

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра глазных болезней

Синдром сухого глаза



Выполнила: Науразбаева Майра

Группа: 456 ОМ

Проверила: Искакова Д.С.

Синдром «сухого глаза» (ССГ) комплекс признаков клинически выраженного или латентного роговичного, либо роговично-конъюнктивального ксероза, с длительным нарушением стабильности слезной пленки, тонким слоем покрывающей переднюю поверхность роговицы.

**Синдром
сухого
глаза**



Классификация

По этиологии:

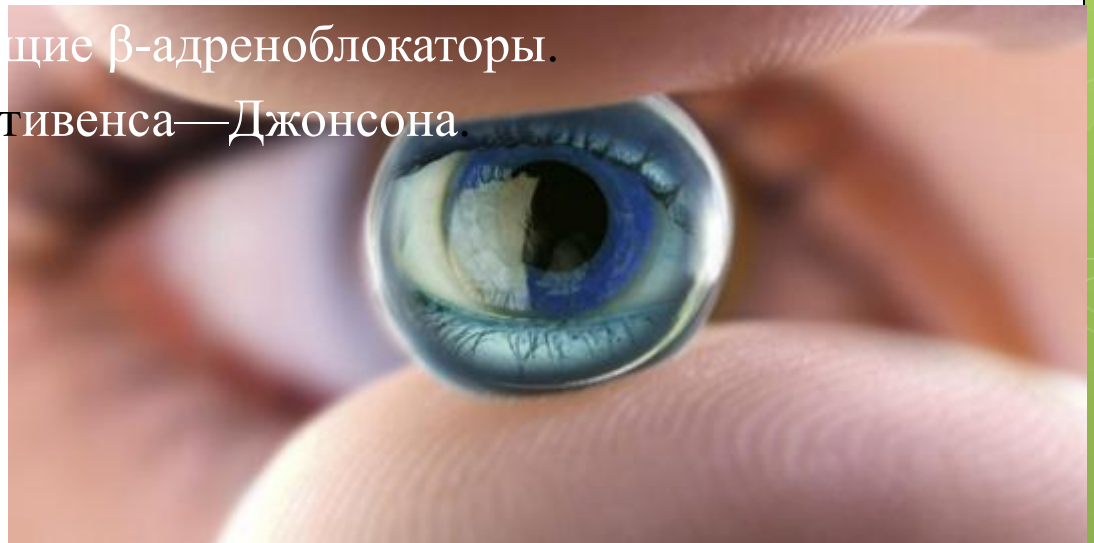
- синдромальный (обусловлен снижением продукции слезной жидкости при некоторых эндокринных заболеваниях и системных заболеваниях соединительной ткани);
- симптоматический (связан с подсыханием тканей переднего отдела глаза вследствие различных причин).

По течению:

- легкий;
- средней тяжести;
- тяжелый и особо тяжелый.

Этиология

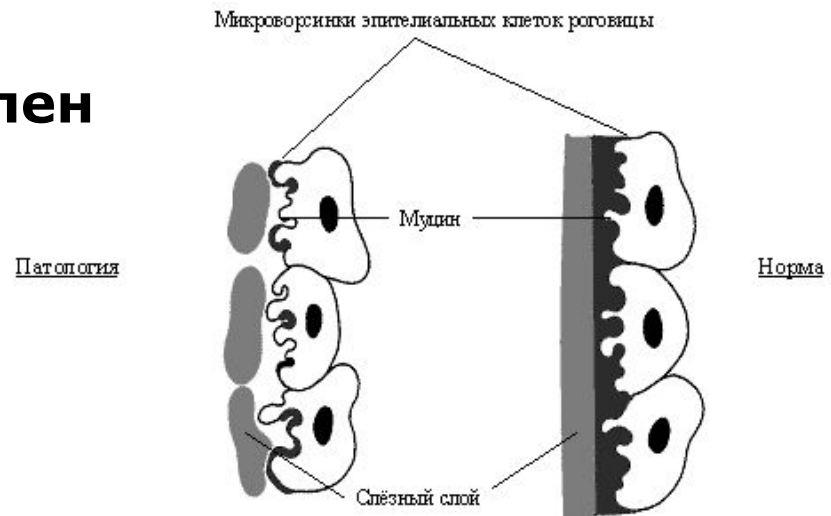
- глазной «мониторный» и «офисный» синдромы
- ношение мягких контактных линз
- отдаленные последствия перенесенных кераторефракционных операций.
- климактерический синдром
- нарушение целостности эпителиальной мембраны роговицы
- механических травм
- дистрофии роговицы
- глазные капли, содержащие β -адреноблокаторы.
- синдромы Шегрена и Стивенса—Джонсона.



Причины синдрома сухого глаза

- Нарушение секреции слизи бокаловидными клетками конъюнктивы (результат воздействия электромагнитного излучения)
- Повышение испаряемости слезной пленки (кондиционированный воздух)
- При концентрации внимания глаза мигают реже (по данным исследований в 3 раза), в результате слезная пленка, покрывающая поверхность глаза, успевает высохнуть до того времени, как веки, моргнув, омоют глаз слезой вновь.
- Более широко раскрытые глаза при рассматривании изображений также способствуют увеличению скорости испарения с поверхности глаза.

**Наружный слой представлен липидами,
Средний слой – водный,
Внутренний слой (слой муцина) сглаживает все неровности**

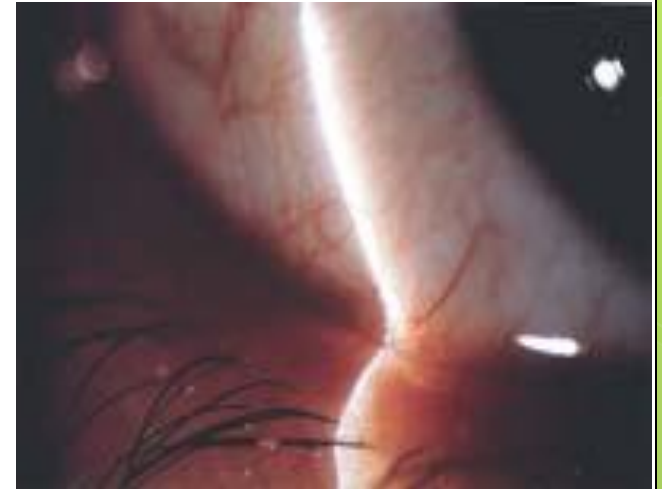


Основные звенья патогенеза синдрома «сухого глаза»



Признаки синдрома сухого глаза

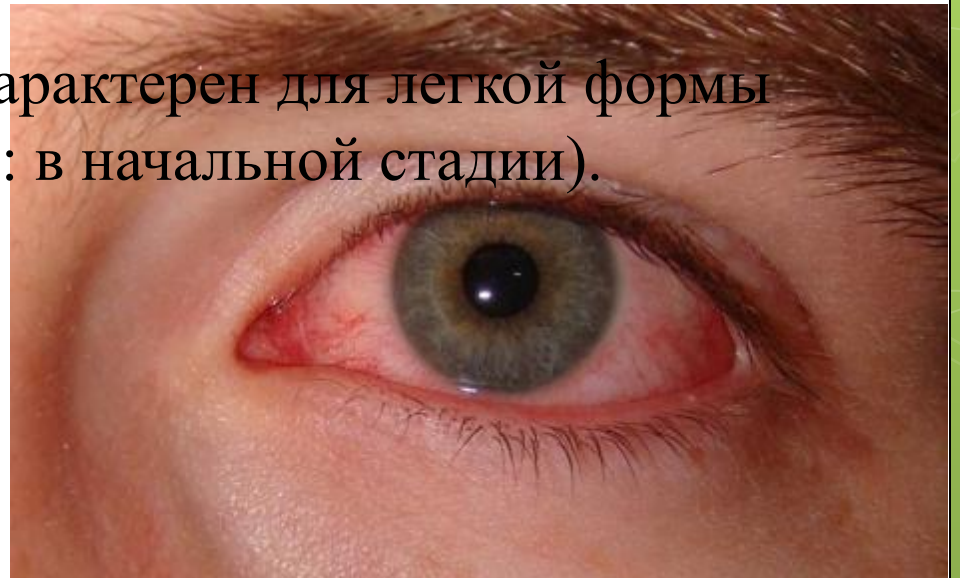
- Негативная реакция на закапывание индифферентных капель.
- Симптом плохой переносимости ветра, кондиционированного воздуха, дыма
- Уменьшение или полное отсутствие у краев век слезных менисков .



Их место обычно занимает отекшая и потускневшая конъюнктура, наползающая на свободный край века.

Субъективные симптомы ССГ

- плохая переносимость ветра, кондиционированного воздуха, дыма и т.п.;
- ощущение сухости в глазу;
- болевая реакция на инстилляции в конъюнктивальную полость индифферентных глазных капель;
- ощущение инородного тела, жжения и рези в глазу;
- светобоязнь;
- слезотечение (признак характерен для легкой формы синдрома «сухого глаза»: в начальной стадии).

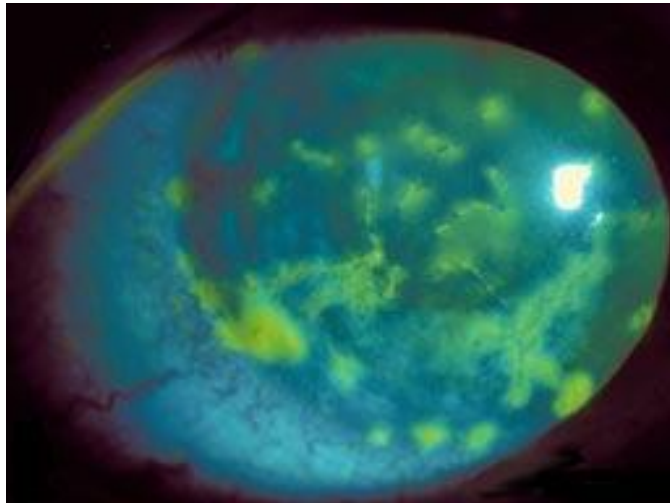


Объективные симптомы ССГ

- уменьшение или отсутствие у краев век слезных менисков;
- дегенеративные изменения эпителия роговицы и бульбарной конъюнктивы в пределах открытой глазной щели;
- появление на роговице эпителиальных нитей;
- медленное разлипание тарзальной и бульбарной конъюнктивы при оттягивании нижнего века;
- появление на роговице микроэрозий;
- локальный отек бульбарной конъюнктивы с переходом на свободный край века;
- появление конъюнктивального отделяемого в виде слизистых нитей;
- наличие включений, загрязняющих слезную пленку.

Диагностика ССГ

Для диагностики состояния роговицы и конъюнктивы используют витальные красители (0,1% раствор Флюоресцеин натрия - тест оценивается как положительный при обнаружении в эпителии роговицы точечных дефектов)

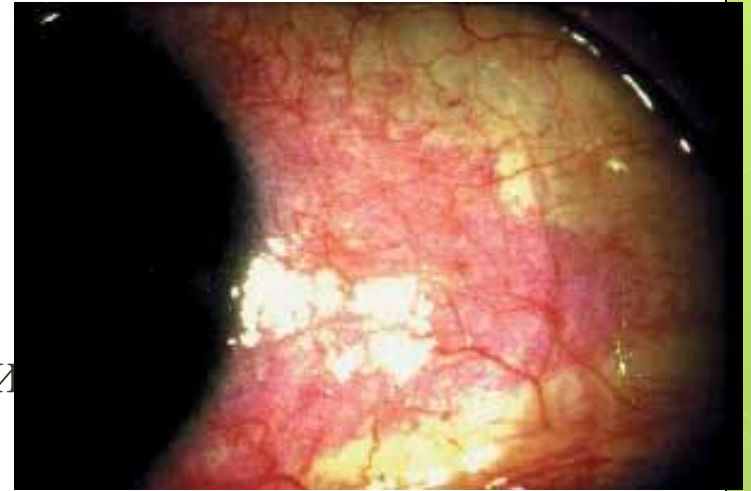


Диагностика ССГ

Бенгальский розовый 1%

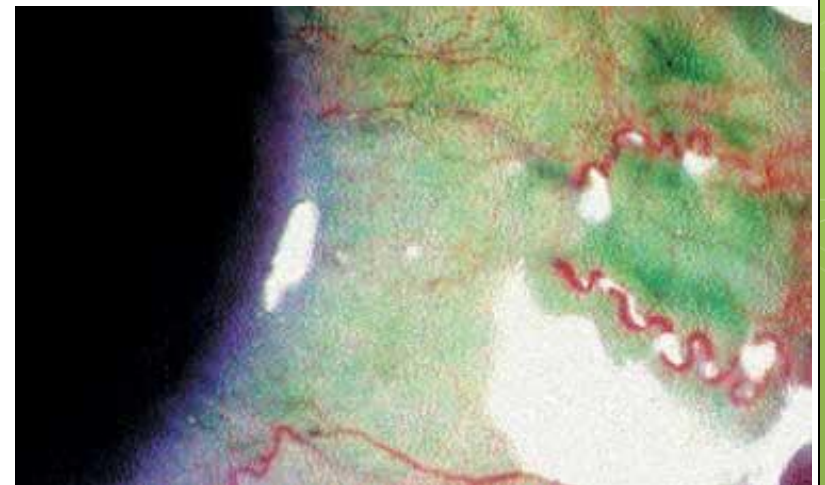
(Тест расценивается как положительный при обнаружении на поверхности роговицы и бульбарной

конъюнктивы участков дегенерации в виде ярко-розовых светящихся точек)



Лиссаминовый зеленый 3%

Окрашивает лишенные муцинового покрытия погибшие и дегенерированные клетки

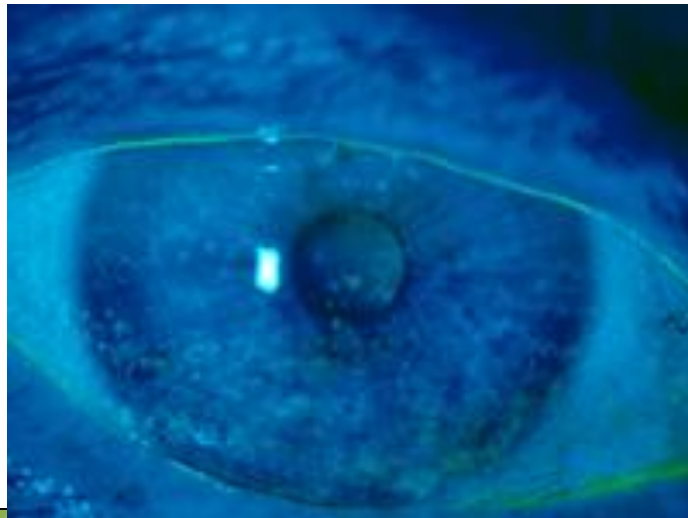


Диагностика ССГ

Исследование по Норну

При закапывании 0,1% раствора флюоресцеина , наблюдая за окрашенной поверхностью слезной пленки до появления в ней разрывов.

О нарушении стабильности слезной пленки можно говорить при времени разрыва **до 10 сек.**



Диагностика ССГ

Тест Ширмера

- Рабочий конец полоски сгибают под углом **40-45** градусов, помещают под нижнее веко в наружной трети глаз. Загнутая часть полоски своим концом должна достигать дна нижнего свода конъюнктивы
- Пациент закрывает глаза на **5** мин
- Измерив длину увлажненной части от места перегиба- норма **15** мм



ТЕРАПИЯ

- Амбулаторно
- Инстилляции в конъюнктивальную полость пораженного глаза препаратов «искусственной слезы» и аппликации глазных смазок (проводится пожизненно).
- Метаболические, антиаллергические, противовоспалительные и др. средства.
- Обтурация слезоотводящих путей полимерными пробочками-обтураторами
- Инвазивное, в том числе хирургическое, лечение.



- Гидроксипропилметилцеллюлоза, 0,6% р-р, в конъюнктивальную полость по 1 капле 3—4 р/сут, длительно (кратность введения может быть увеличена до 6 р/сут исходя из динамики субъективных ощущений больного. Показанием к очередной инстилляции препарата служит возобновление дискомфорта, купированного предыдущим введением)
- (при необходимости в частом (более 4 р/сут) введении гидроксипропилметил целлюлозы)
- Карбомер 974/поливиниловый спирт, гель, в конъюнктивальную полость 2—3 р/сут, пожизненно или Полиакриловая кислота, 0,3% гель, в конъюнктивальную полость 2—3 р/сут, длительно.

Слезозаместительная терапия

«Офтолик[®]» по 1 капле перед началом работы на компьютере и на ночь до 4 раз в сутки в течение 21 дня.

В состав препарата входит **поливиниловый спирт**, имеющий поверхностное давление, сходное с давлением водно-муцинового слоя слезной пленки и обладающий способностью связывать воду.

Благодаря прочной связи поливинилового спирта со слезной пленкой, создается уплотнение последней.