

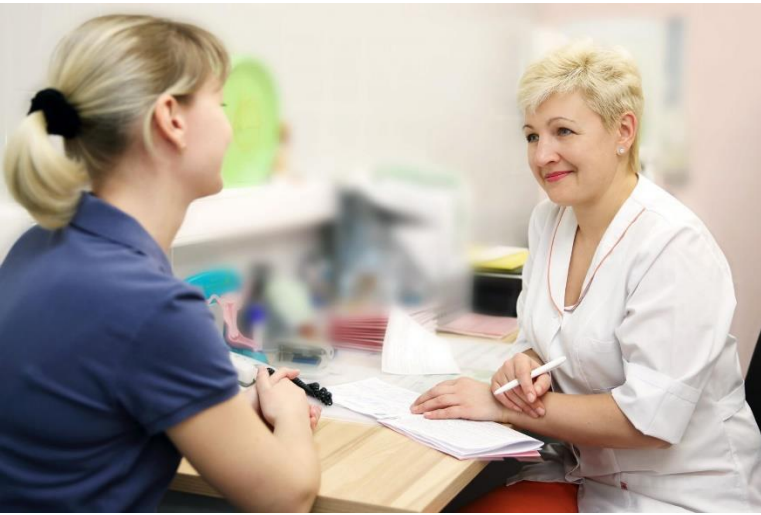


ГОО ВПО Дон НМУ  
им.М.Горького  
Кафедра офтальмологии ФИПО

*Особенности офтальмологических  
проявлений синдрома Шегрена*



*Доц. Смирнова А.Ф.,  
доц. Голубов К.Э .,  
орд. Коваленко А.И.  
г. Донецк 09.02.2022 г.*



- *Жалобы пациента при обращении к врачу:*

- ✓ на чувство дискомфорта: жжение, царапанье, «песок» в глазах, ощущение отека век, покраснение, скопление в углах глаз белой вязкой жидкости светобоязнь, ухудшение остроты зрения.
- ✓ на сухость во рту и увеличение слюнных желез.
- ✓ появление высыпаний на коже голени, затем на коже живота, бедер, ягодиц, сопровождающиеся раздражением кожи, чувством жжения и повышенной температурой.
- ✓ воспаление половых органов

# СИНДРОМ ШЕГРЕНА



- Это комплекс признаков высыхания (ксероза) поверхности роговицы и конъюнктивы вследствие длительного нарушения стабильности **слезной пленки**, покрывающей роговицу.



- В последнее время проблеме синдрома Шегрена (синдрома сухого глаза) уделено значительное число публикаций, в которых рассматриваются вопросы этиопатогенеза, особенности клиники и лечения данного заболевания.



Количество больных, страдающих возрастными заболеваниями слезного аппарата, синдромом «сухого глаза» (ССГ), по данным статистики, приближается к 5% и постоянно увеличивается.

- На сегодняшний день ССГ является масштабно распространенным хроническим заболеванием международного уровня.
- Прослеживается закономерная возрастная динамика роста числа пациентов с нарушением слезопродукции: к 50-летнему возрасту до 12%, старше 50 лет – до 67%, и старше 75 лет – до 80%

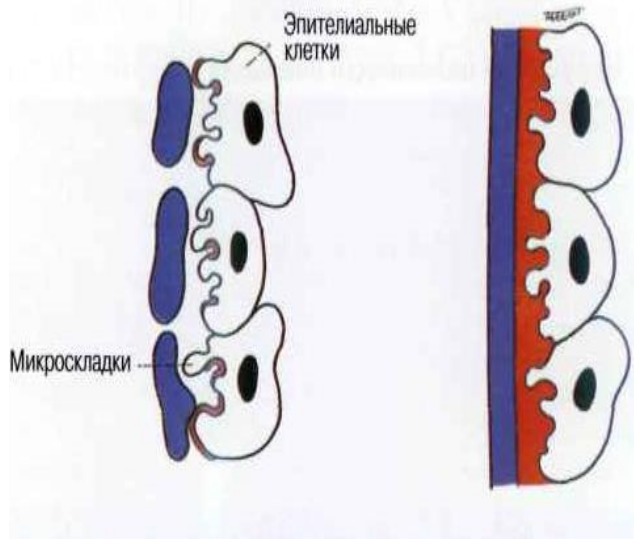
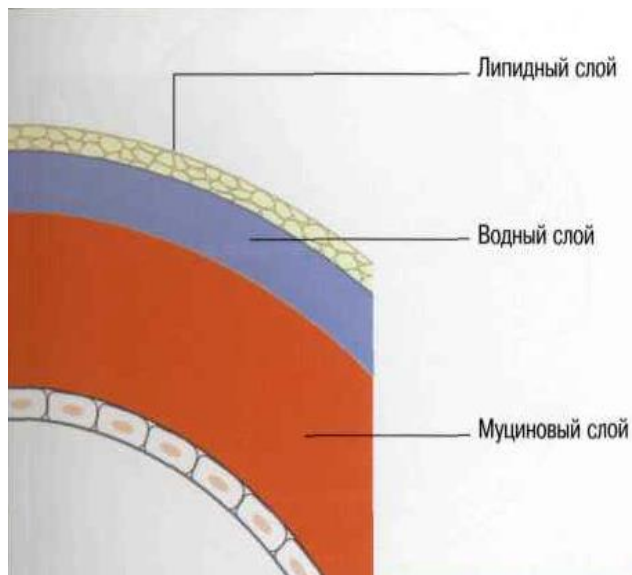


До **12%** больных офтальмологического профиля в возрасте до **40** лет и свыше **67%** пациентов старше **50** лет страдают ССГ

Наблюдается тенденция к **увеличению** частоты данного заболевания!!!

По данным литературы, во всех возрастных группах распространенность ССГ у женщин в 2 раза выше, чем у мужчин





Одной из причин приводящих к развитию синдрома сухого глаза являются инволюционные изменения, при которых происходит угнетение и частичное замещение рубцовой тканью желез конъюнктивы, отвечающих за выработку муцинового, липидного и водянистого компонента слезной жидкости, а недостаток скрепляющего каркаса слезы влечет за собой, как отмечает LemrM.A. [2009], быстрое испарение слезы с поверхности роговицы, что приводит к развитию клинической картины данного синдрома.



- Целью исследования явилось изучение состояния слезопродукции у женщин старших возрастных групп и разработка мероприятий по профилактике возникновения синдрома сухого глаза

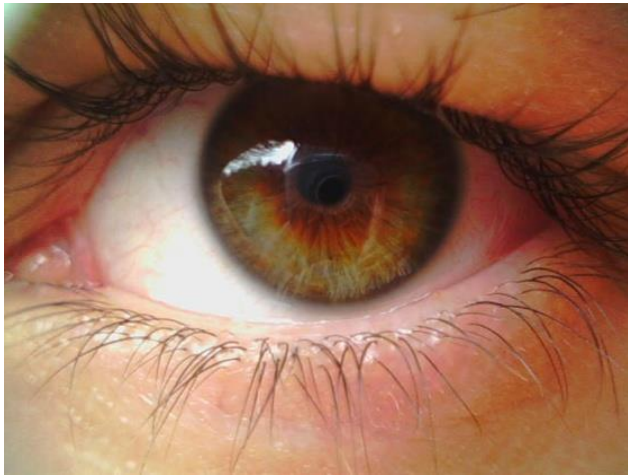




- Под наблюдением находилось 946 пациенток в возрасте 47-63 лет ( $53,2 \pm 7,5$ ), у которых исследовалась слезопродукция
- В течение шести месяцев проводилось динамическое наблюдение за пациентами с целью определения частоты встречаемости клинических признаков развития синдрома сухого глаза.
- Результаты исследования слезопродукции сопоставлены с данными 20 офтальмологически здоровыми лицами в возрасте 20-25 лет.



- Перед началом исследования проведено опросное анкетирование.
- Разработанные анкеты включали вопросы, касающиеся демографических данных, соматического здоровья, офтальмологической патологии, семейного статуса, условий работы, вредных привычек исследуемых женщин, а также результатов офтальмологического обследования



У всех пациенток изучали симптомы:

- ✓ *специфические* (болевая реакция на инстилляциии индифферентных капель, плохая переносимость ветра и кондиционированного воздуха, ощущение сухости в глазу),
- ✓ *неспецифические* (ощущение инородного тела, рези в глазу, наличие светобоязни, колебание остроты зрения в течение дня, слезотечение, ухудшение зрительной работоспособности).

Определяли



- ✓ *специфические объективные признаки* уменьшение слезного мениска, наличие слизистых нитей в конъюнктивальном отделяемом, эпителиальных нитей на роговице, медленное разлипание тарзальной и бульбарной конъюнктивы),
- ✓ *неспецифические объективные признаки* (локальный отек бульбарной конъюнктивы, вялая гиперемия конъюнктивы, наличие включений, загрязняющих слезную пленку (СП), дегенеративные изменения эпителия)



- Всем пациенткам определяли величину общей слезопродукции (*тест Ширмера*), время разрыва слезной пленки (*тест Норна*), проводили флюоресцеиновый тест, а также биомикроскопию переднего отдела глаза.
- Критериями установления диагноза ССГ являлись наличие одного или нескольких симптомов и/или объективных признаков ССГ.





- В результате проведенных исследований ССГ выявлен у 554 женщин из 946 (58,6 %), отсутствовал соответственно у 392 (41,4 %).
- Тест Ширмера у здоровых женщин (без ССГ) —  $16,4 \pm 4,4$  мм, время разрыва СП —  $13,2 \pm 3,6$  с, у женщин с ССГ тест Ширмера составлял  $13,2 \pm 6,4$  мм, время разрыва СП —  $9,2 \pm 4,8$  с.





По степени тяжести:  
ССГ легкой степени  
диагностирован у 296  
женщин (54,4 %), сред-  
ней степени — у 144  
(26,5 %), тяжелой сте-  
пени — у 104 (19,1 %).



Анализ распространенности *субъективных специфических симптомов ССГ* показал, что наиболее часто наблюдающимися симптомами являются

- ✓ плохая переносимость ветра и кондиционированного воздуха — 70,0 % ,
- ✓ ощущение сухости в глазу — 62,3 % ,
- ✓ болевая реакция на инстилляциии индифферентных глазных капель — 34,1 % .

Среди *неспецифических симптомов ССГ* наиболее часто наблюдались:

- ✓ ощущение жжения и рези в глазу — 71,2 % ,
- ✓ ощущение инородного тела в глазу — 62,5 % ,
- ✓ ухудшение зрительной работоспособности — 60,7 % ,
- ✓ колебания остроты зрения в течение дня — 56,7 % ,
- ✓ слезотечение — 39,0 % ,
- ✓ светобоязнь — 34,6 % .

При изучении частоты встречаемости объективных признаков ССГ установлено, что наиболее распространенными специфическими объективными признаками являлись:

- ✓ уменьшение высоты или отсутствие слезного мениска — 56,0 % ,
- ✓ наличие слизистых нитей в конъюнктивальном отделении — 41,6 % ,
- ✓ медленное разлипание тарзальной и бульбарной конъюнктивы — 39,5 % ,
- ✓ наличие эпителиальных нитей на роговице — 15,4 % .

Среди неспецифических объективных признаков ССГ наиболее часто наблюдались:

- ✓ вялая гиперемия конъюнктивы — 75,7 % ,
- ✓ локальный отек бульбарной конъюнктивы — 42,8 % ,
- ✓ наличие включений, загрязняющих слезную пленку, — 41,4 %
- ✓ дегенеративные изменения эпителия роговицы — 11,8 % .



- Отмечено, что частота всех субъективных симптомов возрастает с увеличением степени тяжести ССГ.
- Частота специфических и неспецифических объективных признаков с увеличением степени тяжести ССГ также возрастает

## *Диагностический поиск при синдроме Шегрена*

1. Анализ крови общ., исследование уровня гаммаглобулинов, криоглобулинов, антител ANA, анти-Ro и анти-La, ревматоидного фактора.
2. Диагностические методы исследования: сиалография — нерегулярные расширения и сужения протоков желез (картина цветка вишни). Сцинтиграфия слюнных желез — задержка захвата, снижение накопления и задержка выведения изотопа после стимуляции желез. УЗИ околоушных и подчелюстных слюнных желез, тканей, окружающих слюнные железы.
3. Офтальмологическое обследование: тест Ширмера или Норна, тест с бенгальским розовым (или другим красителем) для оценки состояния роговицы (метод Witchera и соавт., метод van Bijsterveld) и др..
4. Оценка количества вырабатываемой слюны (без стимуляции) методом Navazesh и Kumara.
5. Гистологическое исследование биоптата слюнной железы губы: оценка количества воспалительных лимфоцитарных инфильтратов (метод Danielsa и соавт.).

## *Диагностический поиск при синдроме Шегрена*

1. Консультации офтальмолога, дерматолога, ревматолога, стоматолога, оториноларинголога, нефролога и др.
2. Анализ на anti-SSA/Ro
3. Нередко требуется рентгенография легких, гастроскопия, ЭХО-КТ (это позволяет выявить осложнения, затронувшие другие органы и системы организма).



## Цели лечения

- Стабильность СП
- Увеличение увлажнения и снижения коэф.трения
- Увеличение продукции водянистого слоя
- Предотвращение испарения
- Уменьшение воспаления
- Создание среды для восстановления эпителия
- Улучшение качества зрения





Для профилактики развития синдрома сухого глаза нами предложена методика длительного использования препарата, содержащего гиалуроновую кислоту- Хило-Комод.

Гиалуроновая кислота тесно связана с процессами пролиферации, миграции и дифференциации клеток, создания основы межклеточного вещества, которое вместе с коллагеном определяет опорно-механические и трофические функции.

- Хило-Комод назначался в виде инстилляций два раза в сутки в течение 3-4 месяцев. Хило-Комод является безконсервантным препаратом
- Эффективность предложенной методики была изучена на основании сравнения состояния клинической картины, биомикроскопии роговицы и тестов Ширмера и Норна у 56 пациенток





- Через неделю лечения у пациенток отмечалось незначительное улучшение слезопродукции (увеличение пробы Ширмера до 13 мм у 22 человек и улучшение субъективного состояния – уменьшение сухости глаз по утрам и гиперемии конъюнктивы у 20 чел. (62,5%)). При биомикроскопии отмечалось уменьшение гиперемии конъюнктивы и краев век. У 10 женщин уменьшилось число кист.
- Через 3 недели лечения у всех пациенток показатели пробы Ширмера и Норна остались на прежнем уровне.
- У 24 пациенток увеличилась лишь незначительно высота стояния слезного мениска – до 0,14 мм (43,7%). Субъективное состояние органа зрения не изменилось.



- К окончанию лечения у 42 пациенток показатели тестов Ширмера и Норна, размеры слезного мениска соответствовали параметрам возрастной нормы (75%).
- Субъективно практически у всех пациенток сохранялся только легкий дискомфорт после длительной зрительной нагрузки в виде жжения в глазах, при котором они инстиллировали хилокомод.

## **Выводы**

1. Установлено, что ССГ у женщин протекал преимущественно в легкой форме, характеризуясь уменьшением слезных менисков у краев век, медленным «разлипанием» тарзальной и бульбарной конъюнктивы при оттягивании нижнего века и появлением конъюнктивального отделяемого в виде слизистых «нитей».

2. По нашим данным, использование инстилляций препарата гиалуроновой кислоты способствует нормализации показателей слезопродукции и исчезновения симптомов субъективного дискомфорта в глазу происходит у 75% женщин