

Казанский государственный медицинский университет
кафедра офтальмологии

Заболевания слезных органов, методы исследования слезных органов

Работу выполнила:
студентка группы 1415
Габбазова Д.Ф.
Преподаватель:
Усов В.А.

Казань, 2015г.

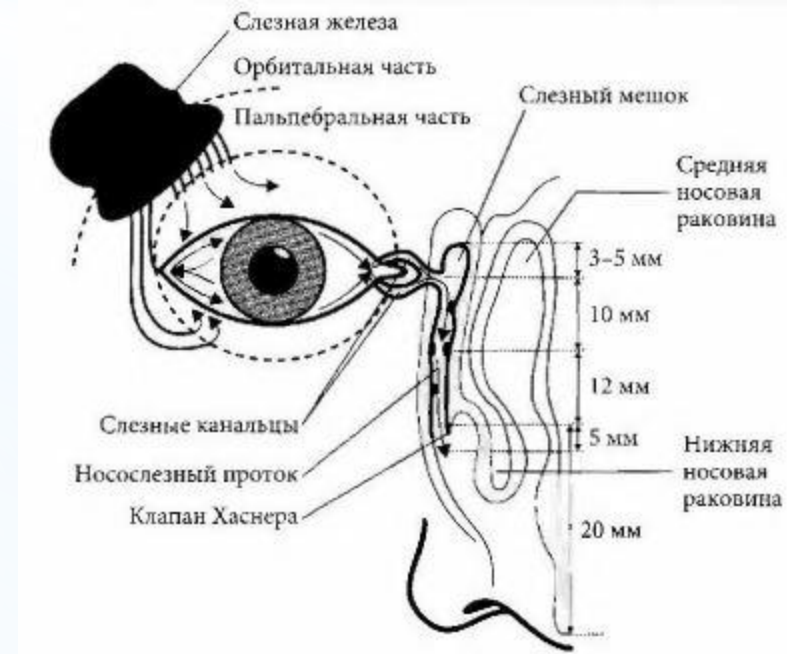
Строение слезных органов

В анатомическом и функциональном отношении слезный аппарат можно подразделить на три отдела: слезопroduцирующий, слезопринимающий и слезоотводящий.

Слезопroduцирующий отдел представлен слезной железой (*glandula lacrymalis*) и добавочными слезными железами (*glandula lacrymalis accesoria*): в своде конъюнктивы железы Краузе и у верхнего края хряща железы Вальдейера.

Слезопринимающий отдел представлен конъюнктивальным мешком со слезным ручейком (*rivus lacrymalis*), слезным мяском, полулунной складкой и слезным озерком.

Слезотводящий отдел последовательно включает слезные точки (*puncta lacrymalia*), слезные канальцы (*canaliculi lacrymalis*), слезный мешок (*saccus lacrymalis*) и носослезный проток (*ductus nasolacrymalis*).



Заболевания слезных органов встречаются в 3—6% случаев заболеваний органа зрения. Приобретенная патология слезных органов включает нарушение секреторной функции слезных желез, воспалении и опухоли. К состояниям, требующим неотложного вмешательства, относятся воспалительные заболевания слезопродуцирующих, слезоотводящих органов.

Патология слезопродуцирующих органов

Патология слезопродуцирующих органов может быть представлена аномалиями развития, воспалительными процессами, опухолями, атрофиями и дегенерациями, а также посттравматическими изменениями.

Аномалии развития чаще встречаются у детей. Аномалии слезной железы проявляются ее отсутствием, недостаточностью развития, опущением, а также гипертрофией.

Отсутствие или недостаточность развития слезной железы приводят к ксерозу и потере зрения и лечение в таких случаях только оперативное. Заключается оно в пересадке в наружный отдел конъюнктивальной полости стенонова протока слюнной железы. Имеется большое сходство между физико-химическим составом секрета слезной и слюнных желез и это обеспечивает удовлетворительное состояние глаза.

В случае опущения слезной железы и нарушении ее функции также показано оперативное лечение - подшивание слезной железы к надкостнице в области наружной части брови.

При гиперсекреции проводится частичное удаление ее, склерозирующая терапия с целью уменьшения продукции слезы.

Воспалительные заболевания слезной железы - дакриoadениты встречаются не так часто. Они делятся на острые и хронические.

Острый дакриoadенит

Дакриоаденит чаще является осложнением общих инфекций (грипп, ангина, корь, скарлатина, брюшной тиф, пневмония, эпидемический паротит и др.). Обычно бывает односторонним, но может быть и двусторонним.

- Начинается остро, появляются припухлость и покраснение кожи верхнего века в наружном отделе, боль в этой области.
 - Глазное яблоко смещается книзу и кнутри, подвижность глаза ограничивается при взгляде кверху и кнаружи.
 - При оттягивании верхнего века видна выбухающая в переходную складку пальпебральная часть слезной железы.
 - Процесс сопровождается увеличением регионарных лимфатических узлов, общим недомоганием, головной болью, повышением температуры тела.
- Острый дакриoadенит длится обычно 10–15 дней. Иногда отмечаются нагноение слезной железы, образование абсцесса, который может вскрыться через кожу верхнего века или парабульбарную клетчатку в конъюнктивальный мешок. Однако чаще болезнь протекает доброкачественно, и инфильтрат подвергается обратному развитию.



Лечение

Направлено на борьбу с общим заболеванием. Назначают антибиотики внутрь (ампициллин, оксациллин, олететрин, метациклин) или внутримышечно (пенициллин, гентамицин), сульфаниламидные препараты внутрь (норсульфазол, сульфадимезин, сульфапиридазин-натрий, этазол), симптоматические средства (анальгин, амидопирин), на ночь — снотворное. Местно: промывают конъюнктивальную полость теплыми растворами антисептических средств — фурацилина (1 : 5000), калия перманганата (1 : 5000); закладывают за веко мази с сульфаниламидами и антибиотиками (20 % сульфацил-натриевая, 10 % сульфапиридазиновая, 1 % тетрациклиновая), 1 % эмульсию синтомицина. Рекомендуют кортикостероиды в виде глазных капель и мазей: 1 % суспензию гидрокортизона, 0,3 % раствор преднизолона, 0,1 % раствор дексаметазона 3—4 раза в день, 0,5 % гидрокортизоновую или преднизолоновую мазь 3 раза в день; физиотерапевтические процедуры (УВЧ-терапия), сухое тепло. При развитии абсцесса его вскрывают.

Гипофункция слезной железы (синдром Шегрена)

- * Относится к коллагенозам
- * Характеризуется гипофункцией слезных, слюнных и потовых желез
- * Чаще у женщин в климактерическом возрасте, протекает с обострениями и ремиссиями
- * Клинически протекает как сухой кератоконъюнктивит. Патология билатеральная. Больных беспокоят зуд, ощущение инородного тела в глазу, светобоязнь, сухость в глотке. Конъюнктивит век гиперемирован с сосочковой гипертрофией и тягучим «нитчатым» секретом. Роговица в нижнем отделе матовая, шершавая.
- * Лечение должно быть комплексным. Используют кортикостероиды и цитостатики. Местное лечение кератоконъюнктивита- кортикостероиды, гель «Актовегина», заменители слезы- 0,25% лизоцим, капли «Витасик», «Гелевые слезы».

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

ГОРИЗОНТАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

Врожденная патология: атрезия, дислокация слезных точек; закрытие слезных точек зародышевой пленкой; множественность слезных точек и канальцев; фистула слезных канальцев; симптом впалых глаз и высокой переносицы («орлиный взор»).

Приобретенные заболевания: сужение, закупорка, заращение слезных точек; гипертрофия и склерозирование канальцев (острое и хроническое); сужение, заращение дилатация, закупорка канальцев; травма слезных канальцев, атония слезных канальцев.

ВЕРТИКАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

Врожденная патология: отсутствие или недоразвитие слезного мешка и слезно-носового протока; сужение, заращение просвета слезно-носового протока; фистулы слезного мешка; дивертикулы, складки, клапаны слезного мешка и слезно-носового протока.

Приобретенная патология: воспаление, сужение и заращение слезно-носового протока на различных участках; воспаление слезного мешка (острое, хроническое, рецидивирующее; простое, сложное, сочетанное).

Новообразования слезного мешка. Отсутствие слезного мешка после экстирпации.

Заращение слезоотводящих путей.

* Стеноз слезных точек

- * Возникает при сенильных изменениях век, и у пациентов, страдающих блефароконъюнктивитом
- * Больного беспокоят слезостояние и слезотечение
- * Диагноз ставится на основании биомикроскопии, отрицательной цветовой канальцевой пробы, зондирования слезной точки, проходимости слезных канальцев, носослезного протока (подтвержденных диагностическим промыванием и дакриорентгенографически), а также нормальными показателями теста на слезопродукцию слезной железы
- * Лечение : после многократного бужирования слезной точки, положительный результат достигают редко. Эффективно хирургическое лечение. Операция расширения слезной точки имеет множество модификаций. Суть ее заключается либо в рассечении сфинктера слезной точки, либо в рассечении слезной точки и удалении фрагмента внутренней стенки канальца.

* Патология слезных канальцев

Каналикулиты

- * Вызываются вирусной, микробной и грибковой инфекцией; также канальцы могут воспаляться в результате попадания в их просвет инородных тел, частиц косметики
- * При каналикулитах больных беспокоят слизисто-гнойное отделяемое и слезотечение. Характерна отечность, гиперемия, болезненность в области канальцев. Слезные точки могут быть гиперемированы и отечны, изменяется их просвет. При надавливании на область канальца из слезной точки появляется слизисто-гнойное отделяемое
- * Цветная канальцевая проба редко замедлена. Остальные отделы слезоотводящего аппарата проходимы.
- * Лечение: консервативное лечение состоит из инстилляций дезинфицирующих капель, антибиотиков, механического удаления содержимого канальца путем надавливания на него, с последующим промыванием слезных путей дезинфицирующими растворами и антибиотиками.

Местное лечение состоит из промываний слезных путей 1% раствором борной кислоты или раствором йодида калия, а также инстилляций в глаз глюкокортикоидов в большом разведении, на фоне приема внутрь антимикотиков и антигистаминных препаратов.

Однако более эффективным считается хирургическое лечение- каналикулотомия с выскабливанием содержимого и обработкой полости канальца 5% спиртовым раствором йода.



Врожденный дакриоцистит

Первичные (врожденные)

- * Возникают в первые недели жизни, в связи с патологией развития слезоотводящего аппарата
- * Основной причиной считается неоткрытие к моменту рождения носового устья носослезного протока, который заканчивается слепым мешком

Вторичные (приобретенные)

- * В более поздние сроки, и обусловлены аномалиями, заболеваниями и повреждениями смежных со слезными путями тканей глаза, орбиты, лица, носа, околоносовых пазух

* Клиническая картина

Через несколько дней после рождения детей возникает слизисто-гнойное отделяемое из конъюнктивального мешка. Секрет становится более жидким и обильным. Если не наступает самопроизвольного излечения с разрывом прикрывающей пленки, то процесс принимает хроническое течение.



Поэтапное лечение врожденных дакриоциститов

Вид лечения	Возраст , когда рекомендуется процедура	Частота процедуры	Продолжительность лечения
Массаж слезного мешка	С рождения	ежедневно	2-3 нед
Промывание слезных путей	С 1 мес	Через 1-2 дня	1-2 нед
Ретроградное зондирование носослезного протока	С 2 мес	Через 5-7 дней	2-3 нед
Зондирование слезных путей через слезную точку	С 4 мес	Через 7 дней	2-3 нед
Эндонозальная дакриоцисториностомия	С 2-3 лет	-	-

* Синдром «сухого глаза» роговично-конъюнктивальный ксероз

- * Совокупность ксеротических изменений роговицы и конъюнктивы, вызванных систематическим нарушением стабильности прероговичной слезной пленки
- * Заболевание часто встречается у женщин
- * Классификация:
 - * По этиологии различают.
 - ❖ Синдромальный "сухой глаз".
 - ❖ Симптоматический «сухой глаз», который сопутствует:
 - некоторым видам глазной патологии и операциям на органе зрения;
 - отдельным гормональным нарушениям;
 - ряду соматических заболеваний;
 - местному и энтеральному приему некоторых ЛС;
 - авитаминозу А.
 - ❖ Артефициальный.

- * • По патогенезу выделяют синдром «сухого глаза» вследствие:
 - ❖ сокращения объёма основной слезопродукции;
 - ❖ дестабилизации слёзной плёнки под воздействием экзогенных факторов или повышенного испарения:
 - ❖ комбинированного воздействия вышеперечисленных факторов.
- * • По клинической картине различают следующие формы синдрома «сухого глаза»:
 - ❖ рецидивирующая микроэрозия роговицы или конъюнктивы глазного яблока;
 - ❖ рецидивирующая макроэрозия роговицы или конъюнктивы глазного яблока:
 - ❖ "сухой" кератоконъюнктивит;
 - ❖ «нитчатый» кератит.
- * • По степени тяжести синдром «сухого глаза» подразделяют на:
 - ❖ лёгкий (с микропризнаками ксероза на фоне рефлекторной гиперлакримии, при этом время разрыва прероговичной слёзной плёнки составляет $8,0 \pm 1,0$ с);
 - ❖ средней тяжести (с микропризнаками ксероза, но уже на фоне умеренного снижения слезопродукции и стабильности прероговичной слёзной плёнки);
 - ❖ тяжёлый и особо тяжёлый (с макропризнаками ксероза на фоне выраженного или критического снижения слезопродукции и стабильности прероговичной слёзной плёнки).

*

* ЭТИОЛОГИЯ

Причины синдрома «сухого глаза» подразделяют на несколько групп.

Внутренние заболевания и синдромы, ассоциированные со снижением слезопродукции.

Патологические состояния органа зрения и оперативные вмешательства на нем, приводящие к снижению стабильности слёзной плёнки.

Глазные ЛС, длительное применение которых приводит к снижению слезопродукции или стабильности слёзной плёнки

Некоторые системные препараты, в число которых входят гипотензивные, антигистаминные, антипаркинсонические, антиаритмические, гормональные контрацептивные и некоторые другие ЛС

* ПАТОГЕНЕЗ

*

В основе развития синдрома «сухого глаза» лежит нарушение стабильности прероговичной слёзной плёнки. В норме слеза покрывает роговицу непрерывной плёнкой толщиной около 10 мкм. имеющей трехслойную структуру: с роговицей контактирует муциновый слой, основную массу составляет водянистый слой, а снаружи располагается слой липидов, которые препятствуют испарению слезы



Рис. 26-25. «Нитчатый» кератит  www.zreni.ru

Через каждые 10 с слёзная плёнка разрывается, стимулируя мигательное движение век и обновление жидкости в конъюнктивальной полости. При этом веки распределяют слезу по роговице и восстанавливают целостность слёзной плёнки. Нарушение стабильности прероговичной слёзной плёнки является следствием либо чрезмерно частых её разрывов, либо слишком редких мигательных движений.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клинические проявления синдрома «сухого глаза» весьма разнообразны, часто не носят специфического характера и во многом определяются тяжестью заболевания.

Лёгкое течение роговично-конъюнктивального ксероза характеризуется наличием у больных микропризнаков заболевания, которые развиваются на фоне компенсаторно повышенной слезопродукции.

Жалобы: слезотечение, усиливающееся при воздействии неблагоприятных факторов внешней среды.

Микропризнаки роговично-конъюнктивального ксероза (табл. 26-3) подразделяют на специфические (патогномоничные) и косвенные (встречающиеся и при некоторых других заболеваниях глаз). Высота нижнего слёзного мениска увеличивается за счёт увеличенной продукции слезы.

ЛЕЧЕНИЕ

Медикаментозное лечение

- Препараты "искусственной слезы" назначают в виде инстилляций в конъюнктивальную полость, с частотой от 2 до 6 раз в сут. Лёгкие клинические формы синдрома «сухого глаза» компенсируются закапываниями препаратов низкой вязкости, среднетяжелые и тяжёлые гелевыми формами. При особо тяжёлом ксерозе показаны препараты низкой вязкости, лишённые консерванта.
 - ❖ Препараты низкой вязкости: гипромеллоза (Лакрисифи, Дефислэз, Гипромеллоза-П), сочетание гипромеллозы и декстрана (Слеза натуральная).
 - ❖ Препараты средней вязкости: гипромеллоза (Лакрисин).
 - ❖ Препараты высокой вязкости (гели): карбомер (Офтагель, Видисик).
- Стимуляторы слезопродукции существуют, однако в России ещё не зарегистрированы.
- Местные иммуностропные и противовоспалительные препараты.
 - ❖ Препараты циклоспорина инсталлируют в конъюнктивальную полость 2-3 раза в день в течение 1 мес.
 - ❖ Левамизол назначают внутрь по 0,5 мг/кг один раз в сутки в течение трёх дней.
 - ❖ Тималин или тимоген применяют курсом из 5 подконъюнктивальных инъекций по 2 мг и 0,02 мг соответственно.
 - ❖ Глюкокортикоидные препараты (дексаметазон и др.) назначают в убывающей концентрации. Предварительно их разводят в 0,9% растворе натрия хлорида, а затем инсталлируют 2-3 раза в день в течение 2-3 нед, добиваясь полной эпителизации роговицы.

Метаболические препараты. Глазной гель с декспантенолом закладывают за веки 2-4 раза в сутки при наличии дегенеративных изменений роговицы ксеротического характера.

- Противоаллергические глазные капли применяют в традиционных дозировках, по мере купирования признаков аллергии. Используют следующие препараты:

- ❖ стабилизаторы мембран тучных клеток (кромоглициевая кислота, лодоксамид):
- ❖ стабилизаторы лизосомальных мембран макрофагов (дексаметазон, диклофенак):
- ❖ антигистаминные препараты (сперсаллерг, азеластин).

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение направлено на:

- ❖ ограничение оттока или испаряемости слезы (нативной или искусственной) из конъюнктивальной полости:
- ❖ увеличение притока жидкости в конъюнктивальную полость;
- ❖ оперативное лечение осложнений синдрома «сухого глаза» (ксеротической язвы, перфорации роговицы и др.).

* Методы исследования слезных органов

- * Вековая часть слезной железы доступна осмотру. Ее исследуют с помощью пальпации и путем осмотра при вывернутом верхнем веке.
- * Канальцевая проба, для проверки присасывающей функции слезных точек, канальцев и мешка
- * Носовая проба для определения степени проходимости всей слезоотводящей системы

в норме 1 капля 3% колларгола, введенная в конъюнктивальную полость, быстро всасывается (до 5 мин- положительная канальцевая проба) и оказывается в нижнем носовом ходе (до 10 мин- положительная носовая проба), о чем свидетельствует окрашивание введенной в нижний носовой ход ватки, намотанной на зонд.

- * Зондирование слезных канальцев и мешка зондом Боумена №1 и промывание их через верхнюю и нижнюю слезные точки при помощи канюли и шприца - определение пассивной проходимости слезоотводящих путей
- * Дакриоцисторентгенография
- * Ринологическое исследование

