбций с применением биоматериала Аллоплант. Все пациенты страдали хроническим рецидивирующим увеитом, 3 из них ранее перенесли хирургические вмешательства по поводу катаракты, глаукомы и отслойки сетчатки, 4 пациента были прооперированы по поводу катаракты и глаукомы, 2 пациента прооперированы по поводу катаракты и 1 пациент с хронически рецидивирующим увеитом. В результате проведенных клинико-лабораторных исследований этиология процесса не была выявлена. Во всех случаях хирургическое вмешательство проводилось на фоне или после мощного комплексного лечения с применением консервативной терапии, экстракорпоральных методов лечения в виде лимфотропных блокад (10 пациентов), плазмофереза (4 пациента). Среди прооперированных пациентов 5 страдали тяжелыми формами сахарного диабета, что исключало у данной группы пациентов применение высоких доз гормонов – глюкокортикоидов, часто применяемых в терапии тяжелых рецидивирующих воспалительных процессов.

При хирургическом вмешательстве использовался способ аутолимфосорбции с использованием сорбирующего биоматериала «Аллоплант», разработанный в ГУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии», г. Уфа (патент РФ №20011272 от 26.03.2002 г.). Способ заключается в том, что после разреза конъюнктивы и теноновой фасции глазного яблока, выкраивают треугольной формы эписклеральный лоскут, основанием к лимбу, размером 8–10 мм у основания и 2–3 мм у вершины, длиной 10 мм. У основания лоскута производят сквозной разрез глубоких слоев склеры, через который с помощью шпателя эписклеральный лоскут заводят в супрахориоидальное пространство. Поверх лоскута эписклеры укладывают «Аллоплант для аутолимфосорбции», обладающий сорбционными свойствами, и фиксируют швами к эписклере. Над ним непрерывным швом ушивают теноновую фасцию и конъюнктиву.

Критериями эффективности комплексного лечения с применением биоматериала Аллоп-

лант являлось купирование воспалительного процесса в более короткие сроки, уменьшение количества рецидивов заболевания.

Срок наблюдения составил от 2 до 5 лет.

### **Результаты и обсуждение**

В результате проведенного анализа историй болезни исследуемой группы больных выявлено следующее: купирования обострения воспалительного процесса удалось добиться в 8 случаях. Двоим пациентам была проведена энуклеация глазного яблока из-за угрозы развития симпатической офтальмии, так как в одном случае заболевание осложнилось развитием язвы роговицы через 4 месяца после аутолимфосорбции, в другом – эндофтальмита через 3 месяца после хирургического вмешательства. У двоих пациентов, несмотря на проведенное многокомпонентное лечение, зрительные функции не сохранились и сформировалась субатрофия глазного яблока. У 5 пациентов удалось добиться стойкой ремиссии. В одном случае произошел рецидив заболевания через 3

месяца после операции аутолимфосорбции, который был купирован консервативными методами лечения.

### **Выводы**

1. Аутолимфосорбция с применением биоматериала Аллоплант показана при хроническом рецидивирующем увеите в стадии обострения заболевания с выраженными экссудативными проявлениями независимо от этиологии воспалительного процесса в сосудистом тракте.

2. Оперативное лечение целесообразно проводить в максимально ранние сроки поступления в стационар.

3. Применение биоматериала Аллоплант в комплексном лечении хронических рецидивирующих увеитов позволяет эффективно и в более короткие сроки купировать воспалительный процесс, стабилизировать и улучшить остроту зрения, сократить сроки пребывания больных в стационаре, уменьшить количество рецидивов заболевания.

3.10.2014

### **Список литературы:**

1. Азнабаев, М.Т. Редкие случаи в клинической офтальмологии / М.Т. Азнабаев, А.Э. Бабушкин, В.Б. Мальханов. – Уфа. – 2005. – 304 с.
2. Архипова, Л.Т. Симпатическая офтальмия (патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, лечение, профилактика). – М., 2006. – 247 с.
3. Биоматериалы аллоплант для регенеративной хирургии. – Москва – Уфа, 2002. – 39 с.
4. Экстрокорпоральное лазерное облучение крови усиливает модулирующий эффект плазмафереза при аутоиммунных заболеваниях глаз / М.П. Гречаный [и др.] // 1-й Российский конгресс медицинской лазерной ассоциации: Тезисы докладов. – М., 2001. – С. 34–35.
5. Зайцева, Н.С. Иммунологические методы в диагностике увеитов / Н.С. Зайцева, О.С. Слепова, Л.Е. Теплинская // Методические рекомендации. – М.: НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, 1989. – 39 с.
6. Нарушение иммунитета и принципы терапии при периферических увеитах / Н.С. Зайцева [и др.] // Офтальмол. Журн. – 1987. – №7. – С. 385–395.
7. Канцельсон, Л.А. Увеиты (клиника, лечение) / Л.А. Канцельсон, В.Э. Танковский. – М.: Медицина, 2003. – 203 с.
8. Катаргина, Л.А. Эндогенные увеиты у детей и подростков / Л.А. Катаргина, А.В. Хватова. – М., Медицина, 2000. – 319 с.
9. Плазм- и цитаферез как метод лечения лимфопролиферативных процессов, аутоиммунных заболеваний и синдромов / А.В. Кильдюшевский [и др.] // Вопросы клинической и экспериментальной гематологии. – М., 1992. – С. 13–15.
10. Оценка эффективности регионарных вегетативных блокад в офтальмохирургии / Ю.Ф. Коваленко [и др.] // Офтальмохирургия. – 1991. – №1. – С. 49–58.
11. Михельсон, В.И. Детская анестезиология и реанимация / В.И. Михельсон, В.А. Гребенникова. – М., 2001. – С. 272.
12. Муслимов, С.А. Морфологические аспекты регенеративной хирургии / С.А. Муслимов // Уфа, 2000. – 168 с.
13. Низкоинтенсивная лазерная терапия в профилактике и лечении заболеваний органов зрения. Пособие для врачей. – Москва. С.-Петербург. – 200. – 31с.
14. Родионов, О.В. Операции ревазуляризации хориоидеи в лечении геморрагических форм диабетической ретинопатии. Пособие для врачей / О.В. Родионов. – Уфа. – 1997. – 21 с.
15. Сенченко, Н.Я. Увеиты: руководство / Н.Я. Савченко, А.Г. Щуко, В.В. Малышев. – М.: ГЭОТР-Медиа. – 2010. – 144 с.
16. Ченцова, О.Б. Обменный плазмаферез в комплексном лечении тяжелых увеитов / О.Б. Ченцова, М.П. Гречаный, А.В. Кильдюшевский // Вестн. Офтальмологии. – 1989. – №1. – С. 40–43.
17. Ченцова, О.Б. Комплексное лечение увеитов и аутоиммунных заболеваний глаз с применением экстракорпоральной гемокоррекции / О.Б. Ченцова, А.В. Кильдюшевский. – Москва, 2014. – 106 с.

Сведения об авторах:

**Быкова Елена Владимировна**, врач-офтальмолог Краснодарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России, кандидат медицинских наук

**Клоков Алексей Владимирович**, заведующий операционным отделением Краснодарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России, кандидат медицинских наук

**Соголовская Елена Евгеньевна**, заведующая офтальмологическим терапевтическим отделением Краснодарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России, кандидат медицинских наук

**Сотникова Татьяна Олеговна**, врач-офтальмолог Краснодарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России, кандидат медицинских наук

**Габриэль Татьяна Петровна**, врач-офтальмолог Краснодарского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России

**Киселев Александр Владимирович**, заведующий глазным банком Краснодарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России, кандидат медицинских наук

г. Краснодар, ул. Красных партизан 6, каб. 210, e-mail: bikova\_lena@bk.ru