

# ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Кринец Ж.М., Ильина С.Н., Нечипоренко А.С., Мартинкевич О.Н., Сухоносик О.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Гродно, Беларусь

УО «Гродненская университетская клиника»

Гродно, Беларусь

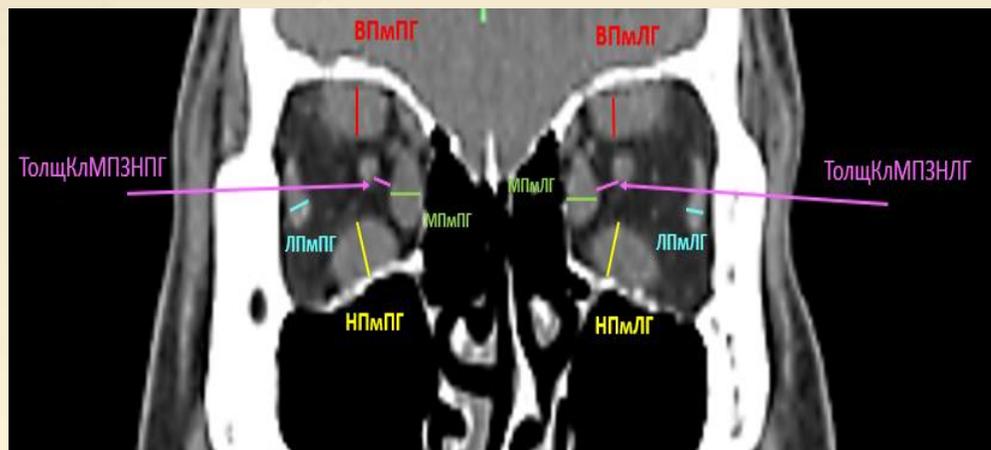
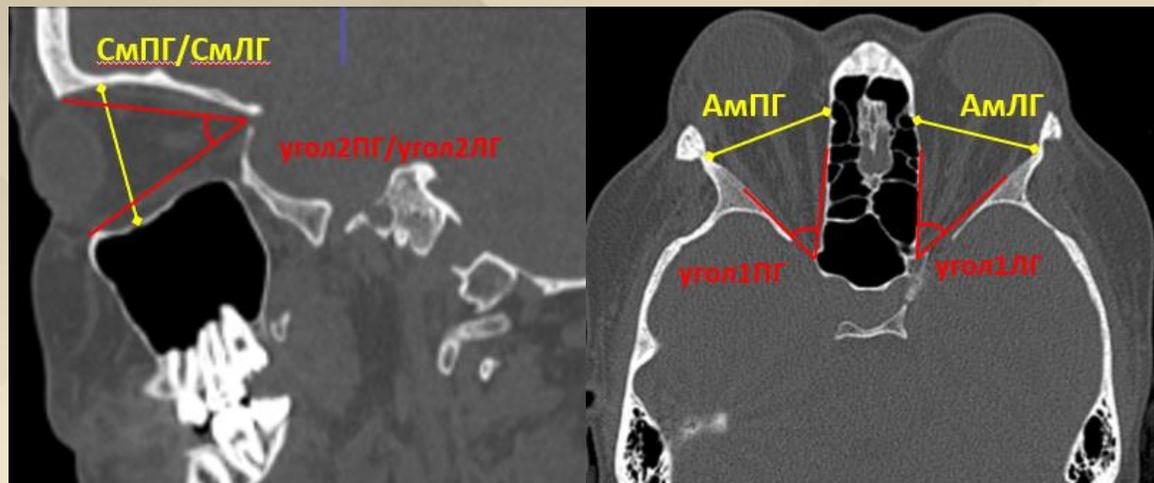


**Актуальность.** Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) – прогрессирующее заболевание мягких тканей орбиты, в основе которого лежит иммуномедиаторное воспаление экстраокулярных мышц и орбитальной клетчатки [1,2]. Ежегодно ЭОП диагностируется у 16 женщин и у 2,9 мужчин на 100000 населения [1,3]. Выявлено два возрастных пика заболеваемости: для женщин 40 – 44 года и 60 – 64 года, а для мужчин 45 – 49 лет и 65 – 69 лет. В течении ЭОП выделяют активную воспалительную фазу, которая в течение 3 – 4 месяцев до нескольких лет переходит в стадию фиброза. Выявление рисков развития и своевременная диагностика заболевания может предотвратить появление тяжелых вариантов течения процесса, которые приводят к инвалидности и ограничению социальной активности пациентов.

**Цель исследования.** Определение факторов риска развития эндокринной офтальмопатии.

**Материалы и методы.** В исследование включено 190 пациентов с дисфункцией щитовидной железы (380 орбит). Для изучения клинико-инструментальных признаков развития ЭОП пациенты, участвующие в исследовании, подразделены на группы: группа 1 – пациенты без видимых клинических признаков ЭОП – 100 пациентов (200 орбит); группа 2 – пациенты с клиническими признаками ЭОП – 90 пациентов (180 орбит). Выполнено стандартное офтальмологическое обследование пациентов. Проведены инструментальные методы диагностики: УЗИ глазного яблока, КТ с определением анатомических структур орбиты и внутриорбитального комплекса: ширины решетчатого лабиринта в аксиальной плоскости (Шрл), максимального размера орбиты в сагиттальной (Ам) и аксиальной плоскости (См), максимального размера поперечного сечения прямых мышц (нижней, медиальной, верхней, латеральной) глаза в коронарной плоскости, угла конуса орбиты в аксиальной (угол 1) и сагиттальной плоскости (угол 2) (рисунок 1).





## Результаты и их обсуждение.

Проведен анализ наиболее известных общих факторов риска развития ЭОП: возраст, пол и курение. Анатомические особенности орбиты, размер глазного яблока, жалобы на слезотечение, чувство инородного тела, симптом Мебиуса выбраны нами в качестве локальных факторов риска развития ЭОП. Полученные данные исследования по указанным факторам подвергнуты однофакторному логистическому регрессивному анализу.

Данные однофакторного логистического регрессионного анализа факторов риска ЭОП представлены в *таблице 1*.

**Рисунок 1** – Максимальный размер орбиты в сагиттальной плоскости (Ам), максимальный размер орбиты в аксиальной плоскости (См), ширина решетчатого лабиринта в аксиальной плоскости (Шрл), максимальный размер поперечного сечения прямых мышц (нижней, медиальной, верхней, латеральной) глаза в коронарной плоскости, угол конуса орбиты в аксиальной плоскости (угол 1), угол конуса орбиты в сагиттальной плоскости (угол 2).

**Таблица 1. – Данные однофакторного логистического регрессионного анализа различных факторов риска развития эндокринной офтальмопатии**



Фактор риска	Группа 1 (без видимых признаков ЭОП) (n = 100)	Группа 2 (явные признаки развития ЭОП) (n= 90)	Значение Р	Коэфф ициент вероят ности	95% ДИ
возраст, годы	36,3±2,58	43,2±2,57	0***	1,045	1,021 -1,071
пол пациентов, м/ж, n	22/78	21/69	0,826	1,079	0,544 -2,135
курение, n	35	56	0***	0,327	0,179 -0,587
длительность заболевания, мес	18,31±2,73	17,32±3,08	0,56	0,993	0,968 -1,017
компенсация процесса, n	56	28	0,076	0,469	0,201 -1,083
слезотечение, n	35	35	0,579	0,833	0,461 -1,504
чувство инородного тела в глазу, n	25	38	0,011*	0,450	0,241 -0,829
симптом Мебиуса, n	15	44	0***	0,182	0,089 -0,355
анатомическая предрасположенность глазницы, n	23	42	0,001	1,358	1,097-1,680
ПЗО глаза, мм	22,54 ± 0,41	23,41 ± 0,32	0,001***	1,387	1,159 -1,679

Практически каждый из приведенных факторов риска взятый по отдельности может привести к развитию эндокринной офтальмопатии, тем не менее, минимальную статистическую достоверность имели четыре фактора из десяти: пол пациентов, длительность заболевания, компенсация процесса и жалобы на слезотечение.



В группе пациентов с ЭОП (группа 2) средний возраст мужчин ( $44,6 \pm 11,08$  года) был значительно выше, чем у женщин ( $41,39 \pm 8,9$  год), при соотношении мужчин к женщинам 1:3 ( $p=0,01$ ). Женщины и мужчины в возрасте от 31 до 40 лет и от 41 до 50 лет, соответственно, имели самый высокий уровень заболеваемости ЭОП. Количество курильщиц среди женщин было минимальное как в группе 1, так и в группе 2. Число активных курильщиц – 9,5% (соответственно в группе 1 – 3% от общего количества пациентов в группе и 3,8% от числа женщин, включенных в исследование; группа 2 – 12,2% и 15,9% соответственно). Среди пациентов мужского пола процент активных курильщиков – 55,81% (соответственно в группе 1 – 9% от общего количества пациентов в группе и 40,9% от числа мужчин, включенных в исследование; группа 2 – 16,7% и 71,4% соответственно). Количество пассивных курильщиков или бросивших курить – 27,9%. Таким образом, пациенты, курившие и курящие, составили 47,9% от общего числа пациентов с дисфункцией щитовидной железы.

Продолжительность заболевания щитовидной железы до момента появления офтальмологических симптомов составила в среднем  $17,32 \pm 3,08$  месяца (диапазон от 1 до 36 месяцев). У 47,8% пациентов признаки ЭОП диагностированы в течение шести месяцев после выявления дисфункции щитовидной железы, тем не менее, длительность процесса не носила статистически значимого значения как признак, влияющий на возникновение ЭОП. Локальные факторы риска развития ЭОП оказали существенное влияние на развитие ЭОП ( $p=0,001$ ).

**Выводы.** Выбранные для анализа критерии риска оказывали значимое влияние на развитие ЭОП. Анатомические особенности строения орбиты и размеры глазного яблока явились статистически достоверными факторами риска возникновения и механической составляющей развития ЭОП.

# ЛИТЕРАТУРА

1. Бровкина, А.Ф. Эндокринная офтальмопатия /А.Ф.Бровкина. – М.: Гэотар-мед, 2008. – 178 с.
2. Аветисов, С.Э. Хирургическая реабилитация пациентов с эндокринной офтальмопатией: систематизированный подход / С.Э. Аветисов, Я.О. Груша, Д.С. Исмаилова и др. // Вестник офтальмологии. – 2017. - №1. – С. 4-10.
3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению эндокринной офтальмопатии при аутоиммунной патологии щитовидной железы / И. И. Дедов [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2015. – № 1 – С. 61-74.



*Спасибо за внимание*