

Муратова М.Д., Потыкун И.В.

ЯЗВА РОГОВИЦЫ ПРИ НЕДИАГНОСТИРОВАННОЙ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ. ПЕРЕСАДКА РОГОВИЦЫ ИЛИ ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ?

Научные руководители: д-р мед. наук Яровой А.А., канд. мед. наук Клеянкина С.С.

*Федеральное государственное автономное учреждение "Национальный медицинский
исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс
«Микрохирургия глаза» имени академика С. Н. Федорова» Минздрава России.*

Актуальность. Язва роговицы - тяжелое воспалительное заболевание роговой оболочки с нарушением целостности эпителия, боуеновой мембраны, стромы в результате воздействия экзогенных и эндогенных факторов. Язва роговицы может быть самостоятельной нозологической структурой или являться осложнением других глазных заболеваний, таких как эндокринная офтальмопатия (ЭОП). При ЭОП поражение роговицы обусловлено экзофтальмом, лагофтальмом. Язва роговицы приводит к нарушению зрительных функций, вплоть до полной потери зрения. В тяжелых случаях может возникнуть перфорация глазного яблока и, как следствие, необходимость проведения хирургического вмешательства – пересадки роговицы.

Цель: оценить качество консервативного лечения сочетанной патологии при эндокринной офтальмопатии.

Материалы и методы. В МНТК МГ г. Москвы обратился пациент К., 71г. с жалобами на боль, снижение остроты зрения обоих глаз. Из анамнеза заболевания известно, что по м/ж выставлен диагноз: «Кератит неясной этиологии», получал консервативное лечение в течение 6 месяцев – инстилляцией – без эффекта, рекомендована пересадка роговицы. В апреле 2024 Тиреоидэктомия по поводу аутоиммунного тиреоидита. Объективно: OU Выраженный роговичный синдром, хемоз конъюнктивы, лагофтальм, офтальмоплегия, OD Дефект эпителия и стромы с неровными подрывными краями, OS Дефект эпителия. По данным инструментальных методов исследования: Острота зрения: OU рг. 1. certae, экзофтальмометрия по Гертелю: OD/OS 23/22 108мм. По данным МРТ орбит: утолщение экстраокулярных мышц. Ретробульбарная клетчатка отечна. Определяется двусторонний экзофтальм, более выраженный справа. По данным ультразвукового В-сканирования обоих глаз также отмечается утолщение экстраокулярных мышц. При проведении оптической когерентной томографии (ОКТ) выявлено: OD Дефект эпителия и стромы, OS Дефект эпителия.

Результаты и их обсуждение. Клинический диагноз: OU Эндокринная офтальмопатия: отечный экзофтальм, декомпенсация, III степень тяжести, угроза потери зрения. Лагофтальм. OD Язва роговицы. OS Эрозия роговицы. Проведено лечение: OU Курс консервативного лечения. OS Установка мягкой контактной линзы. На 3 сутки лечения: OD Биопокрывание роговицы аутоканями конъюнктивы по Кунту с временной блефарорафией (1 мес). Курс консервативного лечения (по схеме МНТК МГ): Пульс-терапия в стационаре метилпреднизолоном, суммарная доза 5,3 грамма, парабульбарные инъекции OU Sol. Betametasoni 1.0 каждые 5-6 дней, после окончания пульс-терапии прием преднизолона per os. Спустя 2 месяца лечения отмечается выраженная положительная динамика: острота зрения: OD 0,4 не корригируется, OS 0,6 не корригируется, экзофтальмометрия по Гертелю: OD/OS = 19/18. По данным МРТ орбит и В-сканирования обоих глаз: уменьшение толщины экстраокулярных мышц.

Выводы. Своевременная и правильная терапия сочетанной патологии в данном клиническом случае привела к регрессии язвы роговицы, предупредив необоснованное хирургическое вмешательство, – пересадку роговицы. Это значительно повысило качество жизни пациента, предотвратило развитие инвалидизации.