

Особенности лечения отечного экзофтальма в стадии декомпенсации, осложненного набухающей катарактой (случай из практики)

Ю.Н. Бардеева, К.А. Компасов, О.А. Нечаева, А.А. Рябцева

ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Peculiarities of treatment of decompensated hydroptic exophthalmus complicated with intumescent cataract (case history)

Yu.N. Bardeeva, K.A. Kompasov, O.A. Nechaeva, A.A. Ryabtseva

Moscow regional scientific and research institute named after Vladimírsky M.F. (MONIKI)

Authors present clinical case history of 55-year old female patient who was admitted to the hospital with hydroptic exophthalmus.

Проблема своевременной диагностики эндокринной офтальмопатии определяет сложности назначения адекватного лечения в оптимальные сроки и влечет за собой ряд осложнений.

Мы представляем описание клинического случая пациентки Р., 55 лет, поступившей в офтальмологическое отделение института с клиникой отечного экзофтальма в стадии декомпенсации.

Из анамнеза: пациентка Р., 55 лет, считает себя больной в течение 11 мес., когда начала худеть (за 3 мес. на 6 кг), отмечала повышенную раздражительность, жаловалась на повышенное потоотделение (мокрые ладони), плаксивость, сердцебиения. Обследована по месту жительства эндокринологом, выявлен тиреотоксикоз, назначен мерказолил в суточной дозе 30 мг, неселективные адrenoблокаторы. Субъективно отмечала улучшение общего самочувствия. Около 9 мес. назад появились ощущения «распираания» за глазами. Лечилась у окулиста по месту жительства от аллергического конъюнктивита около месяца без эффекта.

В связи с появлением и нарастанием экзофтальма больная Р. госпитализирована для проведения терапии по месту жительства, где лечилась у эндокринолога с диагно-

зом: острый аутоиммунный тиреоидит, тиреотоксикоз, тиреотоксическое сердце, гипертоническая болезнь 2 ст., эндокринная офтальмопатия активная, тяжелого течения. Проведена терапия в/в преднизолон в дозе 40 мг./сут., п/б 0,5 мл дексаметазона №5 (по данным выписки).

Больная выписана с незначительным положительным эффектом и направлена в МОНИКИ для оптимизации лечения.

В КДО МОНИКИ осмотрена офтальмологом, к лечению добавлены кератопластические препараты.

Спустя месяц поступила в офтальмологическое отделение экстренно в связи с выраженным прогрессирующим ухудшением зрения левого глаза.

При осмотре:

Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания, индекс массы тела 20,48. АД 110/75 мм рт.ст., ЧСС 52 уд./мин. Дыхание везикулярное, патологических шумов при аускультации легких и сердца не прослушиваются.

ТТГ – 8,1 мкЕд/мл; Т₄ св. – 4,3 пмоль/л, что свидетельствовало о состоянии медикаментозного гипотиреоза на фоне приема 6 табл. (30 мг) мерказолила. По назначению с места жительства принимала анаприлин в дозе 20 мг/сут.

Местно в оба глаза тауфон 4%, корнерегель, баларпан – 6 раз, арутимол 0,5% – 2 раза в сутки.

Офтальмологический статус:

Vis OD – 0,9 ccyI+ 0,5 Д = 1,0

Vis OS – 0,2 н/к

Экзофтальмометрия по Гертелю:

OD – 28 мм

OS – 30 мм

L – 105 мм

ВГД пальпаторно OU – верхняя граница нормы.

OU – экзофтальм, невозможность смыкания век на 2–3 мм, ограничение подвижности глазных яблок, больше



Рис. 1. Компьютерная томограмма орбит

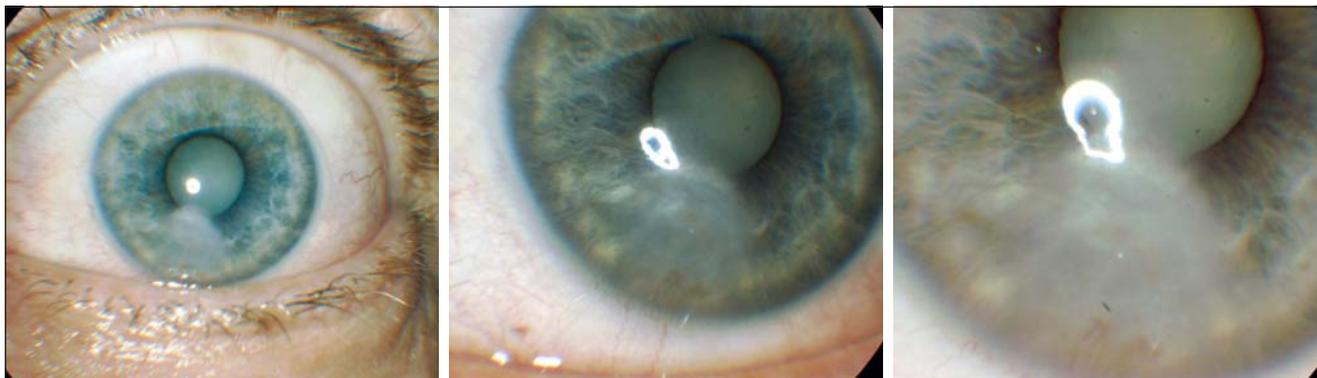


Рис. 2. Набухающая катаракта левого глаза

кверху и кнутри, ослабление конвергенции. Отек параорбитальных тканей, гиперемия и отек конъюнктивы, в том числе и слезного мясца, роговица правого глаза – эпителиопатия в виде точечных дефектов с локализацией в нижней трети, окрашиваемые флюоресцеином. Передняя камера средняя, влага прозрачная, зрачок круглый, в центре, фотореакции сохранены. Начальные помутнения в кортикальных слоях хрусталика. ДЗН бледно-розовый, границы четкие, вены полнокровны, артерии умеренно сужены. Роговица левого глаза без дефектов эпителия, в нижней трети – помутнение стромы роговицы с подтянутым зрачковым краем радужки, вероятно, вследствие тампонады перфорационного отверстия, без признаков наружной фильтрации (отрицательная роба Зейделя). Передняя камера неравномерная за счет подтянутой радужки, влага прозрачна, хрусталик полупрозрачный с

равномерным помутнением. Сохранялась возможность офтальмоскопии: ДЗН – с четкими границами, полнокровием вен, без обнаружения очаговых изменений.

Проведена КТ орбит, выявлены характерные изменения (рис. 1):

- утолщение всех экстраокулярных прямых мышц: внутренней, нижней, верхней, меньше наружной в виде «веретена» с размером в поперечнике до 8,9/9,9/6,9/5,1 мм соответственно;

- увеличение объема ретробульбарной клетчатки.

В связи с выраженной активностью (декомпенсацией) эндокринной офтальмопатии (ЭОП) начат курс пульс-терапии: в/в введение метипреда в дозе 1000 мг – 1 раз в сутки № 3. На фоне лечения в первые дни получен положительный эффект, выражающийся уменьшением напряжения, гиперемии и отека параорбитальных тканей, уменьшением экзофтальма почти на 2 мм с каждой стороны.

Параллельно была уменьшена доза мерказолила до 2 табл. (10 мг), отменен анаприлин – ЧСС – 72 уд./мин. при АД 130/80 мм рт.ст. (ЭКГ контроль). Взят ТТГ и Т₄св.

Однако при снижении активности ЭОП на фоне проведения пульс-терапии у пациентки отмечено дальнейшее снижение остроты зрения левого глаза, которое мы связали с прогрессирующим помутнением хрусталика. Отмечено усиление молочного цвета при сохраняющейся глубине передней камеры. Определение ПЗРХ не проводилось ввиду опасности дополнительной травмы роговицы.

Через 7 дней от начала пульс-терапии метипредом был начат второй трехдневный курс в той же дозе – 1000 мг/сут. Отмечалось восстановление полного смыкания век на фоне уменьшения отека параорбитальной клетчатки, эпителизация поверхностных дефектов роговицы обоих глаз.

Вместе с тем в связи с нарастающим уменьшением передней камеры вследствие набухания хрусталика

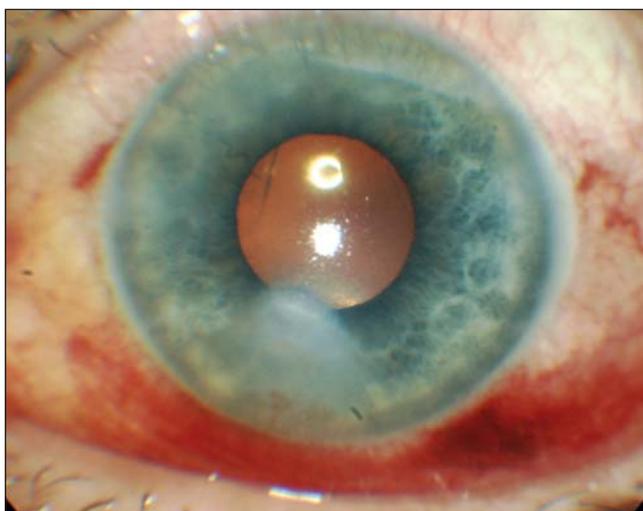


Рис. 3. Состояние левого глаза в 1-й день после факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ



Рис. 4. Состояние обоих глаз при выписке

(рис. 2), было принято решение о хирургическом лечении катаракты левого глаза после в/в капельного введения метипреда № 6.

Из методов хирургического лечения катаракты выбрана факоэмульсификация с имплантацией мягкой ИОЛ. Предоперационная подготовка: азонг, арутимол 0,5%, внутрь утром диакарб 0,5. Анестезия: местно инстилляцией раствора инокаина, субтеноновое введение лидокаина 2,0% – 2,0 мл.

На всех этапах факоэмульсификации удалось избежать травмы передней синехии, оставив ее на прежнем месте и тем самым сохранив целостность роговицы. Использования роговичного трансплантата не потребовалось.

В первый день после операции острота зрения 0,5 н/к. Умеренная смешанная инъекция глазного яблока, легкий отек роговицы (рис. 3), без признаков воспалительной реакции, ИОЛ в центре, ДЗН бледно-розовый, границы четкие, вены полнокровны, очаговых изменений не выявлено. В послеоперационном периоде применили п/к дексазон 0,5 мл № 2, местно инстилляцией дексаметазона 0,1% – 4 р., левомецетина 0,25% – 4 р, арутимол 0,5% – 2 р., кератопластические препараты. Инстилляции арутимола были рекомендованы и после нормализации ВГД.

После проведения последних трех в/в инфузий метипреда (суммарная доза 9 мг), больная выписана с остротой зрения 0,7. Состояние при выписке отображено на рисунке 4.

При выписке заключение эндокринолога: диффузно-узловой токсический зоб, медикаментозный гипотиреоз. Рекомендована тиреоидэктомия в плановом порядке.

Через 2 месяца после выписки:

– жалобы на «чувство песка», диплопии нет. Проведена тиреоидэктомия с назначением заместительной терапии левотироксином;

– Vis OU = 1,0;

– экзофтальмометрия по Гертелю: OD – 25 мм, OS – 27 мм, L – 105 мм;

– ВГД пальпаторно OU – норма.

OU – сохраняется небольшой экзофтальм, смыкание век полное, ортофория, движения глазными яблоками в полном объеме, эпителизация роговиц полная. В остальном – без особенностей.

Заключение эндокринолога: гипотиреоз вследствие тиреоидэктомии, стадия медикаментозной компенсации.

Таким образом, несмотря на спорные вопросы и трудности хирургического лечения катаракты при ЭОП можно считать факоэмульсификацию с интраокулярной коррекцией методом выбора.