

Случай эндокринной офтальмопатии

М.А. Железнова, И.Н. Тоболов

ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» УД Президента РФ

В статье описано редкое в клинической практике невролога наблюдение пациентки с офтальмопатией Грейвса. Авторы считают обязательным для подтверждения диагноза проведение МРТ орбит и отмечают положительный эффект лечения преднизолоном.

Ключевые слова: эндокринная офтальмопатия Грейвса, диплопия.

The authors describe a rare clinical case in neurological practice, namely, Grave's ophthalmopathy. The authors consider it obligatory to have MRI examination of eye orbits to confirm the diagnosis. They also underline a positive effect of Prednisolon therapy in such patients.

Key words: endocrine Grave's ophthalmopathy, diplopia

Эндокринная офтальмопатия (офтальмопатия Грейвса, аутоиммунная офтальмопатия) — аутоиммунное заболевание, характеризующееся отеком и лимфоцитарной инфильтрацией, а в дальнейшем фиброзными изменениями ретробульбарной клетчатки и наружных мышц глаз. Офтальмопатия не связана непосредственно с гипертиреозом, так как может возникнуть на фоне эутиреоидного или гипотиреоидного состояния и не соотносится с уровнем гормонов крови. В развитии эндокринной офтальмопатии выделяют две основные фазы. В первой фазе активного воспаления происходят воспалительные изменения в ретробульбарной клетчатке. Первыми симптомами очень часто оказываются ощущение «песка» в глазах, слезотечение, светобоязнь. При осмотре выявляется гиперемия конъюнктивы, хемоз, отек век. Основными мышечными симптомами являются двоение при взгляде в какую-либо сторону или вверх, невозможность отведения глаз в одну из сторон, а в тяжелых случаях - косоглазие. Во второй неактивной фазе эндокринной офтальмопатии происходит постепенное стихание воспалительного процесса в структурах глазницы. С целью диагностики проводится визуализация орбиты методами компьютерной и магнитно-резонансной томографии (КТ, МРТ) орбиты. Офтальмопатия имеет волнообразное течение — с обострениями и спонтанными улучшениями. При значительном ограничении подвижности глазных яблок рекомендуют короткий курс кортикостероидов, в тяжелых случаях — лучевую терапию, плазмаферез, цитостатики [1–4].

Описание клинического случая.

П а ц и е н т к а Ч., 65-летняя не курящая женщина, госпитализирована в неврологическое отделение в декабре 2012 г. Жалобы при поступлении на двоение в глазах при взгляде вверх, вперед, влево, неустойчивость при ходьбе.

Из анамнеза известно, что в июне 2012 г. проходила курс лечения в эндокринологическом стационаре

по поводу тиреотоксикоза. Принимала тирозол по 15 мг/сут. В августе 2012 г. пациентка отметила двоение в глазах, однако это не ухудшило качество жизни, поэтому за медицинской помощью не обращалась, игнорируя эту проблему вплоть до конца года. В декабре того же года в течение 2 дней самочувствие резко ухудшилось: отметила усиление двоения в глазах, из-за чего появились затруднения при ходьбе, стало трудно перемещаться по дому и на улице, выполнять обычную домашнюю работу. Пациентка обратилась к неврологу поликлиники. Жалобы, появившиеся в течение 2 дней, были расценены как стволовые глазодвигательные нарушения, и пациентка госпитализирована с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения, а также для исключения объемного образования основания мозга в неврологическое отделение стационара.

Объективно при поступлении: общее состояние пациентки относительно удовлетворительное. Правильного телосложения. Кожные покровы сухие. На коже голеней - трофические изменения. Пастозность голеней и стоп. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 145/80 мм рт. ст. Пульс 70 в минуту, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

В неврологическом статусе: сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Речь правильная. Глазные щели S>D, зрачки S=D, фотореакции сохранены. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм при крайних отведениях глазных яблок в обе стороны. Пациентка отмечала дискомфорт при исследовании движения глазных яблок. Диплопия предметов по вертикали. Ограничено движение левого глазного яблока вверх, кнаружи. Асимметрия левой носогубной складки. Язык по средней линии. Объем движений и сила мышц в конечностях достаточные, без разницы сторон. Расстройств чувствительности не

выявлено. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, D=S. Патологических стопных знаков нет. Пальценосовые пробы выполняет нечетко. В позе Ромберга неустойчива.

С учетом жалоб, анамнеза, данных осмотра проводилась дифференциальная диагностика между острым нарушением мозгового кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне, объемным образованием головного мозга и эндокринной офтальмопатией Грейвса.

В анализе крови гиперлипидемия (холестерин 7,05 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности 4,46 ммоль/л), остальные показатели в пределах нормы. Гормоны щитовидной железы: тироксин 0,95 пмоль/л (норма 0,82 – 1,63 пмоль/л), тиреотропный гормон 0,18 мМЕ/л (норма 0,38 – 4,3 мМЕ/л).

При офтальмологическом осмотре: ограниченное движения левого глазного яблока кверху, хемоз конъюнктивы наружного отдела глазного яблока. Диск зрительного нерва бледно-розового цвета, границы четкие. Экзофтальмометрия: OD – 12 мм, OS – 15 мм.

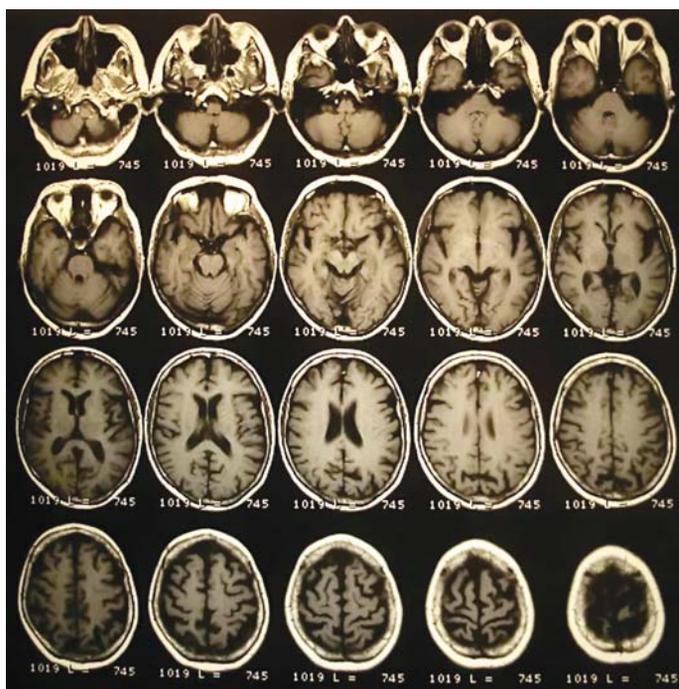


Рис. 1. МРТ головного мозга пациентки Ч.

МРТ головного мозга, орбит: признаки очаговых изменений белого вещества мозга на фоне дисциркуляторной энцефалопатии (рис. 1). Глазные яблоки симметричны, ретробульбарная клетчатка без особенностей. Зрительные нервы симметричны, нормальной толщины, хиазма дифференцируется. Отмечается утолщение нижней прямой мышцы левого глаза (поперечный размер нижней прямой мышцы правого глаза 9,8×5,8 мм, левого глаза 12,5×9,1 мм) (рис. 2).

С учетом данных обследования диагноз острого нарушения мозгового кровообращения, объемного

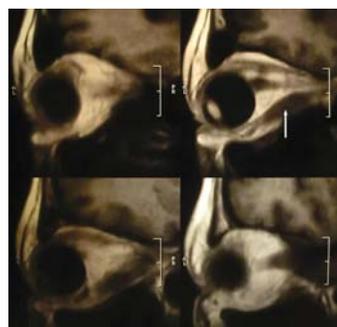


Рис. 2. МРТ орбит пациентки Ч. (стрелкой показана утолщенная нижняя прямая мышца левого глазного яблока).

образования был отвергнут. Анализ данных анамнеза, динамики появления жалоб на диплопию, а также с учетом результатов объективного клинического осмотра, данных неврологического статуса и результатов нейровизуализационного исследования был поставлен диагноз: эндокринная офтальмопатия Грейвса (Graves).

Пациентке назначен преднизолон 40 мг/сут. На 12-й день стационарного лечения пациентка отметила улучшение самочувствия, значительное уменьшение диплопии, стала больше двигаться, ходьба давалась без затруднений. На 15-й день пациентка выписана из стационара с рекомендацией продолжения приема преднизолона в дозе 40 мг/сут с постепенной отменой, под наблюдением эндокринолога, невролога, офтальмолога поликлиники. Через 3 мес на фоне терапии отмечена положительная динамика: диплопия не беспокоит, пациентка отмечает лишь легкий дискомфорт при взгляде вверх. Движения левого глазного яблока кнаружи совершаются в полном объеме. Наблюдается эндокринологом.

Таким образом, у пациентки с заболеванием щитовидной железы офтальмопатия Грейвса развилась на фоне гипотиреоидного состояния, проявилась диплопией, ограничением движения левого глазного яблока вверх и кнаружи. Диагноз подтвержден нейровизуализацией (при МРТ глазниц выявлено утолщение нижней прямой мышцы левого глаза), осмотром офтальмолога и эндокринолога. Достигнут эффект от терапии кортикостероидами.

Литература

1. Бровкина А.Ф., Павлова Т.Л. // *Русский медицинский журнал*. – 2000. – № 1. КОФТ. – С. 11-15.
2. Виноградская О.И., Фадеев В.В. // *По материалам Консенсуса европейской группы по изучению офтальмопатии Грейвса. 32nd Annual Meeting of the ETA. – 01 Sep - 05 Sep. – 2007. – Leipzig, Germany. – <http://www.voed.ru/Oftalmopatiya.doc>*
3. Фадеев В.В. // *Русский медицинский журнал*. – 2002. – №27. – С. 1262-1266. – www.rmj.ru
4. Soeters M.R., van Zeijl C.J., Boelen A., Kloos R., Saeed P., Vriesendorp T.M., Mourits M.P. // *Neth J Med*. – 2011. – Jul-Aug. – 69(7). – 302 p.