

Международный научно-практический журнал

# ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

2016, том 6, № 4

Восточная  
Европа

Ophthalmology. Eastern Europe

International scientific journal

2016, volume 6, number 4

В поле зрения



Белгород-Днестровская крепость (до 1944 г. — Аккерманская крепость), Украина

Заложена в XIII в. золотоордынским ханом Берке. Многие башни крепости носят собственные имена. Например, "башня Пушкина" названа так потому, что во время своей южной ссылки крепость посетил (14–16 декабря 1821 г.) великий русский поэт А.С. Пушкин, где у него родились строки бессмертного послания "К Овидию".

Включает материалы X Республиканской конференции  
с международным участием

**«Актуальные вопросы офтальмологии»**

9–10 декабря 2016 г., Минск

ISSN 2226-0803 (print)  
ISSN 2414-3642 (online)



Семак Г.Р.  
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Semak G.  
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

## Восстановление глазной поверхности у пациентов с системными аутоиммунными заболеваниями

Renovation of the ocular surface in patients with autoimmune  
issues

### Резюме

Показана эффективность комплексного лечения с использованием гиалуроновой кислоты (ГК) у пациентов с заболеванием глазной поверхности при болезни Шегрена. Проведен анализ результатов лечения 11 пациентов.

**Ключевые слова:** заболевания глазной поверхности, синдром Шегрена, синдром «сухого глаза», гиалуроновая кислота.

### Abstract

The efficiency of combined treatment with the use of hyaluronic acid in eye surface disease patients with Sjogren syndrome has been shown. The results of therapy 11 patients have been analyzed.

**Keywords:** eye surface disease, Sjogren syndrome, dry eye syndrome, hyaluronic acid.

### ■ ВВЕДЕНИЕ

Первичный синдром Шегрена проявляется лимфоцитарной инфильтрацией экзокринных желез с наиболее частым поражением слезных и слюнных желез, приводящей к вторичному снижению секреции и нарушению слезной пленки. Синдром Шегрена относится к одному из наиболее распространенных системных аутоиммунных заболеваний и поражает 2–3% взрослого населения планеты. Среди заболевших преобладают женщины (соотношение мужчин и женщин 1:9). Развивается заболевание в любом возрасте, но чаще всего после 30 лет.

Наряду с первичным выделяют вторичный синдром Шегрена, который диагностируют при наличии проявлений другого системного заболевания – ревматоидного артрита – системной красной волчанки, системной склеродермии, полимиозита, смешанного заболевания соединительной ткани, первичного билиарного цирроза печени, системных васкулитов.

Офтальмологические проявления синдрома Шегрена связаны с поражением слезных желез и с нарушением их секреторной функции. Иммунологические нарушения (В-клеточная активация, повышенный уровень иммунных комплексов, снижение содержания сывороточного микроглобулина) приводят к нестабильности слезной пленки при открытом глазе, возникновению трофических и воспалительных нарушений, синдрому «сухого глаза», прогрессирующему ксерозу вплоть до истончения роговицы и перфорации. Наряду со снижением количества слезы изменяется ее качественный состав: уменьшается содержание лизоцима, лактоферрина, иммуноглобулина А, что предрасполагает к развитию вторичной инфекции вирусной и бактериальной природы.

Важная роль в причине развития нарушений при синдроме Шегрена отводится нарушениям механизмов генетического контроля, связанного с активностью генов специфического иммунного ответа, дефектам иммунологического контроля, нарушению процессов регуляции апоптоза эпителиальных клеток слезных и слюнных желез, эндокринному дисбалансу со снижением активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и нарушением баланса половых гормонов (андрогены/эстрогены).

Схематично развитие заболевания можно представить следующим образом: под действием факторов внешней среды, предположительно вирусной этиологии, происходит повреждение эпителиальных клеток экзокринных желез. Поврежденные эпителиальные клетки приобретают необычные для них свойства иммунокомпетентных клеток – способность к экспрессии на своей поверхности HLA антигенов II класса гистосовместимости и выработке провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 и ИЛ-6). Это приводит к привлечению в очаг поражения Т- и В-лимфоцитов. Активированные Т-лимфоциты продуцируют провоспалительные цитокины (ИЛ-2, ИЛ-6), формируют цитотоксические клетки, активируют В-лимфоциты. Для первичного синдрома Шегрена характерна чрезмерная активация В-лимфоцитов, предрасполагающим моментом для развития которой служит генетически детерминированный дефект иммунного ответа со снижением супрессорной активности Т-лимфоцитов. Большое количество аутоантител ведет к образованию значительного количества циркулирующих иммунных комплексов, которые играют ведущую роль в развитии системных проявлений болезни.

#### ■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установить эффективность комплексного лечения с использованием препаратов, содержащих гиалуроновую кислоту, в восстановлении глазной поверхности у пациентов с синдромом Шегрена.

#### ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением в течение 5 лет находились 11 пациентов с подтвержденным синдромом Шегрена. Все пациенты страдали синдромом «сухого глаза» (ССГ) разной степени выраженности более 10 лет, регулярно наблюдались у офтальмолога и ревматолога, получали адекват-

ную слезозамещающую и общую терапию. Возраст пациентов – от 38 до 82 лет.

Всем пациентам был проведен полный объем обследований, включающий визометрию, пневмотонометрию, биомикроскопию, кератопахиметрию, ОКТ переднего отрезка глаза, тест Ширмера, время разрыва слезной пленки.

#### ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пятеро из 11 пациентов, вошедших в исследование, имели ССГ I–II степени. В течение 6 лет получали слезозамещающую терапию. Комплексное восстановление глазной поверхности включало различные группы лекарственных средств: аминокислоты (Тауфон); антиоксиданты (Эмоксипин, Севитин, Офтан катахром); гликозаминогликаны (Баларпан); декспантенол (Корнерегель); депротеинизированный диализат из крови телят (Солкосерил). В течение последних 2 лет к лечению добавлены слезозамещающие растворы с гиалуроновой кислотой в виде инстилляций. В настоящее время доступен достаточно широкий спектр увлажнителей с гиалуроновой кислотой. Для выжидания данной группы пациентов использовался препарат Систейн HD. Состояние глазной поверхности данных пациентов заметно стабилизировалось (время разрыва слезной пленки удерживается на 10–11 с, тест Ширмера сохраняется от 5 до 7 мм).

Остальные 6 пациентов имели ССГ III–IV степени. Тяжелое течение на обоих глазах с частыми обострениями привело к истончению и перфорации роговиц, неоднократным послойным и сквозным лечебным кератопластикам. В послеоперационном периоде у пациентов наблюдались болезнь трансплантата, отек, изменение его прозрачности, с последующим локальным истончением. После интенсивного метаболического лечения состояние переднего отрезка глазного яблока сохранялось удовлетворительным непродолжительное время, до 1–2 месяцев. После включения в курс терапии инстилляций гиалуроновой кислоты и инъекционной формы ГК 1% периоды ремиссии удлинялись до 6 месяцев, появлялся блеск и улучшалась прозрачность роговицы и трансплантата, стали четче просматриваться детали радужной оболочки.

#### ■ ВЫВОДЫ

Улучшение гидратации окулоокулярной зоны при одновременном локальном использовании гиалуроновой кислоты в виде инстилляций и инъекций создает благоприятные условия для активизации работы метаболических препаратов, что приводит к снижению уровня повреждающих иммунных комплексов и уменьшению В-клеточной активации у пациентов с синдромом Шегрена. Для восстановления глазной поверхности у пациентов с синдромом «сухого глаза» на фоне болезни Шегрена показано введение в комплексную терапию препаратов, содержащих гиалуроновую кислоту, что позволяет добиться стабилизации процесса и более длительной ремиссии.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Brzheskii V., Somov E. (2002) Rogovichno-kon'yunktival'nii kseroz (diagnostika, klinika, lechenie) [Corneal-conjunctival xerosis (diagnostics, clinical manifestation and treatment)]. SPb.: Izdatel'stvo «SAGA», 142 p.
2. Mazurov V. (ed) (2001) Klinicheskaya revmatologiya: rukovodstvo dlya prakticheskikh vrachei [Clinical rheumatology: a guide for practitioners]. SPb.: Foliant, 411 p.
3. Nasonova V., Bunchuk N. (ed) (1997) Revmaticheskie bolezni: Rukovodstvo dlya vrachei [Rheumatic diseases: a guide for physicians]. M.: Meditsina, 520 p.
4. Matveikov G., Manak N., Soroka N. (2000) Spravochnik terapevta [A handbook of physician]. Mn.: Belarus', 446 p.

Поступила / Received: 17.11.2016  
Контакты / Contacts: semakgalina@mail.ru