

## ЛЕЧЕБНАЯ ПЕРЕСАДКА РОГОВИЦЫ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОЙ КЕРАТОПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ ПОЛИАРТРИТОМ

Авторами представлены результаты лечебной пересадки роговицы при деструктивной кератопатологии у больных ревматоидным полиартритом. Под наблюдением находились 27 пациентов (18 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 56 до 82 лет. Деструктивные изменения в роговице выражались в виде глубоких чистых язв, из них у 14 пациентов с обнажением десцеметовой оболочки, у 7 больных с перфорацией роговицы; у 8 больных изменения со стороны роговицы появились через 2-3 месяца после перенесенной экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ. Медикаментозная терапия оказалась безуспешной, в связи с чем всем пациентам выполнена лечебная послойная кератопластика по собственным технологиям. У 15 человек кератопластика дополнялась кератоамнионпокрытием и блефароррафией, что позволило их выписывать из стационара на следующий день. У 23 больных выздоровление достигнуто после первой операции, у 4 пациентов в отдалённые сроки от одного до двух месяцев наблюдался рецидив заболевания. Выздоровление у двух пациентов наступило после повторной операции, у одного – после трёх операций. Трансплантат у 12 больных прижился прозрачно и почти прозрачно, у 11 – полупрозрачно и у 4 – мутно. Глаза сохранены у всех больных с функциями от счёта пальцев у лица до 0, 1.

Таким образом, послойная кератопластика у больных с тяжёлой деструкцией роговицы на фоне ревматоидного полиартрита оказала выраженный терапевтический эффект с сохранением глаз у всех больных. Блефароррафия с кератоамнионпокрытием трансплантата у части больных позволила проводить послеоперационное лечение в амбулаторных условиях с диспансерным наблюдением в глазной клинике, что было удобно для пациентов и экономически выгодно для лечебного учреждения.

**Ключевые слова:** пересадка роговицы, кератопатология, ревматоидный полиартрит.

Ревматоидный полиартрит относится к тяжёлым общесоматическим заболеваниям, в лечении которого в течение длительного времени используются кортикостероиды, что нередко приводит к поражению роговицы в виде чистой язвы [1], [8]. В результате деструкции стромы роговицы довольно быстро происходит обнажение десцеметовой мембраны и возникает угроза перфорации, что может привести к гибели глаза [16]. Длительное существование язвенной поверхности роговицы может осложниться присоединением гнойной инфекции, что также угрожает существованию глаза [6], [7]. Провоцирующим фактором возникновения роговичной патологии у больных ревматоидным полиартритом является травма роговицы, в частности при выполнении экстракции катаракты. Лечение этих больных является крайне сложной задачей, поскольку регенераторные процессы в роговице крайне замедлены [2], [6]. Для стимуляции этих процессов в последние годы широко стала применяться в качестве покрытия роговицы амниотическая оболочка, в нативном или консервированном виде [3]–[5], [14]. Положительные свойства амниотической мембраны связаны с её стимулирующим эф-

фектом на рост эпителия повреждённой ткани, подавлением васкуляризации, уменьшения воспалительной и иммунной реакций [10]–[12], [15]. Эти качества амниона позволяют добиться лечебного эффекта у больных с чистыми язвами роговицы на фоне системных заболеваний [9], [13], [17]. Ряд авторов покрытие роговицы дополняла блефароррафией до трёх недель и отмечала положительный результат [6], [2]. При значительном разрушении роговицы, для сохранения поражённого глаза, выполняется пересадка роговицы, которая, не всегда с первого раза оказывается эффективной и приходится выполнять её несколько раз [6].

### Цель

Повышение эффективности кератопластики при тяжёлом поражении роговицы у больных ревматоидным полиартритом.

### Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 27 пациентов (18 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 56 до 82 лет. Деструктивные изменения в роговице выражались в виде глубоких чистых язв, из них у 14 пациентов с обнажением десце-

метовой оболочки, у 7 больных с перфорацией роговицы; у 8 больных изменения со стороны роговицы появились через 2–3 месяца после перенесенной экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ. Медикаментозная терапия, проводимая в течение длительного периода времени амбулаторно и в стационаре, оказалась безуспешной, в связи с чем была выполнена лечебная кератопластика. Предпочтение у всех больных отдавалось послойной трансплантации, даже в случае десцеметоцеле и перфорации роговицы. Учитывая сложность удаления поражённых слоёв при глубоком язвенном процессе в роговице операция нами была в значительной степени изменена (Приоритетная справка по заявке на изобретение № 2015131240 от 29.07.2015 г.).

При формировании ограничительного надреза роговицы трепаном у больных с глубоким язвенным процессом в ней, в момент давления им на глазное яблоко, возникает угроза вскрытия передней камеры, особенно в случае десцеметоцеле. Когда же имеется перфорация роговицы, из-за выраженной гипотонии глаза, надрез роговицы трепаном вообще невозможно выполнить.

В связи с этим трепаном необходимого диаметра на роговице нами производился не надрез, а режущей коронкой трепана, смоченной раствором бриллиантовой зелени, в пределах здоровой зоны на роговицу наносили круговую метку, затем скарификатором со дна язвы удаляли детрит, после чего, начиная от центра язвы, по меридианам XII, IV и VIII часов расслаивателем отсепаровывали передние слои роговицы в направлении круговой метки, формируя три тоннеля. Роговичными ножницами производили радиальные разрезы передних стенок этих тоннелей в направлении к метке, расслаивателем последовательно окончательно отсепаровывали сформированные три сегмента поражённой роговицы от глубоких слоёв, доходя до метки, по которой окончательно их иссекали. В случае перфорации роговицы из оставшихся глубоких слоёв выкраивался свободный или на ножке лоскут, которым блокировалось отверстие в роговице. В сформированное таким образом ложе помещали послойный донорский роговичный трансплантат необходимого диаметра и толщины, узловыми швами подшивали его к роговице реципиента.

У 12 больных операция на этом завершалась, а у 15 человек трансплантат и роговица реципиента покрывались 2–4-мя слоями силиквысушенной пластифицированной амниотической оболочки, поверх которой укладывался круглый роговично-склеральным лоскут, оставшийся после взятия из донорской роговицы послойного трансплантата. Биопокрытие подшивалось узловыми швами к эписклере глаза реципиента, после чего одним или двумя матрацными швами сшивались веки (патент РФ на изобретение № 2332969 от 10.09.2008 г.).

### **Результат**

Прооперированные больные без биопокрытия и блефарорафии оставались для лечения в стационаре в среднем до двух недель, перед выпиской из стационара удалялись с роговицы узловые швы. К этому сроку у половины больных наступала полная эпителизация трансплантата, у другой половины эпителизация завершалась в домашних условиях. В течение первого месяца после выписки больные осматривались в клинике еженедельно, в последующем – один раз в месяц до полного выздоровления. Пациенты с биопокрытием и блефарорафией выписывались из стационара на следующий день после операции, дальнейшее лечение их проходило в амбулаторных условиях, один раз в неделю проводился контрольный осмотр в глазной клинике, где определялось состояние оперированного глаза, швов на веках, биопокрытия на роговице. Веки оставались сшитыми, как правило, 3–4 недели, в редких случаях дольше, биопокрытие на роговице оставалось, как правило, две недели, после чего у большинства больных оно самостоятельно отторгалось, о чём больные предупреждались, если этого не происходило, то оно удалялось врачом в клинике. После удаления швов с век производился осмотр глазного яблока, удалялись остатки биопокрытия, если таковые были, определялось состояние роговичного трансплантата, надёжность его приживления, удалялись узловые швы с роговицы. К моменту раскрытия глазной щели у всех больных произошло надёжное приживление донорской роговицы с полной эпителизацией передней поверхности, восстановлением нормальной толщины и сферичности роговицы при купировании воспалительных явлений. В дальнейшем больные осматривались в клини-

ке один раз в месяц до полного выздоровления. Следует отметить, что у больных с перфорацией роговицы, благодаря блокированию отверстия в роговице аутолоскутом, подтекания жидкости передней камеры под трансплантат не наблюдались и приживление донорского лоскута ничем не отличалось от других пациентов.

Характер приживления трансплантата при лечебной кератопластике у данных больных не имел значения, так как главным было купирование разрушительного процесса в роговице и сохранение глазного яблока. Тем не менее у 12 больных он прижил прозрачно и почти прозрачно, у 11 – полупрозрачно и у 4 – мутно. У 23 больных выздоровление достигнуто после первой операции, у 4 пациентов в отдалённые сроки от одного до двух месяцев наблюдался рецидив заболевания, трансплантат лизировался, вновь формировалась язва. Выздоровление у двух пациентов достигнуто после повторной операции, у одного – после трёх повторных операций. В конечном итоге глаза сохранены у всех

больных, функции были на уровне -0,1 – счёт пальцев у лица или светоощущение.

### Выводы

Послойная кератопластика у больных с тяжёлой деструкцией роговицы на фоне ревматоидного полиартрита у большинства больных оказала выраженный терапевтический эффект после первой операции, у некоторых из них – после повторных вмешательств, купирование процесса и сохранение глаз достигнуто у всех больных.

Одновременное ушивание век после пересадки роговицы с биопокрытием трансплантата у части больных, несмотря на большой объём хирургического вмешательства, позволило проводить послеоперационное лечение их в амбулаторных условиях с диспансерным наблюдением в глазной клинике, что было удобно для пациентов и экономически выгодно для лечебного учреждения.

10.09.2015

### Список литературы:

1. Кудряшова Ю.И. Иммунологические язвы роговицы: клиника, диагностика, лечение// Автореф. дисс. .... канд. мед. наук. – Челябинск, 1998. – 20 с.
2. Кудряшова Ю.И. Новые технологии в лечении заболеваний роговицы. Науч.-практ. конф. – М., 2004. С.695-697.
3. Миллюдин Е.С. // VIII съезд офтальмологов России. – Москва, 2005. – С.471.
4. Полянская Н.К. Клиническая офтальмология. – М., 2007. – Том 8. – №1. – С.14-16.
5. Степанов В.К. с соавт. // Вестник Оренбургского университета. – Оренбург, 2005. – Сентябрь – С.112-114.
6. Степанов В.К. с соавт. // VI Всероссийская школа офтальмологов. Сб. науч. трудов. – Москва, 2007. – С.356-361
7. Степанов В.К. с соавт. // Актуальные вопросы последилового образования и здравоохранения. – Самара, 2008. – С.219-221.
8. Тарасова Л.Н., Кудряшова Ю.И. // – Актуальные проблемы офтальмологии. Региональная научно-практ. конф. – Челябинск, 1999. – С.76-79.
9. Тарасова Л.Н., Кудряшова Ю.И. Новые технологии в лечении заболеваний роговицы. Науч.-практ. конф. – М., 2004. С.673-678.
10. Фёдорова Е.А. Применение лиофилизированной амниотической оболочки в лечении воспалительных заболеваний роговицы// Автореф. дисс. .... канд. мед. наук. – Москва, 2004. – 24 с.
11. Chen H.J. et al. // – Br. J. Ophthalmol. – 2000. – № 8. – P. 826-833.
12. Decaris I. et al. // – Coll Antropol. – 2001. № 25. – P. 23-28.
13. Gabler B. et al. // – Ophthalmology. – 2001. – № 9. – P. 864-872.
14. Momose A., Xiao-Hong X., Akura J. // Ophthalmosurgery. – 2001. – № 3. – P.3-9.
15. Shimmura S. et al. // Cornea. – 2001. – № 4. – P. 408-413.
16. Solomon A. et al. // – Ophthalmology. 2002. – № 4. – P. 694-703.
17. Tseng S.C. // – Biosci Rep. – 2001. – Vol.21. – P.481-489.

Сведения об авторах:

**Степанов Валерий Константинович**, профессор кафедры офтальмологии Самарского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук

**Муриева Ирина Валерьевна**, врач-офтальмолог

**Исаева Ольга Валерьевна**, врач-офтальмолог, кандидат медицинских наук