
Клінічний випадок диференціальної діагностики синдрому Шегрена у практиці лікаря-офтальмолога

Зборовська О. В., Дорохова О. Е., Горянова І. С., Колесніченко В. В.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН» (Одеса, Україна)

Актуальність. Синдром Шегрена (СШ) - це аутоімунне захворювання, що вражає слинні та сльозові залози. Офтальмологи можуть бути першою лінією виявлення синдрому Шегрена, враховуючи частоту очних проявів при даному захворюванні. Для діагностики СШ не існує «золотого стандарту». Хоча існує кілька підходів до діагностики та лікування, жоден не є специфічним для СШ, і, як правило, потрібно спробувати декілька методів, щоб визначити, що найкраще підходить для конкретного пацієнта. Лікування очних проявів СШ продовжує залишатися медичною проблемою.

Презентація кейсу. Пацієнтка Н., 40 років. Звернулась до відділення запальних хвороб ока Інституту наприкінці грудня 2020 року зі скаргами на зниження гостроти зору, біль, виражені сльозотечу та почервоніння лівого ока. Загальний стан задовільний. За даними об'єктивного обстеження праве око: норма, ліве око: незначний набряк повік та обмеження рухливості очного яблука, сльозотеча, виражена ін'єкція кон'юнктиви, судини її розширені, преципітати ендотелію рогівки, помутніння у скловидному тілі, очне дно – дещо звиті судини. Скарги з'явилися 2 місяці тому. Лікувалася за місцем проживання: неспецифічна протизапальна терапія, глюкокортикостероїди парабульбарно, антибактеріальна терапія системно – з прогресивною негативною динамікою. З собою мала недавнє дослідження з високими IgM до HSV 1/2. Із анамнезу – 2 роки тому запалення слинної залози. Попередній діагноз: гострий передній, середній увеїт (асоційований з HSV1/2?). За результатами додаткових досліджень: VOT лівого ока > 40,0, КТ орбіт – запальні зміни підшкірної жирової клітковини повік, параокулярної, ретробульбарної клітковини OS, ознаки дакріoadеніту OS. ANA – позитивні. Консультована ревматологом з діагнозом синдром Шегрена. УЗД слинних залоз – ознаки запалення. Сумісно з ревматологом призначена терапія – метилпреднізолон та метатрексат. На повторному огляді – значне покращення, без системних проявів. По сьогоднішній день пацієнтка в стані стійкої ремісії.

Висновок. При діагностиці випадків захворювань, що рідко зустрічаються, таких як синдром Шегрена, необхідно дотримуватись принципів достатнього обстеження та диференціальної діагностики. Необхідно враховувати усі симптоми, що вкладаються в цю патологію та розуміти різницю протікання хвороби з системними проявами та без них.

A clinical case of differential diagnosis of Sjogren's syndrome in the practice of an ophthalmologist

Zborovska O. V., Dorokhova O. E., Horyanova I. S., Kolesnichenko V. V.

SI «*The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of NAMS of Ukraine*» (Odesa, Ukraine)

Topicality. Sjögren's syndrome (SS) is an autoimmune disease that affects the salivary and lacrimal glands. Ophthalmologists may be the first line of detection of SS, given the frequency of ocular manifestations in this disease. Treatment of ocular manifestations of SS continues to be a medical problem. Case presentation. Patient N., 40 years old. She complained of decreased visual acuity, pain, severe tearing and redness of the left eye. Complaints appeared 2 months ago. From the anamnesis - 2 years ago inflammation of the salivary glands. Preliminary diagnosis: acute anterior, middle uveitis (associated with HSV1/2?). Intraocular pressure OS > 40.0, CT of the orbits - inflammatory changes of the subcutaneous fat OS, signs of dacryoadenitis OS. ANA - positive. Consulted a rheumatologist with a diagnosis of Sjögren's syndrome. Therapy - methylprednisolone and methotrexate. The patient is in a state of stable remission. Conclusion. When diagnosing cases of rare diseases, it is necessary to take into account all the symptoms involved in this pathology and understand the difference between the course of the disease with systemic manifestations and without them.

Клінічний випадок «парадоксальної реакції» на адекватну протитуберкульозну терапію у лікуванні туберкульозного панувейту

Зборовська О. В., Дорохова О. Е., Горянова І. С., Пількевич Т. С., Самолюк Н. О., Колесніченко В. В.

ДУ «*Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН*» (Одеса, Україна)

Актуальність. Туберкульоз ока є рідкісним позалегеновим проявом інфікованості *Mycobacterium tuberculosis*. Клінічні симптоми в основному обумовлені гематогенною дисемінацією з легеневої системи в увеальний тракт та аутоалергічними механізмами. Очний туберкульоз є імітатором очних патологій, тому вимагає високого рівня підозри при постановці діагнозу. Феномен «парадоксальною реакції» на протитуберкульозну (проти-tbc) терапію полягає в погіршенні стану пацієнта і появи нових вогнищ інфекції на тлі адекватної терапії туберкульозу. Частіше така реакція зустрічається у пацієнтів з вираженою аутоалергією опосередкованою через інфікування мікобактерією чи у пацієнтів з імуносупресивним станом.

Презентація кейсу. Пацієнтка Т., 37 років. Звернулась до відділення запальних хвороб ока Інституту у грудні 2020 року зі скаргами на значне зниження гостроти зору та «туман» перед лівим оком. Із анамнезу: хворіє з липня 2020 року, коли помітила поступове зниження гостроти зору. Звернулася до офтальмолога за місцем проживання, виставлений діагноз – передній, се-