

5. Holladay, J.T. Calculating the surgically induced refractive change following ocular surgery / J.T. Holladay, Th.V. Cravy, D.D. Koch // J. Cataract Refract. Surg. – 1992. – Vol.18. – P. 429-443.
6. Astigmatism outcomes of horizontal temporal versus nasal clear corneal incision cataract surgery / I. S. Barequet [et al.] // J. Cataract Refract. Surg. – 2004. – Vol. 30. – P. 418-423.
7. Masket, S. Astigmatic stabilization of 3.0 mm temporal clear corneal incision / S. Masket, G. Tennen // J. Cataract Refract. Surg. – 1996. – Vol.22. – P. 1451-1455.
8. Corneal shape changes after temporal and superiolateral 3,0 mm clear corneal incision / G. Rainer [et al.] // J. Cataract Refract. Surg. – 1999. – Vol. 25. – P. 1121-1126.
9. Marek, R. Comparison of surgically induced astigmatism of temporal versus superior clear corneal incisions / R. Marek, A. Klus, R. Pawlik // Klinika Oczna. – 2006. – P. 392-396.
10. Astigmatic outcomes of temporal versus nasal clear corneal phacoemulsification / M. Pakravan [et al.] // J. Ophthalmic Vis. Res. – 2009. – P. 79-83.

УДК 617.764.1-008.811.4
© Коллектив авторов, 2017

М.Т. Азнабаев¹, Г.А. Мухетдинова¹, Р.Р. Ахмадуллин², З.Р. Вахитова^{1,2}, Г.А. Азаматова¹
СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА» В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ РБ «Поликлиника №1», г. Уфа

Приведенный клинический случай демонстрирует позднюю диагностику болезни Шегрена, что привело к неверной тактике ведения пациента. Правильно выставленный диагноз и адекватное лечение позволили улучшить состояние пациента.

Ключевые слова: болезнь Шегрена, сухой кератоконъюнктивит, своевременная диагностика.

M.T. Aznabaev, G.A. Mukhetdinova, R.R. Akhmadullin, Z.R. Vakhitova, G.A. Azamatova
DRY EYE SYNDROME IN MEDICAL PRACTICE

The clinical case demonstrates a late diagnosis of Sjogren's disease, which led to the wrong treatment tactics. Correct diagnosis and adequate treatment improved the patient's condition.

Key words: Sjogren's disease, dry keratoconjunctivitis, timely diagnosis.

Болезнь Шегрена (БШ) – системное заболевание неизвестной этиологии, характерной чертой которого является хронический аутоиммунный лимфопролиферативный процесс в секретирующих эпителиальных железах с развитием паренхиматозного сиаладенита с ксеростомией и сухого кератоконъюнктивита с гиполакримией [2].

Синдром Шегрена (СШ) – аналогичное болезни Шегрена поражение слюнных и слезных желез, развивающееся у 5-25% больных с системными заболеваниями соединительной ткани, чаще ревматоидным артритом, у 50-75% больных с хроническими аутоиммунными поражениями печени (хронический аутоиммунный гепатит, первичный билиарный цирроз печени) и реже при других аутоиммунных заболеваниях [2].

Синдром Шегрена впервые был описан как системное заболевание в 30-40 годах XX в. Данное заболевание вызывает интерес у офтальмологов и ревматологов в связи с редкостью, неясностью этиопатогенеза, сложностью диагностики и лечения заболевания [1,3,4].

Критерии диагноза БШ:

I. Сухой кератоконъюнктивит (синдром «сухого глаза»):

1) снижение слезовыделения < 10 мм за 5 минут по тесту Ширмера;

2) окрашивание эпителия роговицы/конъюнктивы флюоресцеином (I-III ст.);

3) снижение времени разрыва прекорнеальной слезной пленки < 10 секунд.

II. Паренхиматозный сиаладенит:

1) сиалометрия стимулированная < 2,5 мл за 5 минут;

2) сиалография – обнаружение полостей > 1 мм;

3) очагово-диффузная лимфогистиоцитарная инфильтрация в биоптатах малых слюнных желез (≥ 2 фокусов* в 4 мм²).

III. Лабораторные признаки аутоиммунного заболевания:

1) положительный ревматоидный фактор (РФ);

2) положительный антинуклеарный фактор (АНФ);

3) наличие анти-SSA/Ro и (или) анти-SSB/La антиядерных антител.

Диагноз БШ может быть поставлен при наличии первых двух критериев (I, II) и не менее одного признака критериев из части III [2]. Более 90% всех больных составляют женщины среднего и пожилого возраста.

Представляем клинический случай первичного синдрома «сухого глаза».

Пациентка Г., 50 лет, обратилась к ревматологу в ГБУЗ РБ «Поликлиника № 1» г. Уфы с жалобами на боли в мелких суставах кистей при интенсивной физической нагрузке, высыпания на коже в области бедра, повышенную утомляемость, сухость в глазах, во рту, светобоязнь, озноб.

Из анамнеза известно, что больной себя считает около 10 лет, когда появились боли в суставах и высыпания на коже. Ранее лечилась у дерматолога с диагнозом очаговая склеродермия со слабopоложительным эффектом: количество высыпаний на коже уменьшилось, но другие жалобы сохранялись. Также наблюдалась у терапевта с диагнозом полиостеоартроз и по его рекомендации принимала мелоксикам 7,5 мг 1 раз в день в течение года.

По данным объективного осмотра выявлены: болезненность и увеличение околоушных желез с обеих сторон; болезненность и припухлость дистальных межфаланговых суставов кистей с обеих сторон, болезненность коленных суставов; ограничений движения в суставах не выявлено. На коже в верхней трети бедра имеются уртикарные высыпания (2 элемента) диаметром 1,5 и 2 см. Температура тела пациентки 37,3°C.

Ревматологом установлен предварительный диагноз синдром Шегрена. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с болезнью Шарпа, ревматоидным артритом, системной красной волчанкой, системной склеродермией.

Рекомендована консультация офтальмолога с проведением тестов и проб. Назначены исследования: общий анализ крови (ОАК), биохимический анализ крови (БАК), общий анализ мочи (ОАМ), электрокардиография (ЭКГ), определение в крови С-реактивного белка (СРБ), ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), антинуклеарного фактора, аутоантител к двуспиральной ДНК, иммуноблот. С целью исключения паранеопластического синдрома проведено ультразвуковое исследование внутренних органов, фиброгастродуоденоскопия и рентгенография органов грудной клетки (ОГК), по результатам которых значимой патологии не выявлено. По данным лабораторных анализов выявлено повышение показателей СОЭ до 28 мм/ч, титров антинуклеарного фактора (АНФ) до 1:5120 (норма – менее 1:160), ревматоидного фактора (РФ) до 178 МЕ/мл (норма до 14 МЕ/мл).

Показатели ОАМ, БАК, СРБ, АЦЦП и аутоантитела к двуспиральной ДНК были в пределах допустимой нормы.

Результаты иммуноблота показали наличие анти-SSA/Ro и анти-SSB/La антинуклеарных антител.

На консультации офтальмолога пациентка предъявляла жалобы на ощущение рези и жжения, чувство «инородного тела» и «песка» в глазах, отсутствие слезы при плаче, светобоязнь, частые эпизоды конъюнктивита. Из анамнеза установлено, что отсутствие слезы больная отмечает с раннего детства.

При осмотре: острота зрения обоих глаз 1,0, поля зрения при проведении кинетической периметрии по Ферстеру в пределах нормы.

Внутриглазное давление обоих глаз при бесконтактной тонометрии (NT-1000, Япония): OD – 11 мм рт.ст., OS – 10 мм рт.ст.

Оба глаза (OU) правильно расположены в орбитах, движения глазных яблок в полном объеме. Слезные железы при пальпации не увеличены. При объективном обследовании выявлены: утолщение и гиперемия краев век, инъекция и отечность конъюнктивы, наличие отделяемого в виде слизистых нитей в конъюнктивальном мешке. При окрашивании эпителия конъюнктивы и роговицы флюоресцином выявлены участки дистрофии эпителия конъюнктивы и зоны нарушения целостности прероговичной слезной пленки. Роговица прозрачная, сферичная, передняя камера средней глубины, влага передней камеры прозрачная, зрачок круглый, диаметр его 4 мм, хрусталик прозрачный. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розового цвета с четкими границами, сетчатка без особенностей, артерии и вены в норме.

Тест Ширмера I: OD – 1 мм, OS – 2 мм (норма – более 10 мм за 5 мин).

Проба Норна: OD – 3 секунды, OS – 3 секунды (в норме – более 10 секунд), что свидетельствует о нарушении стабильности прероговичного слезного слоя.

Был выставлен диагноз синдром «сухого глаза» (системно-органный форма). Болезнь Шегрена под вопросом.

Рекомендованы инстилляционные препараты слезозаместительной терапии 4-6 раз в день длительно и препарата 0,05% циклоsporина А (Рестасис, Аллерган) 2 раза в день в течение 6 месяцев.

УЗИ суставов кистей и коленных суставов выявило признаки неэрозивного артрита мелких суставов кистей, умеренный синовит коленных суставов.

От проведения биопсии слюнных желез пациентка отказалась.

Установлен клинический диагноз болезнь Шегрена, хроническое течение, развернутая стадия с поражением глаз, слюнных желез, суставов, кожи.

Учитывая высокий уровень активности заболевания рекомендовано: Дексаметазон 8 мг внутримышечно № 3, Трентал 5 мл внутривенно капельно № 10, Метипред в таблетках 8 мг со снижением дозы до 4 мг, Метотрексат в таблетках 10 мг с увеличением дозы до 15 мг в неделю, Аэртал в таблетках 100 мг 2 раза в день. Омега-3 в таблетках 20 мг 1 раз в день.

После проведенного лечения пациентка чувствовала себя удовлетворительно. При динамическом осмотре через 4 месяца у нее значительно улучшилось самочувствие – не беспокоили боли в суставах, сухость в глазах и во рту, улучшилось настроение и качество жизни. Наблюдалась положительная динамика

показателей анализа крови – РФ и СОЭ снизились до нормы.

Выводы

Приведенный клинический случай демонстрирует ошибки и позднюю диагностику болезни Шегрена, прежде всего связанные с низким уровнем знания о проявлениях болезни и отсутствием взаимодействия врачей различных специальностей с офтальмологами при жалобах на сухость в глазах. Редкость данной патологии обуславливает определенные трудности диагностики и лечения. Диагноз болезни Шегрена необходимо подтверждать данными офтальмологических проб и лабораторного исследования. Широкое внедрение исследования иммуноблота вместе с распространением информации об этом заболевании и его дифференциальной диагностике среди терапевтов и врачей общей практики позволяет выявить болезнь Шегрена на ранних стадиях и улучшить исходы лечения.

Сведения об авторах статьи:

Азнабаев Марат Талгатович – д.м.н., академик АН РБ, профессор кафедры офтальмологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)275-97-65.

Мухетдинова Гузель Ахметовна – д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Ахмадуллин Руслан Робертович – к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ РБ «Поликлиника № 1». Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Цюрупы, 4.

Вахитова Зульфия Рашитовна – к.м.н., ассистент кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, врач-ревматолог ГБУЗ РБ «Поликлиника № 1». Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Цюрупы, 4. E-mail: VakhitovaZR@yandex.ru.

Азаматова Гульнара Азаматовна – к.м.н., ассистент кафедры офтальмологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347) 275-97-65. E-mail: azamatova_g@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев, В.И. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика болезни Шегрена / В.И. Васильев // Русский медицинский журнал. – 2008. – № 10. – С. 638.
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Шегрена [Электронный ресурс] – М., 2013. – Режим доступа: <http://rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii>. – Дата обращения: 28.01.17.
3. Ramos-Casals, M. Primary Sjogren's syndrome: new clinical and therapeutic concepts / M. Ramos-Casals, A. Tzioufas, J. Font // Ann. Rheum. Dis. – 2005. – Vol. 64. – P. 347-354.
4. Talal, N. Sjogren's syndrome. Clinical and immunological aspects / Talal N., H. Moutsopoulos, S. Kassan // Berlin, Springer-Verlag, 1987 – P. 299.

УДК 617.764.1-008.811.4

© М.Т. Азнабаев, С.Р. Авхадеева, Г.А. Азаматова, 2017

М.Т. Азнабаев, С.Р. Авхадеева, Г.А. Азаматова ЭВОЛЮЦИЯ ТЕРМИНА СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА» И КЛАССИФИКАЦИИ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

Статья посвящена изменениям в терминологии и классификации синдрома «сухого глаза» (ССТ) с 1933 года до настоящего времени. ССТ – одно из распространенных офтальмологических заболеваний. Многочисленные исследования, посвященные этой патологии, значительно изменили представления об этиологии и патогенезе ССТ. Вследствие этого термин синдром «сухого глаза» претерпел изменения и появились классификации, отражающие новую информацию по данному заболеванию.

Ключевые слова: синдром «сухого глаза», патогенез, классификация.

M.T. Aznabaev, S.R. Avkhadeeva, G.A. Azamatova EVOLUTION OF THE TERM «DRY EYE SYNDROME» AND CLASSIFICATION OF THIS DISEASE

The article is devoted to changes in terminology and classification of the dry eye syndrome (DES) from 1933 to the present day. DES is one of the most common ophthalmic diseases. Numerous studies on this disease have changed the understanding of etiology