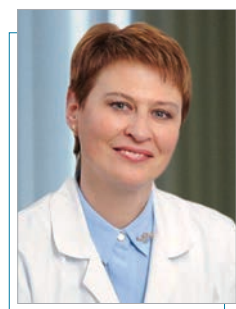


# Эндокринная офтальмопатия: как повысить качество жизни пациента?

**Эндокринная офтальмопатия (ЭО) – это аутоиммунное поражение тканей глаза и орбиты, ассоциированное с дисфункцией щитовидной железы (как правило, с тиреотоксикозом). Данное патологическое состояние существенно нарушает качество жизни больных и трудно поддается лечению. Какими возможностями обладает современная медицина для помощи таким пациентам? С этим вопросом мы обратились к заведующей кафедрой глазных болезней ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины», доктору медицинских наук, профессору Нине Степановне Луценко.**

**Нина Степановна, насколько распространенной является ЭО и чем обусловлена ее актуальность?**



— Согласно эпидемиологическим данным ЭО ежегодно выявляют примерно у 1 из 10 тыс. людей. У женщин эта патология встречается в несколько раз чаще, чем у мужчин. Если же говорить не об общей популяции, а о пациентах с диффузным токсическим зобом, то частота ЭО в данной группе достигает 20%, в том числе примерно в 5-6% случаев болезни Грейвса наблюдаются тяжелые и среднетяжелые формы ЭО.

Следует также отметить, что ЭО может наблюдаться не только при гипертиреозе, но и иногда при гипо- и эутиреозе, о чем должны быть осведомлены эндокринологи и при наличии подозрительных симптомов своевременно направлять пациентов к офтальмологам.

Что касается актуальности проблемы, то ЭО обычно не угрожает жизни человека, однако существенно снижает ее качество. Такое негативное воздействие обусловлено сразу тремя клиническими проявлениями ЭО: экзофтальмом, являющимся косметическим дефектом, синдромом сухого глаза и на более поздних стадиях — нарушениями зрения (вплоть до полной его потери), обусловленными оптической нейропатией, кератопатией и/или миопатией. По степени влияния на психологическое состояние больных ЭО многие авторы сравнивают с сахарным диабетом и даже раком.

**Как развивается это патологическое состояние и как оно связано с диффузным токсическим зобом?**

— Связь между диффузным токсическим зобом и ЭО не вызывает сомнений, а вот ее механизмы по-прежнему остаются предметом дискуссии. Оба патологических состояния являются аутоиммунными, и, по мнению ряда авторов, антигены орбитальных тканей обладают общими эпитопами с тиреоидными антигенами. Под воздействием различных триггеров (инфекция, курение, стресс и т.д.) у генетически предрасположенных лиц запускаются аутоиммунные реакции как против аутоантигенов щитовидной железы, так и мягких тканей орбиты (ретробульбарной клетчатки, глазодвигательных мышц). Аутоиммунное воспаление в мягких тканях орбиты в свою очередь стимулирует пролиферацию фибробластов, выработку коллагена и гликозаминогликанов, отек, адипогенез и фиброзирование.

Риск развития и тяжесть ЭО значительно повышается у курящих больных. Предполагается, что это связано с прямым повреждающим воздействием табачного дыма на глазное яблоко и гипоксическим эффектом.

**Как диагностируется ЭО?**

— Чаще всего ЭО выявляют на основании таких характерных клинических проявлений, как ретракция век, экзофтальм, гиперемия конъюнктивы, ограничение подвижности глазного яблока, двоение в глазах, синдром сухого глаза и на поздних стадиях — ухудшение зрения. При подозрении на ЭО план обследования будет включать: оценку полей и остроты зрения, офтальмоскопию, определение объема движений глаз, экзофтальмометрию, измерение глазной щели, величины ретракции век, тонометрию.

Важно отметить, что ЭО можно выявить и на субклинической стадии, когда терапевтическое вмешательство будет значительно более эффективным. Для этого требуется регулярное направление всех пациентов с аутоиммунными

заболеваниями щитовидной железы на осмотр к офтальмологу. Для ранней диагностики ЭО могут быть использованы такие методы, как ультразвуковое исследование орбиты, компьютерная томография, магнитнорезонансная томография. Большое практическое значение имеет определение тяжести и активности заболевания, поскольку от этого зависит тактика лечения.

**Какие методы лечения ЭО есть сегодня в арсенале врачей?**

— Современный план лечения пациентов ЭО обязательно включает контроль факторов риска (тиреотоксикоз, курение), симптоматические средства и мероприятия для коррекции синдрома сухого глаза. В зависимости от степени тяжести и активности ЭО их дополняют иммуносупрессивной терапией, кортикостероидами, другими медикаментозными средствами патогенетической терапии, лучевой терапией или хирургическими вмешательствами.

Тесная взаимосвязь между болезнью Грейвса и ЭО позволяет предположить, что лечение тиреотоксикоза может повлиять на течение ЭО. И действительно, согласно результатам исследований и клиническим наблюдениям терапия тиреотоксикоза ассоциируется с уменьшением выраженности проявлений ЭО. При этом отмечено, что эффект зависит не от метода лечения болезни Грейвса (медикаментозные средства, радиоiod-терапия, хирургическое лечение), а от достижения состояния эутиреоза. Усугублять течение ЭО может не только тиреотоксикоз, но и гипотиреоз, поэтому у таких пациентов необходим достаточно частый контроль функции щитовидной железы.

Отдельное внимание следует уделить применению радиоiod-терапии, которая может способствовать прогрессированию ЭО, особенно у курильщиков с тяжелым тиреотоксикозом и высокими уровнями антител к рецепторам тиреотропного гормона. Такой нежелательный эффект можно предотвратить с помощью профилактического приема преднизолона в дозе 0,3-0,5 мг/кг в течение 2-3 мес.

Как уже было отмечено, существенным фактором риска развития и прогрессирования ЭО является курение, поэтому отказ от него строго рекомендован пациентам с болезнью Грейвса и ЭО.

Патогенетическая консервативная терапия оправдана только при активном течении ЭО. При ее легкой форме кортикостероиды обычно не показаны из-за не очень выгодного соотношения пользы и рисков (за исключением отдельных случаев, когда заболевание значительно нарушает качество жизни больного). В то же время у этих пациентов может быть эффективным 6-месячный курс селеносодержащих препаратов. В рандомизированном контролируемом исследовании, проведенном EUGOGO (Европейская группа по изучению офтальмопатии Грейвса), селен доказал свою эффективность в отношении уменьшения выраженности глазных симптомов и улучшения качества жизни пациентов, а также предупреждения прогрессирования ЭО до более тяжелых форм.

Хочу обратить внимание читателей на офтальмологический комплекс НУТРОФ® ТОТАЛ, который среди многочисленных компонентов, необходимых для здоровья органа зрения, содержит в том числе и селен. Кроме того, он содержит ряд мощных антиоксидантов (лютеин и зеаксантин, ресвератрол, витамины С и Е, цинк, медь). Это важный момент, поскольку в патогенезе ЭО, как и при других воспалительных процессах, определенную роль играет окислительный стресс. Также в составе НУТРОФ® ТОТАЛ есть незаменимые омега-3 жирные кислоты, которые принимают участие в регуляции синтеза простагландинов и могут оказывать противовоспалительный эффект. Противовоспалительными свойствами обладает и ресвератрол. Как правило, рекомендуем принимать по 1 капсуле в день в течение 3 мес.

При ЭО среднетяжелой и тяжелой степени в активной фазе терапией первой линии является внутривенная терапия высокими дозами кортикостероидов. Ее необходимо проводить в специализированных учреждениях, где может быть оказана необходимая помощь в случае возникновения побочных эффектов. Для пациентов с ЭО средней степени тяжести оптимальным считается такой режим: 0,5 г метилпреднизолона ежедневно в течение 6 нед, а затем по 0,25 г ежедневно в течение еще 6 нед (суммарно 4,5 г). При более тяжелых формах показаны более высокие дозы — 0,75 г ежедневно в течение 6 нед и затем 0,5 г ежедневно в течение последующих 6 нед (суммарно 7,5 г). Пациентам с вирусным гепатитом, выраженным нарушением функции печени, тяжелой сердечно-сосудистой патологией

и психическими заболеваниями кортикостероидная терапия в высоких дозах противопоказана. Пациенты с сахарным диабетом и артериальной гипертензией должны быть хорошо компенсированы перед началом лечения, и необходим тщательный контроль за общим состоянием во время лечения.

Терапия кортикостероидами приводит к улучшению состояния у большинства пациентов, но в случае ее недостаточной эффективности, при наличии противопоказаний или отказе пациента можно рассмотреть альтернативные методы лечения с несколько меньшей доказательной базой. К ним относятся рентгенотерапия орбиты, циклоспорины, ритуксимаб, периокулярные и субконъюнктивальные инъекции триамцинолона ацетата. Для коррекции ретракции верхнего века и лагофтальма можно рассмотреть применение ботулотоксина.

**Какие симптоматические средства и мероприятия показаны при ЭО?**

— Как я уже отмечала ранее, одной из основных причин снижения качества жизни больных с ЭО является синдром сухого глаза. Особенно высок его вклад в ухудшение самочувствия пациентов при легких формах патологии, хотя коррекция, безусловно, необходима на всех стадиях заболевания.

К развитию синдрома сухого глаза при ЭО приводит экзофтальм с увеличением ширины глазной щели, ретракция и отставание век, лагофтальм, более редкое моргание и уменьшение секреции слезы.

Всем пациентам с ЭО на весь период заболевания с профилактической целью следует назначать топические лубриканты — препараты искусственной слезы с осмопротективными свойствами. Они применяются несколько раз в день, а в ночное время используются в форме гелей или мазей. Учитывая необходимость длительного приема таких препаратов, целесообразно рекомендовать продукты без консервантов.

Недавно появился принципиально новый продукт, в состав которого входит трегалоза. Ее молекула имеет отличный от всех известных ранее механизм действия. Трегалоза выполняет цитопротекторную функцию, сохраняя жизнеспособность клеток в условиях недостатка влаги. Встраиваясь между полярными группами фосфолипидов, этот природный дисахарид стабилизирует клеточные мембраны, обеспечивая сохранение влаги внутри клеток, предотвращая денатурацию белков и деградацию жиров. В экспериментальных работах высушивания эпителия после обработки его трегалозой позволяло сохранить жизнеспособными около 80% клеток. Благодаря трегалозе высушенная иерихонская роза, помещенная в вазу с водой, расцветает вновь, а муха, уснувшая на зиму, дождавшись благоприятных условий, снова оживает. За изучение механизма аутофагии (баланс между деструкцией и обновлением клеток), которым обладает трегалоза, была присуждена Нобелевская премия профессору Yoshinori Ohsumi (Ешинори Усуми), Токио.

Если говорить о клинической практике, то уникальное сочетание трегалозы и натрия гиалуроната в офтальмологическом растворе Теалоз® Duo обеспечивает долговременную защиту и максимальный комфорт для глаз, а отсутствие в нем консервантов и фосфатов благодаря инновационному флакону АВАК® с фильтрующей мембраной — высокую безопасность применения. Флакон Теалоз® Duo можно использовать в течение 3 мес после первого вскрытия. Обычно раствор закапывают несколько раз в день, по необходимости.

С учетом того, что гормоны щитовидной железы принимают активное участие в регуляции липидного обмена, у этой группы пациентов очень часто нарушается функция мейбомиевых желез, расположенных в толще век, что приводит к нарушению выработки липидного компонента слезной пленки, усугубляет развитие синдрома сухого глаза, существенно увеличивая риск развития инфекционных осложнений передней отрезка глаза, что требует проведения ежедневной гигиены век.

С этой целью оптимально использовать продукты для гигиены век и нормализации функции мейбомиевых желез. Такими свойствами обладают гигиенические салфетки БЛЕФАКЛИН®, увлажненные специальным многокомпонентным лосьоном. Они мягко очищают, увлажняют и нормализуют регенерацию эпидермиса и работу сальных желез.

**Когда необходимо хирургическое лечение и какие операции проводятся при ЭО?**

— Хирургические вмешательства при ЭО можно разделить на две группы: неотложные и реабилитационные.

Активная форма тяжелой ЭОП, не поддающаяся терапии глюкокортикоидами, является показанием для неотложной хирургической декомпрессии орбиты. Пациенты с орбитопатией в неактивной фазе (не менее 6 мес) со значительными нарушениями зрительных функций или существенным снижением качества жизни нуждаются в хирургической реабилитации: декомпрессии орбиты для устранения сдавления зрительного нерва, корригирующих операциях на глазодвигательных мышцах при диплопии и косоглазии, операциях на веках при их ретракции или поражении роговицы, кератопластике при тяжелых поражениях роговицы.

Подготовила **Наталья Мищенко**

