МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Торосян М.Р., Киселева Т.П., Чжен Т.Р.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

ЦЕЛЬ: рассмотреть клинический случай офтальмопатии, имеющей атипичное течение; рассмотреть тактику ведения конкретного больного.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: медицинская документация пациента мужского пола 31 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ: пациент К., 31 год, обратился к офтальмологу с жалобами на остро возникшую диплопию поздно ночью, связывает с предшествующим зрительным напряжением. Из анамнеза жизни: удаление доброкачественного образования средостения (со слов пациента, опухоль тимуса). При осмотре: периорбитальные мягкие ткани без особенностей. Глазные щели D>S (сам пациент изменений во внешности не отмечал). ЭОМ: OD 17 мм, OS 15 мм (в пределах N 20 мм). Птоз 1 ст. верхнего века левого глаза. Движения глаз безболезненны, ограничено отведение справа. Кожа век не гиперемирована, конъюнктивы бледно-розовая, не отечная. Глазное дно без особенностей. МРТ орбит: справа глазное яблоко обычной формы, правильно расположено, данных за экзофтальм не получено — индекс экзофтальма 8 (норма 5–12), сетчатка не изменена, ретробульбарная клетчатка без особенностей, глазные мышцы не утолщены. Слева глазное яблоко обычной формы, правильно расположено, данных за экзофтальм не получено — индекс экзофтальма 5 (норма 5–12), сетчатка не изменена, ретробульбарная клетчатка без особенностей, глазные мышцы не утолщены. Заключение консультанта: не исключается наличие эндокринной офтальмопатии (ЭОП). Рекомендована госпитализация в эндокринологическое отделение для уточнения диагноза, решения вопроса о проведении пульс-терапии. При дообследовании: УЗИ ЩЖ — патологических изменений не выявлено, V=8.1 см³. Гормоны: ТТГ=1.14 (0.35–4.94), сТЗ=4.1 (2.63–5.7), сТ4=13.38 (3.0–19.05), АТ-ТГ=0.89 (0–4.0), АТ-ТПО=0.28 (0–9.0), АТ-рТТГ=1.48 (<1.0).

Учитывая данные предшествующих обследований, заключений специалистов, а также имеющееся у пациента повышение уровня АТ-рТТГ, не исключается манифестация ЭОП. Рекомендован контроль ТТГ в динамике в связи с риском развития тиреотоксикоза. Проведено 2 курса пульс-терапии преднизолоном с положительным эффектом, исчезновением диплопии. На фоне 2-го «пульса» отметил прогрессирующую слабость в икроножных мышцах, общую слабость, снижение толерантности к физическим нагрузкам. Симптоматика сохранялась и после завершения стационарного лечения. Было выдвинуто предположение о развитии стероидной миопатии. В большинстве случаев проходит самостоятельно через 10–14 дней после завершения приема глюкокортикоидов, но с учетом прогрессирующего течения рекомендована консультация невролога. По результатам обследования — заключение консультанта: генерализованная форма миастении, с вовлечением скелетной, мимической мускулатуры, с глазодвигательными нарушениями.

Миастения является аутоиммунным нервно-мышечным расстройством. В 40% случаев первоначально поражаются мышцы глаз, позже распространенность этого поражения достигает 85%, а частота изолированного мышечного поражения составляет 15%. Роль тимуса при миастении неясна, но 65% пациентов имеют гиперплазию тимуса, а 10% имеют тимому. После подтверждения диагноза необходимо провести исследования гипертиреоза и аутоиммунных заболеваний, которые часто сочетаются с миастенией (среди них — болезнь Грейвса).

Рекомендован прием антихолинэстеразных средств — с положительным эффектом.

ВЫВОДЫ: остается неясным характер офтальмопатии — эутиреоидная эндокринная? Миастеническая? Пациенту показано наблюдение невролога и контроль ТТГ 3–4 р/год для своевременного выявления возможного дебюта тиреотоксикоза.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: эндокринная офтальмопатия; миастения; эндокринология; неврология