

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОТЕЧНЫМ ЭКЗОФТАЛЬМОМ

Эффективность комплексного лечения отеочного экзофтальма достигается комбинацией методов пульс-терапии метилпреднизолоном и хирургического лечения с проведением двусторонней внутренней декомпрессии орбиты.

В подавляющем большинстве случаев (68,75%) в результате проведенной пульс-терапии метилпреднизолоном в комбинации с преднизолоном достигнуто стойкое клиническое выздоровление.

Внутренняя декомпрессия орбиты, выполненная у пациентов с отеочным экзофтальмом в стадии компенсации при наличии остаточного асимметричного экзофтальма, явилась высокоэффективной как клинически (редукция экзофтальма на $3,0 \pm 0,5$ мм у 8 пациентов, улучшение состояния роговичного эпителия у 5 пациентов), так и косметически (удовлетворительный эстетический результат у 10 пациентов).

Ключевые слова: эндокринная офтальмопатия, пульс-терапия метилпреднизолоном, декомпрессия орбиты.

Актуальность

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) – мультифакторное иммунопатологическое заболевание мягких тканей орбиты, частота которой в структуре офтальмоэндокринологии уступает только сахарному диабету.

До последнего времени развитие ЭОП и патологии щитовидной железы рассматривали с точки зрения иммунологической основы. По современным представлениям ЭОП является самостоятельным аутоиммунным процессом, поскольку не существует корреляции между титрами в периферическом кровотоке тиреоидных антител и антител к аутоантигенам фибропластов орбитальной клетчатки и мембранам глазодвигательных мышц [3].

Среди клинических форм ЭОП преобладает отеочный экзофтальм (ОЭ), составляя до 63% [2]. Его развитию предшествует инфильтрация мягких тканей орбиты циркулирующими активированными лимфоцитами, высвобождающими провоспалительные цитокины, а также накопление гликозаминогликанов [2].

В связи с этим в системе консервативного лечения ЭОП основная роль принадлежит кортикостероидам – препаратам с выраженным противовоспалительным и иммунодепрессивным действием. Однако при их назначении больным с ОЭ офтальмологам постоянно приходится сталкиваться с трудностями выбора конкретного кортикостероидного препарата, способа его

введения, режима дозирования и длительности применения. Кроме того, в 27-40% случаев кортикостероидная терапия не позволяет добиться положительного результата, возникает риск развития компрессионной нейропатии зрительного нерва, кератопатии вплоть до угрозы перфорации роговицы и т. д. [1].

В подобных случаях, наряду с консервативной терапией необходимо применение декомпрессивных операций на орбите [5,6]. Однако если необходимость их выполнения при агрессивном течении ОЭ у офтальмохирургов не вызывает сомнений из-за угрозы потери зрения, то проведение декомпрессии орбиты по эстетическим и социальным показаниям при стабилизации ОЭ остается достаточно сдержанным [3].

Цель работы

Оптимизация лечения отеочного экзофтальма путем комбинации методов пульс-терапии метилпреднизолоном и хирургической реабилитации с оценкой клинической эффективности.

Материал и методы

Проведено 2-х летнее наблюдение 32-х пациентов с двусторонней ЭОП. Их возраст составил от 32 до 58 лет (в среднем $44,5 \pm 4,3$ года). У 19 пациентов развитие ЭОП было ассоциировано с тиреотоксикозом, возникшим на фоне диффузного токсического зоба, у 4 человек – на

почве аутоиммунного тиреоидита. У 9 пациентов органических и функциональных нарушений щитовидной железы эндокринологом не было выявлено.

Всем пациентам выполняли пульс-терапию метилпреднизолоном (МП) по схеме: ежедневное введение на протяжении 3-х дней по 500 мг препарата (внутривенно капельно). После последней инъекции назначали перорально преднизолон по 30 мг ежедневно в течение 7 дней с последующим постепенным еженедельным снижением дозы на 5 мг, вплоть до полной отмены препарата.

Из всей совокупности обследованных через 6 мес.-1,5 года после проведенной кортикостероидной терапии 10 больным была выполнена двусторонняя внутренняя декомпрессия орбиты. Показанием к хирургическому лечению явился асимметричный экзофтальм с пролапсом орбитальной клетчатки под кожу век (10 чел., 20 орбит), сочетающийся с диплопией и дистопией глазного яблока (5 чел., 10 орбит), либо эпителиопатией, резистентной к повторным курсам проводимой кортикостероидной терапии (5 чел., 10 орбит). При этом степень экзофтальма перед операцией варьировала от 2 до 5 мм, а его асимметрия от 1 до 3 мм. Операция декомпрессии орбиты выполнялась одновременно на обоих глазах.

У 8 пациентов применялась внутренняя трансконъюнктивальная методика (16 орбит), у 2 пациентов – транскутанная (4 орбиты). Из их числа у 4 пациентов (8 орбит) одномоментно производили хирургию верхнего и нижнего орбитального пространств; еще у 4 чел. (8 орбит) – только верхнего, у 2 чел. (4 орбиты) – нижнего орбитального пространства.

Планируемый объем удаления орбитальной клетчатки рассчитывали в соответствии с клиническими рекомендациями акад. Бровкиной А.Ф. на основании: 1) степени экзофтальма, 2) объемных параметров костной орбиты и орбитальной клетчатки (по данным магнитно-резонансной томографии) [4].

Стандартное предоперационное офтальмологическое обследование включало: визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, ультразвуковое β-сканирование орбит, определение угла косоглазия по Гиршбергу, степени экзофтальма с помощью экзофтальмометра Гертеля и, как обязательное, магнитно-резонансную томографию орбиты.

Завершающий срок наблюдения после проведения системы комплекса медико-социальной реабилитации больных с ЭОП составил 2 года.

Результаты и обсуждение

После проведенного одного курса пульс-терапии МП и окончания поддерживающего курса лечения преднизолоном в 62% случаев (20 пациентов, 40 глаз) отмечено клиническое выздоровление. Это проявлялось полным исчезновением экзофтальма, отека бульбарной конъюнктивы и диплопии.

В 38% случаев (12 больных, 24 глаза) все же сохранялся асимметричный экзофтальм в пределах 2-5 мм (клиническое улучшение). Через 3-4 месяца всем этим 12 больным проведен повторный курс пульс-терапии МП в сочетании с преднизолоном в прежнем режиме.

Полное купирование глазных проявлений ЭОП после проведения второго курса кортикостероидной терапии было достигнуто только у двух человек (4 глаза). У остальных 10 человек (20 глаз) сразу после повторного курса кортикостероидной терапии и в последующие сроки динамического наблюдения (6 месяцев – 1,5 года) на фоне эутиреоидного состояния сохранялся асимметричный экзофтальм в прежних размерах. По данным МРТ у этих больных были выявлены участки повышенной плотности орбитальной клетчатки, свидетельствующие о переходе ЭОП из стадии клеточной инфильтрации в стадию начинающего фиброза. Всем этим пациентам была выполнена операция внутренней декомпрессии орбиты.

Все операции прошли запланировано, без интраоперационных осложнений. Средний объем удаленной орбитальной клетчатки составил $3,4 \pm 1,1 \text{ мм}^3$. Его оценку осуществляли непосредственно во время выполнения операции по объему вытесненной жидкости из мерной пробирки после погружения в нее лоскутов удаленной орбитальной клетчатки.

С первых дней послеоперационного периода у всех больных ответная реакция глаза на хирургическую травму характеризовалась резко выраженной воспалительной реакцией конъюнктивы, которую купировали через 10-12 дней после назначения инстилляций 0,1% раствора дексаметазона и параллельно исчезли изменения эпителия роговицы.

Уже в первые 2 месяца послеоперационного периода у 8 пациентов (16 орбит) отмечали полное исчезновение экзофтальма, у 2 пациентов (4 орбиты) – сохранение небольшой (до 1мм) протрузии глазного яблока при отсутствии асимметрии. Спустя 4 месяца у 3 пациентов (4 орбиты) в связи с наличием рестриктивного косоглазия были дополнительно выполнены корригирующие операции по поводу косоглазия, позволившие полностью его устранить.

К концу срока наблюдения у всех пациентов достигнутый положительный клинический эффект при ОЭ от хирургической декомпрессии орбиты оставался стабильным. Все пациенты единодушно отмечали полную удовлетворенность ее косметическим исходом.

Заключение

В подавляющем большинстве случаев (68,75%) в результате проведенной пульс-терапии МП в комбинации с преднизолоном к завершающему сроку наблюдения (1 год) достигнуто стойкое клиническое выздоровле-

ние, среди них в 62% – после одного курса, в 6,75% – после 2 курсов кортикостероидной терапии.

Внутренняя декомпрессия орбиты, выполненная у пациентов с ОЭ в стадии компенсации при наличии остаточного асимметричного экзофтальма, явилась высокоэффективной как клинически (редукция экзофтальма на $3,0 \pm 0,5$ мм у 8 пациентов, улучшение состояния роговичного эпителия у 5 пациентов), так и косметически (удовлетворительный эстетический результат у 10 пациентов). Операция характеризуется малой травматичностью, хорошей переносимостью и оптимизирует эффективность системы медико-социальной реабилитации больных с ОЭ в стадии компенсации. Улучшает эстетическую комфортность жизни пациентов. Расширяет возможности профессиональной ориентации.

Полученные благоприятные клинические и эстетические результаты подтверждают целесообразность включения внутренней декомпрессии орбиты в комплексную систему лечебных мероприятий при ОЭ.

5.10.2012

Список литературы:

1. Бровкина А.Ф., Аубакирова А.С. Внутренняя декомпрессия орбиты при некомпенсированном отечном экзофтальме // Вестник офтальмологии. – 2006. – №3. – С. 3-5.
2. Бровкина А.Ф. Проблемные вопросы эндокринной офтальмопатии // Вестник офтальмологии. – 2008. – №1. – С. 5-7.
3. Бровкина А.Ф. Эндокринная офтальмопатия. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 176 с.
4. Бровкина А.Ф., Яценко О.Ю., Аубакирова А.С. Методика расчета объема орбитальной клетчатки, удаляемой при декомпрессивной операции у больных с эндокринной офтальмопатией // Вестник офтальмологии. – 2009. – №3. – С. 24-27.
5. Marcocci C., Bartalena L., Tanda M.L. et al. Comparison of the effectiveness and tolerability of intravenous or oral glucocorticoids associated with orbital radiotherapy in the management of severe Graves' ophthalmopathy: results of a prospective, single-blind, randomized study // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2001. – Vol. 86(8). – P. 3562-3567.
6. McCormick, Chad D.; Bearden, William H.; Hunts, John H. et al. Cerebral Vasospasm and Ischemia After Orbital Decompression for Graves Ophthalmopathy // Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery. – 2004, Sept. – 20(5). – P. 347-351.

Сведения об авторах:

Егоров Виктор Васильевич, директор Хабаровского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздравсоцразвития России, зав. кафедрой офтальмологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ Хабаровского края, доктор медицинских наук, профессор

Данилова Любовь Петровна, врач-офтальмолог, заведующая отделением комплексно-реабилитационного лечения Хабаровского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздравсоцразвития России

Еманова Людмила Петровна, врач-офтальмолог диагностического отделения Хабаровского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздравсоцразвития России

Уткина Елена Сергеевна, врач-офтальмолог, заведующая отделением реконструктивно-восстановительной хирургии Хабаровского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздравсоцразвития России

Смолякова Галина Петровна, главный консультант Хабаровского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздравсоцразвития России, профессор кафедры офтальмологии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ Хабаровского края, доктор медицинских наук, профессор