

UOT: 617.735-002:616-002.582

**Məcidova S.R., Axundova M.İ.****HEERFORDT-VALDENSTRÖM SİNDROMU  
(KLİNİK HAL)**<https://doi.org/10.71110/ajo791020251701527179>

Akademik Zərifə Əliyeva adına  
Milli Oftalmologiya Mərkəzi,  
Cavadxan küç., 32/15  
AZ1114, Bakı şəh., Azərbaycan

**Korrespondensiya üçün:**  
Axundova Məleykə İsmayıl qızı,  
t.ü.f.d., “Bioloji obyektlərdə və  
mulyajlarda praktiki bacarıqların  
öyrədilməsi laboratoriyasının”  
(WETLAB) kiçik elmi işçisi  
E-mail:  
axundovameleyke9@gmail.com  
[https://orcid.org/  
0009-0003-1905-8931](https://orcid.org/0009-0003-1905-8931)

**İstinad üçün:**  
Məcidova S.R., Axundova M.İ.  
Heerfordt-Valdenström  
sindromu (klinik hal).  
Azərbaycan Oftalmologiya Jurnalı,  
2025, 17; 1 (52): 71-79.  
(Rus dilində).

**Müəlliflərin iştirakı:**  
*Tədqiqatın anlayışı və dizaynı:*  
Məcidova S.R., Axundova M.İ.  
*Materialın toplanması və işlənməsi:*  
Axundova M.İ.  
*Mətnin yazılması:*  
Axundova M.İ., Məcidova S.R.,  
*Redaktə:*  
Məcidova S.R.

*Müəlliflər münaqişələrin  
(maliyyə, şəxsi, peşakar və digər  
maraqları) olmamasını təsdiqləyirlər*

Daxil olub 18.02.2025  
Çapa qəbul olunub 04.04.2025

**XÜLASƏ**

Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzində 1972-ci il təvəllüdlü Heerfordt-Valdenström sindromu ilə stasionar müalicə alan xəstə A.Ş.-nin klinik halı təsvir olunmuşdur. Bu sindrom özünü ön uveit, üz sinirinin iflici və anamnezində ikitərəfli parotit şəklində göstərmişdir. Spesifik və oftalmoloji müayinələr əsasında aşağıdakı diaqnoz qoyulmuşdur: “Sarkoidoz, Heerfordt-Valdenström sindromu, sağ gözdə uveit, uveal oftalmohipertenziya”. Xəstəyə müvafiq kompleks müalicə təyin edilmiş və müsbət nəticələr əldə olunmuşdur.

**Açar sözlər:** *sarkoidoz, uveit, uveal oftalmohipertenziya, üz sinirinin iflici, parotit, Heerfordt-Valdenström sindromu*

**Majidova S.R., Akhundova M.I.**

## **HEERFORDT-WALDENSTRÖM SYNDROME (CLINICAL CASE)**

<https://doi.org/10.71110/ajo791020251701527179>

National Ophthalmology  
Centre named after  
Academician Zarifa Aliyeva,  
32/15, Javadkhan str.,  
AZ1114, Baku, Azerbaijan

**For correspondence:**

Akhundova Maleyka Ismail, Ph.D.,  
junior researcher at WETLAB  
E-mail:  
axundovameleyke9@gmail.com  
[https://orcid.org/  
0009-0003-1905-8931](https://orcid.org/0009-0003-1905-8931)

**For citation:**

Majidova S.R., Akhundova M.I.  
Heerfordt-Waldenström syndrome  
(clinical case).  
Azerbaijan Journal  
of Ophthalmology,  
2025, 17; 1 (52): 71-79.  
(In Russ.).

**Authors participation:**

*Concept and design of investigation:*

Majidova S.R., Akhundova M.I.

*Material collection and processing:*

Akhundova M.I.

*Spelling text:*

Akhundova M.I., Majidova S.R.,

*Editing:*

Majidova S.R.

### **SUMMARY**

The article presents a clinical case of Heerfordt-Waldenström syndrome of patient A.Sh., born in 1972, who was undergoing inpatient treatment at the National Ophthalmology Centre named after Academician Zarifa Aliyeva. This syndrome manifested itself as anterior uveitis, facial nerve paralysis and of bilateral parotitis in anamnesis. Based on specific and ophthalmological examination, the following diagnosis was made: “Sarcoidosis, Heerfordt-Waldenström syndrome, uveitis, uveitic ocular hypertension of the right eye”. Appropriate complex therapy was carried out and a positive result was obtained.

**Key words:** *sarcoidosis, uveitis, uveitic ocular hypertension, facial nerve paralysis, parotitis, Heerfordt-Waldenström syndrome*

*The authors confirm that there are  
no conflicts (financial, personal,  
professional and other interests).*

Received 18.02.2025

Accepted 04.04.2025

УДК: 617.735-002:616-002.582

Меджидова С.Р., Ахундова М.И.

**СИНДРОМ ХЕЕРФОРДТА-ВАЛЬДЕНСТРЁМА  
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**<https://doi.org/10.71110/ajjo791020251701527179>

Национальный Центр  
Офтальмологии имени  
академика Зарифы Алиевой,  
ул. Джавадхана, 32/15,  
г. Баку, AZ1114, Азербайджан

**Для корреспонденции:**  
Ахундова Малейка Исмаил кызы,  
д.ф.п.м., младший научный  
сотрудник «Лаборатории  
обучения практическим навыкам  
на биологических объектах и  
муляжах» (WETLAB)  
E-mail:  
axundovameleyke9@gmail.com  
[https://orcid.org/  
0009-0003-1905-8931](https://orcid.org/0009-0003-1905-8931)

**Для цитирования:**  
Меджидова С.Р., Ахундова М.И.  
Синдром  
Хеерфордта-Вальденстрёма  
(клинический случай).  
Азербайджанский  
Офтальмологический Журнал,  
2025, 17; 1 (52): 71-79.

**Участие авторов:**  
*Концепция и дизайн исследования:*  
Меджидова С.Р., Ахундова М.И.  
*Сбор и обработка материала:*  
Ахундова М.И.  
*Написание текста:*  
Ахундова М.И., Меджидова С.Р.  
*Редактирование:*  
Меджидова С.Р.

*Авторы заявляют об отсутствии  
конфликта интересов  
(финансовых, личных,  
профессиональных и других).*

Поступила 18.02.2025  
Принята к печати 04.04 2025

**РЕЗЮМЕ**

Представлен клинический случай синдрома Хеерфордта-Вальденстрёма пациентки А.Ш., 1972 года рождения, находившейся на стационарном лечении в Национальном Центре Офтальмологии имени академика Зарифы Алиевой. Данный синдром проявлялся в виде переднего увеита, паралича лицевого нерва и двухстороннего паротита в анамнезе. На основании специфического и офтальмологического обследования поставлен диагноз: «Саркоидоз, синдром Хеерфордта-Вальденстрёма, увеит, увеальная офтальмогипертензия правого глаза». Была проведена соответствующая комплексная терапия и получен положительный результат.

**Ключевые слова:** *саркоидоз, увеит, увеальная офтальмогипертензия, паралич лицевого нерва, паротит, синдром Хеерфордта-Вальденстрёма*

Во всем мире заболеваемость саркоидозом колеблется от 0,48 до 11,4 случаев на 100 000 человек в год [1]. У афроамериканцев заболеваемость саркоидозом выше, достигая 17,8 на 100 000 в год [2, 3].

Распространенность саркоидоза глаз колеблется от 10 до 55% в исследованиях среди европеоидной расы [4-6]. Саркоидоз глаз более распространен среди азиатского населения. В Японии саркоидоз стал основной причиной увеита, составляя примерно 15% всех случаев [7, 8].

При саркоидозе могут поражаться все структуры глаза, но увеит является наиболее распространенным глазным проявлением и приводит к потере зрения.

Типичная офтальмологическая картина этих увеитов – гранулематозная с поражением передних отделов, обычно двусторонняя с наличием передних и задних синехий.

При задних увеитах наблюдается: воспалительный выпот стекловидного тела, ретинальный васкулит, многоочаговый гранулематозный хориоидит, кистозный макулярный отек, в тяжелых случаях – экссудативная отслойка сетчатки [9, 10].

Синдром Хеерфордта-Вальденстрёма – редкий вариант саркоидоза, характеризующийся увеличением околоушных или слюнных желез, параличом лицевого нерва и передним увеитом [11].

Синдром Хеерфордта-Вальденстрёма первоначально назывался «Febris uvea-parotidea subchronica».

В 1909 году датский офтальмолог Christian Frederik Heerfordt описал трех пациентов с увеитом, увеличением околоушной железы, параличом черепных нервов и лихорадкой [12].

В 1937 году шведский офтальмолог Вальденстрём классифицировал его как отдельное проявление саркоидоза [13].

В отечественной офтальмологической литературе мы не нашли сообщений о данном синдроме, в связи с чем особый

интерес представляет следующее наблюдение.

Цель – представить редкий клинический случай увеита, связанного с синдромом Хеерфордта-Вальденстрёма.

### Клинический случай

Пациентка А.Ш., 1972 года рождения, впервые обратилась в Национальный Центр Офтальмологии (НЦО) имени академика Зарифы Алиевой в 2018 году с диагнозом «OD – увеит, вторичная офтальмогипертензия», от стационарного лечения отказалась, но ей было назначено противовоспалительное и гипотензивное лечение.

Со слов больной в 2017 году был выявлен саркоидоз легких, в связи с чем она получила специфическое лечение в Научно-Исследовательском институте легочных заболеваний.

В 2024 году обратилась повторно в наш Центр с жалобами на покраснение и снижение зрения правого глаза. В анамнезе пациентка отмечала выявленный за год до обращения сахарный диабет, перенесенный паралич лицевого нерва, увеличение околоушных желез с обеих сторон около 9 месяцев назад.

Вследствие отсутствия болей и спонтанного самоизлечения пациентка не обратилась к отоларингологу, но получив необходимое лечение у невропатолога, до обращения к нам постоянно находилась как под его, так и под наблюдением эндокринолога.

Пациентке было проведено комплексное общее и офтальмологическое исследование.

Результаты исследования локального состояния при поступлении:

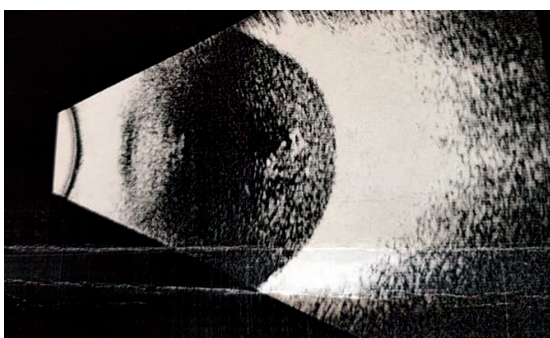
Vis OD = 0,1 с коррекцией  
(sph +2,5 dptr) = 0,3

Vis OS = 0,7 с коррекцией  
(sph +1,0 dptr) = 1,0

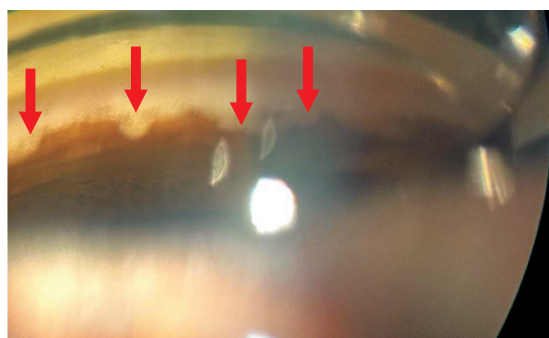
Tn OD = 23 мм рт.ст.

(под гипотензивными каплями)

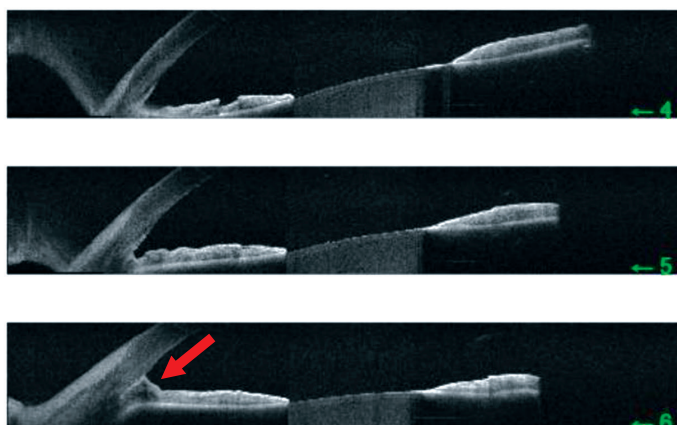
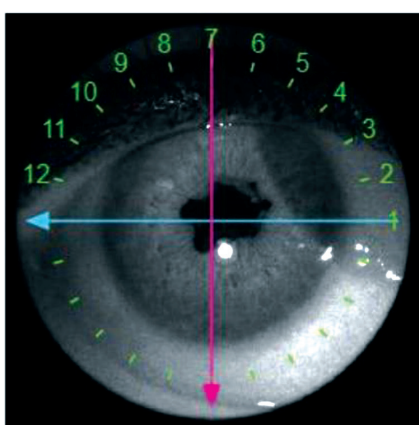
Tn OS = 19 мм рт.ст.



**Рисунок 1.** В-сканограмма правого глаза пациентки А.Ш. при поступлении.



**Рисунок 2.** Гониоскопия правого глаза пациентки А.Ш.



**Рисунок 3.** ОКТ-ма угла передней камеры правого глаза пациентки А.Ш.

При биомикроскопии: правый глаз – смешанная инъекция конъюнктивы глазного яблока, множественные эндотелиальные преципитаты, передняя камера средней глубины, во влаге наблюдаются воспалительные клетки (+2). Зрачок узкий, неправильной формы (круговые задние синехии), реакция зрачка на свет отсутствует. При офтальмоскопии глазного дна: глазное дно в тумане, диск зрительного нерва бледно-розовый с четкими границами, макулярный рефлекс сохранен.

Левый глаз – без патологических изменений.

По данным ультразвукового исследования (УЗИ) в стекловидном теле правого глаза диффузные точечные помутнения, оболочки прилежат (**рис.1**).

При гониоскопии и оптической когерентной томографии (ОКТ) угла передней камеры правого глаза на

протяжении всего Шлеммова канала были выявлены множественные гранулематозные гониосинехии (**рис. 2, 3**).

На ОКТ-ме слой нервных волокон сетчатки (RNFL) и ганглионарных клеток (GCL) в пределах нормы, что позволяет исключить глаукому и поставить диагноз «OD – увеит, увеальная офтальмогипертензия» (**рис.4**).

Данные лабораторных исследований: показатели общего анализа крови в пределах нормы, серологические исследования на сифилис, гепатит С, В и ВИЧ-инфекцию отрицательны.

Показатели уровня антител к инфекциям в сыворотке крови: герпес I+II IgG – 33,6 NV; цитомегаловирус IgG – 24,7 BV/ml; токсоплазма IgG – 3,2 BV/ml. Показатель аллергической сенсibilизации немедленного типа не превышает референсных значений: IgE – 26,9 IU/ml. Биохимические

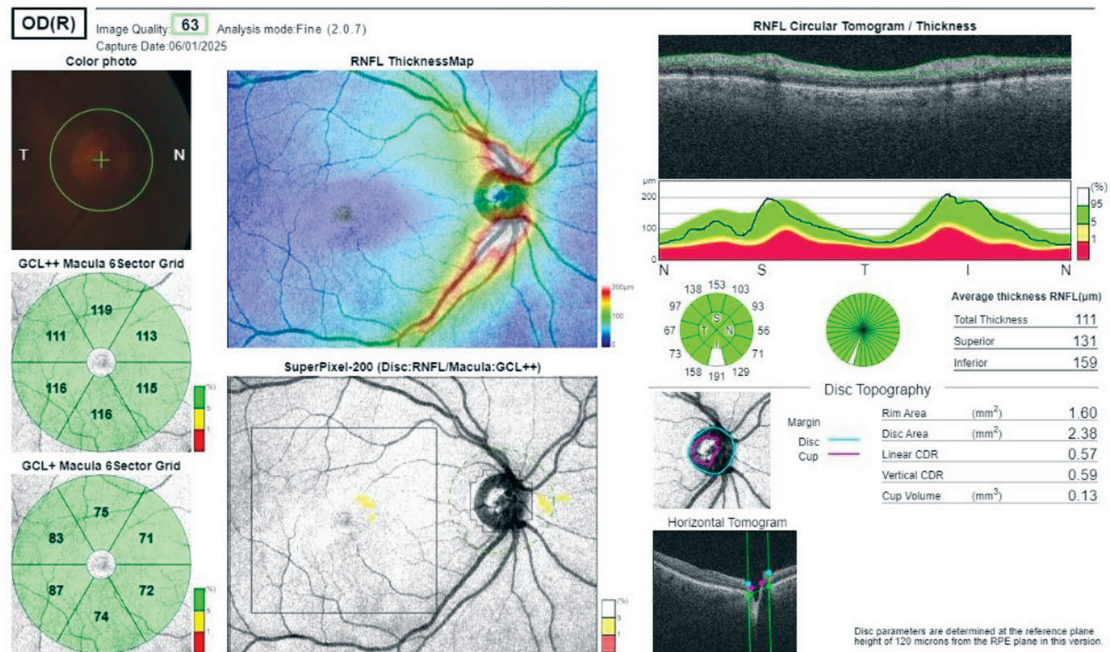


Рисунок 4. ОКТ-ма глазного дна правого глаза пациентки А.Ш.

показатели: глюкоза в крови – 7,5 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин – 5,8% на фоне приема гипогликемических средств (диабетон, глюкофаж), из ревмотестов С-реактивный белок несколько повышен – 12м/л. Метаболиты: повышено содержание липопротеинов, триглицеридов и

общего холестерина в крови; креатинин, печеночные пробы – в пределах нормы.

Учитывая наличие в анамнезе саркоидоза, пациентке был проведен анализ на специфический показатель - один из продуктов саркоидных гранулем - ангиотензин-превращающий фермент

Таблица 1. Результаты лабораторных исследований пациентки А.Ш. при поступлении

Показатель	Результат	Референсные значения	Ед.изм.
<b>КОАГУЛОГРАММА</b>			
Протромбиновый индекс	82	75-120	%
Время свертывания крови (по Li-Uait)	8'-10"	5'-10"	мин.
<b>ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ</b>			
Лейкоциты	6,8	4,0-8,8	109/1
Эритроциты	4,5	4,0-5,0	1012/1
Гемоглобин	134	117-160	g/l
Тромбоциты	235	150-400	109/1
СОЭ	20	2-30	mm/s
<b>СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>			
Anti HIV 1/2/ (IgG+IgM) тест	Не выявлено	–	
Anti TP 1/2/ (IgG+IgM) тест	Не выявлено	–	
<b>ГЕПАТИТЫ</b>			
HBsAg (тест)	Не выявлено	–	
Anti-HCV (IgG+IgM) тест	Не выявлено	–	

<i>Показатель</i>	<i>Результат</i>	<i>Референсные значения</i>	<i>Ед.изм.</i>
<b>РЕВМОТЕСТЫ</b>			
С-реактивный белок	12	0-6	mg/l
Ревмофактор	<12	0-12	BV/ml
Антистрептолизин	<200	0-200	BV/ml
<b>ИНФЕКЦИИ</b>			
Herpes 1+2 IgG	33,6	< 9,0 не выявлено 9,0-11 сомнительно >11,0 выявлено	BV/ml
Toxoplasma IgG	3,2	< 9,0 не выявлено 9,0-11 сомнительно >11,0 выявлено	BV/ml
IgE	26,9	<100	IU/ml
<b>МЕТАБОЛИТЫ</b>			
Глюкоза в сыворотке	7,5	4,2-6,4	mmol/l
Липопротеины очень низкой плотности	31,5	<30,0	mg/dl
Общий холестерин	6,9	норма<5,2 Средний риск 5,2-6,2 Высокий риск >6,2	mmol/l
Триглицериды	1,8	норма<1,7 Средний риск 1,7-2,3 Высокий риск >2,3	mmol/l
Креатинин в сыворотке	78,0	53,0-106,0	mkmol/l
Гликозилированный гемоглобин	5,8	3,8-5,8	%
<b>ФЕРМЕНТЫ</b>			
Аланинаминотрансфераза (ALT)	12,0	<32,0	U/l
Аспарагинаминотрансфераза (AST)	11,2	<31,0	U/l
Ангиотензинпревращающий фермент (ACE)	51,6	8,0-52,0	U/l

(АПФ) – 51,6 U/l (табл. 1).

Заключение компьютерной томограммы (КТ) грудной клетки: в базальных сегментах нижних долей обоих легких выявлена интерстициальная воспалительная инфильтрация

Средостенно, в проекции корней легких с обеих сторон, паратрахеально, парааортально определяются в большом количестве конгломераты увеличенных лимфатических узлов (размер наибольшего 23 x 28, 27 x 25 мм) (рис. 5).

На основании результатов проведенных исследований пульмонологом был выставлен диагноз «Саркоидоз, синдром Херфордта-Вальденстрёма» и назначена системная гормональная терапия (таблетки «Метипред» по стандартной схеме) под динамическим контролем эндокринолога

и мониторингом уровня глюкозы в крови.

Пациентке была проведена местная и общая противовоспалительная, гипотензивная, противовирусная, десенсибилизирующая терапия.

Результаты исследования локального состояния при выписке:

Vis OD = 0,5 с коррекцией (sph +2,5 dptr) = 0,9-1,0(3)

Vis OS = 0,7 с коррекцией (sph +1,0 dptr) = 1,0

Tn OD = 16 мм рт.ст.

(под гипотензивными каплями)

Tn OS = 19 мм рт.ст.

Правый глаз: биомикроскопия – роговица прозрачная, преципитаты полностью рассосались, влага передней камеры прозрачная, зрачок неправильной формы в виде цветка (незначительно

расширен медикаментозно), в области зрачка прозрачный хрусталик, глазное дно в пределах видимости без патологии. УЗИ (В-сканирование) подтвердило значительное уменьшение интенсивности и количества помутнений в стекловидном теле (рис. 6).

После выписки пациентка взята на диспансерное наблюдение для профилактики повторных рецидивов и вторичных осложнений увеита.

### Обсуждение

При саркоидозе увеит может быть любого анатомического типа: передний, промежуточный, задний или панuveит [10], в то время как при синдроме Хеерфордта-Вальденстрёма передний увеит является наиболее классическим глазным проявлением и включает светобоязнь, нечеткое зрение и слезотечение [13]. Патология преимущественно встречается у лиц среднего возраста.

Предрасположенность к болезни у женщин выше, чем у мужчин [12]. Это соответствует нашему клиническому случаю.

Как было отмечено выше, пациентка год назад перенесла паралич лицевого нерва. Наиболее частой причиной синдрома Хеерфордта-Вальденстрёма является саркоидоз, сопровождающийся поражением нервной системы [12]. У 5% пациентов наблюдается поражение нервной системы, а наиболее частым проявлением является паралич лицевого нерва из-за эпинеуральных и перинеуральных гранулем [14].

Морфологическим субстратом саркоидоза принято считать эпителиоидноклеточную гранулему, которая представляет собой скопление мононуклеарных фагоцитов. У больных прослеживается неспецифическая саркоидозная реакция в виде эпителиоидноклеточного гранулематоза. Подобные очаги, расположенные в

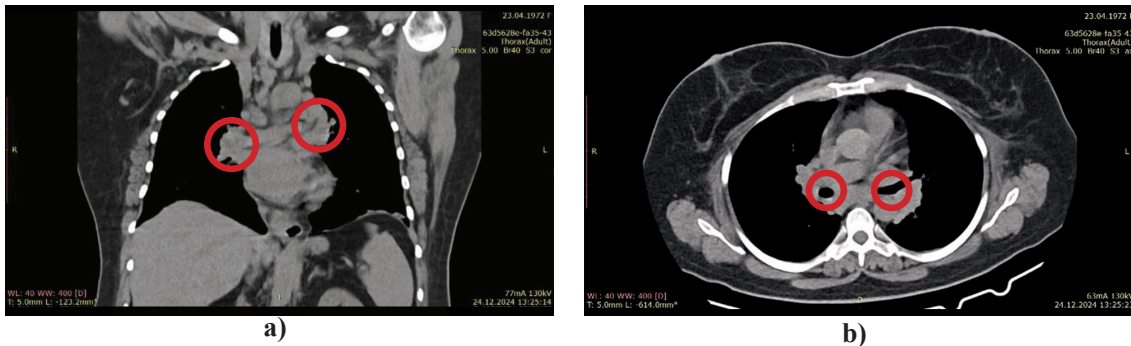


Рисунок 5. КТ-ма грудной клетки пациентки А.Ш.:  
а) коронарная проекция; б) аксиальная проекция КТ.

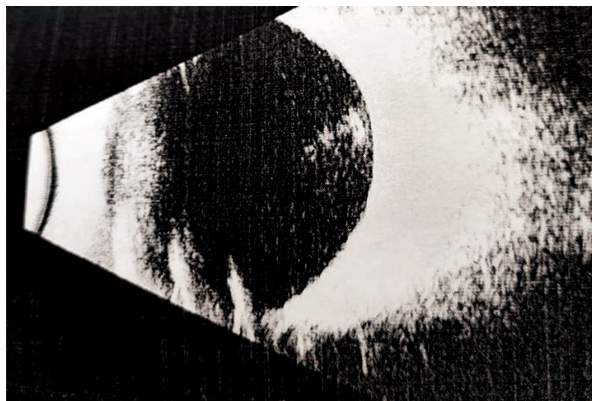


Рисунок 6. В-сканограмма правого глаза пациентки А.Ш. при выписке.

лимфоузлах, паротитных железах, дыхательных путях, других органах и тканях предположительно провоцируют развитие синдрома Хеерфордта, что соответствует данным КТ грудной клетки и гониоскопии в рассмотренном случае. Все вышеуказанное нацелило на своевременное проведение необходимых специфических общих исследований, рекомендацию консультации пульмонолога и проведение необходимого соответствующего комплексного лечения после выставления диагноза «Синдром Хеерфордта-Вальденстрёма».

### Заклучение

Риск развития специфического увеита при саркоидозе требует тщательного подхода к ведению таких пациентов как со стороны пульмонологов, так и офтальмологов. Тесное сотрудничество между специалистами различных дисциплин необходимо для ранней диагностики, своевременного специфического лечения и постоянного динамического наблюдения при увеитах различной этиологии.

### ƏDƏBİYYAT

#### REFERENCE | ЛИТЕРАТУРА

1. Arkema, E.V. Sarcoidosis Epidemiology: Recent Estimates of Incidence, Prevalence and Risk Factors / E.V.Arkema, Y.C.Cozier // *Curr. Opin. Pulm. Med.*, – 2020. 26, – p. 527-534. <https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000715>
2. Baughman, R.P. Sarcoidosis in America. Analysis Based on Health Care Use / R.P.Baughman, S.Field, U.Costabel [et al.] // *Ann. Am. Thorac. Soc.*, – 2016. 13, – p. 1244-1252. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201511-760OC>
3. Duchemann, B. Prevalence and Incidence of Interstitial Lung Diseases in a Multi-Ethnic County of Greater Paris / B.Duchemann, I.Annesi-Maesano, C.Jacobe de Naurois [et al.] // *Eur. Respir. J.*, – 2017. 50, – p. 1602419. <https://doi.org/10.1183/13993003.02419-2016>
4. Hümətova, S.A. Sarkoidoz (kliniki hal) / S.A.Hümətova, G.R.Məmmədova // *Azərbaycan Oftalmologiya Jurnalı*, – Bakı: – 2018. №3(28), – s. 95-98.
5. Cardoso, A.V. Analysis of Sarcoidosis in the Oporto Region (Portugal) / A.V.Cardoso, P.C.Mota, N.Melo [et al.] // *Rev. Port. Pneumol.*, – 2017. 23, – p. 251-258. <https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2017.05.004>
6. Pérez-Alvarez, R. Systemic Phenotype of Sarcoidosis Associated with Radiological Stages. Analysis of 1230 Patients / R.Pérez-Alvarez, P.Brito-Zerón, B.Kostov [et al.] // *Eur. J. Intern. Med.*, – 2019. 69, – p. 77-85. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2019.08.025>
7. Kitamei, H. Clinical Features of Intraocular Inflammation in Hokkaido, Japan / H.Kitamei, N.Kitachi, K.Namba [et al.] // *Acta. Ophthalmol.*, – 2009. 87, – p. 424-428. <https://doi.org/10.1111/j.1755-3768.2008.01282.x>
8. Morimoto, T. Epidemiology of Sarcoidosis in Japan / T.Morimoto, A.Azuma, S.Abe [et al.] // *Eur. Respir. J.*, – 2008. 31, – p. 372-379. <https://doi.org/10.1183/09031936.00075307>
9. Coulon, C. Ethnicity and Association with Ocular, Systemic Manifestations and Prognosis in 194 Patients with Sarcoid Uveitis / C.Coulon, L.Kodjikian, C.Rochepeau [et al.] // *Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.*, – 2019. 257, – p. 2495-2503. <https://doi.org/10.1007/s00417-019-04415-x>
10. Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group Development of Classification Criteria for the Uveitides // *Am. J. Ophthalmol.*, – 2021. 228, – p. 96-105. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2021.03.061>
11. Fraga, R.C. Do you know this syndrome? Heerfordt-Waldenström syndrome / R.C.Fraga, P.Kakizaki, N.Y.S.Valente [et al.] // *An. Bras. Dermatol.*, – 2017. 92(4), – p. 571-572. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175211>
12. Исрафилова, Г.З. Клинический случай синдрома Хеерфордта / Г.З.Исрафилова, В.Б.Мальханов, А.Э.Бабушкин [и др.] // *Восток – Запад. Точка зрения.* – 2014. №1, – с. 180.
13. Darlington, P. HLA-DRB1\* alleles and symptoms associated with Heerfordt's syndrome in sarcoidosis / P.Darlington, L.Tallstedt, L.Padyukov [et al.] // *Eur. Respir. J.*, – 2011. 38(5), – p. 1151-1157. <https://doi.org/10.1183/09031936.00025011>
14. Denny, M.C. The Heerfordt-Waldenström syndrome as an initial presentation of sarcoidosis / M.C.Denny, A.D.Fotino // *Proc. (Bayl. Univ. Med. Cent.)*, – 2013. 26(4), – p. 390-392. <https://doi.org/10.1080/08998280.2013.11929014>