

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинико-биохимические аспекты проявления хронического рецидивирующего панкреатита у лиц среднего возраста / В. Н. Колоцей, И. И. Климович, В. П. Страпко [и др.] // Актуальные проблемы общей и клинической биохимии – 2025 : материалы респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 100-летию со дня рождения акад. Ю. М. Островского, 27 июня 2025 г. / редкол.: В. В. Лелевич (отв. ред.), С. В. Лелевич, А. Г. Виницкая. – Гродно, 2025. – С. 331-333.

2. Колоцей, В. Н. Острый и хронический рецидивирующий панкреатит, осложнившийся развитием психоза: диагностика, лечение, профилактика / В. Н. Колоцей, И. И. Климович, В. П. Страпко // Актуальные вопросы и современные подходы в оказании хирургической помощи в Республике Беларусь : сб. материалов Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием и XXVIII Пленума Правления Белорус. ассоциации хирургов. – Минск, 2021. – С. 181-182.

ТОЦИЛИЗУМАБ ПРИ РЕФРАКТЕРНОЙ К ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМ АУТОИММУННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кринец Ж.М.¹, Давыдчик Э.В.¹, Макей О.О.², Петрикевич О.Н.²,
Семянович Т.В.²

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская университетская клиника, Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Аутоиммунная офтальмопатия (АИО) является тяжёлым экстратиреоидным проявлением, которое характеризуется воспалительными изменениями орбитальных тканей и сопровождается риском развития осложнений со стороны глаз, приводящих к потере зрения. Основным методом лечения среднетяжёлых и тяжёлых форм заболевания является системная терапия глюкокортикостероидами, в частности внутривенное введение метилпреднизолона, используя схемы, утвержденные клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями щитовидной железы (взрослое население) от 21 июня 2021 г. № 85.

Вместе с тем, у 20–30% пациентов отмечается недостаточная эффективность проводимой глюкокортикостероидной терапии или развитие резистентности, что требует поиска альтернативных методов лечения [2]. Особое клиническое значение имеют ситуации, которые сопровождаются оптической нейропатией и кератопатией и характеризуются высоким риском атрофии диска зрительного нерва или перфорации роговицы. В последние годы в качестве перспективного метода лечения рассматривается таргетная терапия с использованием тоцилизумаба. Тоцилизумаб – моноклональное рекомбинантное гуманизированное антитело к рецепторам интерлейкина-6, концентрация которого повышается у пациентов с активной фазой АИО [1].

Однако клинический опыт его применения недостаточный, что обуславливает актуальность представления клинических наблюдений.

Цель. Оценить эффективность применения тоцилизумаба у пациентки с тяжелой формой аутоиммунной офтальмопатии, осложнённой оптической нейропатией и кератопатией, резистентной к глюкокортикостероидной терапии.

Материалы и методы исследования. Представлен клинический случай пациентки 74 лет с диагнозом: Аутоиммунная офтальмопатия IVb Vb VIc активная фаза, болезнь Грейвса, тиреотоксикоз тяжелой степени, медикаментозная субкомпенсация (на схеме «блокируй-замещай»), которой дважды в течение года проводилась стандартная схема пульс-терапии метилпреднизолона с общей кумулятивной дозой 12000 мг, однако клинически значимого эффекта не достигнуто. Наблюдался рецидив заболевания при уменьшении дозы глюкокортикостероидов [2].

На момент обследования у пациентки диагностированы признаки высокой активности процесса: правый глаз (OD) CAS=5, левый глаз (OS) CAS=6), резкое ограничение подвижности глазных яблок, двоение, отёк и гиперемия периорбитальных тканей, красный хемоз конъюнктивы. Определено снижение остроты зрения OD до 0,08, OS – 0,1, показатели экзофтальмометрии составили OD 26 мм, OS – 24 мм, внутриглазное давление 27-28 мм рт ст соответственно. При биомикроскопии диагностирована кератопатия обоих глаз. Для нормализации внутриглазного давления назначены гипотензивные капли бринзопт или касопт по 1 капле 2 раза в сутки. С антибактериальной целью рекомендована мазь флоксал 4 раза в день, для улучшения регенерации роговицы – витА-ПОС (ретинонола пальмитат) 2 раза в день.

При исследовании глазного дна на немидриатической камере с видеофиксацией границы диска зрительного нерва (ДЗН) ступеваны, выраженный отек, артерии узкие, вены расширены, полнокровные, макулярная зона не изменена.

Отмечалось нарушение цветоощущения, сужение полей зрения, наличие относительных парацентральных скотом. Выполнена оптическая когерентная томография (ОКТ) ДЗН OD: площадь 2,06 мм², экскавация=0,01, слой нервных волокон (СНВ)=216 мкм, S – 186 мкм, I – 346 мкм, T – 129 мкм, N – 128 мкм (утолщение СНВ во всех секторах), OS ДЗН: площадь 2,11 мм², экскавация=0,00, СНВ = 166 мкм, S – 198 мкм, I – 176 мкм, T – 112 мкм, N – 121 мкм (утолщение СНВ в нижнем и верхнем секторах). Заключение: ОКТ картина отека ДЗН обоих глаз.

На компьютерной томографии орбит определены признаки двустороннего утолщения экстраокулярных мышц: нижняя прямая мышца OD 7,8 мм, OS – 7,2 мм (норма 4,1-5,7 мм), медиальная прямая мышца OD – 7,5 мм, OS – 6,8 мм (норма 3,6-4,6 мм), верхняя прямая мышца OD – 8,0 мм, OS – 7,7 мм (норма 3,1-4,5 мм), латеральная прямая мышца OD – 7,0 мм, OS – 5,0 мм (норма 2,3-3,5 мм).

Пациентка консультирована сотрудниками кафедры офтальмологии ИПК и ПКЗ УО «БГМУ»: с учётом резистентности к глюкокортикостероидной терапии был назначен тоцилизумаб 600 мг 1 раз в месяц № 4 на фоне

продолжения пульс-терапии метилпреднизолоном 500 мг 1 раз в неделю с достижением суммарной дозой до 14000 мг.

Перед началом иммунобиологической терапии проведено комплексное обследование, направленное на исключение противопоказаний и выявление латентных инфекционных заболеваний, включая туберкулёз, с использованием кожных тестов (проба Манту, диаскин-тест) и рентгенография органов грудной клетки. Выполнялось лабораторное определение маркёров вирусных инфекций: гепатит В (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs), гепатит С (anti-HCV) и вирус иммунодефицита человека, а также выполнен общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, уровень тромбоцитов. Биохимическое исследование крови назначалось с целью определения активности печёночных ферментов, концентраций билирубина и креатинина, а также уровня С-реактивного белка как маркёра воспалительной активности. Для оценки функции щитовидной железы определялись уровни тиреотропного гормона и свободного тироксина (Т4), а также антитела к рецепторам тиреотропного гормона. Срок наблюдения за пациенткой составил 9 месяцев.

Результаты и их обсуждение. На фоне проводимой терапии тоцилизумабом отмечена положительная динамика. Наблюдалось постепенное снижение активности воспалительного процесса (через 3 месяца правый глаз CAS=3, левый глаз CAS=4), уменьшение отёка и гиперемии периорбитальных тканей. Улучшилась острота зрения OD – 0,5, OS – 0,7, нормализовалось внутриглазное давление. Показатели экзофтальмометрии составили OD 21 мм, OS 22 мм. Со стороны роговицы отмечена положительная динамика в виде эпителизации дефектов и уменьшения проявлений кератопатии. Улучшилась подвижность глаз и при смыкании век глазная щель начала полностью закрываться. По данным ОКТ зарегистрирован регресс признаков оптической нейропатии: OD ДЗН: площадь 2,02 мм², экскавация=0,02, СНВ=198 мкм, S – 163 мкм, I – 250 мкм, Т – 116 мкм, N – 113 мкм; OS ДЗН: площадь 2,0 мм², экскавация=0,01, СНВ=137 мкм, S – 171 мкм, I – 143 мкм, Т – 101 мкм, N – 117 мкм. Заключение: ОКТ картина уменьшения отека ДЗН обоих глаз. Однако у пациентки сохранилась ретракция верхних век. Терапия переносилась удовлетворительно, побочных явлений в ходе наблюдения не зарегистрировано.

Выводы. Применение тоцилизумаба при тяжелой АИО, резистентной к глюкокортикостероидной терапии, несмотря на незначительные клинические наблюдения, является актуальным направлением современной таргетной терапии. Полученные результаты подтверждают перспективность использования данного препарата в качестве терапии второй линии, особенно у пациентов с оптической нейропатией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилова, Л. И. Новые подходы к лечению пациентов с аутоиммунной офтальмопатией (по материалам Клинических практических рекомендаций 2016 и 2021 гг. Европейской группы по изучению орбитопатии Грейвса (EUGOGO) по ведению пациентов с орбитопатией Грейвса, одобренных Европейским

обществом эндокринологов (ESE)) / Л. И. Данилова, Г. Г. Короленко // Рецепт. – 2022. – Т. 25, № 1. – С. 96-114.

2. Тяжелое течение аутоиммунной офтальмопатии на фоне болезни Грейвса / Л. В. Никонова, Ж. М. Кринец, С. В. Тишковский [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2025. – Т. 23, № 6. – С. 632-634.

ОЦЕНКА АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ СЫВОРОТКИ КРОВИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Левашова О.А., Глотова Е.В., Аброськин В.В., Золкорняев И.Г.

*Пензенский институт усовершенствования врачей,
Пенза, Российская Федерация*

Актуальность. Ишемический инсульт (ИИ) остается одной из ведущих причин смертности и первичной инвалидизации взрослого населения во всем мире. Патогенез ишемического повреждения головного мозга представляет собой сложный каскад биохимических реакций, среди которых ключевая роль отводится активации процессов свободнорадикального окисления (оксидативному стрессу). Ишемия и последующая реперфузия приводят к избыточной генерации активных форм кислорода, что вызывает повреждение клеточных мембран, дисфункцию митохондрий и гибель нейронов по механизмам некроза и апоптоза. Естественным контуром защиты в этом случае выступает антиоксидантная система организма, интегральным показателем функционирования которой является антиоксидантная активность (АА) сыворотки крови.

Целью настоящего исследования явилась оценка антиоксидантной АА сыворотки крови как маркера тяжести острого периода ишемического инсульта.

Материалы и методы. В исследование было включено 87 пациентов с ИИ различной степени тяжести, поступившие в острый период заболевания, в течение 24-48 часов. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от тяжести инсульта. В первую группу вошли пациенты с инсультом легкой и средней степени тяжести с количеством баллов по шкале NIHSS от 0 до 15 включительно. Вторую группу составили пациенты с тяжелым инсультом, при этом количество баллов варьировало от 16 до 30. В контрольную группу вошли 15 человек, сопоставимую по гендерным и возрастным характеристикам.

Анализ АА сыворотки крови проводили на хемилуминометре «Lum-1200» («ДИСофт», Россия) в термостатируемых кюветах при 37°C. Для сопряжения компьютера и хемилуминометра использовали оригинальный программный продукт PowerGraph. Оценку АА сыворотки крови проводили с применением методики люминол-активированной хемилуминесценции [1]. При проведении исследования 50 мкл 0,05 М водного раствора АБАП (2,2'-азо-