

### Список литературы

1. Оганов Р.Г. с соавт. Эпидемиология артериальной гипертонии в России. Результаты федерального мониторинга 2003-2010 гг. / Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика, 2011, 10(1): 9-13
2. Feigin V.L. et al. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010/ Lancet. 2014;383(9913): 245-254
3. Carl J. Lavie. Clinical Strategies for Managing Dyslipidemias. Carl J. Lavie, MD, FACC, Damon L. Swift, PhD. Am J Lifestyle Med. 2014;8(4):235-238.
4. James N. Roemmich. Risk Factors for Cardiovascular Diseases in Youth. James N. Roemmich, Maya J. Lambiase, Katherine N. Balantekin, Denise M. Fedra, Joan Dorn. Exerc Sport Sci Rev. 2014;42(4):145-152.
5. Julia Hippisley-Cox and al. Predicting cardiovascular risk in England and Wales: prospective derivation and validation of QRISK2. . BMJ 2008; 336:1475-82.

УДК 616.8-07;616.441-003.822

### НЕКЛАССИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ОФТАЛЬМОПАТИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ЭНДОКРИНОЛОГА

**М. Р. Торосян**, ассистент кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

**Т. П. Киселева**, д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

**Т. Р. Чжен**, ассистент кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

*ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ  
(620028, Россия, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3)*

**Ключевые слова:** офтальмопатия, вариант, неоклассическая.

**Цель работы** – представить обзор на клинический случай офтальмопатии, имеющей атипичное течение.

#### **Материал и методы исследования**

Изучена медицинская документация пациента с предварительным диагнозом «эндокринная офтальмопатия» на амбулаторном и стационарном этапах лечения.

#### **Результаты и их обсуждение**

Жалобы и анамнез заболевания: пациент К., мужчина, 31 год, обратился к офтальмологу с жалобами на остро возникшую диплопию поздно ночью, связывает с предшествующим зрительным напряжением. Из анамнеза жизни: со слов пациента (медицинская документация не представлена), два года назад выполнялось удаление доброкачественного образования средостения (опухоль тимуса?). При осмотре: периорбитальные мягкие ткани без особенностей. Глазные щели D>S (сам пациент изменений во внешности не отмечал). ЭОМ: OD 17 мм, OS 15 мм (в пределах N 20 мм). Птоз 1 ст. верхнего века левого глаза. Движения глаз безболезненны, ограничено отведение справа. Кожа век не гиперемирована, конъюнктивы бледно-розовая, не отечная. Глазное дно без особенностей. МРТ орбит: справа глазное яблоко обычной формы, правильно расположено, данных за экзофтальм не получено – индекс экзофтальма 8 (норма 5-12), сетчатка не изменена, ретробульбарная клетчатка без особенностей, глазные мышцы не утолщены. Слева глазное яблоко обычной формы, правильно расположено,

данных за экзофтальм не получено – индекс экзофтальма 5 (норма 5-12), сетчатка не изменена, ретробульбарная клетчатка без особенностей, глазные мышцы не утолщены. Заключение консультанта: не исключается наличие эндокринной офтальмопатии (ЭОП). Рекомендована госпитализация в эндокринологическое отделение для уточнения диагноза, решения вопроса о проведении пульс-терапии. При дообследовании: УЗИ ЩЖ - патологических изменений не выявлено, V=8.1 см<sup>3</sup>. Гормоны: ТТГ=1.14 (0.35-4.94), сТ3=4.1 (2.63-5.7), сТ4=13.38 (3.0-19.05), АТ-ТГ=0.89 (0-4.0), АТ-ТПО=0.28 (0-9.0), АТ-рТТГ=1.48 (<1.0).

Учитывая данные предшествующих обследований, заключений специалистов, а также имеющееся у пациента повышение уровня АТ-рТТГ, не исключается манифестация ЭОП. Рекомендован контроль ТТГ в динамике в связи с риском развития тиреотоксикоза. Проведено 2 курса пульс-терапии преднизолоном с положительным эффектом, исчезновением диплопии. На фоне 2-го «пульса» отметил прогрессирующую слабость в икроножных мышцах, общую слабость, снижение толерантности к физическим нагрузкам. Симптоматика сохранялась и после завершения стационарного лечения. Было выдвинуто предположение о развитии стероидной миопатии. В большинстве случаев проходит самостоятельно через 10-14 дней после завершения приема глюкокортикоидов, но с учетом прогрессирующего течения рекомендована консультация невролога. По результатам обследования - заключение консультанта: генерализованная форма миастении, с вовлечением скелетной, мимической мускулатуры, с глазодвигательными нарушениями.

Миастения является аутоиммунным нервно-мышечным расстройством. В 40% случаев первоначально поражаются мышцы глаз, позже распространенность этого поражения достигает 85%, а частота изолированного мышечного поражения составляет 15%. Роль тимуса при миастении неясна, но 65% пациентов имеют гиперплазию тимуса, а 10% имеют тимому. После подтверждения диагноза необходимо провести исследования на предмет наличия аутоиммунных заболеваний, которые часто сочетаются с миастенией (среди них — болезнь Грейвса).

Рекомендован прием антихолинэстеразных средств - с положительным эффектом.

#### **Заключение**

Остается неясным характер офтальмопатии – эутиреоидная эндокринная/ миастеническая/ сочетанного генеза? Пациенту показано наблюдение невролога и контроль ТТГ для своевременного выявления возможного дебюта тиреотоксикоза.

УДК 616.45

## **ОДНОМОМЕНТНЫЙ РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ГОРМОНАЛЬНО-НЕАКТИВНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА МУНИЦИПАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

**Т. Р. Чжен**, ассистент кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

**Т. П. Киселева**, д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

**М. Р. Торосян**, ассистент кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

*ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ  
(620028, Россия, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3)*

**Ключевые слова:** образования, надпочечники, плотность.