

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹Гурджян Т.А., ¹Сушинский В.Э., ²Василевич Е.В., ²Потрясова Н.В.

*¹Учреждение образования «Белорусский государственный
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь*

*²Государственное учреждение «Республиканский центр медицинской
реабилитации и бальнеолечения», г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Философия в медицине — во взаимосвязи 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 желез 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 тиреотоксикоза.

Материалы и методы. Представлены два клинических случая, которые демонстрируют различные офтальмологические осложнения тиреотоксикоза.

Для диагностики использовались общепринятые офтальмологические методы обследования пациентов: визометрия, измерение ВГД, экзофтальмометрия, ультразвуковые методы, а также гормональные методы и др.

Результаты. 23.03.2022 г. на консультацию к офтальмологу Республиканского центра медицинской реабилитации и бальнеолечения обратилась девочка-подросток С.Я., 2012 г.р. с интересным анамнезом жизни:

– от второй беременности, которая протекала у матери на фоне тромбocyтопенической 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 11.20, 11.21, ветряная оспа.

Анамнез заболевания: летом 2021 г. у девочки появилось постоянное расходящееся горизонтальное содружественное косоглазие, по поводу которого она была прооперирована в 4 ГДКБ 20.01.2022 г. — резекция внутренних прямых мышц обоих глаз. Со слов матери, офтальмохирурги отмечали необычное утолщение внутренних мышц глазных яблок.

Офтальмологический статус (23.03.2022 г.):

острота зрения обоих глаз — 1,0.

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

подвижность глазных яблок в полном объеме, 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 отмечает у дочери нарушения сна, повышенная возбудимость, жажда, снижение массы тела, повышенный аппетит.

Данные проведенного эндокринологического обследования: на ЭКГ от 07.03.22 г. 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 от 15.03.22 г.: экзогенность разнородная, негомогенная, 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 чем свидетельствуют предыдущие анамнестические сведения, а также тот факт, что в июне 2022 г. девочка перенесла острый тонзиллит.

В настоящее время пациентка регулярно наблюдается у детских эндокринологов и офтальмологов РЦ Мри 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:

29.03.2023 г. на консультацию к офтальмологу Республиканского центра медицинской реабилитации и бальнеолечения обратилась к офтальмологу, неврологу и эндокринологу девушка А.Ч. 1981 г.р. с жалобами на асимметрию глазных яблок (незначительное выпячивание левого глаза), слезоточивость, дискомфорт в этом глазу в течение марта 2023 г.

По результатам обследования: 02.03.2023 — обследование у эндокринолога выявило следующее: ТТГ — 0,05; св. Т4 — 20,29; АТ/ТПО — 13,5; ОАК, ОАМ, БАК — без патологии; на ЭКГ (от 1.03.2023) ритм синус, ЧСС — 77, нерегулярный.

29.03.2023 г. 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:

01.06.2023 — ТТГ — 0,593 (0,27–4,2); св.Т4 — 9,92.

07.06.2023 доза тирозола была уменьшена в 2 раза (2,5 мг).

02.05.2023 обследовалась у офтальмолога и лор-врача.

Данные проведенного обследования: 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; ВГД (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.

02.05.2023 на КТ признаки пансинусита. Заключение ЛОР-врача — вазомоторный и аллергический ринит, пансинусит. Назначено соответствующее лечение.

Выводы:

1. Одной из редких причин развития острого косоглазия при нормальной остроте зрения и рефракции может быть эндокринная миопатия.
2. Важен тщательно собранный анамнез жизни и развития заболевания у детей.
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, 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. Глаза в ряде случаев являются визитной карточкой к врачу любой специальности.