

UOT: 617.7-007.681

Əhmədova A.C., Seyidova S.M.

## POZNER-ŞLOSSMAN SİNDROMU (KLİNİK HAL)

*Akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı şəh., AZ1114, Cavadxan küç., 32/15***Açar sözlər:** *Posner-Schlossman sindromu, kəskin qlaukoma tutması*

Akhmedova A.D., Seidova S.M.

## POSNER-SLOSSMAN SYNDROME (CLINICAL CASE)

## SUMMARY

Posner-Schlossmann syndrome is characterized with a unilateral paroxysmal increase in intraocular pressure and the presence of cyclical symptoms.

In the presented clinical case, a 60-year-old woman experienced a sharp increase in intraocular pressure in the right eye and the presence of cyclic symptoms. The clinical picture of the acute form of the disease is described. After traditional ophthalmological studies, the patient was diagnosed with Posner-Schlossmann syndrome.

An analysis of the results showed that with the correct diagnosis and timely treatment, it is possible to normalize the high intraocular pressure caused by Posner-Schlossmann syndrome, reduce precipitations, thereby preserving vision and preventing other complications.

**Key words:** *Posner-Schlossmann syndrome, acute glaucoma attack*

Ахмедова А.Д., Сеидова С.М.

## СИНДРОМ ПОЗНЕРА-ШЛОССМАНА (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИКИ)

## РЕЗЮМЕ

Синдром Познера-Шлоссмана характеризуется односторонним приступообразным повышением внутриглазного давления и наличием циклических симптомов.

В представленном клиническом случае у 60-летней женщины наблюдалось резкое повышение внутриглазного давления в правом глазу с наличием циклических симптомов. Описана клиническая картина острой формы заболевания. После традиционных офтальмологических исследований у пациента был диагностирован синдром Познера-Шлоссмана.

Анализ результатов показал, что при правильной постановке диагноза и своевременно проведенном лечении возможно нормализовать высокое внутриглазное давление, вызванное синдромом Познера-Шлоссмана, уменьшить преципитаты, тем самым сохранить зрение и предотвратить другие нарушения.

**Ключевые слова:** *синдром Познера-Шлоссмана, острый приступ глаукомы*

Pozner-Şlossman sindromu 1948-ci ildə Abraham Schlossman və Adolf Posner tərəfindən xəstələr üzərində aparılan müayinə və tədqiqatlar nəticəsində aşkar olunmuşdur. Qlaukomotsiklitik kriz gözdaxili təzyiqin (GDT) birtərəfli və tutmaşəkili qalxması və tsiklitik simptomların olması ilə xarakterizə olunan sindromdur [1].

Pozner-Şlossman sindromu çox az rast gəlinən uveopatiyalara aiddir ki, bu da əsasən orta yaşlarda (20-50 yaş) və xüsusilə də kişilərdə müşahidə olunur. Bilinən risk faktorları yoxdur.

Bu sindromun əsas xarakteristikası tutmaların tək gözdə və daim eyni gözdə olmasıdır. Tutmalar bir neçə gündən bir neçə həftəyə qədər uzana bilər. Kriz zamanı GDT kəskin yüksəlir (30-60 mm c.s.), lakin tutmalar arası dövrdə GDT normal olaraq qalır. Sindrom oftalmohipertenziya tipində gedir, 25% hallarda tutmalar uzunmüddətli damam etdikdə görmə sahəsində və görmə siniri diskinde dəyişikliklər müşahidə oluna bilər, bunun da bəticəsində ikincili qlaukoma inkişaf edə bilər [2]. İkincili qlaukoma birincili qlaukoma ilə müqayisədə daha ağır fəsadlarla nəticələnə bilər [3].

Yuxarıda qeyd olunanları nəzərə alaraq, nadir rast gəlinən Pozner-Şlossman sindromu diaqnozu ilə klinik hal təqdim olunur.

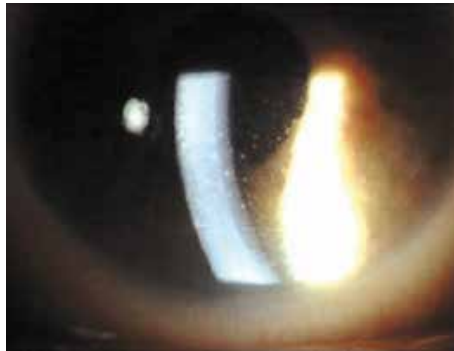
#### **Klinik hal**

Xəstə A.Q., 1960-cı il təvəllüdü qadın 2018-ci ildə akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinə daxil olmuşdur. Anamnestik məlumatlara görə, bu vaxta kimi görmə ilə bağlı heç bir şikayəti olmamışdır. Pasiyent digər orqanların və sistem xəstəliklərinin mövcud olmamasını qeyd edir. Xəstə sağ gözündə olan ağrıdan və bulanıq görmədən şikayət edirdi. Bütün oftalmoloji müayinələr aparılmışdır (vizometriya, tonometriya (Qoldman), biomikroskopiya, oftalmoskopiya, perimetriya və Heydelberg retinotomografiya) aparılmışdır.

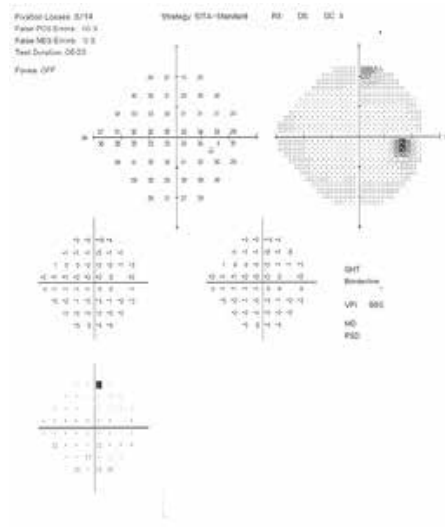
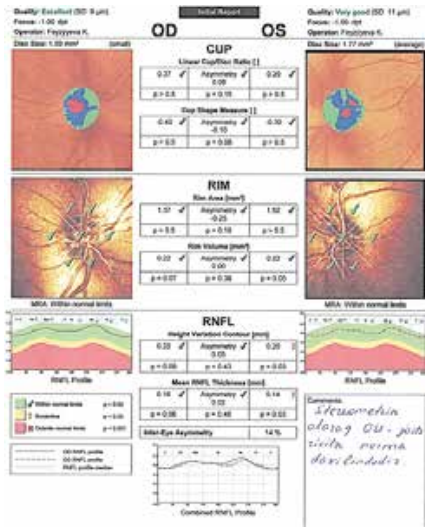
Daxil olarkən: Vis OD = 0,4; Tn OD = 49 mm c.s.

Vis OS = 0,7; Tn OS = 17,6 mm c.s.

Obyektiv müayinədə: OD - göz alması zəif inyeksiyalı, buynuz qişada ödem, endotelial presipitatlar müşahidə olunmuşdur. Ön kamera orta dərinlikdə, bəbək dardır, bülürda cüzi bulanma; qonioskopiya – ön kamera bucağı açıq; oftalmoskopiya – görmə siniri diskinin məməciyi açıq-cəhrayı, hüdüdları aydın, makulyar refleks norma daxilindədir (şək.1, 2).



**Şək.1.** Posner-Schlossman sindromu



a) Xəstə A.Q. – Heidelberg retinotomografiyanın göstəriciləri;  
 b) Perimetriyanın göstəriciləri

GDT normaya salmaq məqsədilə antiqlaukotoz dərmanlar, əlavə olaraq steroidlər və midriatiklər təyin olunmuşdur (sol. Timolol, sol. Diklof, sol. Kopred, sol. Edenorm, sol. Midriasil). Müalicə 2 ay müddətində davam etmişdir və bu müddət ərzində dərmanlar tədricən azaldılmışdır. Xəstə müşahidə altında olduğu zaman GDT düşmüş və digər simptomlar (ödem, presipitatlar) azalmağa başlamışdır. Ümumi müşahidə dövrü 22 ay təşkil etmişdir.

Obyektiv müayinədə: OD – buynuz qişa şəffaf, ön kamera orta dərinlikdə, bəbək dairəvidir, büllür cüzi bulanıqlı; qonioskopiya – ön kamera bucağı açıq; oftalmoskopiya – görmə siniri diskinin məməciyi açıq-cəhrayı, hüdudları aydın, makulyar refleks norma daxilindədir.

Aparılan bütün oftalmoloji müayinələrdən və diaqnozun təsdiqindən sonra xəstəyə medikamentoz müalicə təyin olunmuşdur. Müayinələr təkrar 1-ci həftə, 3, 6, 9, 12 və 22 ay müddətlərində aparılmışdır. Ümumi müşahidə dövrü 22 ay təşkil etmişdir, bu müddət ərzində oftalmoloji göstəricilər sabit olaraq qalmışdır, təkrar residiv müşahidə olunmamışdır (cədvəl 1).

Cədvəl 1

**Əsas funksional göstəricilərin dinamikası**

Müşahidə dövrü	Gözdaxili təzyiq (Goldman üzrə)	Görmə itiliyi
İlkin baxış zamanı	49 mm c.s.	0,4
1 həftə	21 mm c.s.	0,4-0,5
1 ay	19 mm c.s.	0,6
3 ay	16 mm c.s.	0,7
6 ay	16 mm c.s.	0,7
9 ay	18 mm c.s.	0,7-0,8
12 ay	17 mm c.s.	0,7-0,8
22 ay	16 mm c.s.	0,7-0,8

**Müzakirə**

Qlaukomatsiklitik kriz az rast gəlinən uveopatiyalara aiddir. Məlum olduğu kimi, uveal traktın iltihabi xəstəliklərində oftalmotonusun yüksəlməsi uveal qlaukoma və qlaukomatsiklitik kriz sindromu tipi üzrə özünü biruzə verir [3].

Antiqlaukوماتoz və steroid dərmanlarla müalicəyə tabe olan xəstəlikdir. Lakin bəzi hallarda müalicə tam effekt vermir, GDT düşür. Belə hallarda antiqlaukوماتoz əməliyyatların aparılması mütləqdir.

Rodier-Bonifas C. və həmmüəlliflərinin məlumatlarına əsasən, tutmalararası dövrdə məqsədli gözdaxili təzyiqə nail olmadığı halda antiqlaukوماتoz əməliyyatın aparılması göstərişdir [4-7].

Etiopatogenezi və diaqnostikası çətin olduğundan və bu günə kimi tam öyrənilmədi üçün sözsüz ki, bu problemin müşahidəsi və müalicəsi böyük aktuallığa malikdir. Differensiasiyası əsasən kəskin qlaukoma tutması ilə aparılır (cədvəl 2) [8].

Bu cür xəstələrdə proqnoz fərqlidir, xəstələrin çoxunda 1-2 aydan 5 ilədək kriz müşahidə olunur, bəzən xəstələr ömrləri boyu 2-3 dəfə kriz keçirlər.

Cədvəl 1

**Qlaukomatsiklitik kriz və kəskin qlaukoma tutmasının differensial diaqnostik əlamətləri**

Qlaukomatsiklitik kriz	Kəskin qlaukoma tutması
1. Gözdə ağırlıq hissiyatı və bəzən də göz almasının zəif ağrıları	Adətən ürəkbulanma və qusma ilə müşayiət olunan gözdə və başın müvafiq tərəflərində ağrılar
2. Göz alması zəif inyeksiyalı, bəzən inyeksiya müşahidə olunmur	Göz almasının episkleral damarlarında durğunluq inyeksiya
3. İşıq mənbəyinə baxdıqda rəngli halqalar görünür	İşıq mənbəyinə baxdıqda rəngli halqalar görünür
4. Buynuz qişada epitelial ödemin, presipitatların olması	Buynuz qişanın epitelinin ödemi, buynuz qişanın həssaslığının azalması
5. Ön kamera bucağı açıqdır, orta dərinlikdədir	Ön kamera dayazdır
6. Bəbəkdir, işığa qarşı reaksiya saxlanılmışdır	Bəbək gendir, işığa qarşı reaksiya zəifdir
7. Qüzehli qişada dəyişiklik olmur	Çox vaxt qüzehli qişanın seqmentar atrofiyası olur
8. GDT yüksəlmiş olur	GDT yüksəlmiş olur

Hər bir vəziyyətdə ildə bir dəfə təkrar müayinənin aparılması məqsədə uyğundur [7-11].

**Yekun**

Pozner-Şlossman sindromu tutmaları kirpikli cisimdə gedən və hipertenziya ilə müşayiət olunan iltihabi proseslərin nəticəsində meydana çıxır.

Alınan nəticələrin təhlili göstərmişdir ki, diaqnoz düzgün qoyulduqda və müalicə vaxtında aparıldıqda Pozner-Şlossman sindromu səbəbindən yaranan yüksək gözdaxili təzyiqi normaya salmaq, presipitatları azaltmaq, bununla da görmə qabiliyyətini qorumaq və digər fəsadların qarşısını almaq mümkündür.

## ƏDƏBİYYAT:

1. Posner A., Schlossman A. Syndrome of unilateral recurrent attacks of glaucoma with cyclitic symptoms // Arch. Ophthalmol., 1948, v.39, p.517-520.
2. Musayev-Qəlbınur P.İ., Əliyeva S., Qəhrəmanov H. Göz xəstəlikləri: dərslik Bakı: Təhsil, 2008, 533 s.
3. Ахундова С.Д., Мехти-заде Н.Д. Клинико-иммунологические исследования при увеальной глаукоме и глаукомо-циклитическом кризе // Диагностика некоторых заболеваний органа зрения, Баку, 1985, с. 20-28.
4. Rodier-Bonifas C., Cornut P.L., Billaud G. et al. Cytomegalovirus research using polymerase chain reaction in Posner-Schlossman syndrome // J. Fr. Ophtalmol., 2011, v.34, p.24-29.
5. Chee S.P., Jap A. Presumed Fuchs heterochromic iridocyclitis and Posner-Schlossman syndrome: comparison of cytomegalovirus-positive and negative eyes // Am. J. Ophthalmol., 2008, v.146, p.883-889.
6. Jap A., Sivakumar M, Chee SP. Is Posner Schlossman syndrome benign? // Ophthalmol., 2001, v.108(5), p.913-918.
7. Takusagawa H.L., Liu Y., Wiggs J.L. Infectious theories of Posner-Schlossman syndrome // Int. Ophthalmol.Clin., 2011, v.51, p.105-115.
8. Qasımov E.M. Qlaukoma üzrə tədris-metodik vəsait. Bakı, 2007, 223 s.
9. Chee S.P., Bacsal K., Jap A. et al. Clinical features of cytomegalovirus anterior uveitis in immunocompetent patients // Am. J. Ophthalmol., 2008, v.145, p.834-840.
10. Rodier-Bonifas C., Cornut P.L., Billaud G. et al. Cytomegalovirus research using polymerase chain reaction in Posner-Schlossman syndrome // J. Fr. Ophthalmol., 2011, v.34, p.24-29.
11. Yamamoto S., Pavan-Langston D., Tada R. et al. Possible role of herpes simplex virus in the origin of Posner-Schlossman syndrome // Am. J. Ophthalmol., 1995, v.119, p.796-798.
12. Choi C.Y., Kim M.S., Kim J.M. et al. Association between Helicobacter pylori infection and Posner-Schlossman syndrome // Eye (Lond), 2010, v.24(1), p.64-69.

**Müəlliflərin iştirakı:**

Tədqiqatın anlayışı və dizaynı (Əhmədova A.C.);  
Materialın toplanması və işlənməsi (Əhmədova A.C., Seyidova S.M.);  
Statistik məlumatların işlənməsi (Əhmədova A.C.);  
Mətnin yazılması (Əhmədova A.C., Seyidova S.M.);  
Redaktə (Əhmədova A.C.);

**Müəllif münaqişələrin (maliyyə, şəxsi, peşəkar və digər maraqları) olmamasını təsdiqləyir****Korrespondensiya üçün:**

Seyidova Sevinc Mir Səttar qızı, akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin "Müalicə-reabilitasiya və gözün yoluxucu xəstəlikləri" şöbəsinin həkim-oftalmoloqu