

кариорексиса. AZT при краткосрочном воздействии стимулирует митотическую активность гепатоцитов, при длительном – проявляется цитостатический эффект.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Иваников, И. О. Общая гепатология / И.О. Иваников, В.Е. Сюткин. – Москва: Медпрактика. – Москва, 2005. – С. 17-106.

2. Perović Mihanović, M. Toxicity-related antiretroviral drug treatment modifications in individuals starting therapy: a cohort analysis of time patterns, sex, and other risk factors / M. Perović Mihanović // Med. Sci. Monit. – 2013. – Vol. 19. – P. 483–492.

### ДИАГНОСТИКА МОНОЛАТЕРАЛЬНОЙ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ ПРИ ЭУТИРЕОИДНОЙ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА

Кринец Ж.М.<sup>1</sup>, Ильина С.Н.<sup>1</sup>, Солодовникова Н.Г.<sup>1</sup>, Ломаник И.Ф.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Гродненская областная клиническая больница

**Актуальность.** В настоящее время в структуре эндокринной патологии первое место занимают заболевания щитовидной железы, превосходя по частоте даже сахарный диабет. Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) является самым частым экстра tireоидным проявлением патологии щитовидной железы и встречается примерно у 2% населения земного шара [1].

В 80% случаев ЭОП развивается на фоне диффузного токсического зоба (ДТЗ). ЭОП возникает как до появления функциональных нарушений щитовидной железы (26,3%), так и на фоне манифестации тиреотоксикоза (18,4%), или во время пребывания пациента в эутиреозе после медикаментозной коррекции. ЭОП может протекать и без тиреотоксикоза. Это так называемая эутиреоидная болезнь Грейвса – ЭОП на фоне клинического эутиреоза и нормальных уровней тиреоидных гормонов и тиреотропного гормона [2]. Определенную трудность представляет диагностика эндокринной офтальмопатии на фоне отсутствия других клинических проявлений поражения щитовидной железы.

**Цель исследования.** Клинический пример диагностики и лечения пациентки с эндокринной офтальмопатией при эутиреоидной болезни Грейвса.

**Материалы и методы исследования.** На консультативный

прием обратилась пациентка Р., 35 лет, с жалобами на выпячивание левого глазного яблока, слезотечение, чувство инородного тела в конъюнктивальной полости, незначительный отек верхнего и нижнего век. Данные жалобы беспокоили в течение 2 недель. Офтальмологом поликлиники назначены инстилляции дексаметазона 0,1% по 2 капли 3 раза в день, но улучшения состояния глаз не наблюдалось.

При осмотре: острота зрения обоих глаз составила 1,0. Ширина глазной щели (расстояние от наружного края интермаргинального пространства нижнего века до наружного края интермаргинального пространства верхнего века) справа 11 мм, слева – 14 мм. Определяется умеренная отечность век, усиление «блеска» обоих глаз, незначительное ограничение подвижности глазного яблока кверху, белый хемоз у наружного угла глазной щели и вдоль нижнего века. Данные экзофтальмометрии: ОД – 16 мм, ОС – 20 мм базис 105 мм.

При биомикроскопии оптические среды прозрачные. На глазном дне: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, макула не изменена, ход и калибр сосудов сохранен. Внутриглазное давление правого глаза – 18 мм рт ст, левого – 17 мм рт ст.

Ультразвуковое исследование щитовидной железы не выявило патологии ее размеров и структуры. При исследовании содержания в крови свободных гормонов щитовидной железы Т3, Т4, ТТГ отклонений от нормы не обнаружено. Учитывая наличие одностороннего экзофтальма слева для исключения объемного образования орбиты пациентке назначена МСКТ орбит. Данное исследование показало достоверное увеличение толщины глазодвигательных мышц с обеих сторон, более выраженное слева.

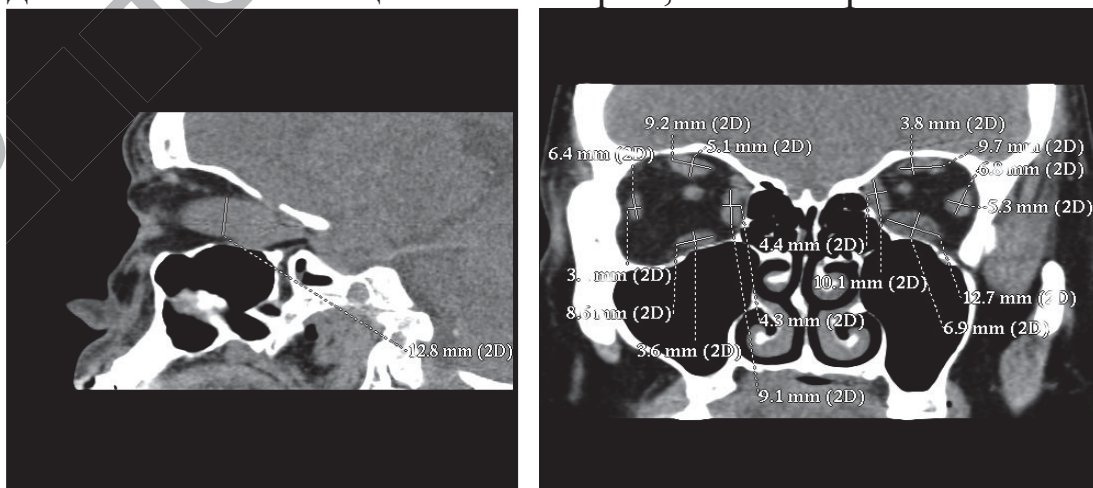


Рисунок. – Увеличение толщины глазодвигательных мышц

Наличие у пациентки жалоб на выпячивание левого глазного яблока, слезотечение, чувство инородного тела в конъюнктивальной полости, объективного осмотра, данных МСКТ орбит позволило нам выставить клинический диагноз: эндокринная офтальмопатия при эутиреоидной **болезни Грейвса**, отечный экзофтальм слева. Для дальнейшего лечения пациентка госпитализирована в отделение микрохирургии глаза Гродненской областной клинической больницы. Принято решение провести пульс – терапию метил – преднизолоном начальной дозой 500 мг по схеме.

При выписке из стационара: острота зрения обоих глаз составила 1,0. Уменьшился блеск глаз и хемоз у наружного угла глазной щели и вдоль нижнего века. Данные экзофтальмометрии: ОД – 16 мм, ОС – 18 мм, базис 105 мм. Ширина глазной щели справа 10 мм, слева – 12 мм. Движения глазных яблок сохранены в полном объеме. При биомикроскопии оптические среды прозрачные. На глазном дне: ДЗН бледно- розовый, границы четкие, макула не изменена, ход и калибр сосудов сохранен. Внутриглазное давление правого глаза – 19 мм рт ст, левого – 18 мм рт ст.

При контрольном осмотре через 2 месяца жалобы у пациентки отсутствовали. При объективном осмотре: конъюнктивы обоих глаз бледно – розовая, хемоза нет. Разница ширины глазной щели правого и левого глаза не превышала 2 мм. Движения глазных яблок обоих глаз в полном объеме. Экзофтальмометрия правого глаза – 16 мм рт. ст., левого – 17 мм рт. ст.

Почти полное исчезновение проявлений данного заболевания и заметная положительная динамика со стороны офтальмологического статуса свидетельствовали о переходе заболевания из острой фазы в фазу выздоровления.

#### **Выводы.**

1. Своевременная диагностика эндокринной офтальмопатии является залогом успешного лечения **эутиреоидной** болезни Грейвса.
2. При эутиреоидном состоянии и подозрении на эндокринную офтальмопатию особую ценность приобретает МСКТ-орбит.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бровкина, А.Ф. Эндокринная офтальмопатия / А.Ф. Бровкина. – М.: Гэотар-Мед, 2004. – 176 с.
2. Wiersinga, W.M. Epidemiology and prevention of Graves' ophthalmopathy / W.M. Wiersinga, L. Bartalena // Thyroid 2002. – Vol. 12.