

Выводы. Полученные результаты лечения свидетельствуют об эффективности применения магнитотерапии в комплексном лечении пациентов с эндокринной офтальмопатией. Улучшение общей офтальмологической оценки связано в большей степени с уменьшением размера глазной щели и степени вовлечения мягких тканей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бровкина, А.Ф. Эндокринная офтальмопатия / А.Ф. Бровкина. – М.: Гэотар-Мед, 2004. – 176 с.
2. Бровкина, А.Ф. Эндокринная офтальмопатия с позиций офтальмолога и эндокринолога / А.Ф. Бровкина, Т.Г. Павлова // Клиническая офтальмология. – 2000. – № 1. – С. 11-14.

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Кринец Ж.М.¹, Ломаник И.Ф.²

¹*Гродненский государственный медицинский университет,*

²*Гродненская областная клиническая больница*

Актуальность. Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) – хроническое воспалительное заболевание глазницы, нередко возникающее у пациентов с системным тиреоидным дисбалансом. Хроническое воспаление приводит к рубцеванию и дисфункции глазницы. Тяжесть и течение заболевания варьируются. Жалобы, с которыми впервые больные обращаются к врачу (такие как сухость глаз, слезотечение, покраснение, выпячивание глаз, косоглазие, двоение), присущи различным глазным заболеваниям, что препятствует раннему выявлению ЭОП.

Отсутствие четких данных как о причине глазных симптомов, так и о возникновении и последовательности поражения экстраокулярных мышц и ретробульбарной клетчатки, возможность развития ЭОП спустя много лет после выявления заболевания щитовидной железы или, напротив, появление глазной симптоматики раньше клинических признаков поражения щитовидной железы затрудняют своевременную диагностику заболевания и являются причиной выбора ошибочной тактики ведения пациентов.

Один из факторов, так же затрудняющих правильную и вовремя проведенную диагностику это – эутиреоидное состояние,

встречающееся у 10-18,5% пациентов [1,2].

Цель исследования. Обратить внимание практических врачей на проблемы ошибочной диагностики эндокринной офтальмопатии.

Материалы и методы. Обследовано 5 пациентов, которым был выставлен диагноз эндокринная офтальмопатия. Из них – 3 женщины и 2 мужчин. Средний возраст пациентов составил $46,4 \pm 2,5$ года. Всем пациентам был выполнен полный комплекс современных офтальмологических исследований с обязательным выполнением экзофтальмометрии и КТ-исследованием орбит. После уточнения диагноза выбиралась тактика консервативного и хирургического лечения.

Результаты и их обсуждение. Из анамнеза установлено, что при первичном обращении к офтальмологу по месту жительства ни у одного из пациентов не был установлен диагноз эндокринной офтальмопатии. Среди ошибочных диагнозов встречались конъюнктивит, слезотечение в результате сужения слезоотводящих путей, отек век неясной этиологии, диплопия неясной этиологии, первичная глаукома, язва роговицы. Особые трудности для диагностики представляли случаи односторонней эндокринной офтальмопатии, которая, по данным литературы, встречается в 8,0% случаев.

На момент первого осмотра у всех пациентов наблюдалось эутиреоидное состояние и заключение эндокринолога: патологии со стороны щитовидной железы не выявлено. Однако данный факт не может служить основанием для отказа от предположения о наличии у пациентов ЭОП. В таких случаях важную диагностическую роль приобретает КТ-исследование орбит. Повторное направление пациентов на консультацию к эндокринологу с данными КТ-орбит позволило провести более тщательное обследование пациентов и выявить у них различные формы дисфункции щитовидной железы.

Пример 1. Пациентка П., 45 лет направлена для хирургического лечения в Республиканский центр микрохирургии глаза с диагнозом: Блефарохалазис верхнего века обоих глаз. Жалобы на тяжесть в веках, их отек и опущение более выраженное по утрам, незначительную диплопию при взгляде кверху, чувство выпирания глазного яблока больше слева. Из анамнеза установлено, что данные симптомы появились 3 месяца назад. Обследовалась у

офтальмолога, эндокринолога, невропатолога. Заключение: здорова.

Объективно: отек век выраженный, плотный, кожа век не изменена, обычной окраски, незначительный птоз верхнего века, больше выражен слева. Левое глазное яблоко экзофтальмировано по сравнению с правым. Незначительное ограничение подвижности глазного яблока кверху, белый хемоз у наружного угла глазной щели и вдоль нижнего века. Репозиция глазных яблок незначительно затруднена.

Учитывая анамнез и объективные данные, пациентке был выставлен диагноз: Эндокринная офтальмопатия (отечный экзофтальм) обоих глаз. Рекомендовано: КТ-орбит и повторная консультация эндокринолога.

Заключение КТ-орбит: признаки эндокринной офтальмопатии.

Заключение эндокринолога: здорова.

Учитывая данные КТ-орбит, было принято решение провести курс пульс терапии кортикостероидами (назначена первоначальная доза 500 мг – милдроната). После первой же инъекции пациентка отметила значительное улучшение состояния и уменьшение отеков. После окончания курса пульс - терапии признаки ЭОП ликвидированы. Последующие консультации у эндокринолога подтвердили наличие у пациентки тиреоидного дисбаланса и подтвердили правильность постановки диагноза и выбранной тактики лечения.

Пример 2. Пациент С. 52 года, направлен для хирургического лечения в отделение микрохирургии глаза с диагнозом: Язва роговицы, перфорация роговицы, лагофтальм, экзофтальм неясной этиологии правого глаза. Точный анамнез собрать не удастся, известно только, что глаз беспокоил в течение нескольких месяцев.

По экстренным показаниям пациенту выполняется сквозная кератопластика, блефарорафия и консервативное противовоспалительное лечение. На фоне проводимого лечения пациент отмечает значительное улучшение состояния. Выписывается для дальнейшего лечения по месту жительства. Через месяц поступает с несостоятельностью роговичного трансплантата, лагофтальмом, двусторонним экзофтальмом, выраженным хемозом, повышением ВГД. И в этом случае основное внимание было уделено

состоянию роговицы. Выполнена повторная кератопластика. Пациент консультирован эндокринологом, констатировано эутиреоидное состояние. Через две недели после выписки поступает с вышеперечисленными объективными данными, к которым присоединились неподвижность глазного яблока, отсутствие возможности его репозиции. В составе консилиума было принято решение о постановке диагноза эндокринная офтальмопатия – эндокринная миопатия. Для подтверждения диагноза выполнена КТ-орбит. Заключение КТ-орбит: признаки эндокринной офтальмопатии, увеличение толщины всех экстраокулярных мышц. Трудность принятия решения о тактике лечения определялась состоянием роговицы. Одновременно было решено провести пульс-терапию кортикостероидами и хирургическое лечение – удлинение леватора и кровавую блефарорафию. Предложенная тактика дала свои результаты. Удалось сохранить роговичный трансплантат, уменьшить экзофтальм и улучшить репозицию глазного яблока.

Приведенные примеры показывают трудность принятия правильной тактики лечения пациентов и необходимость взвешенного подхода к каждому пациенту.

Выводы. 1. Поражение мягких тканей орбиты возможно не только на фоне гипертиреоза, но и при эутиреоидном состоянии.

2. Развитие глазных симптомов может опережать появление клинических проявлений заболевания щитовидной железы, и только тщательное обследование пациента, включающее инструментальное исследование и определение гормонов щитовидной железы, позволяет установить правильный диагноз.

3. Эндокринная офтальмопатия в результате разновременности поражения обеих орбит может проявляться односторонним экзофтальмом в течение какого-то периода времени.

4. При эутиреоидном состоянии и подозрении на ЭОП особую ценность приобретает КТ-орбит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бровкина, А.Ф. Эндокринная офтальмопатия / А.Ф. Бровкина. – М.: Гэотар-Мед, 2004. – 176 с.
2. Бровкина, А.Ф. Эндокринная офтальмопатия с позиций офтальмолога и эндокринолога / А.Ф. Бровкина, Т.Г. Павлова // Клиническая офтальмология. – 2000. – № 1. – С. 11-14.