

Алгоритмы ведения пациентов с эндокринной офтальмопатией.

Братко Г.В.

«ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова,
Новосибирский филиал, 630096, г. Новосибирск, ул. Колхидская, 10

gbratko@yandex.ru

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) является прогрессирующим заболеванием мягких тканей орбиты и глаза, в основе которого лежит иммуномедиаторное воспаление экстраокулярных мышц и орбитальной клетчатки. Патологический процесс в орбите относится к хроническим заболеваниям, с неблагоприятным зрительным и косметическим прогнозом, развивается на фоне нарушения функции щитовидной железы при первичном диффузно-токсическом зобе или аутоиммунном тиреоидите. Естественное течение ЭОП включает активную воспалительную фазу, которая в течение 6 месяцев - 5 лет переходит в неактивную фиброзную фазу. Клиника ЭОП многообразна, уникальна для каждого пациента и зависит от активности и тяжести процесса. Для большинства пациентов характерно развитие двустороннего экзофтальма. Однако, в 10% одностороннего, что зачастую вызывает затруднения с постановкой диагноза, тем более, когда глазная симптоматика проявляет себя несколько раньше, чем общие симптомы заболевания. Одними из первых жалоб пациентов являются: периодическое двоение при взгляде двумя глазами, отеки век (чаще утром); ощущение «инородного тела», с непостоянной гиперемией конъюнктивы и слезотечением. Неспецифичность симптомов ЭОП затрудняет ее диагностику. Со стороны организма, наводящим на мысль о поражении щитовидной железы, являются: повышенная возбудимость и эмоциональная лабильность, потливость, сердцебиение в покое, и потеря веса. Пациенты с вышеперечисленными жалобами могут оказаться на приеме у врачей разных специальностей. Поэтому, любой специалист в праве направить пациента на исследование базального уровня ТТГ, а при его отклонении – направить на консультацию к эндокринологу с дальнейшим осмотром офтальмолога. Офтальмолог определяет активность заболевания и степень его тяжести, осуществляет диспансерное наблюдение пациентов с ЭОП, включающее расширенный офтальмологический осмотр с денситометрией мягких тканей орбиты, для выявления признаков их отека, чтобы определить варианты течения ЭОП. При активной ЭОП средней и тяжелой степени, терапией первого выбора является пульс-терапия метилпреднизолоном (суммарно не более 8.0 г на курс). Все реконструктивные операции на экстраокулярных мышцах (при вторичном косоглазии), веках (блефаропластика) делаются только при неактивной ЭОП (по крайней мере, в течение последних 6-ти месяцев).

Литература:

1. Соломон Д.Х., Чопра И.Дж., Чопра У., Смит Ф.Дж. (январь 1977 г.). «Выявление подгрупп эутиреоидной офтальмопатии Грейвса». The New England Journal of Medicine.