

гетативной регуляции (ваго-, нормо- или симпатотония), так и с целью подбора необходимой медикаментозной терапии, а в последующем для контроля эффективности проводимой терапии и при необходимости для коррекции проводимого лечения. В зависимости от преобладания симптоматики и сопутствующей патологии проводились следующие исследования: осмотр глазного дна, УЗИ почек, РЭГ и УЗДГ магистральных сосудов головы и шеи. Пациентки с ожирением, заболеваниями щитовидной железы и другой тяжелой сопутствующей соматической патологией в исследование не включались.

Не секрет, что женщины в постменопаузе, предъявляющие жалобы на перебои в работе сердца, чаще обращаются к врачу терапевтического профиля и считают нежелательным назначение заместительной гормональной терапии гинекологами-эндокринологами. Препаратом, удовлетворяющим этим требованиям, является *грандаксин* — транквилизатор, обладающий селективной анксиолитической, вегетокорректирующей, стрессопротективной и мягкой психостимулирующей активностью. К несомненным достоинствам данного препарата относится его показание к назначению при климактерическом синдроме, а также доступность в общеврачебной практике.

Под нашим наблюдением на базе ГУЗ ВОКЦ ЛФК и СМ «Реабилитация» и ФГУЗ МСЧ ГУВД по ВО находилось 37 женщины в возрасте от 52 до 65 лет. Все предъявляли жалобы на перебои в работе сердца, чувство «замирания» сердца или приступы учащенного сердцебиения. Все пациентки были в постменопаузе. Помимо жалоб на аритмию, беспокоили раздражительность, тревога, бессонница, чувство онемения конечностей, головные боли, шум в ушах, приливы.

Результаты и их обсуждение. При проведении суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру парасимпатикотония установлена у 17 пациенток, симпатикотония — у 12 и нормотония — у 8. Ишемические изменения сегмента ST, соответствующие II ФК стенокардии, зафиксированы у 10 пациенток, низкая толерантность к физической нагрузке — у 25 пациенток. Аритмический синдром, представленный ЖЭ высоких градаций, — у 7, сочетание ЖЭ и НЖЭ — у 10, приступы синусовой тахикардии — у 6 человек. Лечение было комплексным: все пациентки получали дезагреганты, при вегетативном дисбалансе назначался грандаксин по 50 мг 2 раза в сут в течение 2 мес, при аритмии — бета-блокаторы под адекватным контролем показателей гемодинамики, при ангиальных болях — нитраты. В каждом случае наблюдение прово-

дилось не менее двух месяцев с последующим контролем суточного мониторирования ЭКГ. Субъективное уменьшение выраженности вегетативных проявлений на 2-й нед исследования отметили 10 человек, к середине исследования — 17 пациенток, что проявлялось уменьшением эмоциональной лабильности, улучшением качества сна, исчезновением приступов удушья. Тенденция к стабилизации вегетативного статуса за счет уменьшения парасимпатической составляющей отмечена у 24 пациенток.

Все пациентки хорошо переносили лечение. Побочных проявлений, аллергических реакций зарегистрировано не было.

Выводы. Таким образом, особенностью течения дисрегуляторных аритмий у женщин в постменопаузе являются выраженные расстройства вегетативной регуляции на фоне гормонального дефицита. Комплексная терапия у пациенток данной возрастной группы с использованием грандаксина, дезагрегантов и антиаритмиков привела к уменьшению субъективной составляющей и уменьшению общего количества экстрасистол при проведении контрольного суточного мониторирования ЭКГ. Полученные данные свидетельствуют о нормализации вегетативного тонуса и, как следствие, позволяют говорить об улучшении качества жизни пациенток. Следовательно, правильные решения вопросов гендерной кардионеврологии возможны только при объединении усилий специалистов различных областей медицины, не последняя роль в решении этой проблемы отводится врачам общей практики.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Верещагин Н.В.* [и др.] // Клиническая медицина. — 1991. — № 6. — С. 3.
2. *Вейн, А.М.* Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн. — М.: Медицинское информационное агентство, 2000.
3. *Hsia, J.* Resting heart rate as a low tech predictor of coronary events in women: prospective cohort study / J. Hsia, J.C. Larson, J.K. Ockene [et al.] // BMJ. — 2009. — № 7.
4. *Сметник, В.П.* Руководство по климактерию / В.П. Сметник, В.И. Кулакова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001 — 685 с.
5. *Балан, В.Е.* Возможности коррекции климактерических расстройств негормональными средствами / В.Е. Балан, Я.З. Зайдиева // Лечащий врач. — 2000. — № 5/6. — С. 24—27.
6. *Баевский, Р.М.* Методические рекомендации по анализу вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиологических систем / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов, Л.В. Чирейкин // Вестник аритмологии. — 2000. — № 4.

© И.И. Камалов, И.В. Гуляева, Р.Р. Ахмадеев, 2010

УДК 617.7-02:616.441-085.849.1

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

ИЛЬДАР ИСХАКОВИЧ КАМАЛОВ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой лучевой диагностики ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

ИННА ВЛАДИМИРОВНА ГУЛЯЕВА, ассистент кафедры лучевой диагностики ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава», врач-рентгенолог высшей категории, отделение радиологии ГУЗ РКБ МЗ РТ

РУСТЭМ РАДИКОВИЧ АХМАДЕЕВ, врач-рентгенолог высшей категории, отделение радиологии ГУЗ РКБ МЗ РТ

Реферат. Тактика лечения эндокринной офтальмопатии на современном этапе включает в себя медикаментозное, лучевое лечение (рентгенотерапию, радиойодтерапию) и их комбинацию, что более эффективно, а также хирургическое лечение. Подбор метода зависит от фазы заболевания и его длительности.

Ключевые слова: эндокринная офтальмопатия, экзофтальм, рентгенотерапия орбит.

THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF TREATMENTS FOR THYROID EYE DISEASE

I.I. KAMALOV, I.V. GOULYAEVA, R.R. AKHMADEYEV

Abstract. At the present stage the therapeutic approach to endocrinous ophthalmopathy includes drug, radiation (roentgenotherapy, radioiodinetherapy) therapies, their combination, which is more effective and operative therapy. The choice of therapy depends on the disease phase and its duration.

Key words: endocrinous ophthalmopathy, exophthalmos, roentgenotherapy of orbits.

Эндокринная офтальмопатия (ЭО) — офтальмопатия Грейвса, аутоиммунная офтальмопатия, тиреоидассоциированная офтальмопатия — аутоиммунное прогрессирующее заболевание, возникающее в результате нарушений в щитовидной железе.

Сравнительная характеристика методов лечения эндокринной офтальмопатии проводилась на 80 больных.

ЭО возникает при гипертиреозе (до 90%); гипотиреозе (до 15%); эутиреозе (до 25%); аутоиммунном тиреоидите (до 5%).

Лечение диффузного токсического зоба радиоактивным йодом также приводит к ЭО или ухудшает ее течение. В некоторых случаях ЭО манифестирует раньше тиреотоксикоза.

В результате заболевания возникают изменения ретробульбарных и частично ретроорбитальных тканей в виде отека, а затем изменения глазодвигательных мышц, развивается экзофтальм. Впоследствии в ретробульбарной клетчатке возникают фиброзные изменения. Возможны осложнения в виде оптической нейропатии из-за сдавления зрительного нерва, а также гибели зрительных аксонов в связи с вовлечением в аутоиммунный процесс сетчатки и сосудистой оболочки, что приводит к потере зрения. В патологический процесс вторично вовлекаются веки, конъюнктивы, роговица, слезная железа.

Лечение ЭО в большинстве случаев не требуется, поскольку при легком течении заболевания не бывает косметических дефектов, зрительного дискомфорта, не снижается качество жизни и возникает самопроизвольная длительная ремиссия.

В зависимости от тяжести ЭО и ее активности определяется выбор тактики лечения.

Это медикаментозные способы, облучение ретробульбарных тканей или их сочетание и хирургическое лечение.

Медикаментозное лечение включает использование глюкокортикоидных препаратов. В некоторых учреждениях их назначают местно (ретробульбарно). Эффект непродолжительный. Более действенным оказался пероральный прием глюкокортикоидов. Недостатком этого лечения является необходимость назначения большой дозы на длительный период. В последнее время стали применять так называемую пульс-терапию — внутривенное введение глюкокортикоидов, назначаемых на более короткий срок. Этот метод оказался эффективней и лучше переносится пациентами. Отмечено положительное воздействие плазмафереза при лечении кортикостероидами. Осложнениями при лечении гормональными препаратами являются развитие печеночной недостаточности, остеопороз, развитие синдрома Кушинга, гастрит, депрессия.

В клиниках Европы (Салоники, Амстердам) для лечения ЭО изучают применение антиоксидантов (аллопуринол), аналогов цитокинов (пентоксифиллин) и

аналогов соматостатина (октреотид). Исследователи считают, что эти группы препаратов более перспективны, а лечение ими не относится к таким агрессивным методам, как применение глюкокортикоидов и хирургическое вмешательство.

Рентгенотерапия орбит применяется при лечении ЭО несколько десятилетий. Этот метод хорошо переносится пациентами и является достаточно эффективным. Положительные результаты обнаружены у 60% пациентов с ЭО средней степени тяжести. Замечено, что применение низких доз (1 Гр в нед) не менее эффективно, чем при использовании режимов высоких доз. Рентгенотерапия хорошо сочетается с одновременным применением глюкокортикоидов. Отмечается улучшение сократимости глазодвигательных мышц и уменьшение выраженности диплопии, экзофтальм убавляется на 2—3 мм. Однако при тяжелых формах ЭО эффект рентгенотерапии медленный и слабовыраженный. Некоторые авторы считают, что при длительно существующей (более 1 года) ЭО с фиброзными изменениями ретробульбарных тканей рентгенотерапия не результативна. Осложнения рентгенотерапии — синдром сухого глаза, ретинопатия, катаракта. Но, как правило, при использовании специальных защитных накладок из свинца, правильном направлении рентгеновского пучка на поле облучения, расчет очаговых доз позволяют избежать этих последствий.

Хирургическое лечение применяется в неактивной фазе при тяжелых случаях ЭО и при длительном течении заболевания, когда воспалительные процессы в глазодвигательных мышцах сменяются на соединительнотканное образование — фиброз.

К операциям при ЭО относятся:

- декомпрессия орбиты, когда выполняется удаление одной из стенок глазницы или ретробульбарной клетчатки. Эта операция показана при выраженном проптозе, подвывихе глазного яблока из орбиты. Декомпрессия по двум стенкам орбиты приводит к уменьшению проптоза на 3—7 мм, удаление ретробульбарной клетчатки — на 2 мм;

- операции на глазодвигательных мышцах показана при стойкой некорригируемой диплопии;

- операции на веках применяют при ретракции, лагофтальме, птозе, пролапсе слезной железы и орбитальной клетчатке. Иногда после хирургического вмешательства устанавливается неправильный уровень века.

Выводы. Важна профилактика ЭО, связанная с устранением факторов риска: курения, хронических и острых инфекций, других аутоиммунных заболеваний. Необходимо избегать стрессов, приводящих к развитию гормонального дисбаланса, участвующего в запуске атаки ЭО.

Лечебный эффект при отечном экзофтальме от медикаментозной терапии и комбинированной с лучевым

воздействием достигается только в стадии лимфоидной инфильтрации, так как лимфоидные клетки высокочувствительны к рентгеновскому излучению.

Радиойодтерапия провоцирует ухудшение течения ЭО, поэтому медикаментозное лечение и рентгенотерапию следует проводить до лечения радиоактивным йодом.

Консервативное лечение ЭО желательно начинать как можно раньше, так как воспалительные процессы в ретробульбарных тканях довольно быстро сменяются фиброзными изменениями и обратное развитие офтальмопатии не наступает. В связи с этим остается только возможность хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая рентгенорадиология: руководство: в 5 т. / под ред. Г.А. Зедгенидзе. — М.: Медицина, 1983—1985. — Т. 5.
2. Центральный научно-исследовательский рентгено-радиологический институт МЗ СССР: метод. рекомендации по лучевой терапии неопухолевых заболеваний. — Л., 1989.
3. Krassas, G.E. Современные концепции диагностики и лечения эндокринной офтальмопатии / G.E. Krassas, W.M. Wiersinga // Международный эндокринологический журнал. — 2007. — № 3 (9).
4. Свириденко, Н.Ю. Эндокринная офтальмопатия: от первичного звена до высоких технологий / Н.Ю. Свириденко, М.Б. Анциферов, И.М. Беловалова // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. — 2008. — Т. 4, № 1.
5. Корытова, Л.И. Роль лучевой терапии в комбинированном лечении заболеваний органа зрения / Л.И. Корытова, В.Н. Алексеев, Н.В. Ильин, Ю.Н. Виноградова // Русский медицинский журнал. — 2002. — Т. 3, № 4.
6. Древаль, А.В. Влияние лечения радиоактивным йодом на течение эндокринной офтальмопатии / А.В. Древаль, А.Ф. Цыб, О.А. Нечаева [и др.] // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. — 2007. — Т. 3, № 3.