

УДК 617.7- 617.089	UDC 617.7- 617.089
РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ НЕКРОЗ СКЛЕРЫ С ВЫПАДЕНИЕМ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	RECCURENT SCLERA NECROSIS WITH PROLAPSED VITREOUS BODY AT RHEUMATOID ARTHRITIS
Солонина Светлана Николаевна	Solonina Svetlana Nikolaevna
<i>ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», Санкт-Петербург, Россия</i>	<i>SBIHC «Leningrad regional clinic hospital», St. Petersburg, Russia</i>
Трояновский Роман Леонидович – д.м.н., профессор	Troyuanovskyi Roman Leonidovich – MD, professor
<i>ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова», Санкт-Петербург, Россия</i>	<i>FSEA HE «Army Medical college after S. M. Kirov», St. Petersburg, Russia</i>
Синявский Олег Алексеевич – к.м.н.	Sinyavskyi Oleg Alexeevich – MD
<i>ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», Санкт-Петербург, Россия</i>	<i>SBIHC «Leningrad regional clinic hospital», St. Petersburg, Russia</i>
Тоялинова Татьяна Мусабаевна	Toyalinova Tatiana Musabaevna
<i>ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», Санкт-Петербург, Россия</i>	<i>SBIHC «Leningrad regional clinic hospital», St. Petersburg, Russia</i>
В статье представлен клинический случай рецидивирующего некроза склеры с выпадением стекловидного тела при ревматоидном артрите у пациентки 63 лет. Продемонстрирована эффективность защиты аллоплантов местным применением цитостатиков в представленном случае для купирования рецидивирующего некротического склерита, сопровождающегося агрессивным разрушением склеры и лизисом аллоплантов после хирургического лечения. Катамнез 9 месяцев. В нашем наблюдении метатрексат оказался эффективным антимаболитом.	The article presented a clinic case of recurrent sclera necrosis with prolapsed vitreous body at rheumatoid arthritis in 63-year female patient. The efficacy of alloplant preservation by local cytostatic application was demonstrated. The treatment had stopped the necrotic sclerite accompanied with aggressive sclera destroy and alloplant lysis after surgery. Catamnesis was 9 months. Metatrexate was the effective metabolite in this case.
Ключевые слова: РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ, НЕКРОТИЧЕСКИЙ СКЛЕРИТ, АЛЛОПЛАНТ, ЦИТОСТАТИКИ	Key words: RHEUMATOID ARTHRITIS, NECROTIC SCLERITE, ALLOPLANT, CYTOSTATICS

Поражения органа зрения при ревматоидном артрите (РА) чаще выявляются в подростковом периоде, и тяжесть их особенно нарастает в 4-й и последующих декадах жизни. Частота распространения РА среди населения колеблется в широком диапазоне – от 1,3 до 19,6 на 100 000 человек. Проявления РА разнообразны: деформирующий полиартрит, спондилит, лимфаденопатия, спленомегалия, перикардит и лихорадочные состояния и пр. Офтальмологические симптомы РА включают поражение переднего и заднего отрезка глазного яблока. Ревматоидные узелки в эписклере и склере приводят к ее истончению в результате лизиса и некроза с обнажением увеального тракта и риском перфорации и инфекционных осложнений. Лечение обычно комплексное и включает применение кортикостероидов и цитостатиков. Склеромалиция и обнажение сосудистой оболочки требуют интенсивного общего и местного лечения, в том числе склеропластики. Однако в ряде случаев прогрессирование некроза склеры продолжается [1–4].

Цель: представить клинический случай и лечение рецидивирующего некроза склеры с выпадением стекловидного тела при ревматоидном артрите.

Материал и методы

Больная Г.И.Ц., 63 лет, наблюдается с 2014 г. по поводу некрозов склеры на почве РА (эрозивная стадия 4, состояние после протезирования обоих тазобедренных суставов, деформирующий полиартрит). На правом глазу множественные очаги склеромалиции с некрозом склеры в верхне-носовом квадранте и выстоянием сосудистой оболочки в 2,5 мм от лимба и до 8,0 мм в сторону экватора. Острота зрения на правом глазу составляла 0,09, имелись множественные пигментированные пылевидные преципитаты на эндотелии в оптической зоне. Внутриглазное давление (ВГД): Т-1. На левом глазу острота зрения составляла 0,8. У лимба выявлялись еди-

ничные темные очаги истончения склеры размером 1,5–2,0 мм, покрытые неповрежденной конъюнктивой (рисунок 1).

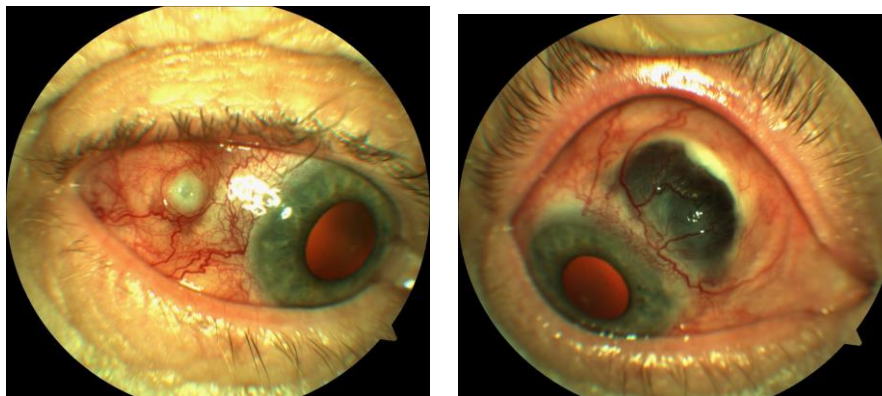


Рисунок 1 – Внешний вид глаза пациентки до операции (больная Г.И.Ц., 63 лет)

Под сочетанной анестезией 14.02.2014 было проведено оперативное лечение на OD: закрытие аллоплантами зон некрозов с их фиксацией к лимбальному краю лизиса и покрытием мобилизованной конъюнктивой. Пациентке была выполнена блефарорафия (рисунок 2).

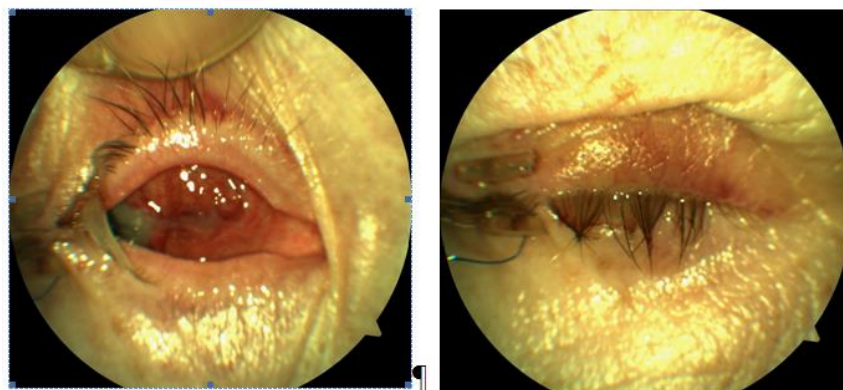


Рисунок 2 – Внешний вид глаза пациентки после операции

Острота зрения у пациентки улучшилась через 1,5 месяца до 0,4; гипотония купировалась. Больная продолжила местное противовоспалительное лечение и системное применение метатрексата и преднизолона под наблюдением ревматолога. Через 8 месяцев пациентка отметила дискомфорт, снижение зрения на OD.

При поступлении острота зрения составляла 0,3–0,35 с коррекцией, увеличилось количество мелких преципитатов на эндотелии центральных отделов роговицы и передней поверхности хрусталика, усилилось его помутнение, аллопланты склеры в наружных отделах в меридианах 8–9 ч частично лизировались. В верхне-носовом квадранте лизис более выражен с максимальным истончением аллопланта в меридианах 12.30 – 1 ч Тп.

С учетом обострения РА (ревматоидный фактор – 242,18 МЕ/мл при норме 0–14, С-реактивный белок – 9,27 мг/л (норма 0–5), СОЭ – 21 мм/ч) ревматолог рекомендовал усиление системного лечения. Местное лечение усилили добавлением аутокрови субконъюнктивально.

Через 4,5 месяца пациентка отметила появление боли, ухудшение зрения на правом глазу. Острота зрения на правом глазу – Н/ М (движение руки у лица). Аллопланты склеры лизировались полностью. Увеличился дефект склеры от 11.40 до 1,5 ч и с 8 до 10 ч с полным обнажением сосудистой оболочки и грыжей стекловидного тела на 12.30 – 1 ч в 7–8 мм от лимба. Гипотония – внутриглазное давление (ВГД) составляло 8 мм рт. ст.

По данным УЗИ – утолщение оболочек (отслойка сосудистой оболочки) по периферии, более выраженное в верхне-носовых отделах – до 3,8 мм, а также плоская отслойка сетчатки (рисунок 3).

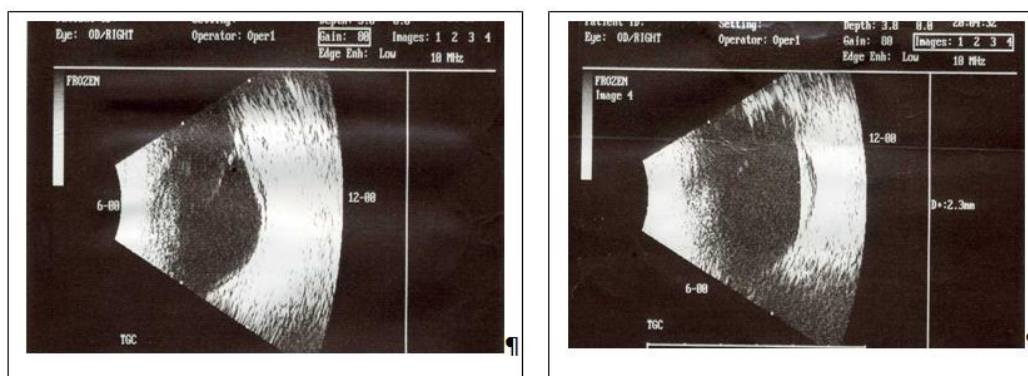


Рисунок 3 – УЗИ изображения ОД пациентки – плоская отслойка сетчатки и отслойка сосудистой оболочки по периферии, витреоретинальный тяж к 11–12 ч

Зоны обнажения увеальной ткани и грыжи стекловидного тела закрыты аллоплантом с перекрытием границ некроза склеры. Аллоплант фиксирован направляющими швами по периметру и закрыт конъюнктивой. Зона некроза в наружном отделе закрыта аллоплантом с фиксацией по переднему краю (рисунок 4).

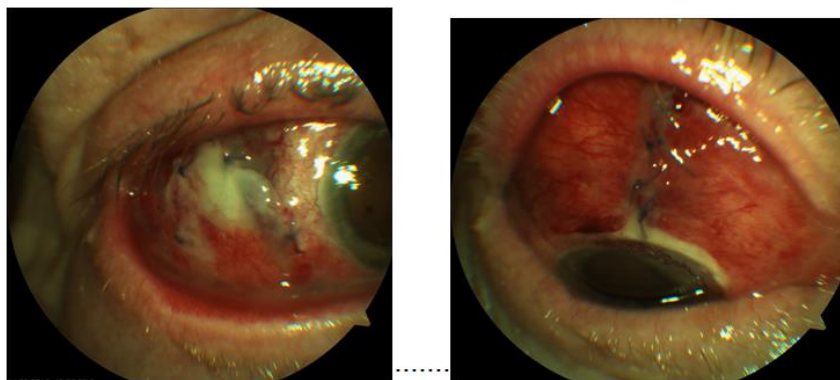


Рисунок 4 – Внешний вид глаза пациентки после повторной операции

При выписке пациентки отслойка сосудистой оболочки купировалась; до 2,2 мм уменьшилась высота отслойки сетчатки. В послеоперационном периоде было начато введение метатрексата субконъюнктивально один раз в 2–3 недели в объеме 0,2 мл (1,0 мг) и парабульбарное введение дипроспана один раз в месяц (рисунок 5).

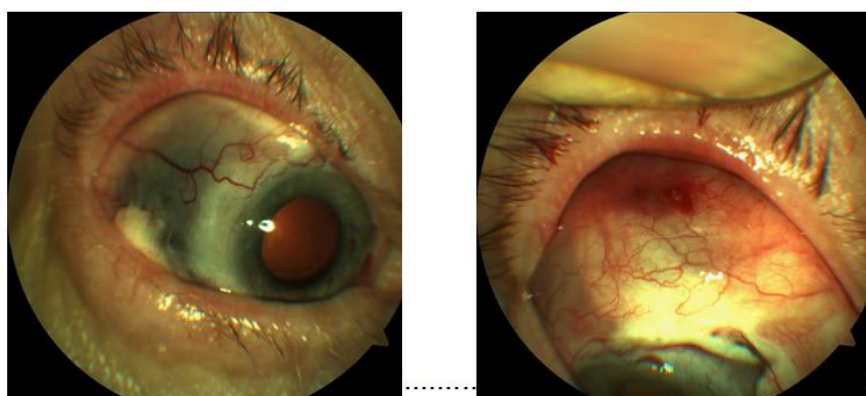


Рисунок 5 – Внешний вид глаза пациентки в послеоперационном периоде после повторной операции

Через 9 месяцев после проведенного лечения у пациентки состояние правого глаза стабилизировалось. На передней поверхности хрусталика

сохранялись пылевидные отложения пигмента, единичные задние синехии. Хрусталик мутный. Острота зрения – движение руки у лица. Рефлекс глазного дна ослаблен. Сетчатка прилежит. Сохраняется легкое утолщение оболочек (по данным УЗИ). ВГД – до 21 мм рт. ст. Под сочетанной анестезией произведена факоэмульсификация катаракты с имплантацией заднекамерной интраокулярной линзы (ИОЛ) Rayner 25 D (рисунок 6).



Рисунок 6 – Внешний вид глаза пациентки в послеоперационном периоде после факоэмульсификации катаракты и предыдущих операций

Результаты

Через 2 месяца после операции у пациентки острота зрения правого глаза – 0,1, ВГД в норме, признаков отторжения аллоплантов нет, оболочки прилежат. Диск зрительного нерва умеренно деколорирован (рисунок 7). Местное применение метатрексата продолжается.

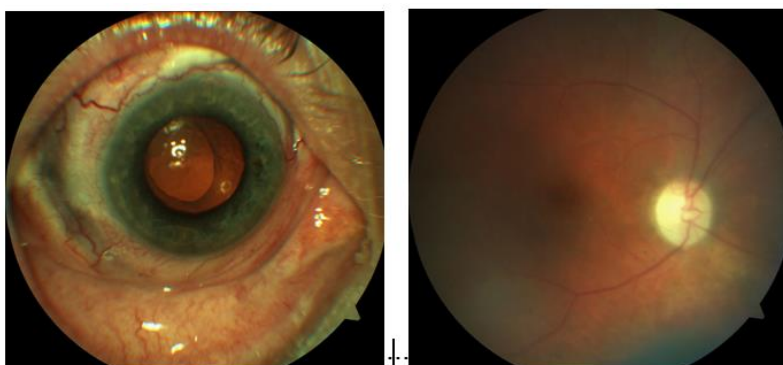


Рисунок 7 – Внешний вид глаза пациентки через два месяца после факоэмульсификации катаракты и предыдущих операций

Заключение

Таким образом, для купирования рецидивирующего некротического склерита, осложняющего течение РА и сопровождающегося агрессивным разрушением склеры и лизисом аллоплантов, необходимо не только использовать общую (системную) терапию РА, но и защищать аллопланты местным применением цитостатиков. В нашем наблюдении метатрексат как антиметаболит оказался эффективным.

Список литературы

1. *O'Connell S. R., Majji A. B., Humayun M. S., deJuan E. Jr.* The surgical management of hypotony // *Ophthalmology*. 2000; 107:318–323.
2. *Day S., Narita A.* The uveal tract. Chapter 38. In: D. Taylor, ed. *Paediatric Ophthalmology*, 2-nd ed. Blackwell. Science Ltd, 1997 pp. 410–444.
3. *deSmet M. D., Gunning F., Feenstra R.* The surgical management of chronic hypotony due to uveitis // *Eye*. 2005; 19:60–64.
4. *Yu E. N., Paredes I., Foster C. S.* Surgery for hypotony in patients with juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis // *Ocular Immunol. Inflamm.* 2007; 15:11–17.