

утяжеляет течение ССГ. Дисфункция мейбомиевых желез сопровождается образованием «загустеванием» мейбума, формированием тканевого дебриса, которые закупоривают выводные протоки мейбомиевых желез, что блокирует особей клеща в просвете желез, усиливает токсико-аллергический компонент заболевания, поддерживает хроническое воспаление век, способствует быстрому восстановлению популяции клеща и присоединению вторичной бактериальной инфекции.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют об актуальности дальнейшего исследования и позволяют предложить исследовать возможность применения синдрома «сухого глаза» в качестве возможного симптома наличия такой аутоиммунной патологии, как аутоиммунный гастрит, и рассмотреть принципиально новый подход к лечению синдрома ССГ в случае его аутоиммунной этиологии посредством коррекции питания, исключения отдельных медикаментов, а также проведения заместительной терапии микроэлементами, нутриентами и витаминами, находящиеся в большом дефиците у такой категории пациентов.

*Садовская О.П.¹, Дравица Л.В.¹, Альхадж Хусейн А.¹, Ларионова О.В.¹, Юрковец А.Г.²,
Ходасевич Е.А.²*

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОФТАЛЬМОТОНУСА И АКТИВНОСТИ АУТОИММУННОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

¹ УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь;

² ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», Гомель, Республика Беларусь

Введение. Пациенты с эндокринной офтальмопатией (ЭОП) являются группой риска развития вторичной глаукомы (ВГ), вероятность возникновения которой коррелирует с активностью и тяжестью ЭОП (Лихванцева В. Г. и др., 2016). Продолжительное тяжело-активное течение ЭОП, длительное применение глюкокортикостероидов повышает риск развития и прогрессирования ВГ.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь показателей офтальмотонуса с активностью аутоиммунного процесса в орбите по шкале клинической активности – CAS (M. P. Mourits с соавторами в редакции 1997) у пациентов с различными формами эндокринной офтальмопатии.

Материалы и методы. В исследование включено 175 пациентов (350 глаз и орбит) с различными формами и активностью ЭОП. С учетом полученных функциональных, морфометрических, рентгенологических показателей глаз и орбит пациенты с ЭОП были разделены на 3 группы:

- группа I – 115 человек (230 глаз и орбит) – пациенты с активным течением ЭОП с разделением на подгруппы: Ia – 26 пациентов (52 глаза и орбиты) – тиреотоксический экзофтальм; Ib – 18 пациентов (36 глаз и орбит) – липогенный вариант отечной формы; Ic – 39 пациентов (78 глаз и орбит) – смешанный вариант отечной формы; Id – 32 пациента (64 глаза и орбиты) – миогенный вариант;

- группа II – 30 пациентов (58 глаз и орбит) – пациенты с впервые выявленной ВГ, развившейся на фоне ЭОП, с неактивным течением процесса;

- группа III – 30 пациентов (60 глаз и орбит) – пациенты с ЭОП в стадии неактивного течения без клинических признаков ПОУГ и ВГ.

В группу IV (контрольная группа) включено 30 человек (60 глаз и орбит).

Результаты исследования. При анализе данных тонометрии по Маклакову выявлено статистически значимое повышение уровня офтальмотонуса по сравнению с контрольной группой у групп пациентов с липогенным (Ib) Me 23 [21; 24] мм рт.ст., смешанным (Ic) Me 28

[23; 29] мм рт.ст., миогенным вариантом отечной формы (Id) 22 [21; 24] мм рт.ст. ($U=148$, $p<0,001$; $U=54$, $p<0,001$; и $U=439$, $p<0,001$ соответственно). Также установлено статистически значимое повышение уровня ВГД у пациентов с ВГ и неактивным течением процесса (II) Ме 27 [26; 29] мм рт.ст. ($U=0$, $p<0,001$). Выявлено статистически значимое повышение уровня ВГД в группе пациентов с тиреотоксическим экзофтальмом (Ia) Ме 20 [19; 22] мм рт.ст. ($U=886$, $p<0,001$), а также у пациентов III группы – пациенты с ЭОП в стадии неактивного течения без клинических признаков ПОУГ и ВГ Ме 21 [20; 22] мм рт.ст. ($U=632$, $p<0,001$). Однако, показатели офтальмотонуса в данных группах находились в пределах тонометрических параметров нормы.

При анализе различий в группах пациентов с ЭОП выявлено, что максимальные показатели офтальмотонуса характерны для пациентов со смешанным вариантом отечной формы (Ic) (Ме 28 [23; 29] мм рт.ст), что свидетельствует о развитии симптоматической офтальмогипертензии в активной стадии аутоиммунного процесса в орбите (критерий Манна-Уитни, $p<0,001$). Уровень ВГД в подгруппе пациентов с глаукомой развившейся на фоне ЭОП составил Ме 27 [26; 29] мм рт. ст.

Учитывая полученные данные в исследуемых группах пациентов для определения взаимосвязи активности аутоиммунного процесса с уровнем офтальмотонуса проведен анализ активности процесса по шкале CAS.

Все исследуемые группы пациентов с ЭОП имели статистически значимое повышение активности аутоиммунного воспаления в орбите в сравнении с группой контроля ($p<0,05$). Установлено, что максимальные показатели активности процесса по шкале CAS характерны для смешанного варианта отечной формы (Ic) Ме 6 [4; 7] баллов.

При анализе данных взаимосвязи уровня ВГД с активностью аутоиммунного процесса в исследуемой группе выявлена умеренной тесноты положительная связь между показателями ВГД и активностью процесса по шкале CAS ($r_s=0,403$); значение коэффициента корреляции статистически значимо, $p<0,001$. Для оценки корреляции уровня офтальмотонуса и активности процесса проведен детальный анализ у пациентов с ЭОП группы I (активное течение процесса по шкале CAS ($\geq 3/7$ баллов), а также группы II и III с неактивным течением процесса (1–2 балла). У пациентов I группы с активным течением процесса установлено наличие средней положительной (заметной) корреляции ($r_s=0,534$; значение корреляции статистически достоверно $p<0,001$). При увеличении показателя активности процесса при наличии активного аутоиммунного воспаления в орбите на 1 балл следует ожидать увеличение показателя офтальмотонуса на 1,48 мм рт.ст. Полученная модель объясняет 33,6% наблюдаемой дисперсии показателя уровня офтальмотонуса.

При оценке зависимости показателей офтальмотонуса и показателя активности процесса у пациентов II и III группы выявлена умеренно положительная связь ($r_s=0,32$; значение коэффициента корреляции статистически достоверно $p<0,001$). Наблюдаемая зависимость уровня офтальмотонуса от активности процесса описывается уравнением парной линейной регрессии: $Y_{ВГД}=2,135 \times X_{CAS}+21,383$. При этом для пациентов с неактивным течением процесса при увеличении активности процесса на 1 балл следует ожидать увеличение уровня офтальмотонуса на 2,135 мм рт. ст. Полученная модель объясняет 10,1% наблюдаемой дисперсии уровня ВГД.

Выводы. Дифференцированный анализ взаимосвязи уровня ВГД и оценкой степени активности заболевания в баллах позволил выявить заметную, прямую, высоко достоверную связь у пациентов с активным течением ЭОП между уровнем офтальмотонуса и активностью воспаления. Таким образом, чем активнее аутоиммунный воспалительный процесс, тем выше уровень ВГД, что подтверждает механизм развития офтальмогипертензии у пациентов с активным течением ЭОП