

*МЕТОДЫ
ОБСЛЕДОВАНИЯ
СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ*

ХАНМАГОМЕДОВА А.М

При диагностике состояния слезных органов исследуют слезопродукцию и проходимость слезных путей. Методы исследования слезных органов сводятся к их осмотру и проведению различных функциональных проб.

ТЕСТ ШИРМЕРА I

Техника выполнения пробы.

Тестовые полоски, например из набора фирмы "Alcon", имеют ширину 5 мм и длину 35 мм. На расстоянии 5 мм от одного из концов полоску перегибают, создавая угол порядка 45° . Короткий конец полоски закладывают за нижнее веко на границе наружной и средней третей его края. Пациента просят прикрыть глаза, разрешая при необходимости моргать. Через 5 мин полоску извлекают и, начиная от изгиба, измеряют длину увлажненной части длинного конца полоски. В норме слезой смачивается участок полоски длиной более 15 мм.

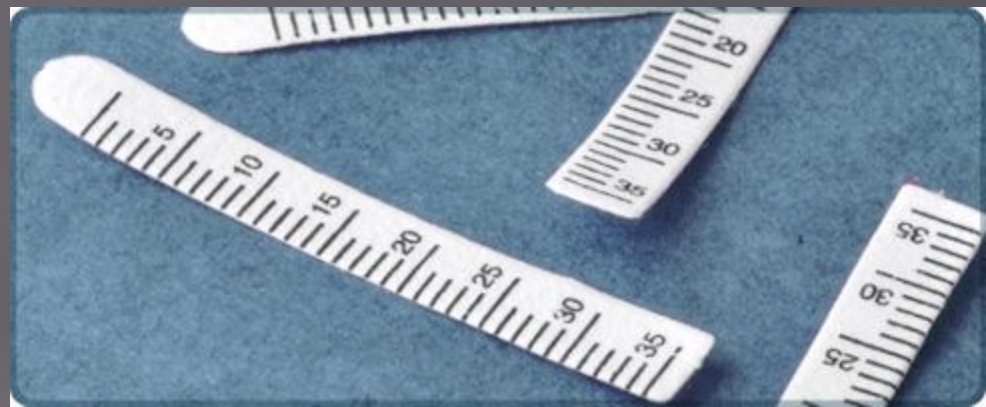




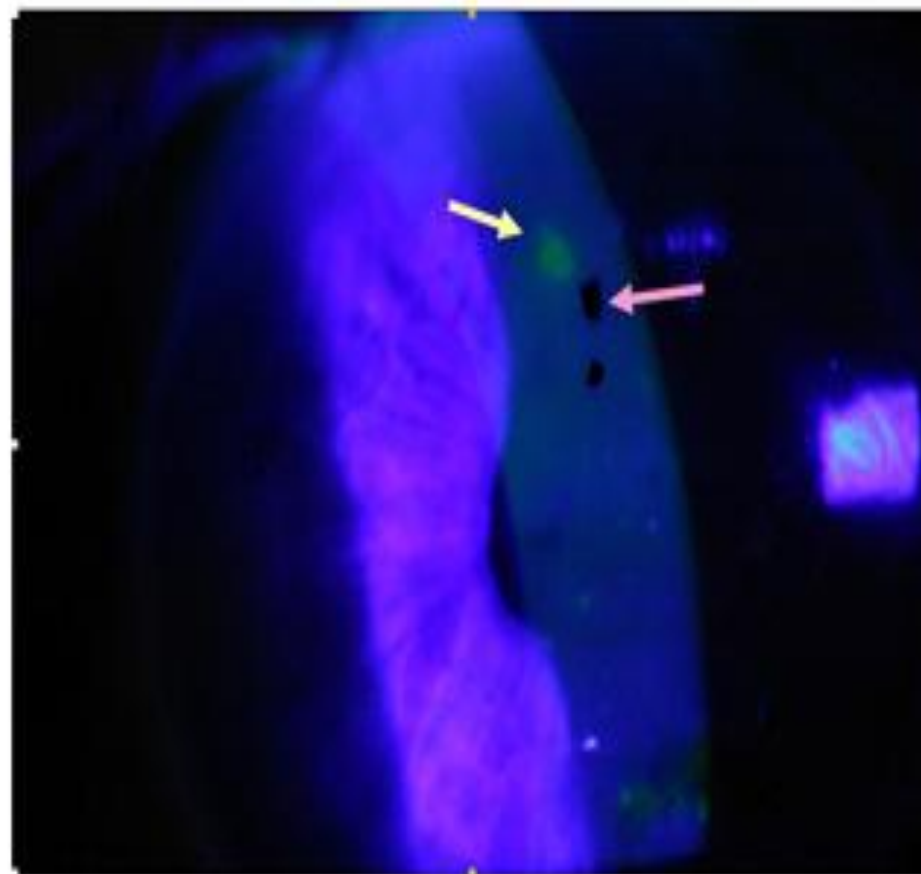
Рис. 12. Постановка пробы по Ширмеру. За нижнее веко обоих глаз пациента помещены полоски градуированной фильтровальной бумаги фирмы Bausch&Lomb (а). Увлажненный слезой отрезок полосок изменил свою первоначальную окраску (б)

Тест Джонса (Jones)

Определение физиологической слезопродукции. Пробу проводят после инсталляционной анестезии и тщательного высушивания конъюнктивальной полости с помощью марлевого тампона. Далее действуют по методике, описанной в пробе Ширмера 1. У здоровых людей полоска фильтровальной бумаги смачивается слезой на протяжении более 10 мм. Эту пробу называют также пробой Ширмера-2.

Проба Норна

Определение стабильности слезной пленки
Пациенту в конъюнктивальный мешок
закапывают 1 % раствор флюоресцеина.
Осмотр роговицы проводят в синем свете.
Отмечают первый «разрыв» слезной
пленки в виде черной щели или дыры. В
норме первый «разрыв» наблюдается не
ранее чем через 10 секунд от начала
исследования.



← Участок разрыва окрашенной флюоресцеином слезной пленки, проявляющегося в виде «черной дыры».

→ Зона эпителиопатии, возникшая на фоне ССГ, прокрашенная флюоресцеином.

Тест на задержку (вымывание) флуоресцеина

- выполняется путем инстилляцией флуоресцеина 2% в обе конъюнктивальные полости. Обычно через 3 мин флуоресцеин не остается или остается минимальное его количество. Длительная задержка его в конъюнктивальной полости указывает на недостаточность дренажа слезы.



Осмотр слезной железы

- В норме в большинстве случаев она не пальпируется, но ее пальпебральную часть можно осмотреть. Для этого верхнее веко следует приподнять у наружного угла глазной щели. Больной в это время должен смотреть сильно вниз и кнутри (на кончик носа). При этом в наружной части верхнего свода через конъюнктиву просвечивают желтоватым цветом дольки слезной железы.

Киста слезной железы



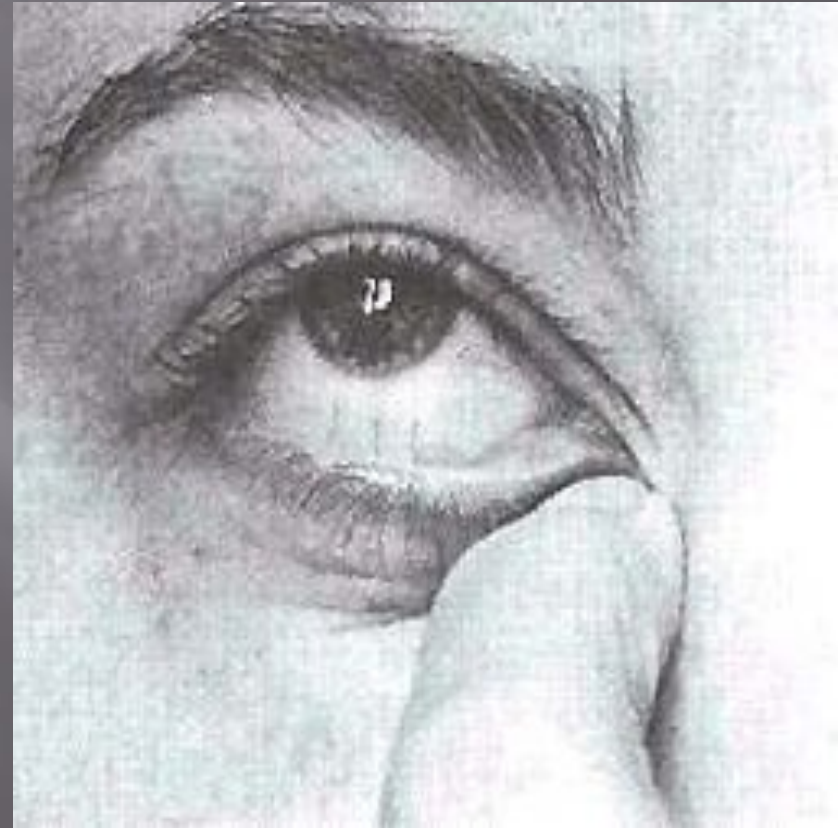
Дакриоаденит



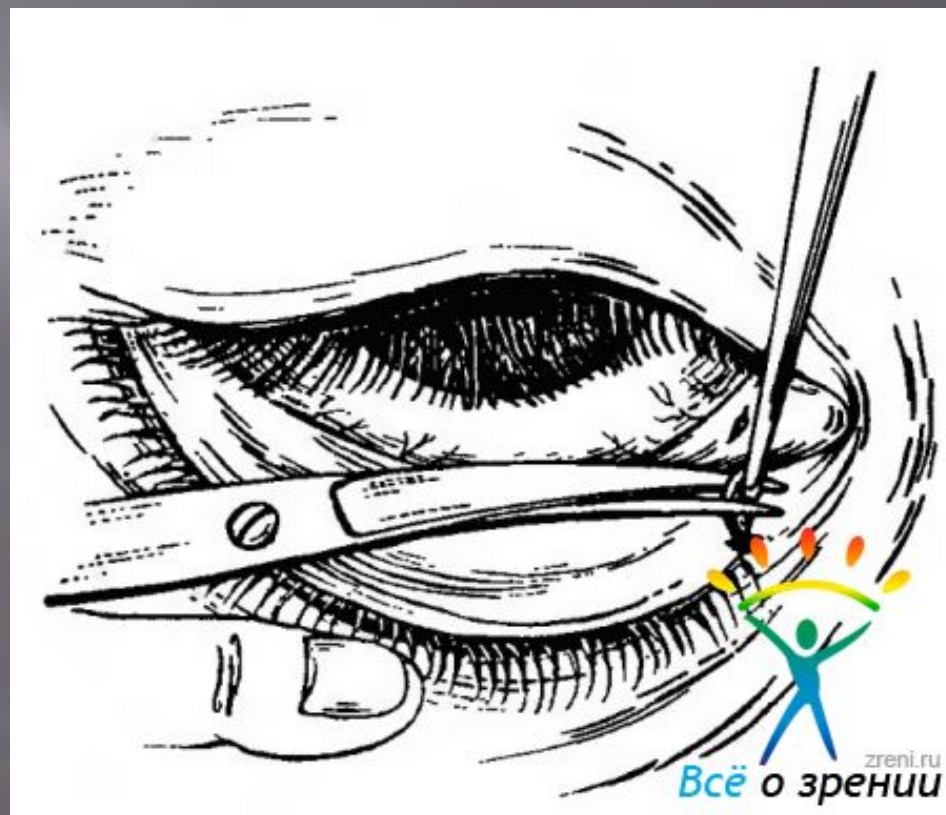


Осмотр слезных точек

- ▣ Необходимо обратить внимание на их размеры (атрезия, уменьшены, увеличены), положение (в норме слезные точки обращены в сторону глазного яблока), соприкосновение их при мигании с конъюнктивой глазного яблока.



Сужение нижней слезной точки

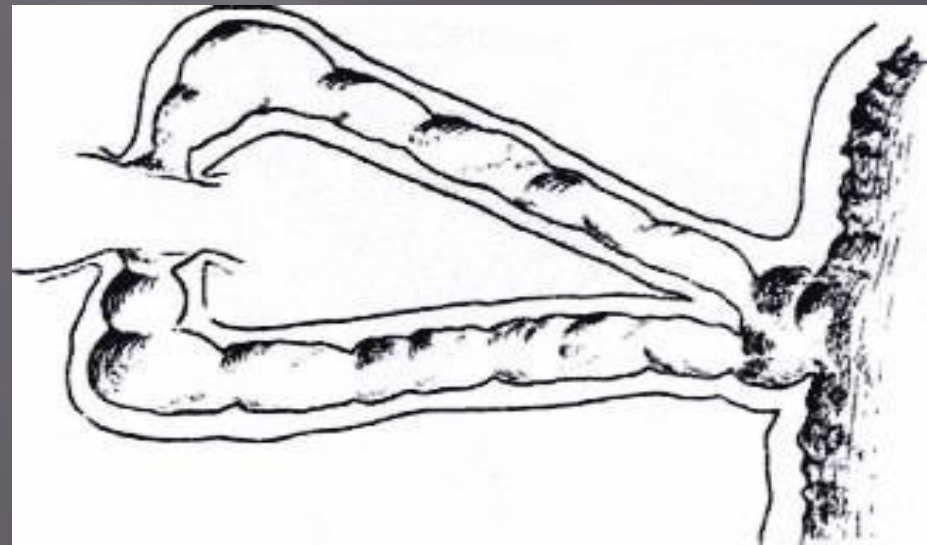


Выворот нижней слезной точки



Исследование слезных канальцев

- ▣ Перед началом проведения исследования слезных канальцев пациенту закапывают в конъюнктивальный мешок местный анестетик (Sol. Alcaine 0,5 %). Исследование проводят двумя стеклянными палочками, одну располагают со стороны кожи века, другую - со стороны конъюнктивы. В норме при надавливании на слезные канальцы отделяемое из слезных



Каналикулит

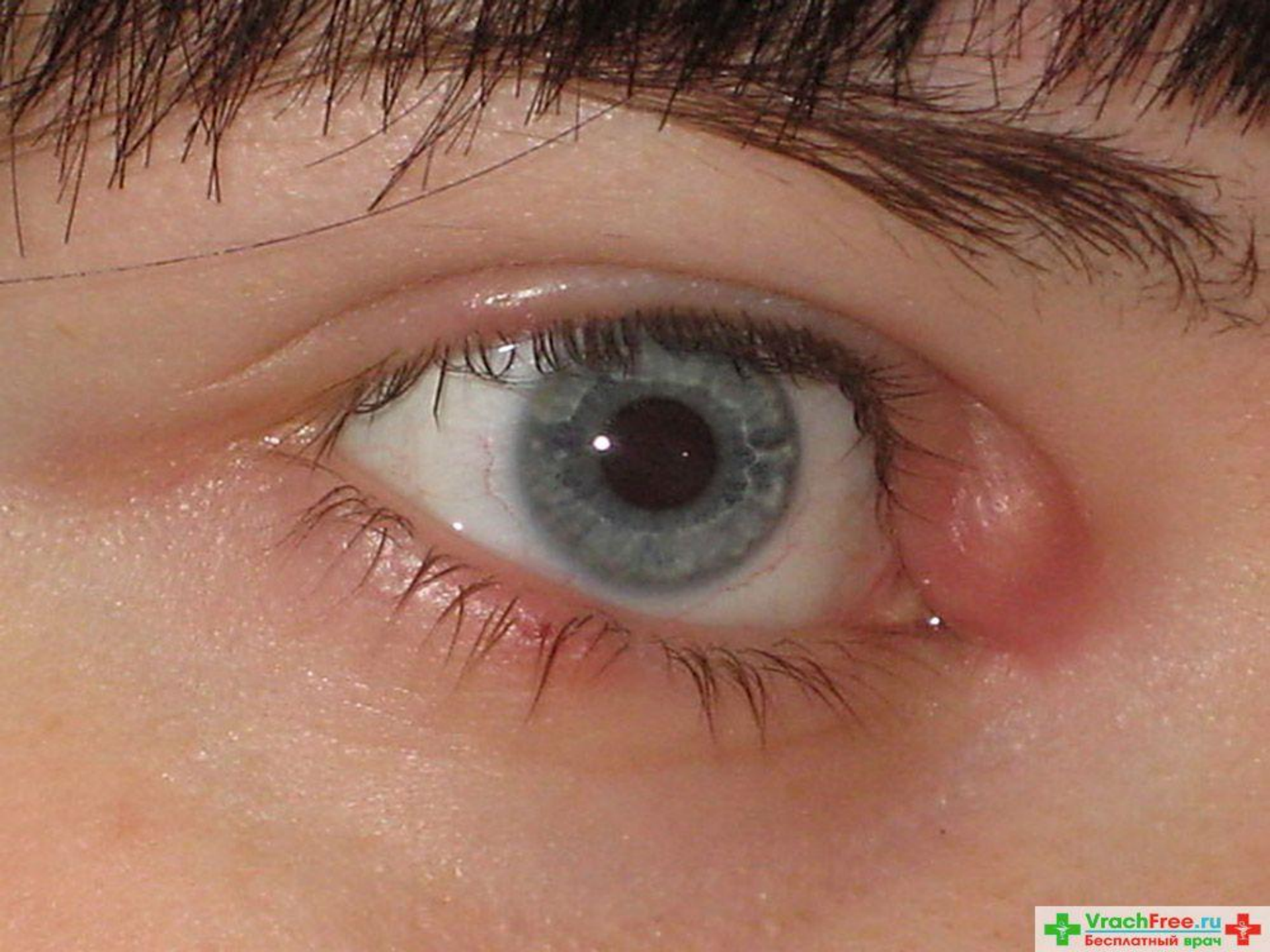
- Каналикулит характеризуется припухлостью слезной точки и выделением гноя при надавливании на канальцы пальцем или стеклянной палочкой.



Рис. 26-11. Микотический каналикулит слёзной точки.

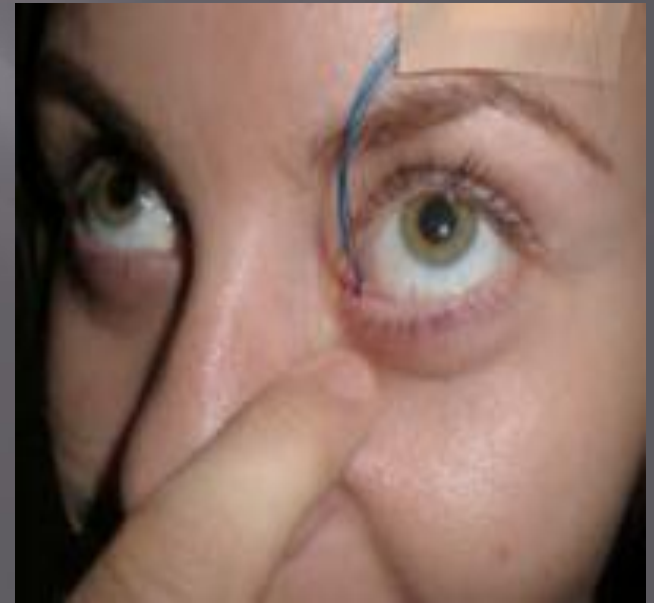


Всё о зрении
www.zreni.ru



Исследование слезного мешка

- Для определения наличия содержимого в слезном мешке следует большим пальцем одной руки слегка оттянуть нижнее веко, чтобы стала видимой нижняя слезная точка; большим или указательным пальцем другой руки надавить на область слезного мешка, расположенного ниже внутренней связки век. В норме слезный мешок не содержит слезы и при надавливании на его область отделяемое из слезных точек отсутствует.



- Если слезная жидкость накапливается в слезном мешке, не проникает из него в нос или вследствие хронического воспаления слезного мешка в нем образуется слизь или гной, то при надавливании на область слезного мешка жидкость выходит через слезные точки.





Рис. Выбухание растянутого слезного мешка при дакриоцистите.



Флегмона слезного мешка



Наружная фистула слезного мешка

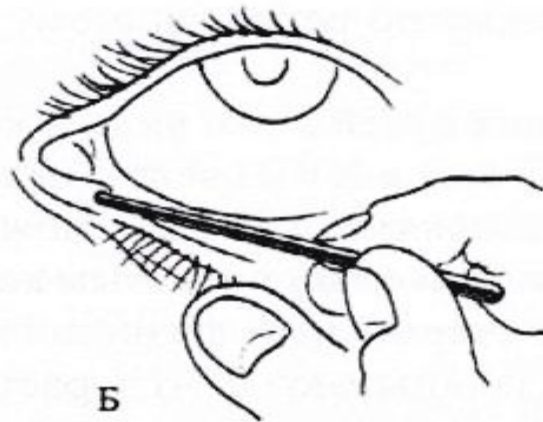
Зондирование слезных канальцев

- Перед началом зондирования необходимо провести инсталляционную анестезию. Через слезную точку вводят конический зонд, перпендикулярно краю века. Перед введением зонда нижнее веко оттягивают книзу и кнаружи (при зондировании нижнего канальца), верхнее веко - кверху и кнаружи (при зондировании верхнего канальца). Зонд переводят в горизонтальное положение и продвигают до входа в слезный мешок. При нормальной проходимости канальца зонд упирается в боковую костную стенку носа, при стриктуре он встречает препятствие в том или ином участке канальца. Зондирование слезных канальцев следует проводить осторожно, чтобы не предположить ранения их стенок.



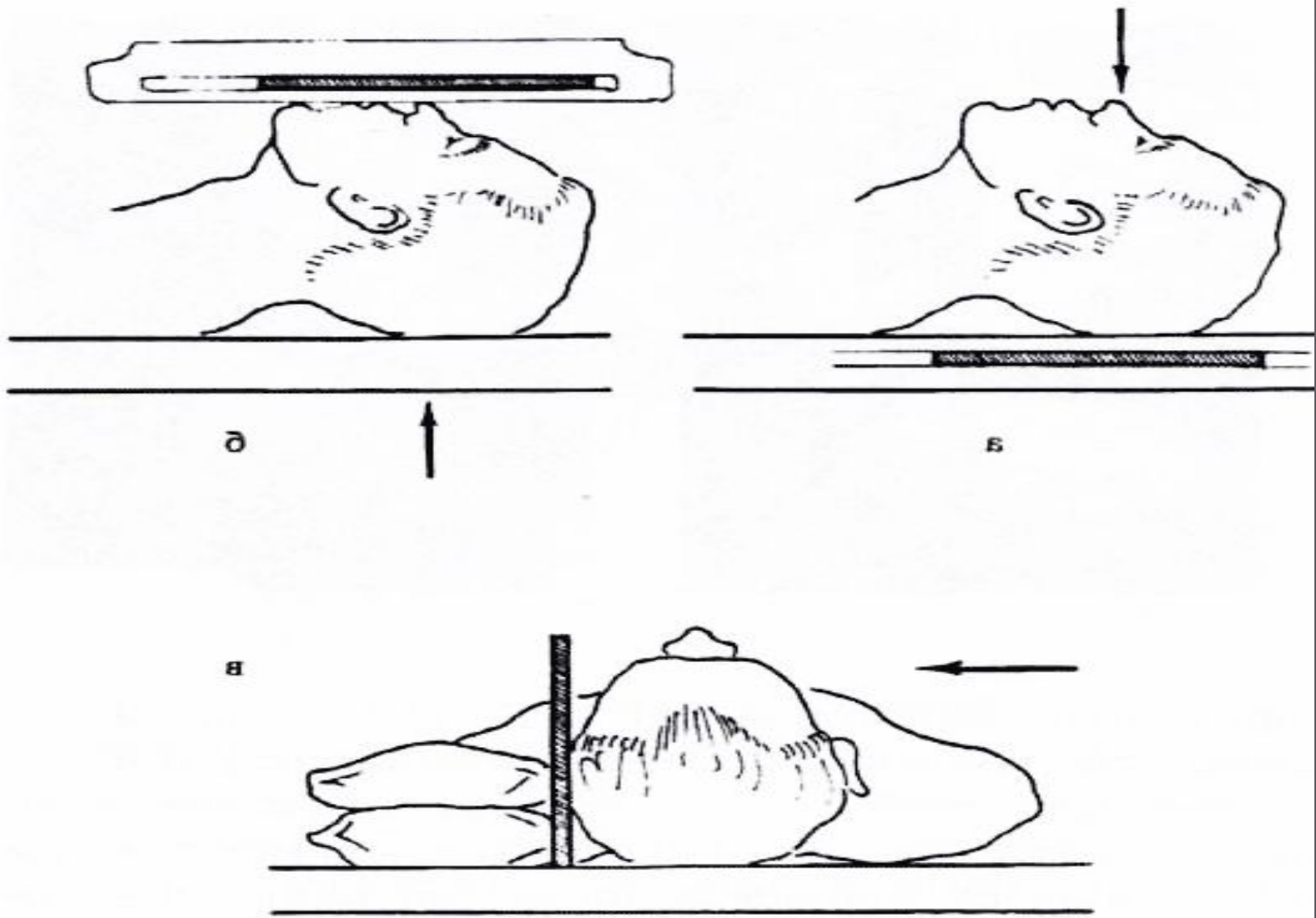
Промывание слезных путей

- Его проводят после зондирования канальцев. Промывание выполняют через нижнюю слезную точку, а при сужении нижнего слезного канальца - через верхнюю слезную точку. Для промывания используют шприц емкостью 2 мл и канюлю с округлым концом, физиологический раствор или раствор фурацилина. При нормальной проходимости слезоотводящих путей жидкость вытекает из носа струей. Медленное истечение жидкости (по каплям) указывает на сужение слезоотводящих путей на каком-то участке, чаще в слезно-носовом канале. При полной непроходимости слезоотводящих путей жидкость из носа не вытекает, а бьет тонкой струей из верхней или нижней слезной точки.



Рентгенография слезных путей

- Рентгенография слезных путей. При ее проведении применяют рентгеноконтрастные вещества: липоидол, йодлипол, йодипин, сергозин и др.
Перед введением контрастной массы слезные пути больного промывают физиологическим или каким-либо дезинфицирующим раствором. Контрастную массу можно как через нижний, так и через верхний слезный каналец. Канюлю вводят в слезный каналец так же, как при промывании слезоотводящих путей.
При сохранении у больного какой-либо проходимости слезоотводящих путей он ощущает контрастную массу в полости носа, что указывает на заполнение их контрастным веществом. При непроходимости слезно-носового канала контрастная масса после заполнения слезных путей выходит вспять через другую слезную точку.
Объем контрастной массы, вводимой в слезные пути, зависит от размеров слезного мешка и слезно-носового канала и составляет в среднем 0,5 мл. Рентгеноконтрастную массу вводят непосредственно перед рентгенографией. При попадании этой массы в конъюнктивальный мешок, на ресницы, кожу век или области слезного мешка ее удаляют с помощью влажного тампона (без давления на область слезного мешка и канальцев).



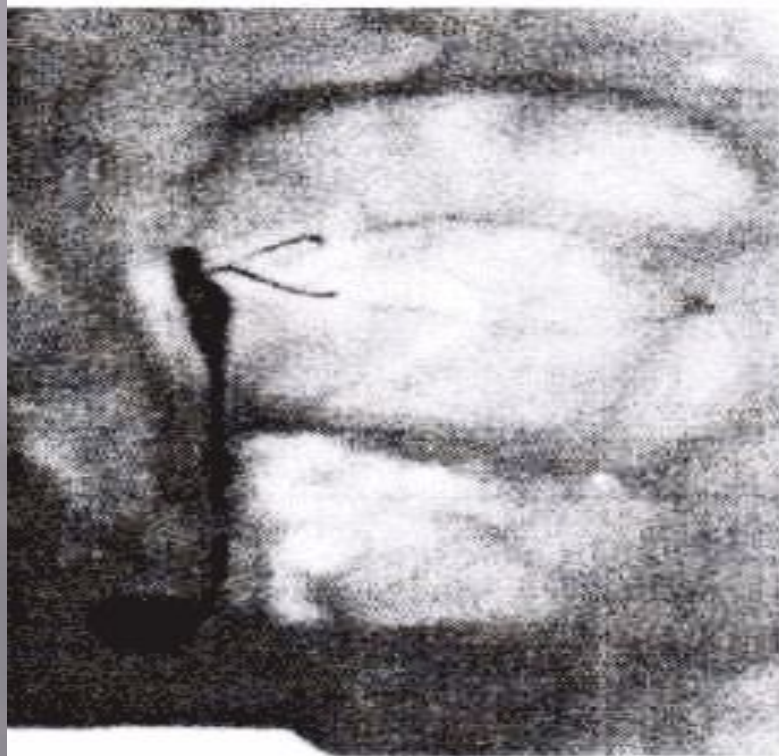
Укладка головы при рентгенографии слезных путей.



Рентгенограмма слезных путей. Слева - выраженный стеноз носослезного протока, особенно в области устья (стрелка); справа - картина в норме

Рентгеновские снимки делают в двух проекциях - фронтальной (при подбородочно-носовой укладке) и битемпоральной (боковой, профильной). После окончания рентгенографии слезоотводящие пути освобождают от контрастной массы с помощью надавливания на область слезного мешка и промывания их физиологическим или каким-либо дезинфицирующим раствором

Рентгенограмма слезных путей больного К.
при обычной подбородочно-носовой
укладке лицом вниз (а) и в задне-передней
полуаксиальной проекции лицом вверх (б)



а



б

Рентгенография вертикального отдела слезоотводящих путей при непроходимости канальцев

- ▣ Рентгенограмма слезных путей больного З., контрастированных путем пункции слезного мешка



**Рентгенограмма слезных путей.
Непроходимость слезно-носового канала.
Выход контрастного вещества через кожный свищевой ход**



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!