

**«Диагностические критерии
болезни Шегрена,
дифференциальная диагностика»**

Анализы Результаты

ОАК	Лейкоциты↓ СОЭ↑	Лейкопения является характерным признаком заболевания, часто ассоциирована с высокой иммунологической активностью и наличием антилейкоцитарных антител в крови. Высокие цифры СОЭ выявляются у половины больных и, как правило, связаны с диспротеинемическими нарушениями (высокими цифрами общего белка и гипергаммаглобулинемией).
БХА	Гамма глобулин↑ РФ	гипергаммаглобулинемия (80–70%) Ревматоидный фактор 95-100%
	СРБ	Увеличение СРБ не характерно для БШ. (выпотном серозите, гломерулонефрите, деструктивном васкулите с развитием язвенно-некротических поражений, агрессивных лимфом)
ИФА	антител к растворимым ядерным антигенам SS-A/Ro и SS-B/La (60–100%).	Антитела к Ro/SS-A и La/SS-B ядерным антигенам при использовании иммуноферментного метода выявляются у 85-100% больных.

ОАМ

протеинурия,
эритроцитурия,
цилиндрурия,
глюкозурия,
снижение УВ,
повышение рН.

Методы диагностики

Для диагностики паренхиматозного сиаладенита используют

- **сиалографию околоушной слюнной железы с омнипаком** (обнаружение полостей >1 мм в диаметре характерно для паренхиматозного паротита)
- **биопсию малых слюнных желёз нижней губы** (обнаружение 100 и более клеток в поле зрения в среднем при просмотре не менее 4-х малых слюнных желёз является диагностичным).
- **биопсию увеличенных околоушных/поднижнечелюстных слюнных желез** (с целью диагностики MALT-лимфомы)
- **сиалометрию** (снижение стимулированной секреции слюны $<2,5$ мл/5 мин используют для объективизации степени ксеростомии)
- **УЗИ и МРТ слюнных желез** (для оценки структуры, размеров и локализации внутрижелезистых лимфоузлов и паренхимы желез)

Сиалография – рентгенография слюнных желез искусственным контрастированием их выводных протоков. Сиалография является одним из наиболее информативных методов диагностики заболеваний слюнных желез.

Сиалография левой околоушной слюнной железы:



- дефект наполнения в паренхиме железы
- протоки смещены, несколько сдавлены
- контуры чёткие, ровные

Сиалометрия - количественный метод, позволяющий оценить секреторную функцию слюнных желез за единицу времени.



Для диагностики сухого кератоконъюнктивита используют

- **тест Ширмера** (снижение слёзовыделения после стимуляции нашатырным спиртом менее 10 мм за 5 мин свидетельствует о гипофункции слезных желез)
- **окрашивание эпителия конъюнктивы и роговицы флюоресцеином и лиссаминовым зеленым** (позволяет диагностировать повреждение эпителия конъюнктивы и роговицы)
- **определение стабильности слезной пленки по времени образования «сухих пятен» на роговице** (в норме составляет более 10 сек). Время разрыва слезной пленки – это временной интервал между последним морганием и появлением первого «сухого пятна» разрыва в слёзной плёнке, окрашенной 0,1% раствором флюоресцеина

Тест (проба) Ширмера

Чтобы провести это тест, необходимо взять полоску фильтровальной бумаги, загнуть ее кончик и завести его за край нижнего века.

На протяжении определенного времени, которое обычно составляет пять минут, происходит пропитывание фильтровальной бумаги слезной жидкостью из озерца и прекарнеальной пленки. В случае синдрома сухого глаза бумага может оказаться абсолютно сухой, то есть абсорбция слезы отсутствует. У пациентов со значительным снижением объема слезной пленки результат пробы Ширмера значительно занижен.

Нормальным показателем является пропитывание 10 мм полоски фильтровальной бумаги в течение 5 минут.





Schirmer Tear Test strip
and procedure



Results



Insufficient tear production



Possible shortage of tears



Normal tear production

ОЦЕНОЧНАЯ ШКАЛА ОКРАСКИ ГЛАЗНОГО ЭПИТЕЛИЯ

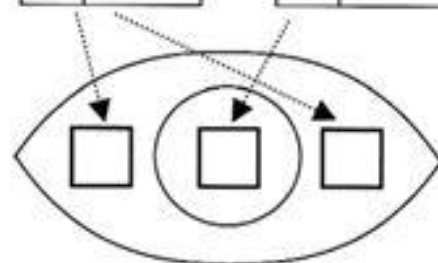
лиссамин.зеленый флюоресцеин
(конъюнктива) (роговица)

Баллы Точки

0	0-9
1	10-32
2	33-100
3	>100

Баллы Точки

0	0
1	1-5
2	6-30
3	>30



Экстра-баллы только для
флюоресцеина

- +1 - сливные пятна
- +1 - окраска обл. зрачка
- +1 - эпителиальн. нити

ОЦЕНКА – от 0 до 12 баллов для каждого глаза

	Болезнь Шегрена	Синдром Шегрена
Обострения паротита в анамнезе, %	100	12–30
Визуальное увеличение больших слюнных желез, %	40–50	7–10
Пришеечный кариес, %	100	12–15
Стадия	Выраженная — поздняя	Начальная — выраженная
Паренхиматозный паротит, %	100	60–90
Сухой кератоконъюнктивит, %	100	70–80
Лимфогистиоплазмочитарная инфильтрация (>50 клеток в поле зрения), %	100	80–90

Дифференциальная диагностика поражений секреторирующих эпителиальных желез при болезни Шегрена

I. Сухость глаз

• Дефицит водного слоя	Сухой кератоконъюнктивит (болезнь Шегрена, синдром Шегрена, саркоидоз)
• Дефицит муцина	Гиповитаминоз А, пемфигус, химические ожоги, синдром Стивена-Джонсона
• Нарушение липидного слоя	Блефарит
• Эпителиопатия роговицы	Вирусное поражение, ношение контактных линз
• Нарушение функции век	Дисфункция V черепного нерва

Дифференциальная диагностика поражений секретирующих эпителиальных желез при болезни Шегрена

II. Сухость рта

• Лекарственные препараты	Антидепрессанты (ингибиторы MAO), нейролептики (особенно производные фенотиазида), седативные, транквилизаторы, антихолинергические, H ₂ -гистаминблокаторы, антигипертензивные, диуретики.
• Психогенные факторы	Тревожное состояние, депрессия
• Системные заболевания	Болезнь и синдром Шегрена, саркоидоз, туберкулез, амилоидоз, сахарный диабет, панкреатит, цирроз печени, вирусные инфекции, лимфомы.
• Дегидратация	-

Дифференциальная диагностика поражений секретирующих эпителиальных желез при болезни Шегрена

III. Увеличение слюнных желез

- Обычно одностороннее

Бактериальная и вирусная инфекции, хронический сиалоаденит, обструкция, первичные неоплазмы (аденома, аденокарцинома, лимфома, смешанная опухоль слюнных желез).

- Обычно двустороннее

Вирусные инфекции (Эпштейн-Барра, ВИЧ, герпес, цитомегаловирус, коксаки, свинка), гранулематозные заболевания (туберкулез, саркоидоз, лепра), амилоидоз, гиперлипидемия, подагра, гепатит, акромегалия, мультифокальный фиброз,