

Гюрджян Т.А., Патейук И.В., Лобашова В.Л., Ткаченко Е.М. Котов Ю.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск, Беларусь

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Актуальность. Общеизвестна взаимосвязь отдельных органов в системе целостного организма на уровне эмбриогенеза, онтогенеза, нейрогуморальной регуляции, макро- и микроциркуляции.

В частности, орган зрения имеет тесные анатомо-физиологические и нейрогуморальные связи с функцией многих желёз внутренней секреции.

Поэтому многим эндокринным заболеваниям присущи офтальмологические проявления, в том числе заболеваниям щитовидной железы.

Изменения со стороны органа зрения в этих случаях являются осложнением эндокринных заболеваний, которые требуют использования дополнительных специальных методов обследования.

Цель. На примерах из клинических наблюдений показать разные офтальмологические проявления.

Материалы и методы. Представлены три клинических случая, которые демонстрируют различные офтальмологические осложнения эндокринных заболеваний. Для диагностики использовались общепринятые офтальмологические методы обследования пациентов: визометрия, измерение ВГД, экзофтальмометрия, ультразвуковые методы, а также гормональные методы и др.

Результаты. На консультацию к офтальмологу Республиканского центра медицинской реабилитации и бальнеолечения (РЦМР и Б) обратилась девочка-подросток С.Я., 2012 г.р. с интересным анамнезом жизни:

- от второй беременности, которая протекала у матери на фоне тромбоцитопенической пурпуры, которая относится к иммунопатологическим заболеваниям, а также миопии высокой степени,

- кесарево сечение, - вскармливание искусственное с рождения;

- перенесенные заболевания: частые простудные, в том числе ковид, ветряная оспа.

Анамнез заболевания: в 13 лет у девочки появляется постоянное расходящееся горизонтальное содружественное косоглазие, по поводу которого она была прооперирована в 4 ГДКБ – резекция внутренних прямых мышц обоих глаз. Со слов матери, офтальмохирурги отмечали необычное утолщение внутренних мышц глазных яблок.

Офтальмологический статус:

острота зрения обоих глаз – 1,0.

Экзофтальмометрия ОД -18 мм, ОС – 19 мм; ширина глазной щели 11/10 мм;

подвижность глазных яблок в полном объёме, конвергенция отсутствует.

ОД – непостоянно отклоняется кнаружи до 10-12°. Репозиция не затруднена. Симптомы Дальримпля, Мебиуса, Крауса – положительные. Глазное дно в норме.

Установлен диагноз – болезнь Грейвса, зоб 2 ст., тиреотоксикоз тяжелой степени, АИО 1, 2-3а, 4а-6а обоих глаз.

В эндокринологическом анамнезе: за последние 1,5 года у девочки отмечалось нарушения сна, повышенная возбудимость, жажда, снижение массы тела, повышенный аппетит.

Данные проведенного эндокринологического обследования: на ЭКГ от отмечена выраженная тахикардия 142-150 ударов в 1 минуту; гормональный статус: ТТГ 0,04, Т4св. 51,5; АТ к ТПО 389,1; щитовидная железа при пальпаторном исследовании увеличена до 2-й стадии, плотная, безболезненная, узлы не пальпируются; на УЗИ ЩЖ: эхогенность разнородная, неомогенная, капсула местами уплотнена, паренхима с элементами «изъеденности» молью, при ЦДК кровотоков усилен.

Клинический диагноз: тиреотоксикоз тяжелой степени с диффузным зобом.

Назначено лечение: тирозол, начиная с дозы 30 мг с последующим снижением дозы до 12,5 мг (под контролем гормонального статуса) + метопролол 25 мг (1/2 табл. 2 раза в день).

У девочки ослаблен иммунитет, о чём свидетельствуют предыдущие анамнестические сведения – летом того же года девочка перенесла острый тонзиллит.

В настоящее время пациентка регулярно наблюдается у детских эндокринологов и офтальмологов РЦ МР и Б.

Рекомендовано соблюдать режим зрительной нагрузки, гимнастика для глаз, упражнения на конвергенцию, увлажняющие капли в оба глаза длительно и наблюдение у окулиста (контроль каждые 3 месяца).

Второй случай коморбидного состояния в офтальмологической практике: девушка А.Ч.1981 г.р. с жалобами на асимметрию глазных яблок (незначительное выпячивание левого глаза), слезоточивость, дискомфорт в этом глазу в течение марта 2023г.

По результатам обследования: обследование у эндокринолога выявило следующее: ТТГ – 0,05; св. Т4 – 20,29; АТ/ТПО – 13,5; ОАК, ОАМ, БАК – без патологии; на ЭКГ ритм синус, ЧСС – 77, нерегулярный.

Через месяц от начала лечения: ТТГ- 0,005(0,27-4,2); св. Т3 -7,72, св. Т4 -23,01; АТ/ТПО – 26,66; АТ к рец. ТТГ – 2,36; пролактин – 347,9.

По результатам обследования был выставлен диагноз - тиреотоксикоз с диффузным зобом слабой степени. Назначен тирозол в дозе 5 мг.

На фоне назначенного лечения гормональный статус нормализовался: через следующие 3 месяца - ТТГ- 0,593 (0,27-4,2); св. Т4 – 9,92, поэтому доза тирозола была уменьшена в 2 раза (2,5 мг).

Обследовалась у офтальмолога: острота зрения: ОД=1,0; ОС=0,7 с -1,0Д=1,0; -экзофтальмометрия ОД/ОС (13/16 мм (на дистанции 98 мм); ширина глазных щелей 9/10 мм; ПТМ ОД 15/ОС 18 – в пределах нормы.

Подвижность глазных яблок в полном объеме, конвергенция достаточная, репозиция глазных яблок не затруднена, эндокринные офтальмологические симптомы отрицательны, кроме едва заметного экзофтальма слева. Глазное дно в норме. Поставлен диагноз: миопия слабой степени ОС.

Назначено обследование – консультация лор-врача (МРТ), консультация эндокринолога, КТ орбит с шагом среза 2 мм и измерением диаметра глазодвигательных мышц.

Консультация лор-врача: после перенесенного в 2021 г. ковида жалобы на заложенность носа, зуд, чихание, выделения из носа, гнусавость голоса.

На КТ ППН - признаки пансинусита. Заключение лор-врача - вазомоторный и аллергический ринит, пансинусит. Назначено соответствующее лечение.

Третий клинический случай: пациентка Р.Е.,1982 г.р., страдающая ожирением и миастенией, обратилась в 39 городскую клиническую поликлинику к врачу общей практики 20.10.2025 г. с жалобами на слабость, тремор, нарушение речи, которое связывает с основным заболеванием, по поводу которого неоднократно лечилась в неврологическом стационаре.

29.10.2025 г. обращается к офтальмологу на резкое снижение зрения вблизи.

Офтальмологический статус: острота зрения вдаль ОД=0,8; ОС=1,0; вблизи зрение в 2 раза снижено, пресбиопическая коррекция не улучшает зрения, что свидетельствует о глазодвигательных нарушениях.

Заключение: глазная форма миастении с умеренными глазодвигательными нарушениями, неполная компенсация на приём АХЭП (антихолинэстеразных препаратов). Заключение эндокринолога от 16.08.2024 г.: морбидное ожирение 3 ст. (ИМТ 50,39 кг/м²), дефицит вит. Д. Рекомендует сбалансированное питание, активизировать двигательный

режим и динамические физические нагрузки средней интенсивности, вит. Д длительно (5000МЕ в сутки), контроль вит. Д, консультация диетолога.

Заключение невролога: Миастения зрелого возраста, глазная форма, с умеренными глазодвигательными нарушениями. Планово-консультация в РНПЦ Н и НХ, миастенический центр.

Выводы:

1. Одной из редких причин развития острого косоглазия у детей и взрослых при нормальной остроте зрения и рефракции может быть эндокринная миопатия.
2. Важен тщательно собранный анамнез жизни и развития заболевания.
3. Необходимо проводить общеклиническое обследование с консультацией специалистов и применением дополнительных методов обследования.
4. В сложных, нетипичных случаях неаккомодационного или косоглазия с паретическим компонентом, необходимо использовать дополнительные методы обследования пациента (КТ орбит или МРТ головного мозга, эхоскопические и др.) с привлечением других специалистов (невропатологов, терапевтов, лор-врачей, эндокринологов, нейрохирургов или др.).
5. Наиболее частым проявлением эндокринной офтальмопатии является экзофтальм, степень выраженности которого зависит от тяжести заболевания щитовидной железы (тиреотоксикоза).
6. Офтальмологические проявления общих заболеваний более ощутимы пациентами, но при этом ведущую роль играет общая патология организма, в частности, эндокринные заболевания.