

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ
ГБОУ ВПО КРАСГМУ ИМ. ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО МЗ и СР РФ**

**кафедра «Кафедра офтальмологии имени профессора М.А.Дмитриева с
курсом ПО»**

РЕФЕРАТ

Синдром сухого глаза.

Выполнила: Косякова Е.М.
ординатор 1 года обучения
Проверил: ассистент кафедры
Торопов А.В.

Красноярск 2022

Введение.....	3
1. Этиология.....	3
2. Классификация.....	4
3. Клиническая картина.....	5
4. Диагностика.....	6
5. Лечение.....	9
6. Профилактика.....	9
Заключение.....	10
Список литературы.....	11

Введение.

Синдром сухого глаза – представляет собой глазное заболевание, вызываемое сухостью глаз, которая, в свою очередь, вызывается либо пониженной выработкой слез, либо повышенным испарением слезы.

Синдром сухого глаза (ССГ), или ксероз роговицы и конъюнктивы, представляет собой комплексное заболевание, которое распространено во всем мире и является одной из основных проблем современной офтальмологической патологии. По данным российских исследователей, этим заболеванием страдают до 12% больных офтальмологического профиля в возрасте до 40 лет и свыше 67% пациентов старше 50 лет. Сам термин «сухой глаз» появился в отечественной литературе сравнительно недавно. Ранее его отождествляли исключительно с болезнью Сьегрена — тяжелым системным заболеванием, сопровождающимся понижением или полным отсутствием секреции всех эндокринных желез, в особенности слезных и слюнных. В настоящее время понятие «синдром сухого глаза» расширено и определяется как комплекс признаков поражения роговичного и конъюнктивального эпителия вследствие снижения качества и/или количества слезной жидкости. Последняя формирует на поверхности глаза слезную пленку (СП), которая выполняет ряд важнейших функций, в том числе трофическую, защитную и оптическую. Таким образом, нарушение состава или продукции СП может привести к достаточно серьезным повреждениям переднего отрезка глаза.

Этиология.

Возникает ксероз роговицы и конъюнктивы вследствие ряда патологий. Важную роль в этом процессе играют выраженные анатомические нарушения глазной локализации, такие, как неполное смыкание или чрезмерное раскрытие глазной щели на почве рубцового или паралитического лагофтальма, эндокринной офтальмопатии, а также буфтальма. Роговично-конъюнктивальный ксероз может развиваться также вследствие нарушения трофики роговицы или деформации ее поверхности, несостоятельности слезной железы, дополнительных слезных желез после перенесенных дакриoadенита и воспалительных заболеваний конъюнктивы. Также нарушение состава СП наблюдается при так называемом климактерическом синдроме. Резкое снижение продукции слезы отмечается при нарушениях иннервации слезной железы, таких, как паралич лицевого нерва, рассеянный склероз. Хронический мейбомит, при котором нарушается состав СП, также ведет к развитию типичной картины ССГ.

В последнее время особую значимость приобретают так называемые глазной офисный и глазной мониторный синдромы, возникающие у людей

различного возраста в результате систематического воздействия на их глаза кондиционированного воздуха, электромагнитных излучений от офисной аппаратуры и других подобных источников.

Одной из распространенных причин нарушения стабильности СП, приобретающего в последние годы все большую актуальность, являются оперативные вмешательства, проводимые по поводу аномалий рефракции и катаракты.

Было отмечено, что ССГ может быть вызван приемом некоторых лекарственных средств, таких, как пероральные контрацептивы, трициклические антидепрессанты, гипотензивные средства, кортикостероиды, а также постоянными инстилляциями β -блокаторов, проводимыми при лечении глаукомы. По некоторым данным, развитие ксероза роговицы и конъюнктивы может вызывать прием цитостатиков и антимигренозных препаратов.

Классификация.

Синдром сухого глаза:

По этиологии:

-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;
- витаминозу А.

-артифициальный.

По патогенезу:

- сокращение объема основной слезопродукции;
- дестабилизация слёзной плёнки под воздействием экзогенных факторов или повышенного испарения;
- комбинированное воздействие вышеперечисленных факторов.

По клинической картине:

- рецидивирующая микроэрозия роговицы или конъюнктивы глазного яблока;

- рецидивирующая макроэрозия роговицы или конъюнктивы глазного яблока;
- «Сухой» кератоконъюнктивит;
- «Нитчатый» кератит.

По степени тяжести:

- лёгкая (с микропризнаками ксероза на фоне рефлекторной гиперлакримии, при этом время разрыва прероговичной слёзной плёнки составляет $8,0 \pm 1,0$ с);
- средняя (с микропризнаками ксероза, но уже на фоне умеренного снижения слезопродукции и стабильности прероговичной слёзной плёнки);
- тяжёлая и особо тяжёлая (с макропризнаками ксероза на фоне выраженного или критического снижения слезопродукции и стабильности прероговичной слёзной плёнки).

Клиническая картина.

Типичным одним из начальных симптомов синдрома сухого глаза является ощущение инородного тела в конъюнктивальной полости, которое сочетается с сильным слезотечением, в дальнейшем сменяемым ощущением сухости. Характерны жалобы пациентов на жжение и резь в глазу, особенно при воздействии ветра, дыма, кондиционированного воздуха и других подобных раздражителей, при использовании тепловентиляторов. В дополнение к этому субъективными признаками заболевания являются светобоязнь, ухудшение зрительной работоспособности к вечеру, колебания остроты зрения в течение рабочего дня. Также необходимо добавить и патогномоничные признаки. В частности, характерна негативная реакция больных на закапывание в конъюнктивальную полость даже вполне индифферентных капель, например, раствора левомицетина 0,25% или раствора дексаметазона 0,1%. В таких случаях пациенты испытывают боль, жжение или резь в глазу.

Наиболее же частым объективным признаком заболевания является уменьшение или полное отсутствие у краев век слезных менисков. Их место обычно занимает отекшая и потускневшая конъюнктива, «наползающая» на свободный край века. Несколько реже у таких больных можно обнаружить появление разнообразных «засоряющих» включений в слезной пленке. Обычно они представлены мельчайшими глыбками слизи, остатками отделившихся эпителиальных нитей, воздушными пузырьками и другими микрочастицами. Они плавают в толще слезной пленки, слезном мениске и нижнем конъюнктивальном своде, смещаются по эпителию роговицы и хорошо заметны в свете щелевой лампы. Еще одним объективным признаком

синдрома сухого глаза служит характерное отделяемое из конъюнктивальной полости. При обработке век оно вследствие высокой вязкости вытягивается в тонкие слизистые нити, которые вызывают у больных дискомфорт.

По совокупности вышеперечисленных признаков целесообразно выделять три степени тяжести течения синдрома сухого глаза.

Для I, легкой, степени характерны:

- субъективные признаки — жалобы на ощущение «песка в глазу», жжение, светобоязнь и др., возникающие при воздействии неблагоприятных факторов;
- объективные признаки — повышенная слезопродукция, гиперемия и отек конъюнктивы, наличие включений в слезной пленке, появление конъюнктивального отделяемого в виде слизистых нитей.

II, средняя, степень имеет:

- субъективные признаки — большее количество жалоб и симптомов, сохраняющихся долгое время после прекращения действия неблагоприятных факторов;
- объективные признаки — болевая реакция на инстилляцию индифферентных глазных капель, отек бульбарной конъюнктивы с напозданием ее на свободный край нижнего века, отсутствие рефлексорного слезотечения и появление признаков дефицита слезопродукции.

III, тяжелая, степень отличается особыми формами.

- Нитчатый кератит: множественные эпителиальные разрастания в виде нитей, свободные края которых, смещаясь к роговице, раздражают глаз, что сопровождается роговичным синдромом. Конъюнктива интактна.
- Сухой кератоконъюнктивит: признаки нитчатого кератита усугубляются дегенеративными изменениями конъюнктивального и роговичного эпителия. Роговица теряет свой естественный блеск, глянец и становится тусклой. Могут обнаруживаться субэпителиальные помутнения. Наблюдаются также отек и гиперемия конъюнктивы у краев век.
- Рецидивирующие микроэрозии роговицы: периодическое возникновение поверхностных микродефектов эпителия роговицы, сохраняющихся длительное время (до 7 сут). Характерен выраженный роговичный синдром, заболевание через 2–3 мес рецидивирует.

Диагностика.

Диагностический процесс в отношении пациентов с ССГ осуществляется в традиционной последовательности. Первичный офтальмологический осмотр пациентов на начальном этапе включает следующие элементы.

- Целенаправленный опрос больного, в том числе выяснение анамнеза заболевания и возможной связи его с профессиональной деятельностью.
- Стандартный осмотр органа зрения, но с «прицельной» биомикроскопией роговицы (Nidek, Paradigm), конъюнктивы и свободных краев век, в том числе с использованием флуоресцеина натрия 0,1%.

Первичный офтальмологический осмотр пациентов производится по общепринятым правилам. Больше внимание следует уделять жалобам, которые в ряде случаев прямо или косвенно свидетельствуют о ксеротических изменениях со стороны тканей глаза. Необходимо также целенаправленный сбор анамнестических данных, касающихся общего статуса, перенесенных заболеваний, травм и операций, получаемого лечения, профессиональной деятельности обследуемого.

При биомикроскопии роговицы и конъюнктивы следует иметь в виду, что признаки ССГ зачастую маскируются симптомами других глазных заболеваний, в частности дегенеративного или воспалительного характера.

Для их дифференциации S.C.G.Tseng (1994) предложил достаточно простое правило: если подозрительные на ксероз изменения локализируются в так называемой экспонируемой зоне поверхности глазного яблока, то они связаны с ССГ; когда же участки патологии захватывают и неэкспонированную зону роговицы и конъюнктивы, природа их скорее не ксеротическая.

Существенно повышают возможности биомикроскопии витальные красители: флуоресцеин натрия 0,1%, бенгальский розовый 3% или лиссаминовый зеленый 1%, позволяющие получать различные взаимодополняющие сведения.

Наличие начальных, а тем более явных признаков ССГ является показанием для постановки функциональных проб, призванных оценить состояние слезопродукции и прочность прекорнеальной СП.

Обследование пациента с подозрением на ССГ следует начинать с оценки стабильности СП. Поскольку результаты используемой для этого пробы по Норну (1969) в значительной мере зависят от «инвазивности» предшествующих манипуляций в конъюнктивальной полости, то они должны быть полностью исключены.

Вместе с тем исследованиями Л. С. Бира и др. (2001) установлено, что наиболее достоверные результаты оценки стабильности СП получают при

использовании микрообъемов (6–7 мкл) флуоресцеина натрия 0,1%. При этом их влияние на стабильность СП становится минимальным.

Следующий этап функционального исследования заключается в оценке состояния суммарной (основной и рефлекторной) слезопродукции в каждом глазу пациента. В связи с тем, что недостаточность одного компонента секреции слезы часто компенсируется избытком другого (как правило, дефицит основной слезопродукции — рефлекторной гиперсекрецией), объем суммарной продукции слезы может и не снижаться, а иногда даже повышается.

В силу указанных обстоятельств необходимо разграничить доли каждого компонента секреции слезы, а не завершать исследование, ограничившись измерением только суммарной слезопродукции. В указанных целях следует сначала измерить количество суммарной, а затем основной слезопродукции, а далее уже вычислить величину рефлекторной секреции слезы. Нужно отметить, что у пациентов с легкой формой ССГ, в клинической картине которого преобладают микропризнаки роговично-конъюнктивального ксероза на фоне гиперлакримии, проводить такие исследования нецелесообразно. Общепринятая и широко распространенная сейчас клиническая проба, характеризующая состояние суммарной слезопродукции, была предложена Ширмером. В целях исследования основной слезопродукции следует обратиться к пробе по Джонсу (1966), которая аналогична пробе Ширмера, но включает в себя предварительную инстилляционную анестезию.

Важную дополнительную информацию о состоянии слезопродукции позволяет дать исследование скорости секреции слезы. Разработанная В. В. Бржеским и соавторами, методика основана на определении времени смачивания отрезка гидрофильной (поливиниловой, хлопчатобумажной и др.) нити, помещенной одним концом за нижнее веко обследуемого. Применение местных анестетиков или, наоборот, раздражающих веществ позволяет избирательно оценивать скорость основной или рефлекторной слезопродукции.

В целом арсенал диагностических методов, позволяющих получать разносторонние сведения о патогенезе, клиническом течении и особенностях функциональных расстройств у больных с ССГ в каждом конкретном случае, достаточно велик.

Лечение.

Лечение больных с синдромом сухого глаза представляет весьма сложную и все еще достаточно далекую от оптимального решения задачу.

Оно включает использование как консервативных, так и оперативных методов. Наиболее широкое употребление получили так называемые препараты искусственной слезы (корнерегель, лакривит, офтагель, солкосерил), включающие в качестве основы гидрофильные полимеры.

Закапанная в конъюнктивальную полость искусственная слеза образует на поверхности глазного яблока достаточно стабильную пленку, включающую в себя и компоненты слезы больного, если ее продукция еще сохранена. Кроме того, повышенная вязкость препаратов препятствует быстрому оттоку жидкости из конъюнктивальной полости, что также является благоприятным фактором.

Препараты, применяемые для закапывания при лечении ССГ, должны соответствовать следующим характеристикам:

- физиологическое значение рН должно быть приближено к 7,2–7,4;
- оптимальная вязкость;
- бесцветность и прозрачность.

При выборе препарата нужно ориентироваться на исходные показатели стабильности СП и субъективные ощущения пациента при пробных четырехкратных инстилляциях сравниваемых лекарственных средств. В дальнейшем оптимальный для каждого конкретного больного препарат (или комбинацию препаратов) закапывают с частотой, определяющейся временем возобновления дискомфорта за веками глаза.

Профилактика.

Специфические меры профилактики не разработаны. Пациентам, после операций на глазах или травм рекомендовано проходить обследование у офтальмолога, чтобы оценить состояние и функции органов зрительной системы.

Неспецифические профилактические меры:

- рациональное питание,
- правильная посадка и осанка при зрительной работе,
- хорошая освещенность рабочей зоны,
- подбор оптической коррекции при снижении зрения,
- своевременное лечение заболеваний глаз, внутренних органов,
- дозированная зрительная нагрузка,
- поддержание влажности в помещении на уровне 40–60%.

Прогноз для жизни и трудоспособности в большинстве случаев благоприятный. Это связано с тем, что при своевременной диагностике и адекватном лечении возможно восстановить зрительные функции, стабильность слезной пленки, нормализовать увлажнение конъюнктивы, предупредить возможные осложнения.

Заключение.

В заключение следует указать на то, что, несмотря на кажущееся многообразие методов лечения больных с синдромом сухого глаза, рассмотренная проблема все еще до конца не решена. Необходим дальнейший поиск новых, более действенных лечебных средств, ориентированных на компенсацию нарушений слезопродукции и стабильности слезной пленки.

Список литературы.

1. Протоколы заседаний Экспертного совета РЦРЗ МЗСР РК, 2015
2. Черкунов Б.Ф. Болезни слезных органов: Монография. - Самара: ГП Перспектива, 2001.
3. Сомов Е.Е., Ободов В.А. Синдромы слезной дисфункции. Руководство под. Ред. Е.Е.Сомова, глава 5. Патология, приводящая к развитию синдрома «мокрого глаза». Санкт-Петербург, 2011.
4. Бржеский В. В., Сомов Е. Е. Синдром сухого глаза. — СПб.: Аполлон, 1998.
5. <https://ru.wikipedia.org>