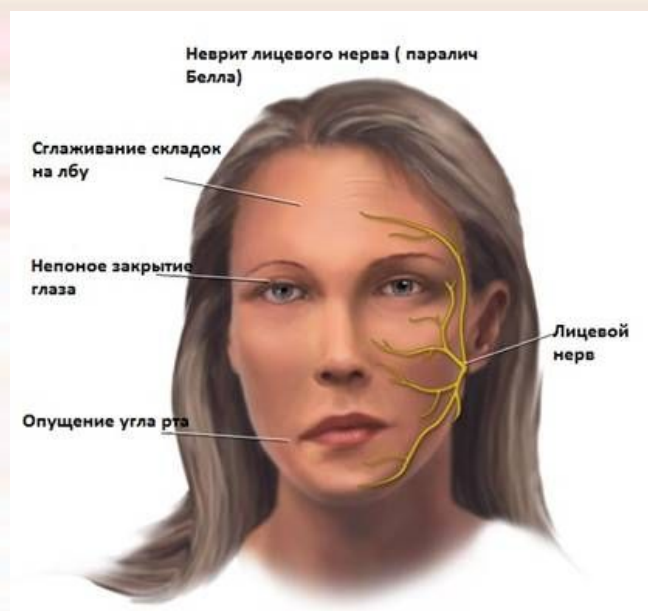


СИНДРОМ ГЕЕРФОРДА

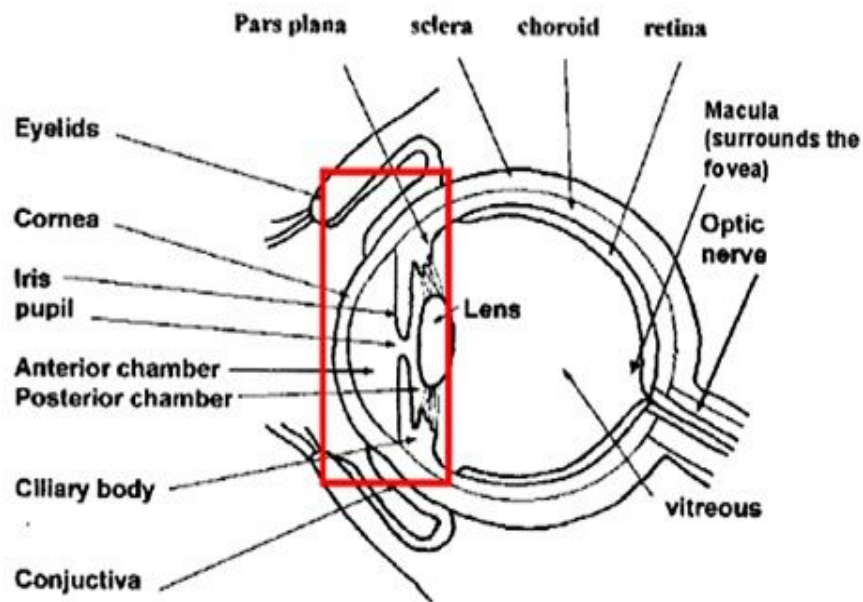


- ◆ Выполнила врач-интерн Ракитина Н.В. 2015 г.

**Описал синдром датский
офтальмолог Ch.F.Heerrfordt в 1909 г.
Болеют чаще взрослые молодого
возраста, реже дети от 5 до 15 лет.
Женщины болеют гораздо чаще
мужчин.**

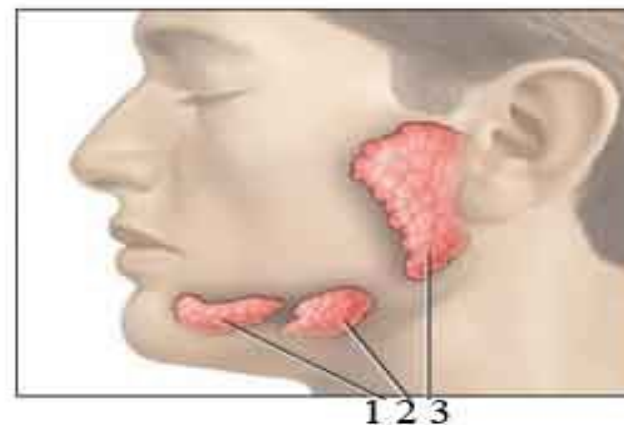


Увеопаротитом или синдромом Хеерфордта называют заболевание, которому характерно сочетание двустороннего паротита с двусторонним передним увеитом.

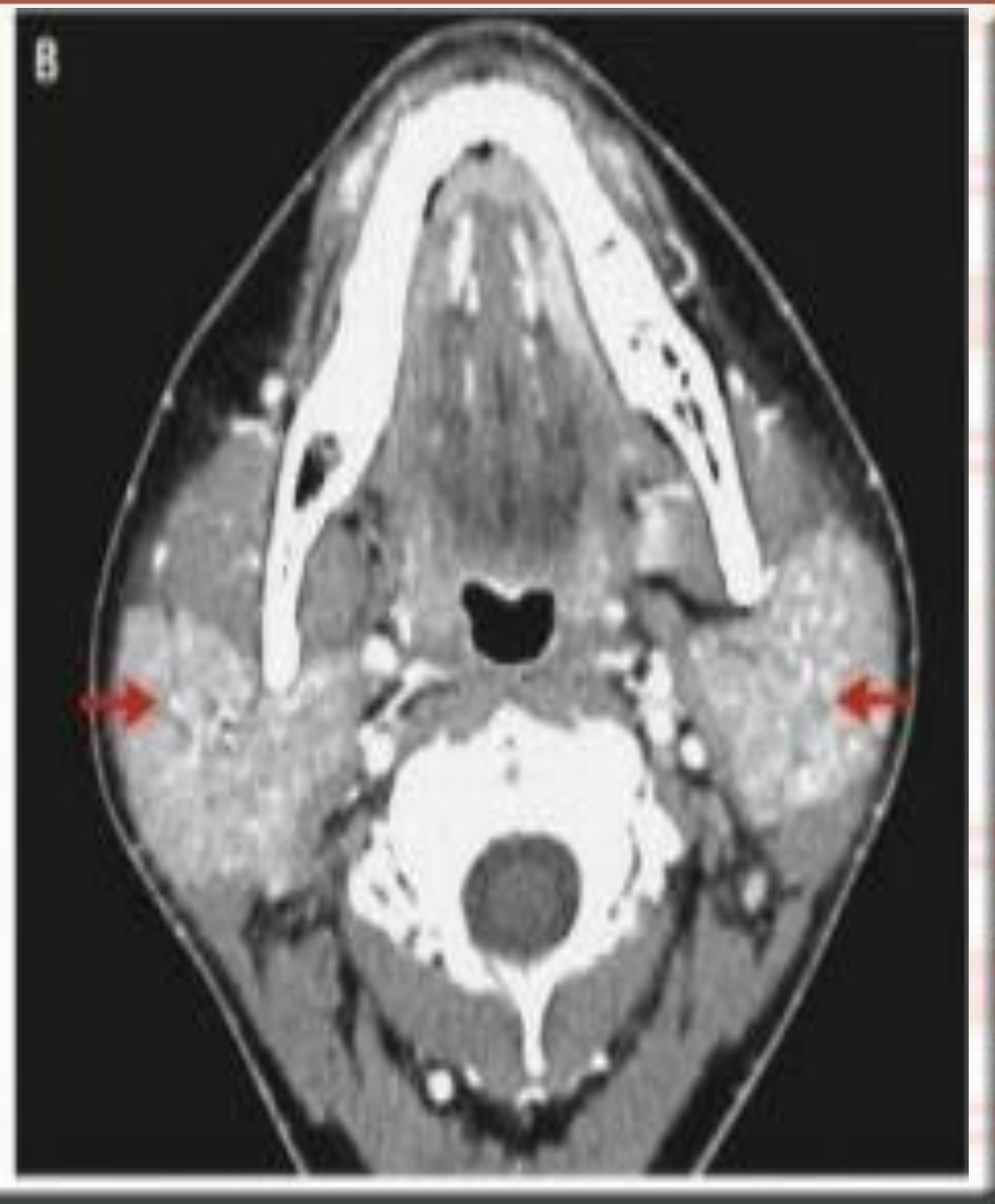


Eye Structures Involved in "Anterior Uveitis"

Слюнные железы человека



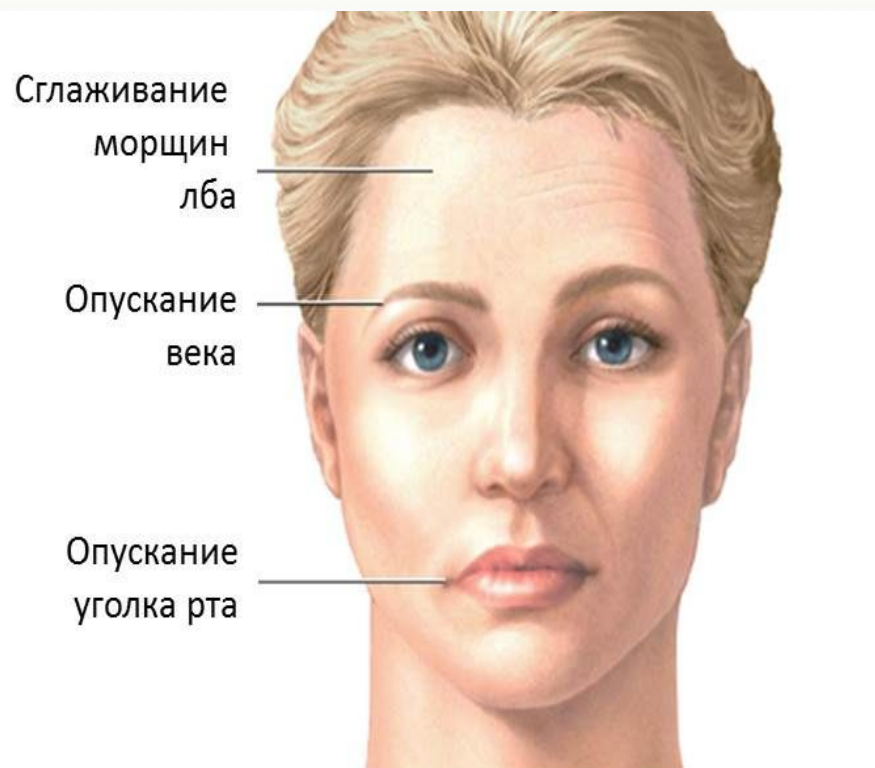
1. Подъязычная слюнная железа
2. Подчелюстная слюнная железа
3. Околоушная слюнная железа



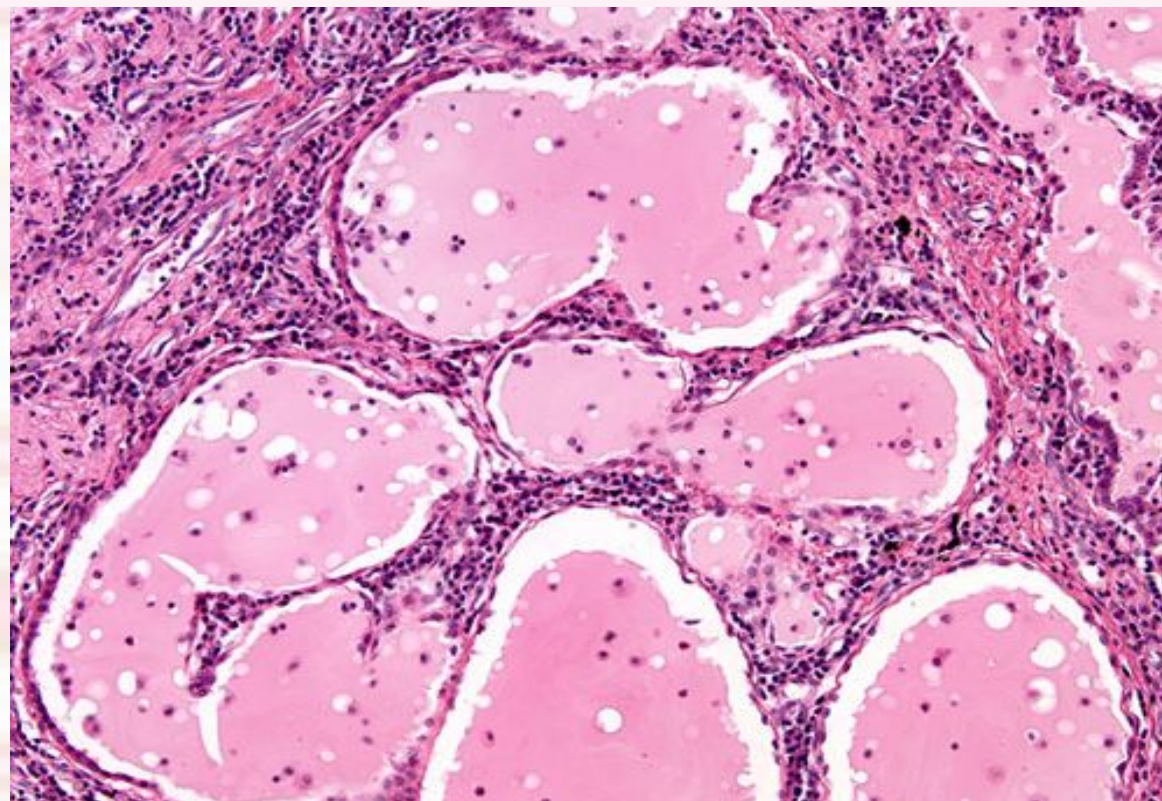
Явные факторы возникновения до сих пор остаются неизвестными. Механизм развития заболевания также изучен недостаточно глубоко.



Первичным при этом заболевании считается процесс в предушной железе, а иридоциклит и паралич лицевого нерва — вторичны.



При морфологическом исследовании в слюнных и слёзных железах выявляется продуктивное воспаление с наличием гранул, содержащих эпителиоидные и гигантские клетки.



Заболевание двустороннее, сопровождается лихорадкой. Ряд исследователей, основываясь на наличии некоторых общих признаков, относят увеопаротит к проявлениям саркоидоза.

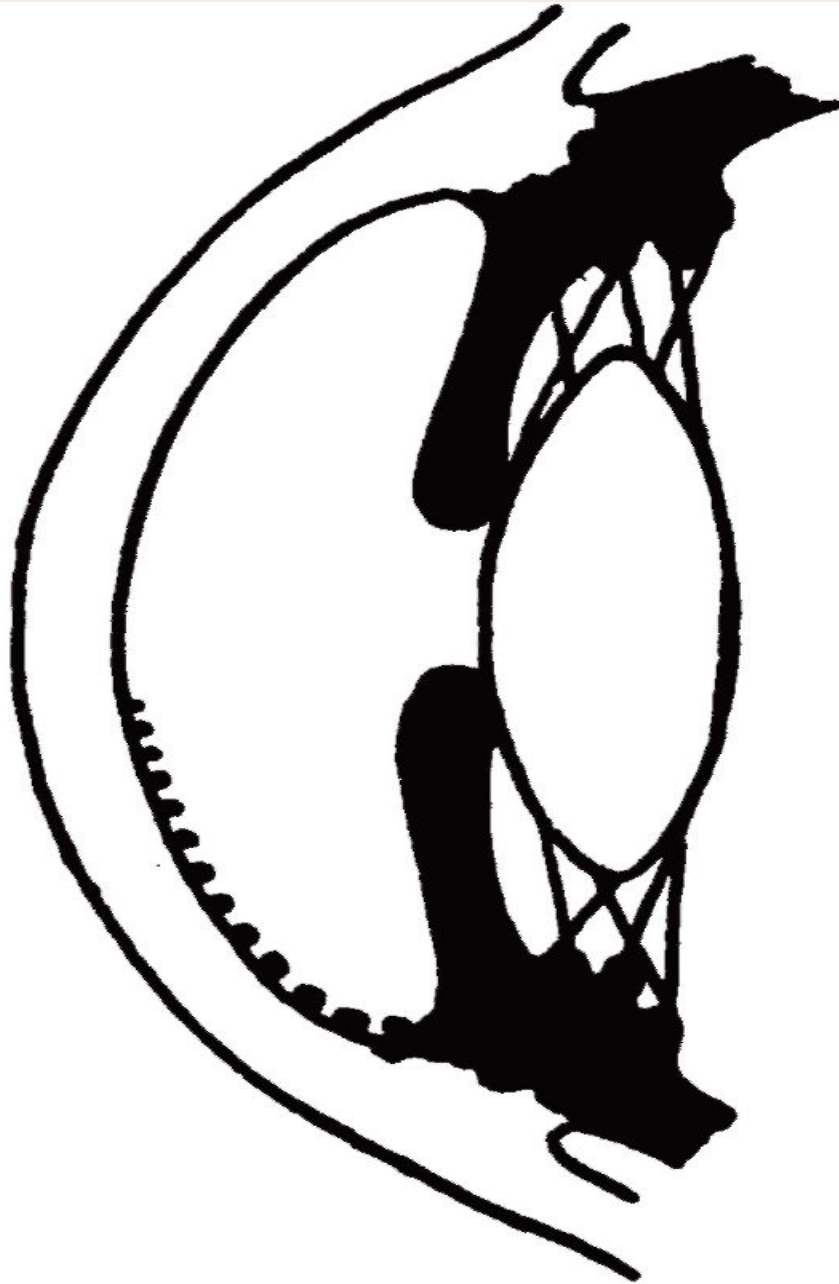


**Полный сидром состоит из
триады:**

- *иридоциклит***
- *паротит***
- *паралич лицевого нерва***

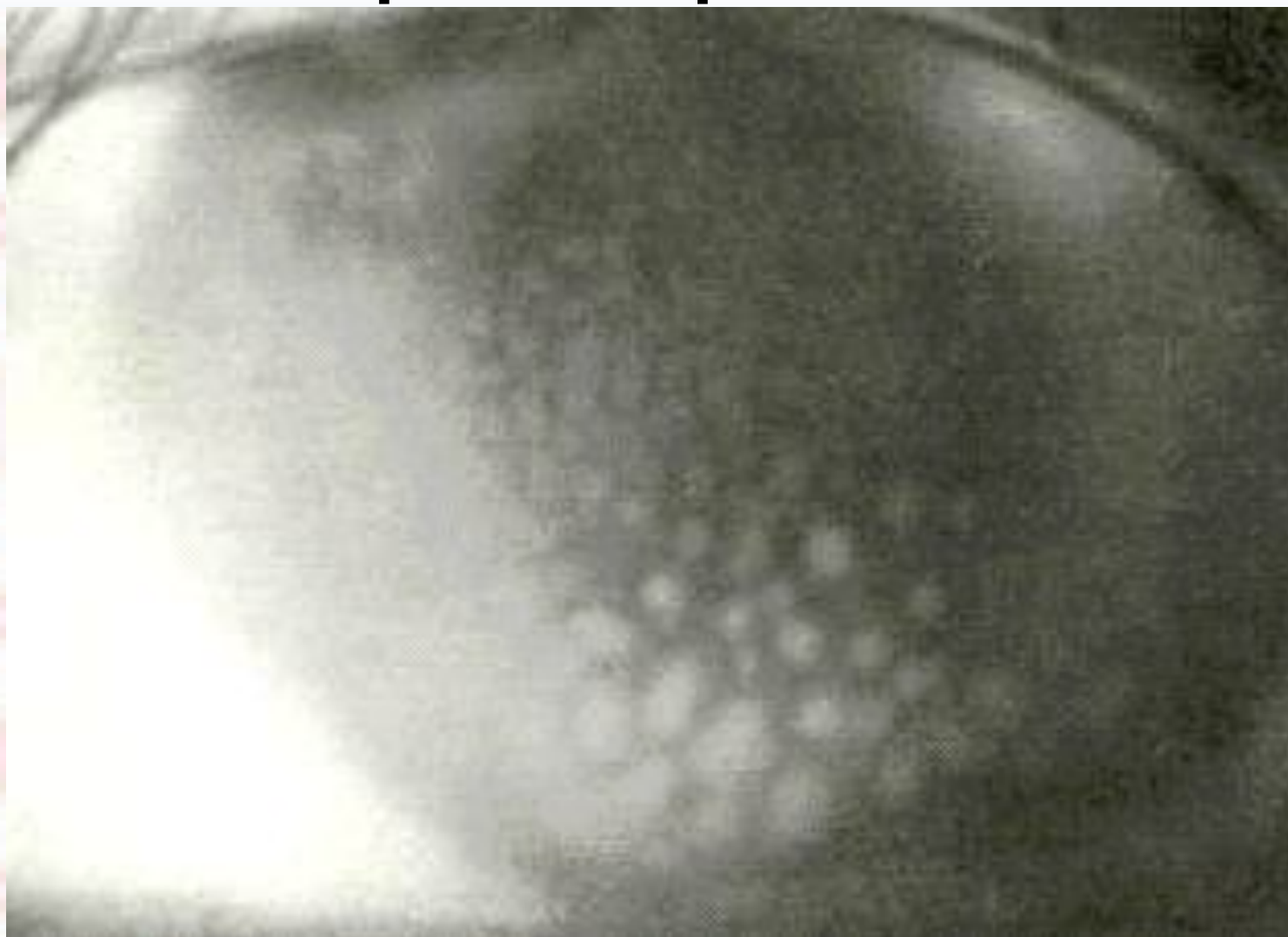
1) *Иридоциклит* – протекает хронически, редко остро. Сопровождается жирными преципитатами, синехиями, гипертензией, помутнением стекловидного тела, высыпанием узелков – гранулем в радужке, иногда гипопионом.



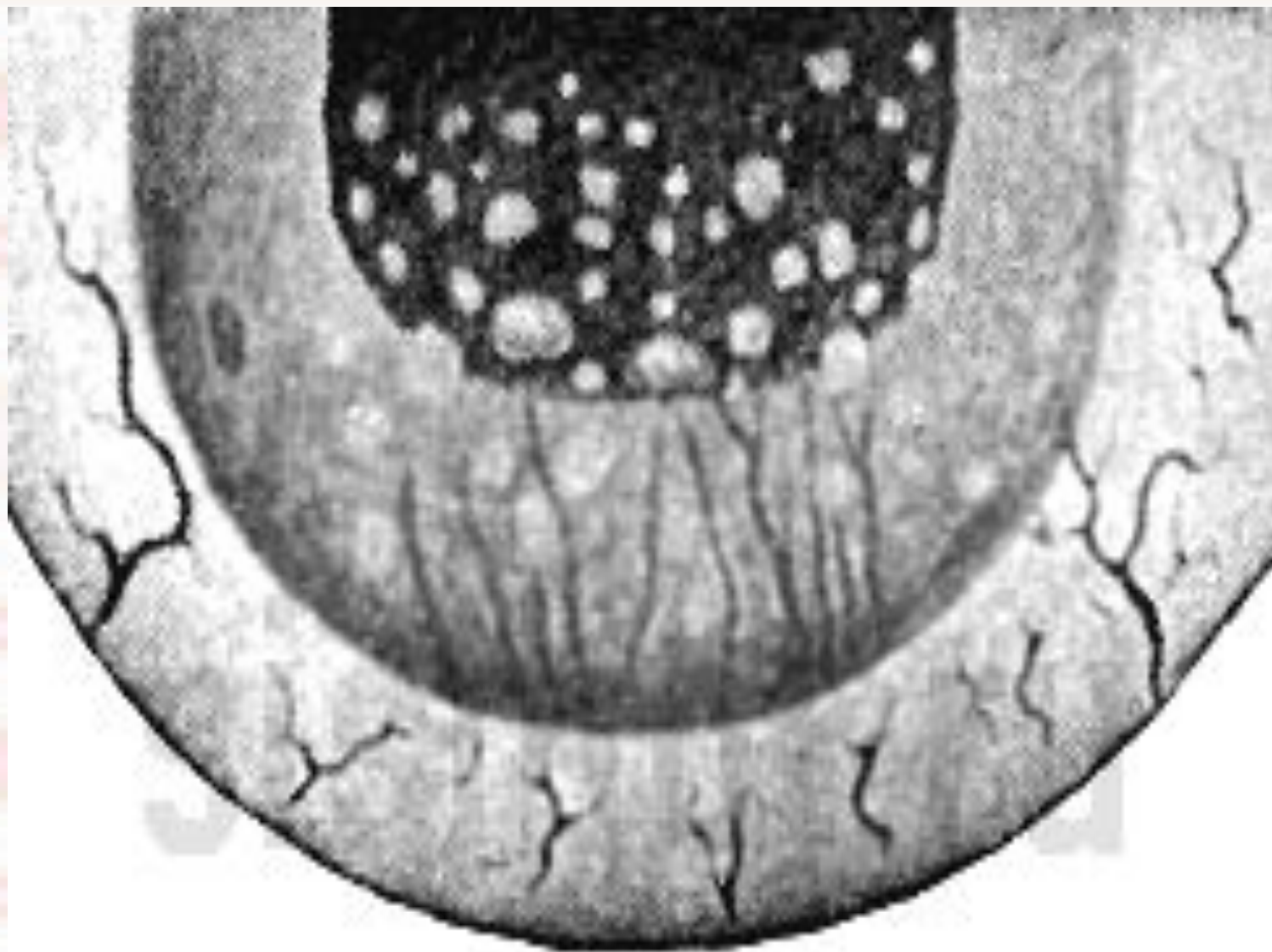


- ◆ Типичная локализация преципитатов на задней поверхности роговицы

Крупные жирные преципитаты на задней поверхности роговицы.



Преципитаты на задней поверхности роговицы.



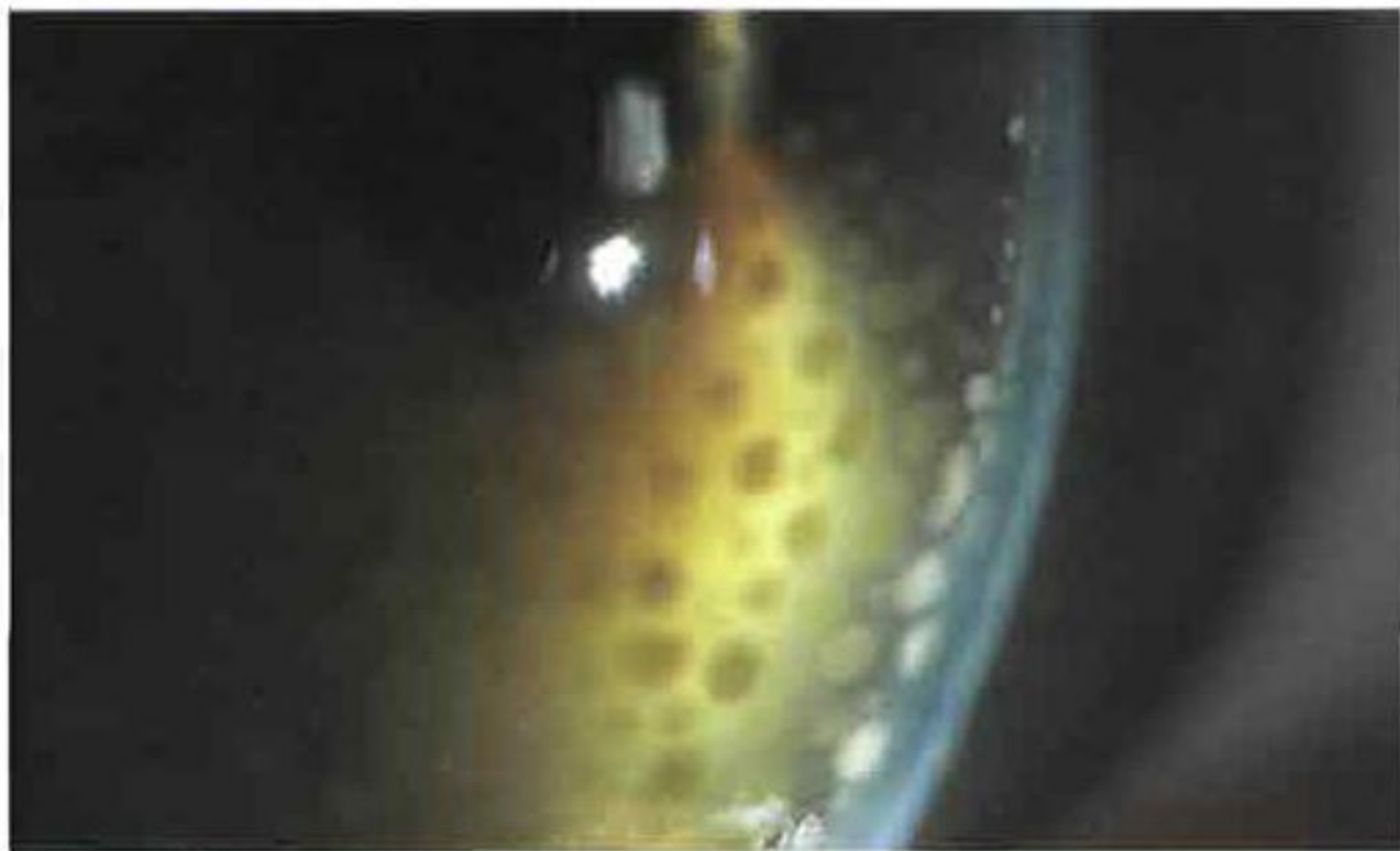
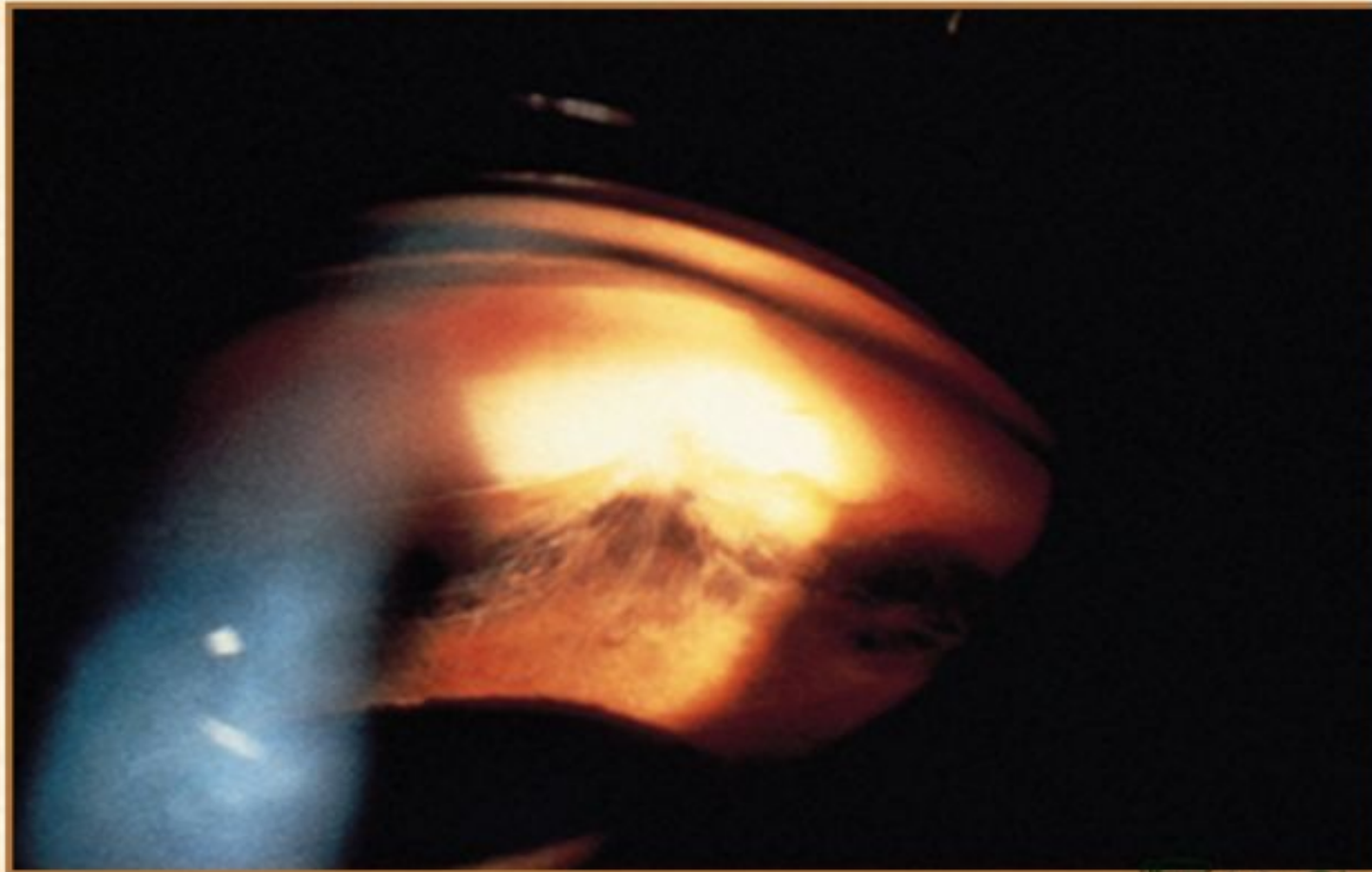


Рис. 10.5

Роговичные преципитаты в виде «капелек жира»

6. Передние синехии (видны при гониоскопии).



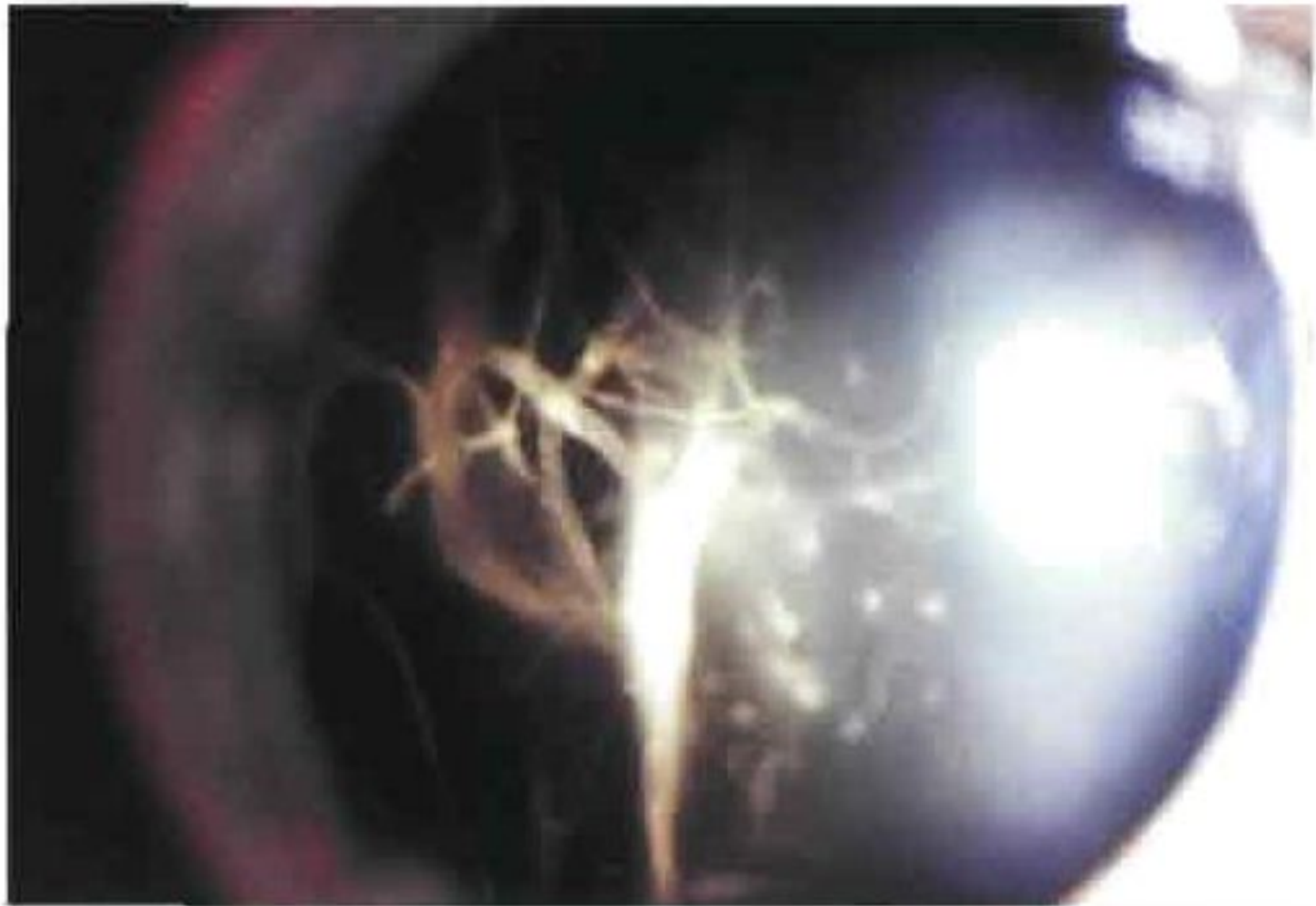
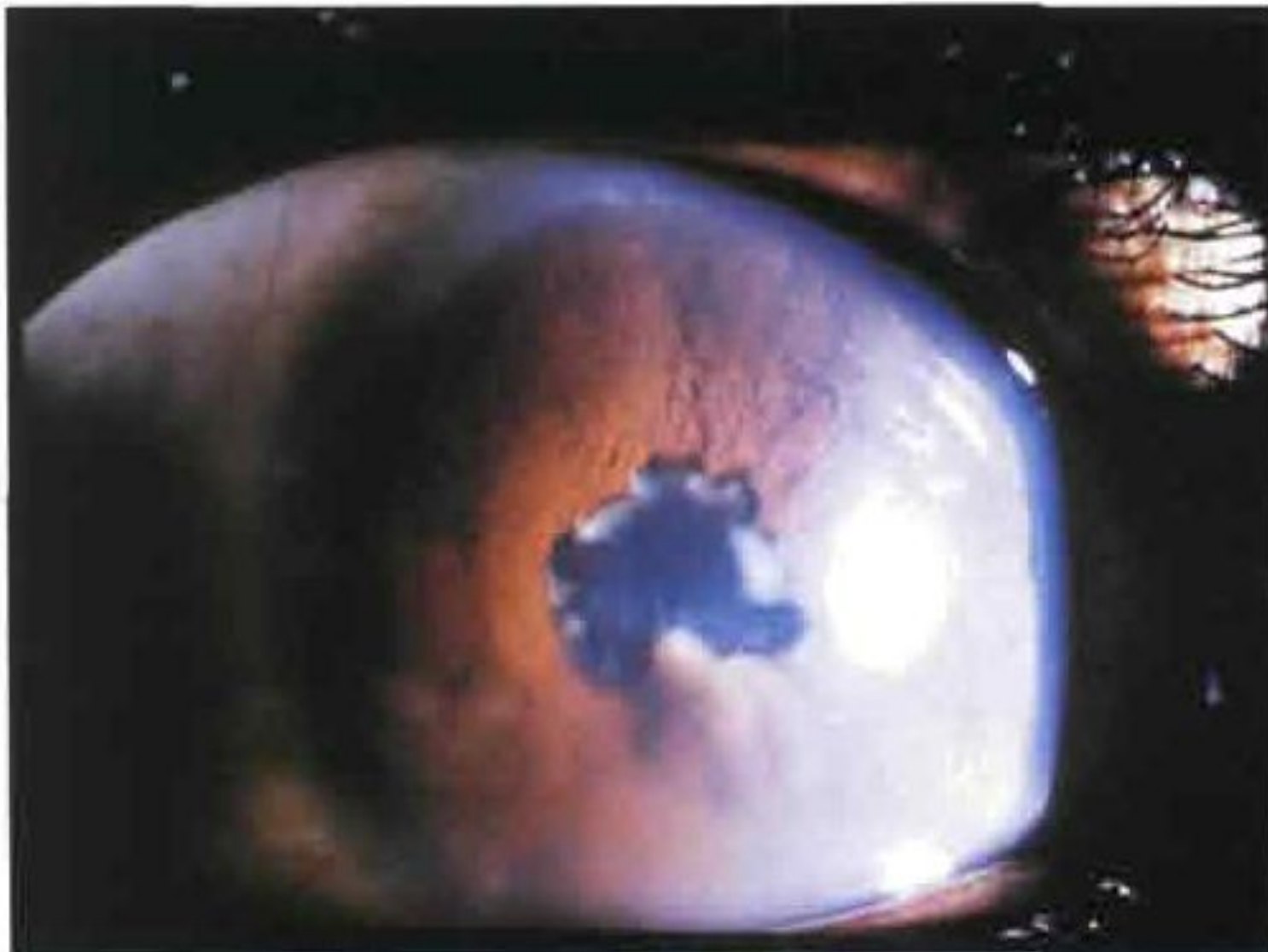


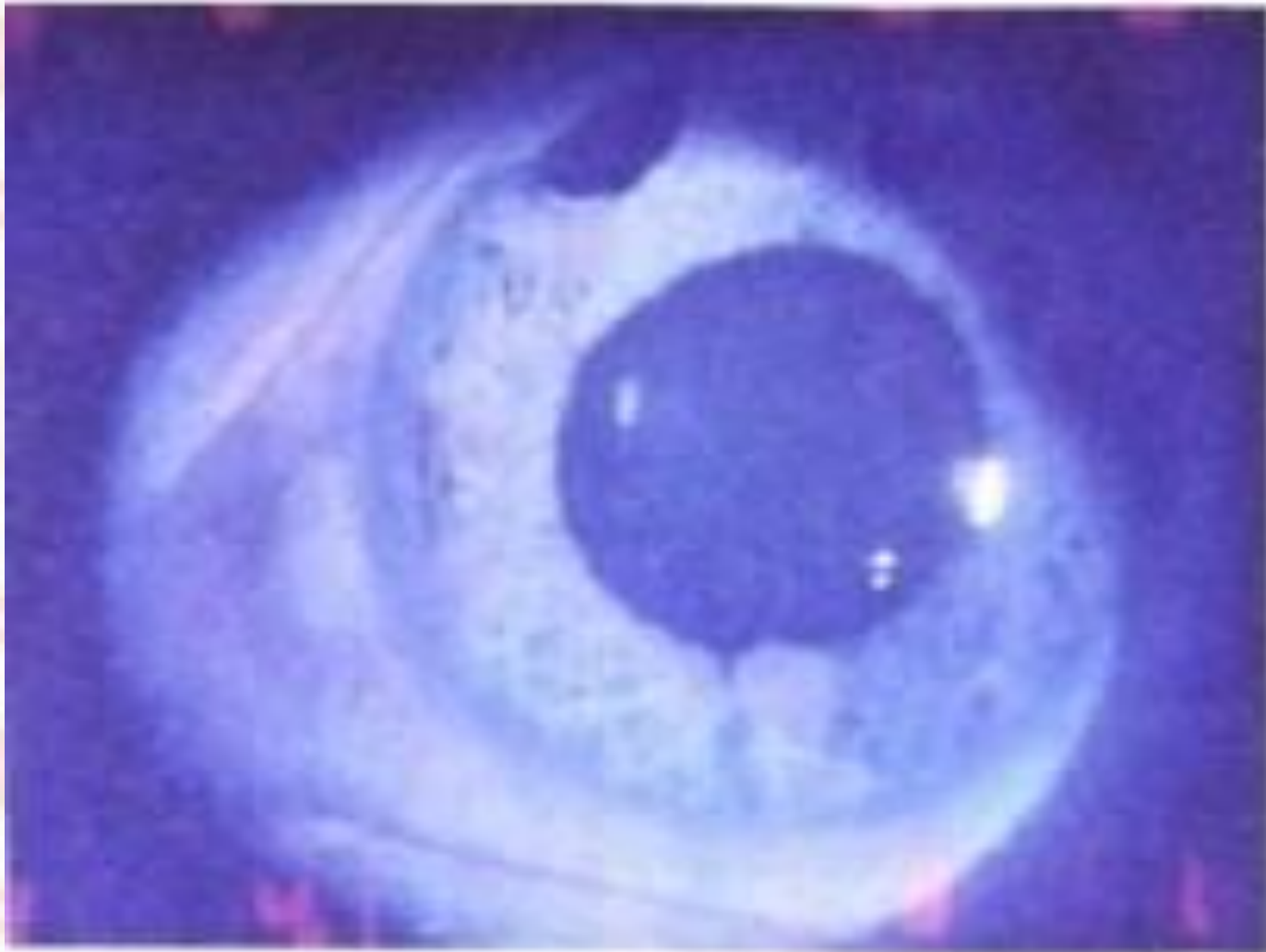
Рис. 10.16

Грубые помутнения стекловидного тела при заднем увеите

Узелки на радужной оболочке.



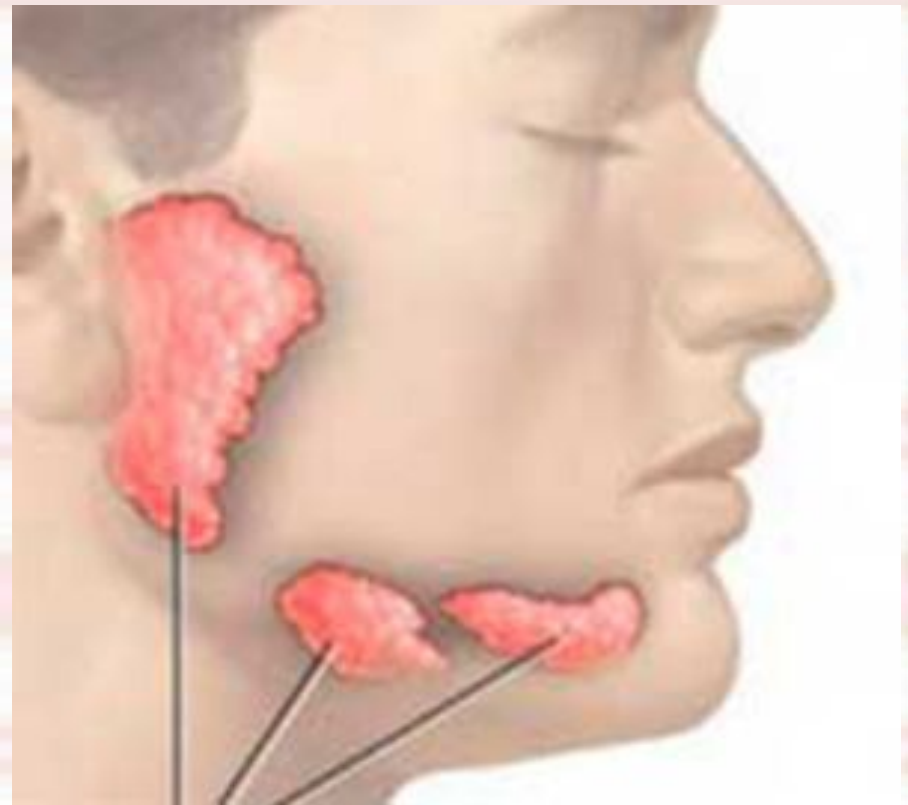
Крупный узелок в радужной оболочке на 6 часах



Гипопион



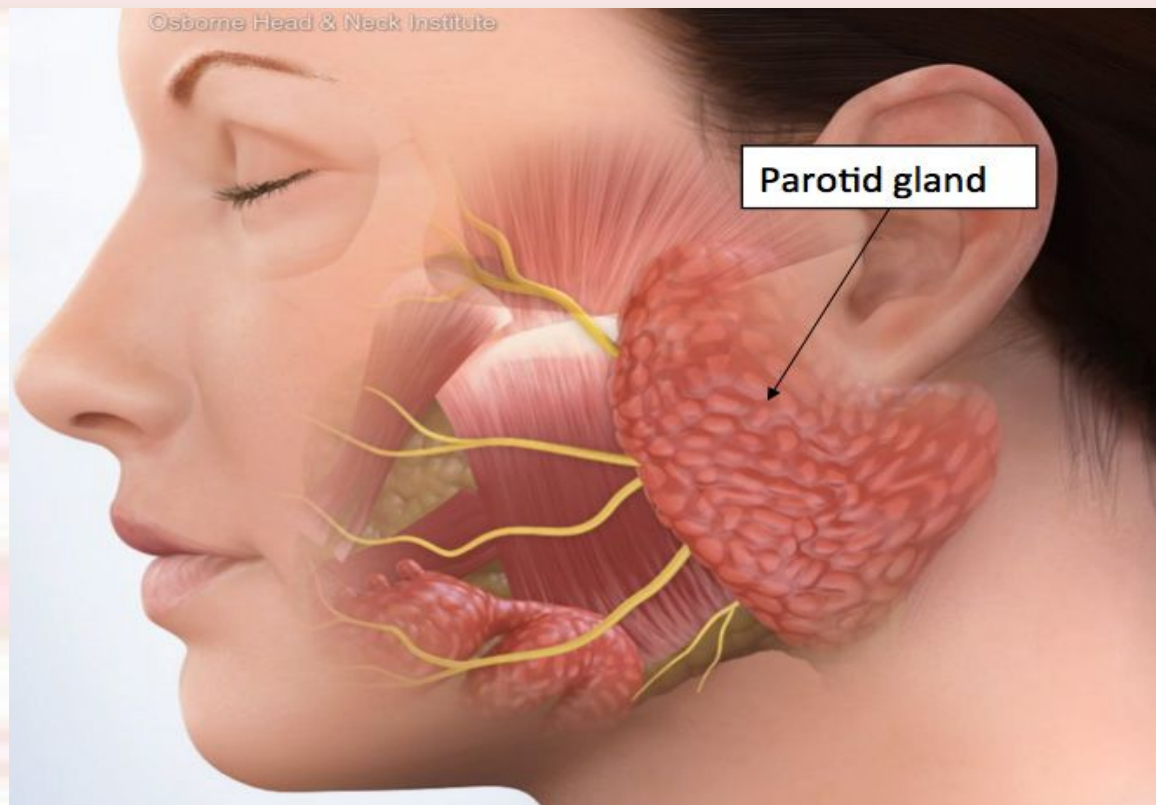
2) Паротит – протекает хронически, безболезненно, с сильным уплотнением слюнных желез, без нагноения.





Heerfordt syndrome: swelling of the major salivary glands.

3) Паралич лицевого нерва – встречается приблизительно в 50% случаев, большей частью двусторонний.



складки на лбу
сглажены

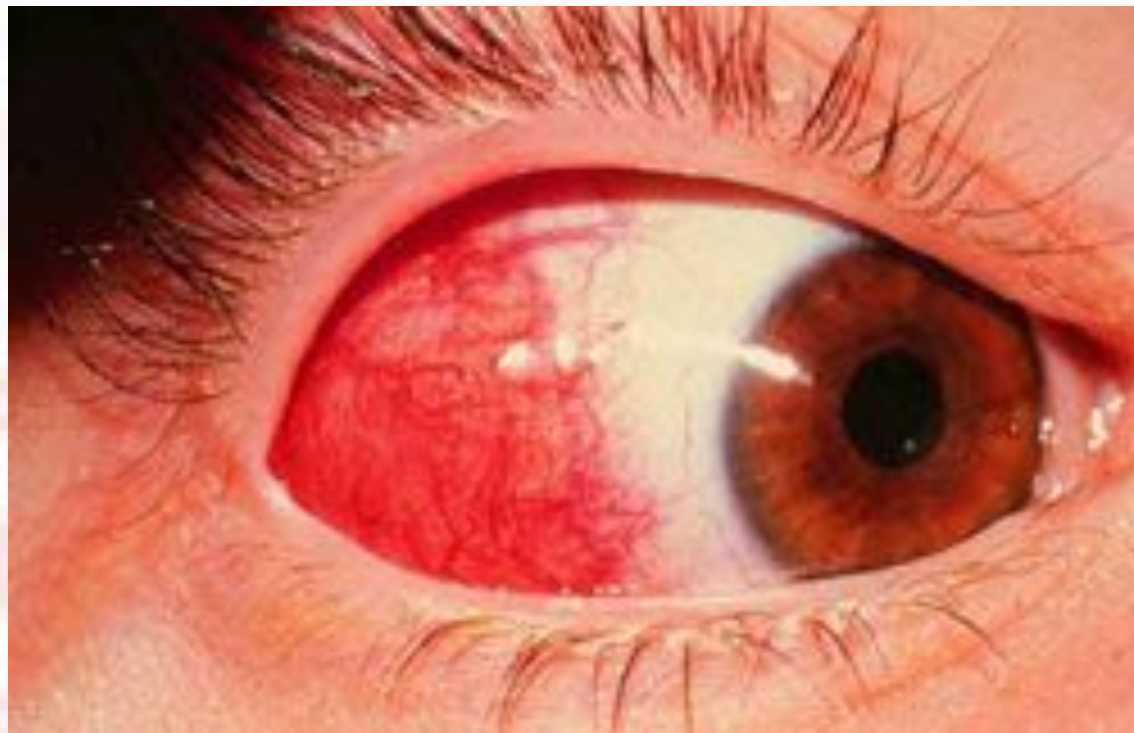


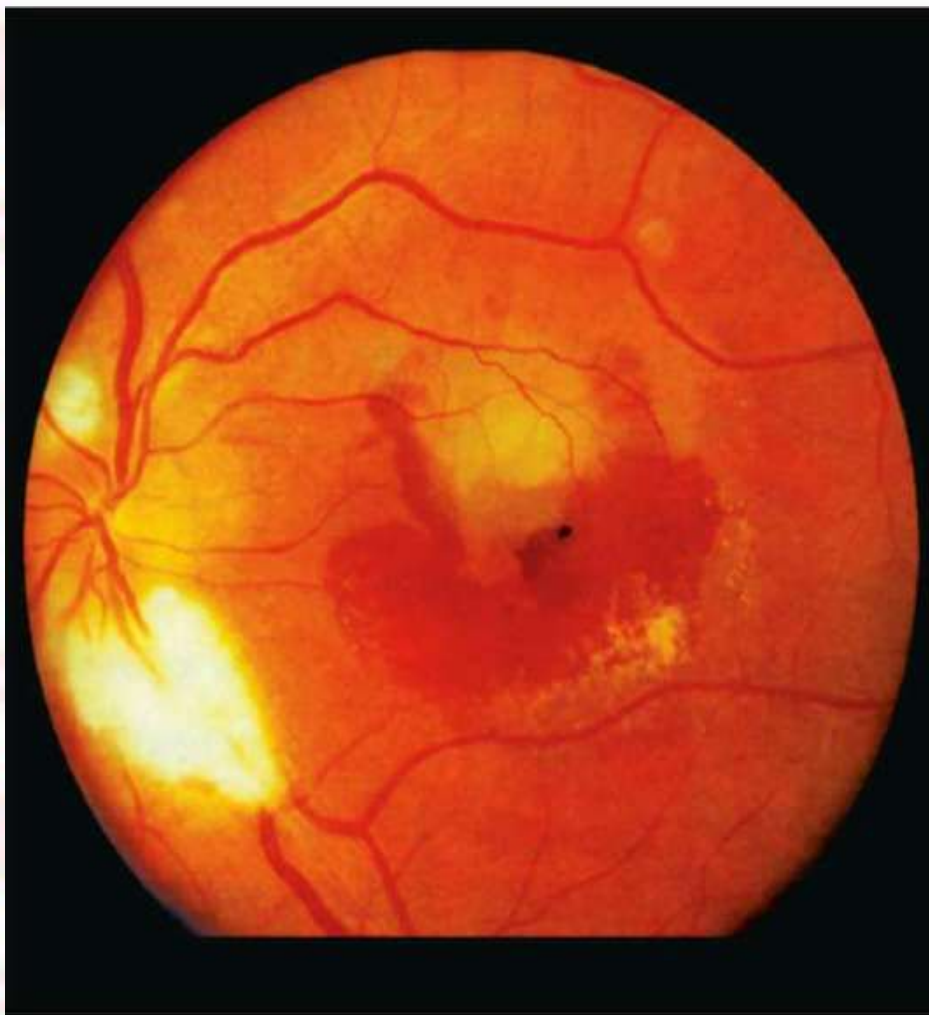
веко не опускается

лицо
искривлено

невозможно
показать зубы
или улыбнуться

**При данном заболевании
может быть: эписклерит**





**Центральный
Хориоретинит.
В парамакулярной
зоне эксудативный
очаг с нечёткими
границами с
интратинальными
геморрагиями**

Гранулёма диска зрительного нерва, витреит



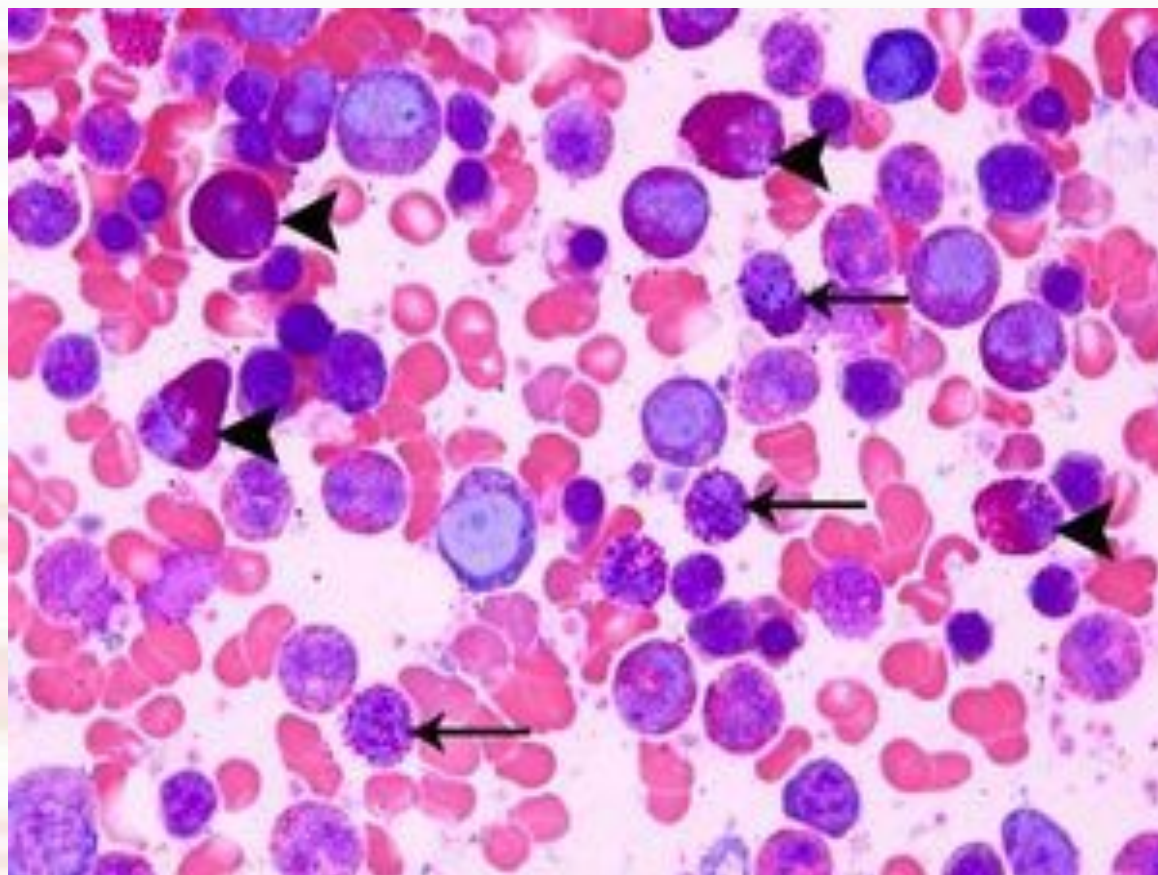
Могут быть неврологические расстройства в связи с менингоэнцефалитом, судороги, сонливость, головная боль, рвота.

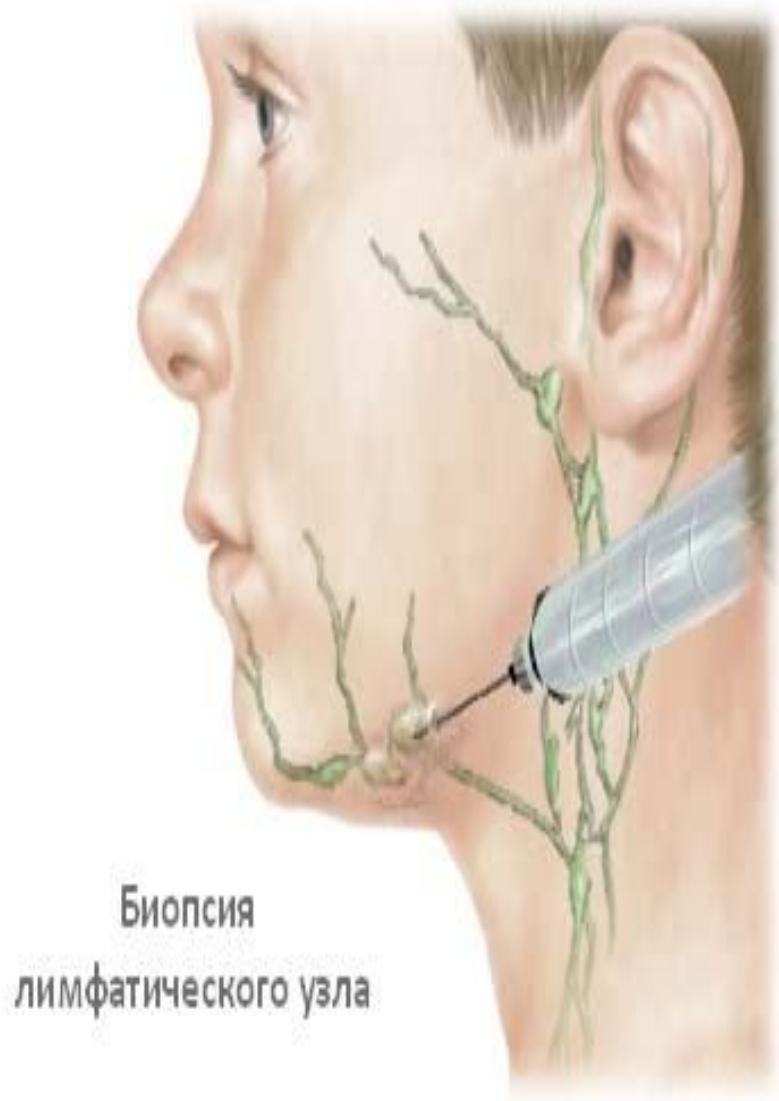


**Увеопаротидная лихорадка
сопровождается развитием
узелков в коже.**



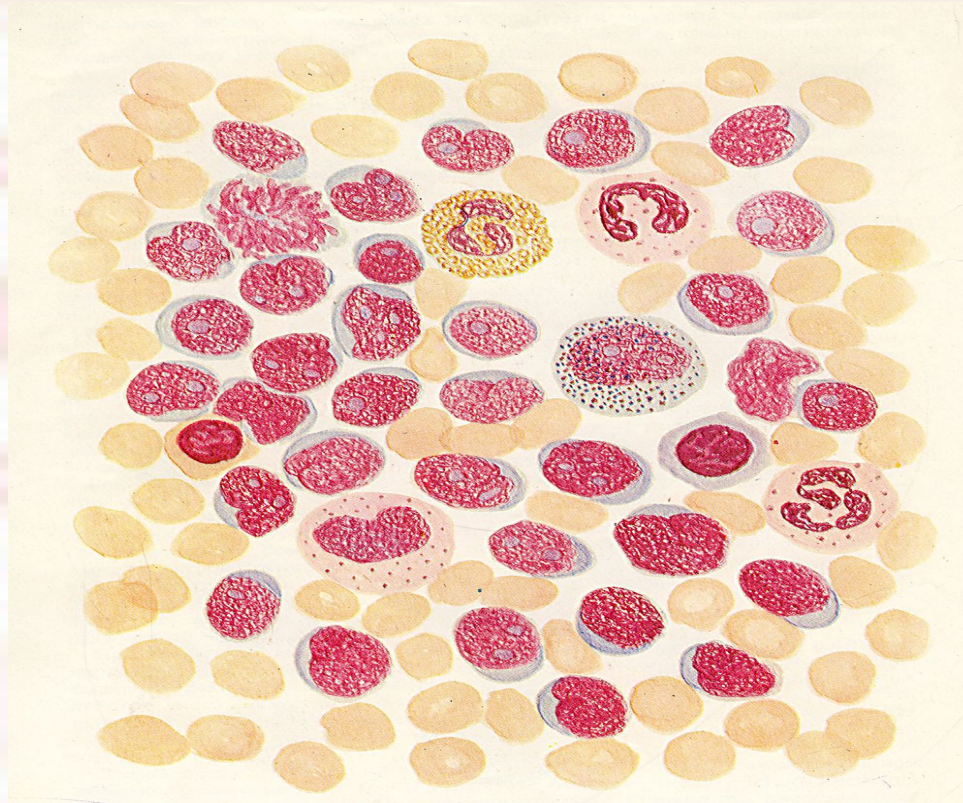
Биохимические исследования в пределах нормы, в крови умеренная эозинофилия.





Биопсия
лимфатического узла

- ◆ **Диагноз ставится после биопсии лимфоузлов, в которых находят характерную картину эпителиоидноклеточного ретикулогистиоцитоза.**



- ◆ Ретикулогистиоцитоз - чрезмерное разрастание клеток ретикулоэндотелиальной системы

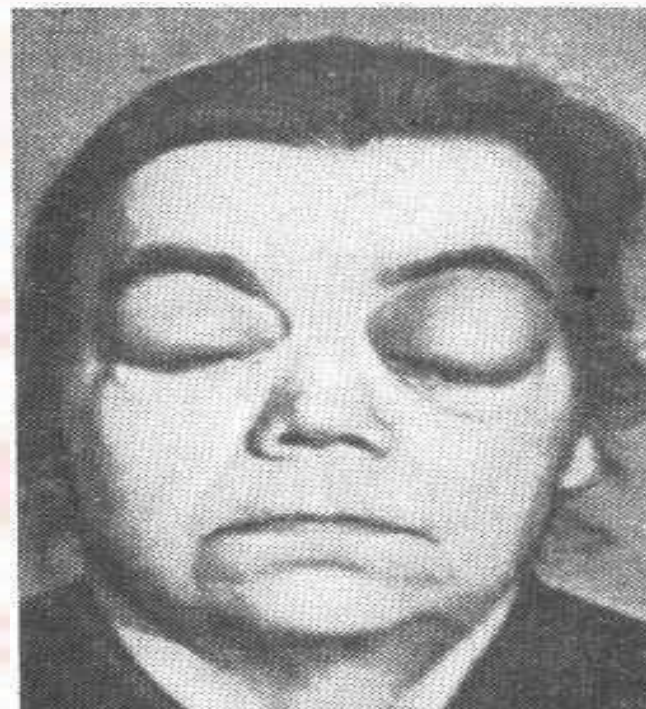
Дифференциальную диагностику проводят с болезнью Микулича (сочетанное увеличение слезных и всех слюнных желез).



**Рис. Болезнь Микулича.
Увеличение слезных желез,
слюнных и
подчелюстных
слюнных желез**

Основным симптомом является увеличение слезных желез до такой степени, что сильно смещается глазное яблоко.

Нередко увеличиваются околоушные, подчелюстные, иногда и подъязычные железы.

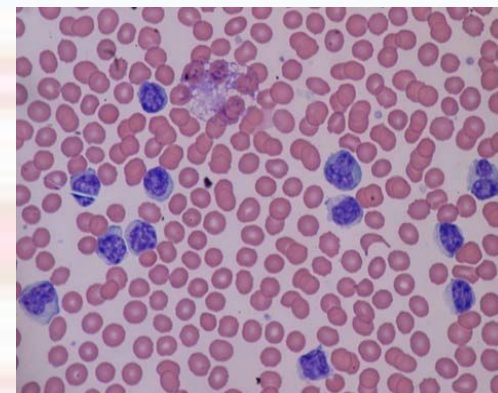
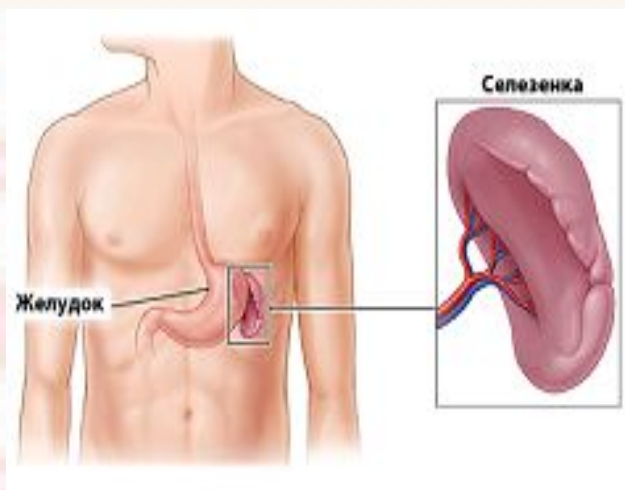
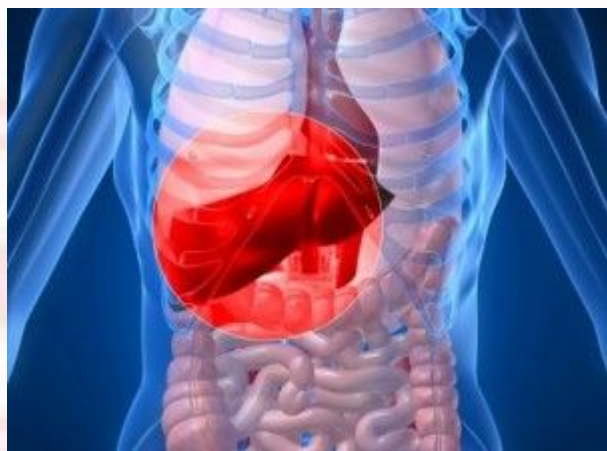




Больная с болезнью Микулича

**Увеличение слезных желез,
околоушных и
поднижнечелюстных слюнных желез.**

При болезни Микулича отмечается лейкоцитоз, лимфоцитоз, увеличивается печень, селезенка и отдельные группы лимфатических узлов



Важным при диагностике увеопаротита является оценка внешнего вида больного, данных общего анализа крови, биомикроскопии, осмотра глазного дна и биопсии лимфатических узлов.

Лечение увеопаротита

Эффективно комплексное лечение с использованием местных и системных препаратов (главным образом, 1) глюкокортикоидных гормонов).



Преднизолон по 15-20 мг в сутки



2) Симптоматическая терапия (жаропонижающие, болеутоляющие препараты).



Прогноз

Часто увеопаротит проходит самопроизвольно, однако примерно в 10% случаев может приобрести рецидивирующее течение.

Спасибо за внимание!