

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПУЛЬС – ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Кринец Ж.М.¹, Мартинкевич О.Н.², Карпович Н.В.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская областная клиническая больница

Актуальность. Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) является самым частым экстракраниальным проявлением патологии щитовидной железы и встречается примерно у 2% населения земного шара [1]. Несмотря на то, что современное лечение ЭОП основано на мультидисциплинарном подходе к обследованию и лечению, в нашей стране отсутствует практика совместного определения единой тактики лечения пациента [2].

Выбор тактики лечения зависит от степени тяжести и активности ЭОП. При одинаковом общем эндокринологическом и офтальмологическом статусах одними авторами она используется в виде перорального назначения препаратов, другими - ретробульбарно, третьи применяют пульс-терапию.

При пероральном назначении глюкокортикоиды рекомендуют в достаточно большой дозе на длительный период времени. Суточная доза преднизолона составляет 30-80 мг с постепенным снижением через 2-4 недели и полной отменой через 3-4 мес. Существуют иные варианты лечения, когда назначают высокие дозы преднизолона (100 мг) с постепенной отменой [2]. Частой проблемой данной терапии является рецидив ЭОП, при этом не только в случае отмены глюкокортикоидов, но и при снижении их дозы. В связи с этим офтальмологам постоянно приходится сталкиваться с трудностями при выборе конкретного кортикостероидного препарата, способа его введения, режима дозирования и длительности при лечении ЭОП.

Цель исследования. Оценка эффективности лечения пациентов ЭОП методом пульс - терапии метилпреднизолоном.

Методы исследования. Под наблюдением находились 36 пациентов (72 орбиты) с клиническими признаками ЭОП различной степени выраженности, которые составили основную группу.

Критериями включения пациентов в исследование были: наличие ЭОП в возрасте от 26 до 57 лет с разной степенью активности и тяжестью течения процесса.

Критериями исключения пациентов из исследования были:

патология ЖКТ в стадии обострения, сахарный диабет в стадии декомпенсации, заболевания печени, почек в стадии декомпенсации.

План клинического обследования пациентов включал сбор анамнеза, стандартное офтальмологическое обследование, оценку активности эндокринной офтальмопатии с помощью шкалы клинической активности CAS (Clinical Activity Score) и оценку степени тяжести течения процесса.

Результаты исследования. В исследование включено 36 пациентов (72 орбиты), из них 24 (66,7%) женщин и 12 (33,3%) мужчин. Средний возраст пациентов составил 39 лет. Сопутствующая патология щитовидной железы у пациентов, включенных в исследование – первичный гипотиреоз – 23,0%, болезнь Грейвса – 54,0%, после тиреоидэктомии – 14,0% и у 9,0% - патология щитовидной железы на момент обращения отсутствовала. В течение всего времени наблюдения эутиреоз у пациентов поддерживали, комбинируя тиреостатики и L-тироксин. Все включенные в исследование (36 пациентов) имели ЭОП, длительность заболевания которых варьировала от трех месяцев до двух лет.

Нами проанализированы сроки обращения пациентов с момента появления первых глазных симптомов и представлены в таблице 1.

Таблица 1. Сроки обращения пациентов с момента появления первых глазных симптомов

Сроки обращения пациентов		
до 3 месяцев	3-12 месяцев	12-24 месяцев
4 (16,7%)	23 (63,9%)	9 (25%)

Обращает на себя внимание достаточно большой процент пациентов (25%), у которых ЭОП выявлена спустя 12 месяцев от начала заболевания и поздно назначено лечение.

У 13 (36,1%) из 36 пациентов ранее уже проводилась терапия кортикостероидами. Данная терапия включала прием внутрь преднизолона с уменьшением дозы по схеме. Схема отмены преднизолона: с 60 мг/сутки до 40 мг/сутки по 10 мг в неделю, с 40 мг/сутки до 10 мг/сутки по 5 мг в неделю, с 10 мг/сутки до полной отмены по 2,5 мг в неделю.

Причинами рецидива у 57,0% случаев явилась нестабильность гормонального статуса, у 7,0% - стрессовые ситуации, 22,0% - курение, 9,0% - перенесенные вирусные заболевания, 5,0% -

повышенные физические нагрузки.

Для лечения пациентов нами использована схема введения препарата: 1-я неделя – 500 мг метилпреднизолона внутривенно капельно трехкратно через день; 2,3 и 4-я недели – 250 мг метилпреднизолона внутривенно 1 раз в 7 дней; 5, 6, 7 и 8-я недели – 125 мг метилпреднизолона внутривенно капельно 1 раз в 10-12 дней.

Таблица 2. Показатели активности процесса на момент включения в исследование

	M±SE	min-max
CAS (баллы)	5,81±0,36	4-8
STI (баллы)	9,35±0,66	6-11
Экзофтальм (мм)	23,1±0,7	20,0-25,0
Средний диаметр мышц (мм)	8,1±0,29	5,1-10,4

Через 1 месяц от начала терапии наблюдали достоверное снижение активности по шкале CAS (с 5,81±0,36 (4-8) до 4,09±0,54 (2-7) баллов (p=0,04), достоверное уменьшение выраженности воспалительных проявлений со стороны мягких тканей орбит (STI с 9,35±0,66 (6-11) до 5,89±0,68 (2-8) баллов (p=0,004).

Таблица 3. Сравнение динамики показателей активности и тяжести офтальмопатии за период наблюдения

	CAS (баллы)	STI (баллы)	Экзофтальм (мм)	Средний диаметр мышц (мм)
исходное M±SE	5,81±0,36	9,35±0,66	23,1±0,7	8,1±0,3
через 1 месяц	4,09±0,54	5,89±0,68	22,9±0,7	-
через 3 месяца	3,11±0,43	5,83±0,69	21,4±0,7	-
через 6 месяцев	3,01±0,59	4,71±0,78	21,0±0,8	7,4±0,2

Уменьшения степени экзофтальма через 1 месяц от начала терапии не наблюдалось, диаметр глазодвигательных мышц не определялся.

Через 3 и 6 месяцев от начала терапии у пациентов продолжалось снижение активности офтальмопатии и уменьшение выраженности воспалительных изменений мягких тканей орбит, уменьшение экзофтальма на 2 мм и более.

Через 7 месяцев после отмены пульс - терапии достигнутый положительный эффект сохранялся у 29 из 36 положительно ответивших пациентов, что составило 80,6%. Только у 7-х пациентов (19,4%) отмечалось ухудшение течения офтальмопатии после отмены терапии. Из них 5 (71,4%) пациентов продолжали курить, у 2

(28,65%) пациентов отмечалась не стабильность гормонального статуса, что потребовало коррекции назначений эндокринологом.

Выводы.

1. Используемая схема введения метилпреднизолона способствует быстрому подавлению воспалительного процесса в орбите в самые короткие сроки, а последующая поддерживающая и постепенно снижающаяся на протяжении 8 недель доза препарата закрепляет полученный терапевтический эффект и приводит к длительной ремиссии.

2. Для лечения пациентов ЭОП следует использовать максимальные дозы глюкокортикоидов с индивидуальным учетом степени тяжести и активности процесса, которые оказывают терапевтический эффект и не вызывают осложнений.

3. Достигнутый положительный эффект пульс – терапии сохранился у 80,6% пациентов и только у 19,4% отмечалось ухудшение течения офтальмопатии после отмены препарата, что связано у 71,4% пациентов с употреблением никотина, у 28,65% пациентов отмечалась не стабильность гормонального статуса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бровкина, А.Ф. Эндокринная офтальмопатия с позиций офтальмолога и эндокринолога / А.Ф. Бровкина, Т.Г. Павлова // Клиническая офтальмология. – 2000. – № 1. – С. 11-14.

2. Современный алгоритм лечения эндокринной офтальмопатии / Е. Л. Иванова [и др.] // Современ. техн. в офтальмологии. – 2014. – № 1. – С. 126.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНОГО ИЛЕОПСОИТА

¹Кузнецов А.Г., ²Русина Т.П.

¹*Гродненский государственный медицинский университет,*

²*Гродненская областная детская клиническая больница*

Актуальность. Гнойный илеопсоит достаточно редкое полиэтиологическое заболевание, имеющее различные патогенетические механизмы, и характеризующееся вариабельностью морфологических и клинических проявлений. Клиническая картина илеопсоита не имеет ясно очерченных симптомов, а лабораторные тесты не являются специфичными для диагностики, и имеют значение лишь для оценки степени интоксикации. Гораздо важнее