

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2020-2-92-94>
УДК 617.723-002

Клинический случай синдрома Фогта-Коянаги-Харада

А.Э. Бабушкин, Г.Х. Зайнутдинова, Д.Н. Ильина

ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ», Уфа

РЕФЕРАТ

В приведенном в статье клиническом случае экстраокулярные симптомы (витилиго, очаговое поседение волос на голове, полиоз), помогающие диагностировать увеаменингит, развились довольно поздно после поражения глаз (через 5 месяцев, что не характерно для классических случаев), но именно они, в итоге, позволили уста-

новить правильный этиологический диагноз – двусторонний панувеит на фоне синдрома Фогта-Коянаги-Харада, и провести адекватное этому состоянию лечение (пульс-терапию большими дозами стероидов), которое привело к стойкой ремиссии заболевания и сохранению довольно высокого зрения.

Ключевые слова: синдром Фогта-Коянаги-Харада, клинический случай, экстраокулярные симптомы, пульс-терапия. ■

Точка зрения. Восток – Запад. 2020;2:92-94.

ABSTRACT

A clinical case of Vogt-Koyanagi-Harad syndrome

G.H. Zainutdinova, A.E. Babushkin, D.N. Iliina, A.A. Farkhutdinova

Ufa Eye Research Institute, Ufa

In the clinical case presented in the article, extraocular symptoms (vitiligo, focal hair graying, polyosis) that help diagnose uveameeningitis developed quite late after eye damage (after 5 months, which is not typical for classical cases), but, in the end, they allowed establish the correct etiological diagnosis – bilateral panuveitis against the background of

Vogt-Koyanagi-Harad syndrome, and conduct treatment adequate for this condition (pulse therapy with large doses of steroids), which led to persistent remission for Olevanov and maintain a fairly high view.

Key words: Vogt-Koyanagi-Harad syndrome, clinical case, extraocular symptoms, pulse therapy. ■

Point of View. East – West. 2020;2:92-94.

Синдром или болезнь Фогта-Коянаги-Харада или увеаменингит представляет собой системное, аутоиммунное (этиология неизвестна) и полиорганное заболевание, при котором поражаются глаза в виде двустороннего, тяжело протекающего, рецидивирующего гранулематозного панувеита. Чаще всего болеют женщины в возрасте 30-50 лет. Заболевание регистрируется повсеместно, однако есть этническая предрасположенность к его развитию, в частности, у жителей Японии и Латинской Америки [1-3].

В острой фазе или несколько позже (примерно через 1-1,5 месяца) развиваются экстраокулярные признаки, вызванные менингоэнцефалитом (протекает как ОРЗ), и помо-

гающие заподозрить наличие данного заболевания. Они заключаются чаще всего в появлении витилиго и временного ухудшения слуха, нередко имеет место и локальное поседение волос. Таким образом, диагностика данного заболевания в классических случаях не представляет больших затруднений. Трудности возникают, когда заболевание протекает атипично, причем в последние годы такие случаи встречаются все чаще [4-7].

Чем позже будет поставлен правильный диагноз, тем хуже конечные функциональные результаты из-за развития осложнений: экссудативной отслойки сетчатки, вторичной глаукомы, осложненной катаракты, субретинального фиброза и хориоидальной неоваскуляр-

ной мембраны [2, 3, 8]. Очень важным подспорьем в диагностике заболевания является обнаружение плеоцитоза в спинномозговой жидкости. Некоторые авторы рассматривают его как главный критерий для постановки диагноза синдрома Фогта-Коянаги-Харада. В лечении данного заболевания ведущая роль отводится длительной и в его начале мощной кортикостероидной (нередко на старте предпочтение отдается пульс-терапии), реже цитостатической терапии или их комбинации [9-15].

Впервые пациент В., 20 лет, житель одного из городов РБ, обратился в Уфимский НИИ глазных болезней с жалобами на двустороннее снижение остроты зрения, боли, красноту обоих глаз и чувство

общего недомогания (по типу продромальных явлений ОРЗ) в середине июля 2019 г. Из анамнеза стало известно, что покраснение и постепенное ухудшение зрения обоих глаз пациент отмечал с конца апреля 2019 г. Сначала лечился амбулаторно (глазные капли НПВС, тобрадекс, тетрациклиновая мазь, окомистин и др.) у окулиста по месту жительства, затем, в связи с неэффективностью лечения был направлен и госпитализирован в глазное отделение городской больницы. После проведенного в течение 10 дней курса противовоспалительной (диклофенак в каплях и в/м, дексаметазоновые капли и мидриатики в инстилляциях) и антибиотикотерапии (цефтриаксон в/м и гентамицин п/б) больной был выписан с незначительным улучшением зрения для продолжения амбулаторного лечения под наблюдением офтальмолога поликлиники. Дома пациент продолжал закапывать мидриатики и нестероидные противовоспалительные препараты. На фоне такого лечения отмечалось прогрессирующее ухудшение зрения и усиление воспалительной реакции в виде покраснения глаз, в связи с чем пациент был направлен на консультацию в Уфимский НИИ глазных болезней.

Объективный статус. При первичном офтальмологическом обследовании: острота зрения OD- 0,09 н/к, OS- 0,2н/к. Внутриглазное давление (ВГД) бесконтактным методом – 10/8 мм рт. ст.

Оба глаза умеренно раздражены, смешанная инъекция сосудов конъюнктивы, на эндотелии средних размеров множественные преципитаты, передняя камера средней глубины, влага ее прозрачная, круговые задние синехии, зрачки неправильной формы, узкие, реакции на свет практически нет, частичное помутнение хрусталика. В стекловидном теле с трудом просматривается плавающая воспалительная взвесь. Офтальмоскопически с глазного дна рефлекс ослаблен, справа – детали его не просматриваются, слева – за флером, видны только очертания диска зрительного нерва.

Результат В-сканирования ОУ: в стекловидном теле акустически гетерогенные включения в виде точек, хлопьев, шварт, фиксирован-

ных и нефиксированных к сетчатой оболочке. Отслойки оболочек глаза нет. Канал зрительного нерва, ретробульбарная область – без патологии.

Пациент также консультирован стоматологом, оториноларингологом, ревматологом, фтизиоофтальмологом, инфекционистом, терапевтом. Проведен комплекс обследований: анализ крови на ЦМВ, ВПГ, ВЭБ; хламидии, ВИЧ; гепатит В и С; сифилис; общий и биохимический анализ крови, мочи. Все показатели обследований, за исключением очень высоких уровней IgG к ЦМВ и ВЭБ, у пациента были в пределах нормы. Учитывая полученные в результате обследования данные, больному, помимо симптоматического (мидриатики в каплях и под конъюнктиву), противовоспалительного (НПВС) местного лечения, была назначена местная (офтальмоферон) и системная противовирусная терапия – валацикловир по 500 мг х 2 раза в сутки в течение 10 дней с рекомендацией последующей явки на контроль через 2 недели.

В начале августа пациент пришел на контроль после проведенного курса противовирусной терапии. Эффекта от нее он не отметил, более того было зафиксировано ухудшение остроты зрения: OD – до 0,07 и OS- 0,09(н/к). При измерении ВГД OD составило 7 мм рт. ст., OS – 9 мм рт. ст.

Пациент был госпитализирован на стационарное лечение в клинику Уфимского НИИ глазных болезней с диагнозом «увеит неизвестной этиологии обоих глаз, сращение зрачка, неполная осложненная катаракта».

После 10-дневного лечения с применением кортикостероидов в виде инстилляций, субконъюнктивальных инъекций и внутривенных инфузий по убывающей схеме, оба глаза в значительной степени успокоились, и повысилась острота зрения правого глаза до 0,7, левого – 0,9 н/к. Больной был выписан на амбулаторное долечивание с рекомендацией инстилляций дексаметазоновых капель по убывающей схеме в течение месяца.

При повторном контрольном обращении в Уфимский НИИ глазных болезней 07.09.19 г. пациент жалоб не предъявлял. Оба глаза были спокойными с единичными пылевид-



Рис. Поседение некоторых ресниц верхнего века у больного с двусторонним панuveитом на фоне синдрома Фогта-Коянаги-Харада

ными преципитатами на эндотелии. Острота зрения правого глаза – 0,9, левого глаза – 1,0 н/к. Офтальмотонус OD и OS составил 11 мм рт. ст. Следует указать, что со времени первого обращения пациента в июле до сентября 2019 г. каких-либо экстраокулярных симптомов у больного мы не отмечали, поскольку диагноз, в т.ч. атипичного течения увеаменингоэнцефального синдрома, также рассматривался.

Через месяц (29.10.2019 г.), однако, больной вновь вынужден был обратиться в институт с жалобами на резкое снижение остроты зрения обоих глаз (до 0,1 н/к) и общее недомогание (слабость, периодические, слабо выраженные головные боли и т.п.). На консилиуме при тщательном внешнем осмотре у пациента выявлены следующие клинические симптомы: начинающий седесть очаговый участок волос на голове и поседение некоторых ресниц верхнего века (рис.), еще нечетко выраженная очаговая депигментация кожи лица и симметричная – предплечий. Другими словами, у больного через 5 месяцев после развития двустороннего увеита было зафиксировано развитие характерных для увеаменингита или синдрома Фогта-Коянаги-Харада, экстраокулярных признаков.

Пациент вновь госпитализирован на стационарное лечение для проведения пульс-терапии. Последняя была выполнена в течение 4 суток с использованием метипреда в дозе 1000 мг/сут. с последующим переходом в стационаре на в/в инфузии и амбулаторный длительный (в течение 6 месяцев) пероральный прием преднизолона по схеме. На фоне указанного мощного и адекватного

лечения был отмечен значительный и быстрый положительный эффект с повышением остроты зрения при выписке обоих глаз до 0,8 н/к. Контрольные осмотры пациента через 1, 3 и 6 месяцев показали стойкий эффект от проведенной пульс-терапии и сохранение стабильного функционального результата.

Таким образом, в приведенном клиническом случае экстраокулярные симптомы (витилиго, очаговое поседение волос на голове, полиоз), помогающие диагностировать увеит, развились довольно поздно после поражения глаз (через 5 месяцев, что не характерно для классических случаев), но именно они, в итоге, позволили установить правильный этиологический диагноз – двусторонний пануевит на фоне синдрома Фогта-Коянаги-Харада, и провести адекватное этому состоянию лечение (пульс-терапию большими дозами стероидов), которое привело к стойкой ремиссии заболевания и сохранению довольно высокого зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабушкин А.Э., Сюняева С.И., Фаттахов Б.Т., Вавилова О.В. О синдроме Фогта-Коянаги-Харада. Вестник офтальмологии. 2003; 2: 45-47.
2. Сорокин Е.Л., Воронина Н.В., Авраменко С.Ю., Помыткина Н.В. Синдром Фогта-Коянаги-Харада (клинические наблюдения). Вестник офтальмологии. 2015; 3: 90-96.
3. Астахов Ю.С., Кузнецова Т.И., Хрипун Т.В. и др. Перспективы диагностики и эффективность лечения болезни Фогта-Коянаги-Харада. Офтальмологические ведомости. 2014; 7(3): 84-92.
4. Зайнутдинова Г.Х., Бабушкин А.Э. Случай синдрома Фогта-Коянаги-Харада с атипичным течением. Проблемы офтальмологии. 2004; 2: 73-76.
5. Исафилова Г.З., Абдуллин Р.Р., Бабушкин А.Э. и др. Случай синдрома Фогта-Коянаги-Харада. Научно-практический журнал «Точка зрения. Восток-Запад». 2015; 2: 37-39.
6. Andrade RE, Muccioli C, Farah ME et al. Intravitreal triamcinolone in the treatment of serous retinal detachment in Vogt-Koyanagi-Harada syndrome. Am. J. Ophthalmol. 2004; 137(3): 572-574.
7. Da Silva FT, Damico FM, Marin ML et al. Revised Diagnostic Criteria for Vogt-Koyanagi-Harada Disease: Considerations on the Different Disease Categories. Elsevier Inc. All rights reserved. 2009; 147(2):339-345.
8. Kuo I, Rechdouni A, Rao NA. Subretinal fibrosis in patients with Vogt-Koyanagi-Harada disease. Ophthalmology. 2000; 107(9): 1721-1728.
9. Rao NA, Sukavatcharin S, Tsai JH. Vogt-Koyanagi-Harada disease diagnostic criteria. Int. Ophthalmol. 2007; 27: 195-199.
10. Read RW, Holland GN, Rao NA et al. Revised diagnostic criteria for Vogt-Koyanagi-Harada disease: report of an international committee on nomenclature. Am. J. Ophthalmol. 2001; 131: 647-652.
11. Read R.W. Vogt-Koyanagi-Harada disease. Ophthalmol. Clin. North Am. 2002; 15(3): 333-341.
12. Sheu SJ, Kou HK, Chen JF. Prognostic factors for Vogt-Koyanagi-Harada disease. J. Clin. Med. Assoc. 2003; 66(3): 148-154.
13. Yamanaka E, Ohguro N, Yamamoto S et al. Evaluation of pulse corticosteroid therapy for Vogt-Koyanagi-Harada disease assessed by optical coherence tomography. Amer. J. Ophthalmol. 2002; 134(3): 454-456.
14. Yamaki K, Hara K, Sakuragi S. Application of revised diagnostic criteria for Vogt-Koyanagi-Harada disease in Japanese patients. Jpn. J. Ophthalmol. 2005; 49: 143-148.
15. Zhang M, Liu Q, Min H et al. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome: glucocorticoid therapy and visual prognosis. Zhonghua Yan Ke Za Zhi. 2002; 38(4): 200-203.