

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА АУТОИММУННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

В. В. Талантов, Э. Н. Хасанов, Р. А. Шамсутдинова, И. Ф. Гильмуллин

Кафедра эндокринологии (зав.—член-корр. АН РТ, проф. В. В. Талантов),
кафедра офтальмологии (зав.—доц. Д. А. Камалов) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова,
Республиканская клиническая больница (главврач—С. В. Абуладзе) МЗ РТ

Лечение многих заболеваний, имеющих аутоиммунный генез, до сих пор для клиницистов остается серьезной и трудной проблемой. Тиреотоксическая офтальмопатия, или синдром пучеглазия (экзофтальм), до последних лет считавшийся характерным проявлением диффузного токсического зоба (ДТЗ), в настоящее время рассматривается как аутоиммунное поражение мягких тканей орбиты, глазного яблока и глазодвигательных мышц, как самостоятельный синдром — аутоиммунная офтальмопатия (АИО). АИО часто сочетается с другими заболеваниями щитовидной железы — диффузным токсическим зобом, аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) и др. [2, 4, 5].

В настоящее время предложены различные методы и схемы лечения синдрома АИО [1], однако, как показывает клинический опыт, существующие методы лечения не всегда дают полный и стойкий терапевтический эффект, что диктует необходимость поиска других вариантов и совершенствования уже известных методов. В лечении аутоиммунных заболеваний, в частности синдрома АИО, важное место отводится иммуносупрессивной терапии глюкокортикоидными препаратами (преднизолон и др.). Указанные препараты применяются в дозировках от 30 до 60 мг/сут внутрь с постепенным их снижением. К сожалению, при лечении глюкокортикоидными препаратами сохраняется опасность угнетения собственной функции коры надпочечников, развития кушингоидного синдрома.

Мы располагаем опытом лечения 37 больных с синдромом АИО (мужчин—14, женщин—23). 4 пациента были в возрасте до 30 лет, 7 — от 31 до 40, 14 — от 41 до 50, 7 — от 51 до 60, 5 — 61 года и старше. Наряду с применением умеренных доз преднизолона (30 мг/сут) внутрь мы вводили внутривенно капельно высокие до-

зы (от 240 до 300 мг) преднизолона (модификация метода пульс-терапии).

У 22 больных АИО развивалась в сочетании (или на фоне) с диффузным токсическим зобом, у 6 — с аутоиммунным тиреоидитом, у 7 — после хирургического лечения ДТЗ (субтотальной резекции щитовидной железы), у 2 — на фоне послеоперационного гипотиреоза. Офтальмопатия II степени [3] диагностирована у 28 больных, III — у 9. При поступлении в стационар, в процессе лечения и при выписке оценивались острота зрения, внутриглазное давление, состояние глазного дна, функция глазодвигательных мышц, проводилась экзофтальмометрия. Изучены гормональный фон (уровень АКТГ, кортизола, Т₃, Т₄, ТТГ), а также состояние щитовидной железы по данным скинтиграфии, УЗИ.

Методика применения высоких доз глюкокортикоидных препаратов (пульс-терапия) заключалась во внутривенных капельных вливаниях преднизолона (или эквивалентных доз дексазона) от 240 до 300 мг ежедневно (в утренние часы) в 200 мл физиологического раствора и 1% раствора калия хлорида в количестве 100—150 мл в течение 3 дней, а также в параллельном назначении внутрь преднизолона по 20—30 мг/сут с постепенным снижением его дозы в течение 2—3 месяцев. 14 больных с офтальмопатией II степени получили один курс (3 дня) лечения, 8 больных с офтальмопатией III степени—2 курса с промежутками в 7—10 дней. У 15 больных с более длительным течением процесса, а также из-за недостаточного эффекта от медикаментозной терапии одновременно проводили рентгенотерапию на область орбит с двух полей (переднего и бокового) и с обязательной защитой хрусталика от рентгеновских лучей. Суммарная доза облучения составила 200—600 сГй.

Применение высоких доз глюкокортикоидных препаратов в виде пульс-терапии у всех больных уже на 2—3-и сутки устраняло такие симптомы офтальмопатии, как чувство «песка», резь в глазах, слезотечение, светобоязнь, что особенно было заметно у больных с выраженным отеком синдромом офтальмопатии. В процессе дальнейшего лечения у 21 больного достигнуто уменьшение экзофтальма (от 0,5 до 3 мм); у 20 больных возросла подвижность глазных яблок. Как любое аутоиммунное заболевание, АИО требует проведения довольно длительной поддерживающей терапии. После 2—3-месячного курса глюкокортикоидной терапии больные получали нестероидные противовоспалительные препараты (метиндол, ортофен и др.) сроком на 4—6 месяцев; в процессе лечения больные находились под наблюдением эндокринолога и окулиста.

На фоне применения высоких доз глюкокортикоидов, как и ожидалось, происходило угнетение функции коры надпочечников, о чем свидетельствовало снижение уровня АКТГ и кортизола в крови. В дальнейшем, при плавном снижении дозы преднизолона, применяемого внутрь, и после завершения курса лечения (через 2,5—3 мес.), у всех больных, по данным гормональных исследований, функция коры надпочечников восстановилась до исходного состояния. В связи с прогрессированием клиники офтальмопатии 3 пациента были повторно госпитализированы через 6 месяцев, один — через один год. После повторного курса лечения (пульс-терапия

глюкокортикоидами с параллельным применением пероральной терапии) глюкокортикоидами удалось добиться стойкой клинической ремиссии. В ряде случаев (у 5 больных) с целью сохранения достигнутой ремиссии заболевания хорошие результаты дали повторные курсы (3-дневные) пульс-терапии через каждые 1—1,5 месяца на протяжении 4—5 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зефирова Г. С., Кондратьева Л. В., Войчек Э. А., Климов Н. И. II Всероссийский съезд эндокринологов.—Челябинск, 1991.
2. Кандрор В. В., Бирюкова М. П., Крюкова И. В. и др. // Пробл. эндокринологии. № 4.—С. 78—83.
3. Руководство по клинической эндокринологии. / Под ред. акад. В. Г. Баранова.—Л., 1977.
4. Kanaly G., Schuler M., Sewell A. C. et al. // Clin. Endocrinol.—1990.—Vol. 33.—P. 35—44.
5. Shine B., Fells P., Edwards O. M., Weetman A. P. // Lancet.—1990.—Vol. 335.—P. 1261—1263.

Поступила 16.06.92.

TREATMENT OF AUTOIMMUNE OPHTHALMOPATHY SYNDROME

V. V. Talantov, E. N. Khasanov,
R. A. Shamsutdinova, I. F. Gilmullin

Summary

The treatment of autoimmune ophthalmopathy by the high doses (pulse-therapy) of glucocorticoids in terms of interrupted courses (3 days cycles in every 7—10 days and in 1—1,5 months later on) may be successfully used in clinical practice. Pulse-therapy in the treatment of autoimmune ophthalmopathy syndrome is primarily recommended in the heavy course of the disease. Roentgenotherapy on the orbit region is prescribed in case of the insufficient effect.

УДК 616.716.8—002.72—089.844

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕМИНЕРАЛИЗОВАННОГО КОСТНОГО БРЕФОМАТРИКСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОКОЛОКОРНЕВЫХ КИСТ И КИСТОГРАНУЛЕМ ЧЕЛЮСТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В. Е. Самсонов, Л. Т. Волова, М. В. Васильев

ЦНИЛ (зав.—проф. С. М. Бабкин) Самарского медицинского института имени Д. И. Ульянова, стоматологическое территориальное объединение № 1 (главврач—А. П. Иванов), г. Тольятти

В настоящее время все шире используется аллопластика различных дефектов челюстей после хирургических амбулаторных вмешательств. Ряд авторов при этом отдают предпочтение переработанной плодовой кости

человека в качестве пластического материала [2—4]. Имея низкую антигенность, высокие остеоиндуктивные свойства и значительную устойчивость к инфекции, брешококост вполне отвечает требованиям, предъявляемым к