

3. Кашаев, М.Ш. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения пациентов с атеросклеротической окклюзией артерий бедренно-подколенного сегмента в раннем послеоперационном периоде / М.Ш. Кашаев, А.Р. Якупов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2018. – Том 13, №6 (78). – С. 69-72
4. Использование ксенопротезов, укрепленных конструкцией из никелида титана, в качестве кондута при бедренно-подколенном шунтировании: рандомизированное контролируемое исследование / А.О. Ивченко [и др.] // Acta biomedica scientifica. – 2017. – Т. 2, №6. – С. 114-117.
5. Пальцев, М.А. Биология стволовых клеток и клеточные технологии / М.А. Пальцев – М.: Медицина, 2009. – 24 с.
6. Сравнительный анализ применения ксенопротезов и аутовенозных шунтов при дистальных реконструкциях артерий нижних конечностей / И. Тищенко [и др.] // XXII Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов 27-30 ноября 2016 г. [Электронный ресурс] URL: https://racvs.ru/events/archive/xxii_vserossiyskiy_sezd_serdechnososudistykh_khirurgov/sravnitelnyy_analiz_primeneniya_ksenoprotezov_i_autovenozykh_shuntov_pri_distal'nykh_rekonstruktsiya/ (дата обращения 24.12.2023)

REFERENCES

1. Ivchenko AO, Shvedov AN, Ivchenko OA. Vascular prostheses in reconstructive surgery on main arteries of lower limbs. Byulleten' sibirskoy meditsiny. 2017;16 (1):132-139. (in Russ) doi:10.20538/1682-0363- 2017-1-132-139.
2. Twine C.P., McLain A.D. Graft type for femoro-popliteal bypass surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2010 ;(5):CD001487. (in Engl) doi: 10.1002/14651858.CD001487.pub2, 2010.
3. Kashaev M.Sh., Yakupov A.R. Comparative assessment of the results of surgical treatment of patients with atherosclerotic arterial occlusion on the femoropopliteal segment in the early postoperative period. Bashkortostan Medical Journal. 2018; 13(6 (78)): P. 69-72. (in Russ)
4. Ivchenko A.O., Shvedov A.N., Ivchenko O.A., Savelyev I.O. Use of bioprosthesis with external support by knitted nitinol mesh as a conduit in infrainguinal bypass surgery: randomized controlled trial. Acta Biomedica Scientifica. 2017;2(6):114-117. (In Russ.) https://doi.org/10.12737/article_5a0a8a77c92410.82422845
5. Pal'tsev, M.A. Biologiya stvolovykh kletok i kletochnye tekhnologii (Stem cell biology and cell technologies). Moscow: Meditsina, 2009: 24.
6. Tishchenko I. [et al.] Sravnitel'nyi analiz primeneniya ksenoprotezov i autovenozykh shuntov pri distal'nykh rekonstruktsiyakh arterii nizhnikh konechnostei (*Comparative analysis of the use of xenoprostheses and autovenous shunts in distal reconstructions of the arteries of the lower extremities*). XXII Vserossiyskiy s'ezd serdechno-sosudistykh khirurgov 27-30 november 2016 [Electronic resource] URL: https://racvs.ru/events/archive/xxii_vserossiyskiy_sezd_serdechnososudistykh_khirurgov/sravnitelnyy_analiz_primeneniya_ksenoprotezov_i_autovenozykh_shuntov_pri_distal'nykh_rekonstruktsiya/ (access ate 24.12.2023)

УДК 617.713-089.843

© Р.З. Кадыров, Г.И. Гарипова, 2024

Р.З. Кадыров, Г.И. Гарипова ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВ РОГОВИЦЫ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

*Всероссийский центр глазной и пластической хирургии ФГБОУ ВО «Башкирский
государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа*

Цель исследования: оценить эффективность нового хирургического метода лечения язв роговицы.

Материал и методы. Всем пациентам проводилось оперативное лечение - послойная кератопластика и пластика роговицы аутоконъюнктивальным лоскутом с применением аллотрансплантатов для хирургии «Аллоплант». В исследуемую группу вошли 11 пациентов (5 мужчин, 6 женщин) в возрасте от 17 до 80 лет с осложненными или неосложненными язвами роговицы.

Результаты. После проведения операции в 91 % случаев удалось купировать воспалительный процесс (в одном случае наблюдался рецидив язвенного процесса). Повышение остроты зрения в отдаленном послеоперационном периоде было в 63 % случаев.

Закключение. Послойная кератопластика аллотрансплантатом с пластикой аутоконъюнктивальным лоскутом может быть успешно применена для лечения язв роговицы, в том числе и осложненных. Используемые трансплантаты не требуют особых условий их хранения и могут быть доступны для использования в экстренных ситуациях.

Ключевые слова: язва роговицы, послойная лечебная кератопластика, аллотрансплантаты для хирургии «Аллоплант».

R.Z. Kadyrov, G.I. Garipova SURGICAL TREATMENT OF CORNEAL ULCERS AND THEIR COMPLICATIONS USING TRANSPLANTATION TECHNOLOGIES

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of a new surgical method for the treatment of corneal ulcers.

Material and methods. All patients underwent surgical treatment, namely lamellar keratoplasty and corneal grafting with an autoconjunctival flap using the allografts for Alloplant surgery. The group under study included 11 patients (5 males and 6 females) with the age ranging from 17 to 80, with complicated and uncomplicated corneal ulcers.

Results. With the operations performed, we have managed to stop the inflammatory process in the 91% of the cases (a recurrence of the ulcerative process was observed only in one case). The increase in visual acuity in the long-term postoperative period was in 63% of cases.

Conclusion. Lamellar keratoplasty with an allograft followed by the autoconjunctival flap plasty can be successfully used to treat corneal ulcers including the complicated ones. The grafts used do not require special storage conditions are available for use in emergency.

Key words: corneal ulcer, lamellar therapeutic keratoplasty, allografts for alloplant surgery.

Язвы роговицы относятся к одним из самых сложных офтальмологических заболеваний. Они трудно поддаются медикаментозной терапии. Наличие роговичного синдрома,

сопровожающего язву роговицы (инъецированность глазного яблока, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм), снижает остроту зрения, болевой синдром влияет на качество

жизни пациента. Осложнения данной патологии в виде десцеметоцеле и перфорации роговицы могут привести к распространению инфекционного процесса с развитием эндофтальмита или панеофтальмита с полной анатомической гибелью органа зрения в 8-9% случаев. Инвалидизация по зрению составляет 25% всех исходов язв роговицы, 17% из них заканчиваются энуклеацией в связи с неэффективностью лечения [1]. При инфекционных кератитах полная слепота может наступить в 25% случаев, частота энуклеации достигает 23,7% [2].

Интенсивная длительная консервативная терапия, направленная на купирование воспаления и предотвращение развития осложнений, довольно часто не дает положительных результатов при лечении язв роговицы, или эффект носит временный характер. Известно, что при бактериальных язвах у возбудителей часто отмечается полирезистентность к антибиотикам: пенициллинам в 42,8%, к гентамицину в 27,3%, макролидам в 27,3%, тетрациклинам в 19,5% случаев [3].

Наиболее эффективным методом лечения язв роговицы является хирургическое лечение. В конце XIX века Герман Кунт первым разработал метод покрытия язвы роговицы аутоконъюнктивальным лоскутом на ножке [4]. С начала 2000-х годов развиваются методы хирургического лечения язв с применением различных трансплантационных материалов, в том числе донорской роговицы [5]. Наиболее широко распространены методы лечения с применением амниотической мембраны [6]. Каспаровой Е.А. с соавт. (2017г.) предложен метод послойной кератопластики лоскутом конъюнктивы в сочетании с формированием зрачка в виде замочной скважины при лечении нейротрофического кератита в сочетании с паралитическим лагофтальмом [7]. При этом же заболевании известен способ лечения при помощи послойной или сквозной кератопластик с инстилляциями аутологичной сыворотки [8]. Авторами публикаций описан метод лечения при помощи трансэпителиального кросслинkinга роговичного коллагена с использованием стерильного раствора 0,1% рибофлавина с декстраном и изотоническим раствором "Декстралинк" [9, 10]. Также существуют комбинированные методы лечения язв роговицы, которые сочетают в себе применение различных видов кератопластик и воздействие ультрафиолетового кросслинkinга [11]. Для реабилитации пациентов после комплексного консервативного или хирургического лечения применяют физиотерапевтиче-

ские методы, в том числе преформированные физические факторы [1].

Несмотря на такое разнообразие предлагаемых методов лечения, широкого распространения они не получили. Применение донорской роговицы затруднено в связи с нормативно-правовыми аспектами. В связи с этим мы начали разработку нового хирургического метода лечения, который бы позволил купировать воспалительный процесс и имел наименьшее количество рецидивов заболевания в послеоперационном периоде.

Цель исследования — предварительно оценить эффективность нового метода лечения язв роговицы и их осложнений с применением аллотрансплантата из аутоконъюнктивы.

Материал и методы

В качестве трансплантационного материала был использован аллотрансплантат в хирургии «Аллоплант» для послойной кератопластики (Регистрационное удостоверение на медицинское изделие от 29.12.2021 г. №ФСР 2011/12012). Трансплантат служил в качестве коллагенового каркаса для замещения утраченных тканей стромы роговицы. Данный трансплантат имеет регенеративный потенциал при лечении воспалительных и дистрофических заболеваний роговицы, он применяется особенно в экстренных ситуациях, так как не требует особых условий хранения. Выпускается данный трансплантат во флаконах, срок хранения составляет 5 лет при комнатной температуре.

Нами был предложен новый метод лечения с использованием аллотрансплантата в хирургии «Аллоплант» для послойной кератопластики с последующим покрытием трансплантата аутоконъюнктивальным лоскутом (Патент на изобретение № 2813070) [12]. Мы производили некрэктомию в зоне язвы с иссечением участков роговицы в пределах 2 мм здоровых тканей на глубину до 2/3 толщины роговицы. Воспринимающее ложе роговицы обрабатывали 3% раствором йода и укладывали трансплантат для послойной кератопластики толщиной 100, 150 или 200 мкм (в зависимости от глубины дефекта), который предварительно моделировали по форме образовавшегося дефекта с последующей фиксацией. Выкраивали аутоконъюнктивальный лоскут на «ножке» с верхнего или нижнего свода с сохранением питающих кровеносных сосудов. Для послойной кератопластики аутоконъюнктивальным лоскутом укрывали трансплантат таким образом, чтобы он оказался между роговицей и аутоконъюнктивальным лоскутом и был защищен от агрес-

сивного воздействия ферментов слезы, это способствовало более длительному и оптимальному процессу замещения [13].

Для предварительной оценки эффективности операций были отобраны два параметра, по которым был получен объем данных, достаточный для использования методов попарного (последовательного) сравнения – оценка состояния остроты зрения и суммы баллов по разработанной нами таблице оценки объективных и субъективных симптомов. При исследовании остроты зрения использовался комплекс аппаратно-программный ВИЗИОН (производитель ООО «Исток Аудио лабс») (см. таблицу).

Статистическая оценка пред- и послеоперационных различий осуществлялась с помощью рангового критерия Уилкоксона для сопряженных выборок.

Таблица

Примерный вариант таблицы оценки степени выраженности симптомов для наблюдения за пациентом

Симптом	Не беспокоит (никогда) 0 баллов	Умеренно беспокоит (иногда) 1 балл	Значительно беспокоит (постоянно) 2 балла
Слезотечение	-	1	-
Светобоязнь	-	1	-
Инъецированность глазного яблока и гиперемия конъюнктивы	-	-	2
Боль в глазу	-	-	2

Состояние зрения в виду его чрезвычайного межиндивидуального разброса (от низшего уровня светоощущений до предметного и даже субнормального) оценивалось по специальной ранговой шкале. Уровень «остаточного» зрения по Федорову - от 0,01 до 0,09 по таблице соответствовал рангу 9-го до 17-го. Уровень «ослабленного» зрения (от 0,1 до 0,4) рангом с 18-го по 21-й, уровень «субнормального» зрения (от 0,5 до 0,8) рангом с 22-го по 25-й, а уровень «нормального» зрения (0,9–1,0) соответствовал рангу 26 и 27 [14].

Результаты и обсуждение

Нами были проанализированы результаты лечения 11 пациентов. Из них 5 мужчин, 6 женщин в возрасте от 17 до 80 лет. Распределение по диагнозам было следующим: краевые язвы роговицы 8 пациентов, центральные язвы роговицы 3 пациента. В 5 случаях наблюдались осложнения в виде перфорации у 3 пациентов, десцеметоцеле наблюдали у 2 больных.

Анализ данных показал, что радикальные и значимые изменения произошли в оценке неблагоприятных симптомов ($Z=3,06$, $p<0,003$). Максимально неблагоприятная сумма баллов составила 8, нормальному состоянию соответствовал суммарный балл 0 (рис. 1).

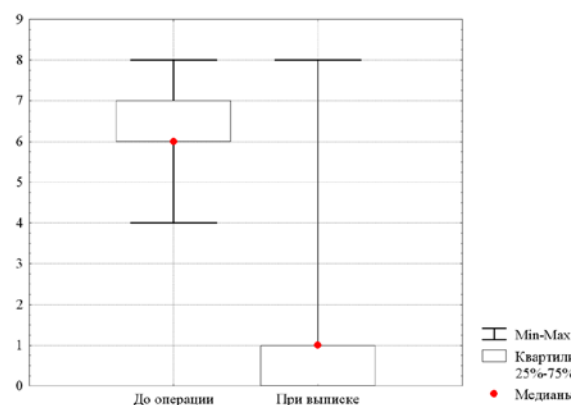


Рис. 1. Уровни суммарных оценок по шкале неблагоприятных симптомов до операции и при выписке

Как видно на рис. 1, до операции суммарный балл по данной шкале варьировал от 4 до 8, т.е. у всех пациентов имели место в той или иной степени неблагоприятные симптомы. При выписке медианное значение суммарного балла составляло всего 1 балл, 75% от 1 до 0, а в 25% случаев имели место нулевые суммы. Максимальный суммарный балл 8 имел место лишь у одного пациента, у которого зрение осталось на уровне счета пальцев у лица, причем у него же максимальный суммарный балл 8 был и до операции. В этом случае наблюдался рецидив заболевания, что привело к развитию субатрофии глазного яблока.

Различия в уровне остроты зрения по 11 парным пред- и послеоперационным значениям оказались значимыми – $Z=2,2$, $p<0,05$ (рис. 2). Предметное зрение начиналось с 10 баллов (0,01 по таблице Сивцева).

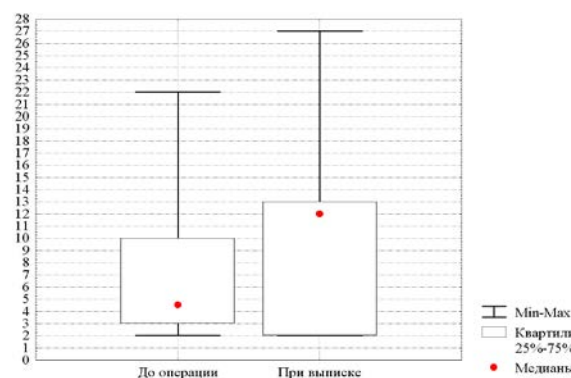


Рис. 2. Уровни зрения до операции и при выписке

Как видно на рис. 2, до операции уровень зрения варьировал от 2 баллов (неправильная светопроекция) до 22 баллов (0,5 по таблице Сивцева). Медиана составила 4,5 балла (т.е. между движением рук у лица и счетом пальцев у лица), а 75% значений находились в области до 10 баллов, т.е. до 0,02 и менее, а 50 % в области «светоощущений».

При выписке максимальное значение уровня зрения составило 27 баллов или 1,0 по

таблице, а медиана повысилась до 11 баллов, то есть 50% значений находились в области предметного зрения – от 0,03 до 1,0 по таблице. Важно отметить, что в 4 случаях из 11 зрение изменилось радикально от уровня световосприятия до предметного зрения на уровне 0,05-0,06 по таблице Сивцева, а в двух случаях стало корригируемым с 0,05 до 0,2 и 0,4.

В послеоперационном периоде по мере истончения аутоконъюнктивального лоскута появлялась возможность контролировать визуально процесс замещения трансплантата и регенерацию роговицы. Кроме того, в случае сокращения или дислокации аутоконъюнктивального лоскута оголялась не язвенная по-

верхность, а трансплантат для послойной кератопластики, который эпителизировался и постепенно замещался роговичной тканью [15].

Заключение

Длительный срок хранения при комнатной температуре дает возможность использовать данный трансплантат для лечения urgentных пациентов вне зависимости от наличия донорской роговицы. В анализируемой группе удалось купировать воспалительный процесс и сохранить глаз как орган у 13 пациентов. Произошла полная эпителизация роговицы, купирование роговичного и болевого синдрома, а также повышение остроты зрения у 63 % пациентов.

Сведения об авторах статьи:

Кадыров Радик Завилович – д.м.н., зам. директора по лечебной работе ВЦГПХ ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450075, г. Уфа, ул. Р. Зорге, 67/1. E-mail: radkad@yandex.ru.

Гарипова Гузель Ильясовна – врач-офтальмолог ВЦГПХ ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450075, г. Уфа, ул. Р. Зорге, 67/1. E-mail: guzelka-garipova@rambler.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соловьев, Я.А. Эффективность применения преформированных физических факторов в медицинской реабилитации пациентов с язвой роговицы: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 2021. – 24 с.
2. Шиловских, О.В. Грибковый кератит. Ч.1. Этиоморфология, исторические аспекты, эпидемиология, факторы риска, патогенез и клинические особенности / О.В. Шиловских, В.О. Пономарев, В.Л. Тимофеев // Офтальмология. – 2023. – Т.20, №3. – С. 423-430.
3. Тактика ведения пациентов с бактериальными язвами роговицы в условиях многопрофильного стационара (серия клинических случаев) / Г.Ш. Аржиматова [и др.] // Офтальмология. – 2023. – Т.20, №3. – С. 572-579.
4. Kuhnt, H. Ueber die Verwerbarkeit der Bindehaut in der praktischen operative / H. Kuhnt. – Augenheilkunde Wiesbaden, 1898. – 149 p.
5. Степанов, В.К. Особенности техники выполнения лечебной пересадки роговицы при гнойных кератитах / В.К. Степанов // Вестник ОГУ. – 2004. – №12. – С. 107-110.
6. Chan, E. "Swiss roll" amniotic membrane technique for the management of corneal perforations / E. Chan, A.N. Shah, D.P.S. O'Brart // Cornea. – 2011. – Vol. 30. – P. 838-841.
7. Лечебная кератопластика при гнойных язвах роговицы, развившихся на фоне нейротрофического кератита и паралитического лагофталма / Евг. А. Каспарова [и др.] // Вестник офтальмологии. Научно-практический журнал. – 2017. – Т. 133, №5. – С. 32-37.
8. Способ лечения гнойной язвы роговицы, развившейся на глазах с нейротрофическим кератитом и лагофталмом / Е. А. Каспарова [и др.] // Вестник офтальмологии. – 2019. – №5. – С. 220-225.
9. Кросс-линкинг роговичного коллагена в лечении трофических и бактериальных язв роговицы / В.В. Нероев [и др.] // Российский медицинский журнал. 2013. - №2. – С. 25-27.
10. Каспарова, Евг. А. Кросслинкинг роговичного коллагена в лечении инфекционных кератитов и гнойных язв роговицы / Евг. А. Каспарова, Бю Ян, О.И. Собкова // Вестник офтальмологии. – 2017. – №6. – С. 113-118.
11. Хазамова, А.И. Дифференцированный подход к хирургическому лечению язв роговицы: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 2018. – 26 с.
12. Способ хирургического лечения краевых язв роговицы, в том числе осложненных десцеметоцеле или перфорацией роговицы: пат. № 2813070 Росс. Федерация; заявл. 25.04.2023; опубл. 6.02.2024. Бюл. № 4. 9 с.
13. Кадыров Р.З. Экспериментально-морфологические и клинические аспекты создания гетеротопического аллогенного трансплантата для послойной кератопластики: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – СПб, 2014. – 45 с.
14. Федоров, С.Н. Глазные болезни / С.Н. Федоров, Н.С. Ярцева, А.О. Исламкулов. – М.: Издательский центр «Федоров», 2000. – 388 с.
15. Кадыров, Р.З. Наш опыт применения биоматериала Аллоплант для послойной кератопластики / Р. З. Кадыров // Вестник офтальмологии – 2011. – Т. 127, №1. – С.32-36.

REFERENCES

1. Solov'ev, Ja.A. Jefferktivnost' primeneniya preformirovannyh fizicheskikh faktorov v medicinskoj rehabilitacii pacientov s jazvoj rogovicy (The effectiveness of the use of preformed physical factors in the medical rehabilitation of patients with corneal ulcer): avtoref. diss. ... k-ta med. nauk. Moscow, 2021:24. (in Russ.).
2. Shilovskikh, O.V., Ponomarev V.O., Timofeev V.L. Fungal keratitis. Part 1. Etiomorphology, historical aspects, epidemiology, risk factors, pathogenesis and clinical features. Ophthalmology.2023;20(3):423-430. (in Russ.).
3. Arzhimatova G.Sh. [et al.] Tactics of management of patients with bacterial corneal ulcers in a multidisciplinary hospital (a series of clinical cases). Ophthalmology. 2023;20(3):572-579. (in Russ.).
4. Kuhnt H. Ueber die Verwerbarkeit der Bindehaut in der praktischen operative. Augenheilkunde Wiesbaden, 1898:149. (in Germany)
5. Stepanov V.K. Osobennosti tehniki vypolneniya lechebnoj peresadki rogovicy pri gnojnyh keratitah (Features of the technique of performing therapeutic corneal transplantation in purulent keratitis). Vestnik OGU. 2004; Dekabr':107-110 (in Russ.).
6. Chan E., A.N. Shah, D.P.S. O'Brart "Swiss roll" amniotic membrane technique for the management of corneal perforations. Cornea. 2011;30:838-841. (in Engl)
7. Kasparova EvG, Sobkova OI, Kasparova EA, Fedorov AA, Kasparov AA. Surgical treatment of purulent corneal ulcers in eyes with neurotrophic keratitis and paralytic lagophthalmos. Russian Annals of Ophthalmology. 2017;133(5):32-37. (In Russ.).
8. Kasparova EvG, Kasparov AA, Sobkova OI, Kasparova EA, Rozinova VN. A method of treating purulent corneal ulcer in the eyes with neuromyastical keratitis and lagophthalmos. Russian Annals of Ophthalmology. 2019;135(5):220-225. (In Russ.).
9. Nerev V.V. [et al.] Cross-linking of corneal collagen in the treatment of trophic and bacterial corneal ulcers. Russian Medical Journal. 2013;2:25-27 (in Russ.).

10. Kasparova Evg.A, Yang Biao, Sobkova O.I. Corneal collagen cross-linking in the treatment of infectious keratitis and corneal ulcers. Russian Annals of Ophthalmology. 2017;133(6):113-119. (In Russ.)
11. Hazamova, A.I. Differencirovannyj podhod k hirurgicheskomu lecheniju jazv rogovicy (Differentiated approach to surgical treatment of corneal ulcers): avtoref. diss. ... k-ta med. nauk. Moskva, 2018:26. (in Russ.).
12. Sposob hirurgicheskogo lechenija kraevyh jazv rogovicy, v tom chisle oslozhnennyh descemetocel ili perforaciej rogovicy (Method of surgical treatment of marginal corneal ulcers, including those complicated by descemetocel or corneal perforation): pat. № 2813070 Ross. Federacija; zajavl. 25.04.2023; opubl. 6.02.2024. Bjul. № 4:9. (in Russ.).
13. Kadyrov R.Z. Jeksperimental'no-morfologicheskie i klinicheskie aspekty sozdaniya geterotopicheskogo allogennogo transplantata dlja poslojnoj keratoplastiki (Experimental morphological and clinical aspects of the creation of a heterotopic allogeneic graft for layered keratoplasty): avtoref. diss. ... d-ra med. nauk. Sankt-Peterburg, 2014:45. (in Russ.).
14. Fedorov, S.N., Yartseva N.S., Islamkulov A.O. Glaznye bolezni (Eye diseases). Moskva: Izdatel'skij centr «Fedorov», 2000:388. (in Russ.).
15. Kadyrov R.Z. Our experience of using Alloplant biomaterial for layered keratoplasty. Russian Annals of Ophthalmology. 2011;127(1):32-36 (in Russ.).

УДК 616.831-002

© Коллектив авторов, 2024

М.А. Кутлубаев¹, А.Р. Исанбаева¹, О.В. Лютов¹,
Т.Р. Галиуллин², А.Ш. Яппарова², М. Анант¹, С.Н. Иллариошкин³
**АУТОИММУННЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ,
АССОЦИИРОВАННЫЙ С АНТИ-LGI1-АНТИТЕЛАМИ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И КРАТКИЙ ОБЗОР)**

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ РБ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа

³ФГБНУ «Научный центр неврологии», г. Москва

Аутоиммунный энцефалит, ассоциированный с анти-LGI1-антителами (LGI-1-АЭ) представляет собой редкую форму лимбического энцефалита, который характеризуется когнитивными нарушениями, в основном мнестическим дефицитом, психическими расстройствами, фациобрэхияльными дистоническими пароксизмами, иногда билатеральными тонико-клоническими эпилептическими приступами и гипонатриемией. Своевременная диагностика и иммуносупрессивное лечение позволяют добиться хороших результатов.

Цель. Представить типичный случай LGI-1-АЭ у женщины 45 лет и краткий обзор литературы по данному заболеванию.

Материал и методы. В описании клинического случая приведены общепринятые методы диагностики данного заболевания: клиническое обследование, включая нейропсихологическое тестирование, лабораторные исследования крови и ликвора, магнитно-резонансная томография головного мозга, электроэнцефалография.

Результаты. После проведения курса плазмафереза, пульс-терапии метилпреднизолоном и противосудорожного лечения пациентка была выписана с улучшением в виде отсутствия эпилептических приступов и незначительным улучшением памяти на текущие события.

Выводы. LGI1-АЭ встречается нечасто, что снижает вероятность ранней диагностики данного заболевания. При своевременно начатом лечении прогноз благоприятный.

Ключевые слова: аутоиммунный энцефалит, эпилепсия, память, когнитивные нарушения, лимбический энцефалит.

M.A. Kutlubayev, A.R. Isanbaeva, O.V. Lyutov,
T.R. Galiullin, A.Sh. Yapparova, M. Anant, S.N. Illarioshkin
**ANTI-LGI1-ANTIBODY AUTOIMMUNE ENCEPHALITIS
(CASE REPORT AND BRIEF REVIEW)**

Anti-LGI1-Antibody Autoimmune Encephalitis (LGI-1-AE) represents one of the rare forms of limbic encephalitis, which is characterized by cognitive decline (mostly mnestic), mental problems, faciobrachial dystonic paroxysms, sometimes bilateral tonic-clonic paroxysms and hyponatremia. Timely diagnosis and immunosuppressive treatment can achieve good results.

Objective. To present a typical case of LGI-1-AE in a 45-year-old woman and brief review of the literature on this disease.

Material and methods. The clinical case description contains generally accepted methods for diagnosing this disease: clinical examination, including neuropsychological evaluation, laboratory tests (blood cerebrospinal fluid), magnetic resonance imaging of the brain, electroencephalography.

Results. After a course of plasmapheresis, methylprednisolone pulse therapy and anticonvulsant treatment, the patient was discharged with improvement in the form of the absence of epileptic seizures and a slight improvement in memory for current events.

Conclusions. LGI1-AE is uncommon, and the likelihood of timely diagnosis of this disease is low. With timely treatment, the prognosis is favorable.

Key words: autoimmune encephalitis, epilepsy, memory, cognitive decline, limbic encephalitis.

Аутоиммунные энцефалиты (АЭ) известны с 1960-х годов, но долгое время считались лишь редким проявлением паранеопластического процесса – результата перекрёстной реакции антигенов злокачественного новообразования (ЗНО) и нервной ткани. Иссле-

дования последних десятилетий показали, что АЭ могут развиваться и в отсутствие ЗНО, а их частота относительно высока и составляет от 0,7 до 12,6 случая на 100000 населения [1].

Предложено несколько классификаций АЭ. В зависимости от области поражения