

П. Рудински, Ј. Васић, Д. Урошевић, С. Гатарих¹

ЦИСТА ТРЕЋЕГ ОЧНОГ КАПКА КОД ПАСА – САНАЦИЈА ЦЕП ТЕХНИКОМ

Кратак садржај

Око представља орган вида који је есенцијалан за нормалан живот и функцију једне животиње. Посебно је то изражено код предатора, у које спада и пас, јер се ова животиња користи за рад који подразумева беспрекорно функционисање вида. Зато свако обољење било ког дела ока, у мањој или већој мери, ремети правилан вид, што умањује квалитет живота, као и употребну вредност те јединке.

Конјунктива припада предњем сегменту ока и представља најизложенију мукозну мембрану у организму и виталну структуру ока, тако да су због тога обољења конјунктиве процентуално и најчешћа офталмолошка обољења у клиничкој пракси у односу на обољења свих осталих делова ока. Због тога је правилна процена и терапија обољења конјунктиве за ветеринара практичара изузетно битна са аспекта добробити животиње и добре праксе. То подразумева веома добро познавање грађе и функције конјунктиве, клиничке слике и дијагностичких процедура обољења конјунктиве, као и правилне конзервативне (медикаментозне) терапије и хируршке захвате на конјунктиви.

Посебно место у обољењима конјунктиве заузимају болести трећег очног капка, који представља дупликутуру конјунктиве и који је јако добро развијен код паса. Првенствена улога трећег капка јесте заштита од механичких фактора спољашње средине, али исто тако важна је његова улога у стварању и до 50% нормалне количине прекорнеалног сузног филма који секретује управо жлезда трећег очног капка. Ова жлезда не може да се уочи прегледом трећег капка јер се налази са његове булбарне стране, али може да се појави и буде видљива инспекцијом ока када дође до њеног запаљења и, последично томе, и до њеног пролапсуса. Ово обољење се назива циста трећег капка, пролапсус, хиперплазија, аденом жлезде трећег капка или „cherry eye“ јер својом бојом и изгледом око тада подсећа на трешњу. Ко познаје значај прекорнеалног сузног

¹ Др вет. мед. Петар Рудински, вет. спец., Ветеринарски институт Суботица.
Др Југослав Васић, ред. проф., др Драгиша Урошевић, асистент, Катедра за хирургију, офталмологију и ортопедију, Факултет ветеринарске медицине, Београд.
Др sci. вет. Сениша Гатарих, Вет. станица Прњавор, Република Српска.

филма за интегритет ока знаће да је циста трећег капка врло озбиљно обољење и да само врло стручна и пажљива хируршка процедура обезбеђује очување функције жлезде трећег капка и интегритета ока. Хируршка техника која се до сада користила у санацији цисте трећег капка била је јако захтевна и по техници извођења и по опреми и материјалима и због тога су је спроводили само врхунски офталмохирурзи са дугогодишњим искуством. Нова „цеп“ техника је доста једноставнија и веома атрактивна и ефикасна за извођење, па је зато и применљивија у скоро свим условима који се тичу опреме, материјала и инструмената, а истовремено обезбеђује минималну трауматизацију нежних структура ока, што представља основну премису сваког оперативног захвата.

Кључне речи: пас, трећи очни капак, циста.

P. Rudinski, J. Vasić, D. Urošević, S. Gatarić²

CYST OF THE THIRD EYELID IN DOGS – POCKET TECHNIQUE TREATMENT

Abstract

Protrusion, prolapse, or eversion of the gland of the nictitating membrane (cherry eye, hyperplasia, adenitis, adenoma, haws) is caused by enlargement of the gland.

The pathogenesis has not been determined, but may be associated with primary or secondary adenitis, fascial attachment abnormalities, or specific pathogens affecting the glands. The condition is not caused by primary inflammation, neoplasia, or hyperplasia. Keratoconjunctivitis sicca occurring after protrusion (sometimes years later) suggests involvement of both the lacrimal and nictitans glands. The hypertrophied, protruding gland, which extends beyond the leading edge of the nictitans, becomes abraded and dry-resulting in secondary inflammation and swelling. Protrusion may be unilateral or bilateral. Adenitis is found on histologic examination.

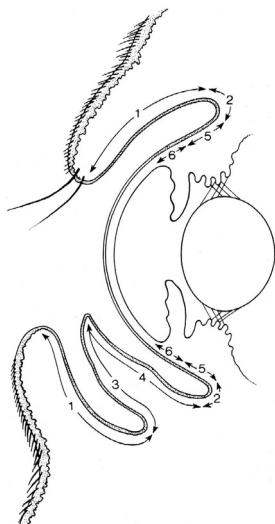
Key words: dog, third eyelid, cyst.

² Dr.vet.med. Peter Rudinski, vet.spec., Veterinary Institute Subotica.
Dr Jugoslav Vasic, prof., Dragisa Urosevic, Assistant, Department of Surgery,
Ophthalmology and Orthopedics, Faculty of Veterinary Medicine, Belgrade.
Dr.sci.vet. Sinisa Gatarić, Vet.station Prnjavor, Republic of Srpska.

УВОД

Конјунктива је покретна мукозна мембрана која прекрива унутрашњу страну горњег и доњег очног капка, палпебралну и булбарну страну трећег

очног капка и предњу површину булбуса све до лимбуса корнее. Цео овај простор прекривен слузокожом конјунктиве назива се конјунктивална врећица – слика 1.

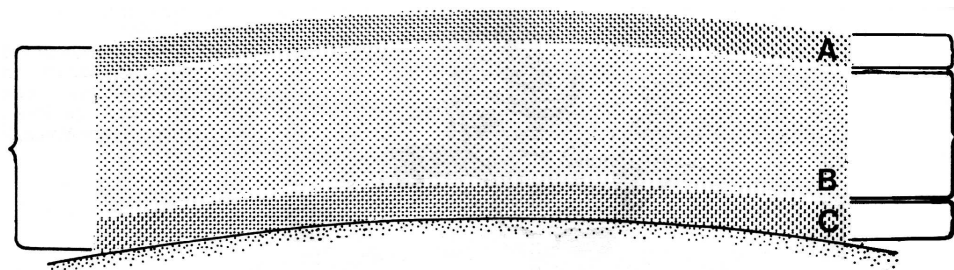


Слика 1. Конјунктивална врећица

Конјунктиву чине три слоја, и то прекорнеални сузни филм, епител и *substantia propria*, која има два слоја – гландуларни и фиброзни слој.

Прекорнеални сузни филм (ПСФ) је комплексни триламинарни течни филм који представља најважнији

заштитни слој конјунктиве и рожњаче и код његовог недостатка или промена у саставу настају изражене патолошке реакције и промене на конјунктиви и рожњачи. Он се састоји од три дела (слика 2):



Слика 2. Прекорнеални сузни филм

А – спољашњи липидни слој, Б – средишњи водени слој, Ц – унутрашњи муцински слој

Спољашњи слој прекорнеалног сузног филма састоји се од липидних материја и фосфолипида. Они су секрет тарзалних и Zeiss-ових жлезда које су смештене у капцима врло близу њихових рубова. Функција овог слоја је да спречи испаравање воденог (средњег) слоја и да везује ПСФ за руб капка, захваљујући свом површинском напону, чиме се превенира преливање ПСФ преко ивица капака.

Средишњи (водени) слој ПСФ је квантитативно најзаступљенији и представља продукт сузне жлезде и, нешто мањим делом, жлезда трећег очног капка. Он служи да испира старне материје из конјунктивалне врећице, да смањи трење и подмазује кретње капака и трећег капка преко рожњаче, да створи услове за трансфер кисеоника из атмосфере, инфламаторних ћелија и антитела у корнеу и да створи глатку површину на рожњачи за њену идеалну оптичку активност.

Трећи, унутрашњи слој састоји се од мукопротеина који су продукт пехарастих ћелија конјунктиве. Његов задатак јесте да чврсто, попут лепка, веже ПСФ за рожњачу и конјунктиву.

Све наведене карактеристике и функције ПСФ указују да је његов значај за интегритет и функцију ока неспорно велики тако да свака промена у његовом саставу и/или количини индукује каскадну реакцију негативних процеса запаљења, едема, губитка транспарентности и појаве неоваскуларизације и пигментације, што су све

знакови једног обољења – сувог ока – *keratoconjunctivitis sicca*.

Прва реакција на негативна збивања у конјунктивалној врећици јесте мукопурулентни исцедак из ока и он је увек показатељ присутног инфективног процеса или сувог ока. Пратећи симптом је и хемоза – изражен едем конјунктиве услед стимулације негативним ноксама и развоја акутног запаљења, као и јасно видљива хиперемична конјунктиве. Ова три знака су увек присутна и јасно изражена код конјунктивитиса и представљају полазиште за даља испитивања и утврђивања узрока запаљења конјунктиве.

Циста трећег очног капка – синоними за ово обољење су: протрузија или пролапсус жлезде трећег очног капка, аденитус, даље, по неким ауторима, хипертрофија, а по неким хиперплазија жлезде, аденом жлезде трећег капка и „cherry eye“. Амерички аутори много чешће користе термин протрузија док европски аутори чешће користе термин пролапсус, енглески „cherry eye“ – око као трешња – слика 3.



Слика 3. Циста трећег очног капка

Прави разлог настанка цисте трећег капка није потпуно јасан, али се зна патофизиолошки супстрат збивања. Протрузија настаје као резултат дефекта у ретинакулуму који повезује базу трећег капка са другим периорбиталним ткивом, што доводи до ослобађања жлезде трећег капка и њеног евертирања иако је њена веза са хрскавицом трећег капка очувана.

Код паса постоји расна предиспозиција за настанак овог обољења. У литератури се наводе кокер шпанијели, бостон теријери, пекинезери, биглови, ласа апсо и басети (Морган и сар. 1993). Исти аутор у својој студији, која обрађује 89 случајева, такође наводи да се циста трећег капка јавља најчешће код младих паса – млађих од једне године, али са екстремима унутар 3 до 9 година. Moore (1997) наводи да су и брахицефаличне расе предиспониране овом обољењу и потврђује да се ово обољење јавља скоро само код штенади или веома младих паса.

У клиничкој слици доминира тумефакција која се врло брзо развија у медијалном очном углу. Она је светлоцрвене до тамноцрвене боје, величине од зрна пиринча до зрна грашка; након неког времена јављају се знакови запаљења са пратећим симптомима црвенила, отока, бола и обилног секрета из ока који је серозан, серомукозан до гнојног и гнојно-хеморагичног. Животиња показује знакове бола – спазам орбикуларног мишића је изражен, отреса главом и покушава шапом да почеше афектирано око.

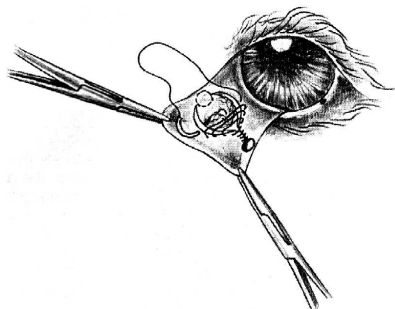
Инспекцијом ока уочавају се инјирани крвни судови конјунктиве, оток конјунктиве, слепљене длаке трепавица и накупљени секрет у медијалном очном углу.

До 1975. године терапија цисте трећег очног капка била је веома једноставна и брза и састојала се у парцијалном или тоталном одстрањивању пролабиране жлезде трећег капка у плиткој општој анестезији или у локалној – површинској анестезији јер се радило, најчешће, о штенцима или младим животињама које су могле физички да се обуздају и држе за време веома краткотрајног оперативног захвата. Разлог за овакав потпуно погрешан приступ терапији цисте трећег капка лежао је у скромном знању (боље рећи незнању) праве улоге жлезде трећег очног капка јер је тих година установљена пуна грађа и функција прекорнеалног сузног филма, а самим тим и патологија која је повезана са поремећајима у његовом саставу или количини.

По наводима Хелпер и сар., 1974, потпуно одстрањивање жлезде трећег капка умањује количину лакрималне секреције од 30% до 57%. То, посебно код раса које су предиспониране обољевању од *keratoconjunctivitis sicca*, доводи до развоја сувог ока у периоду од неколико месеци до неколико година после оперативног захвата (Хелпер и сар., 1974. и Дуган и сар., 1992).

Најновија техника, коју је увео у праксу Морган (1993) много је једноставнија и бржа за извођење него две процедуре које су раније коришћене.

Назива се „џеп техника“ (слика 4) и она захтева много мање материјала и опреме, сам оперативну захват се лако изводи и даје веома добре резултате. По наводима самог аутора, успешност овог метода репозиције пролабиране цисте трећег очног капка је 94,1%.



Слика 4. Џеп техника

Материјал и методе рада

За извођење овог рада користили смо клиничке случајеве паса са цистом трећег очног капка који су били пацијенти Клинике за хирургију Факултета ветеринарске медицине у Београду. Овим радом је обухваћено 12 паса који су приказани у табели 1.

Табела 1. Пси обухваћени овим радом

Број пса	Пол	Старост у месецима	Раса	Лево око	Десно око	Претходни проблеми са очима	Лечење топикално
1.	М.	5	пекинезер	-	+	-	-
2.	Ж.	7	боксер	+	+	-	-
3.	Ж.	3,5	француски булдог	+	+	обо страни конјунктивитис	антибиотик + кортико препарат
4.	М.	6,5	немачки птичар	+	-	-	-
5.	М.	9	средња пудла	-	+	-	-
6.	М.	5	средња пудла	+	+	-	-
7.	М.	6,5	кане корсо	+	+	-	-
8.	Ж.	4	кане корсо	+	+	-	-
9.	Ж.	9,5	напуљски мастиф	+	+	обо страни конјунктивитис	антибиотик + кортико препарат

10.	М.	13,5	боксер	+	+	-	-
11.	М.	7	напуљски мастиф	+	+	обострани конјунктивитис	антибиотик + кортико препарат
12.	Ж.	7	напуљски мастиф	+	+	обострани конјунктивитис	антибиотик + кортико препарат

За оперативни захват је коришћен стандардни офталмолошки сет за сечење и шивење: ретрактор за капке, скалпел са ножићем бр. 15, анатомска и хируршка Адисонова пинцета, тупотупе Мауо маказе за сечење и препарисање ткива конјунктиве, маказе за сечење шавова, иглодржач по Дерфу, Москито хватаљке за ткиво и, за шивење конјунктиве, атрауматски ресорптивни шав дебљине 5 – 0 – Polyglactine: Vicryl 5/0.

Све животиње су пре оперативног захвата клинички прегледане, узета им је анамнеза (вакцинација, дехелминтизација, претходна офталмолошка обољења), мерен им је тријас и телесна маса.

Општа анестезија је била неопходна током овог оперативног захвата и извођена је употребом дисоцијативног анестетика Золетил 50 уз премедијацију анестезије атропин-сулфатом. На овај начин добијена је сигурна и квалитетна анестезија са добром анализом, што је било неопходно за миран и сигуран рад током оперативног захвата.

У преоперативној припреми, двадесет четири часа пре операције, апликован је системски антибиотик Серогех и још четири дана у постопера-

тивном периоду. Такође је и локално у конјунктивалну врећицу апликована очна маст пре операције и још четрнаест дана после оперативног захвата – четири до шест пута у току дана. Користили смо Кортицин маст за очи, што је комбинација бацитрацина са хидрокортизонацетатом.

За испирање конјунктивалне врећице и ока пре оперативног захвата користили смо 10% раствор повидон јодида у физиолошком раствору.

После апликације анестетика и постизања хируршког стадијума анестезије, животиња је постављана у пострани лежећи положај са оком које се оперише према горе. Конјунктивална врећица је испирана 10% повидон јод раствором пет пута употребом стерилног шприца са иглом да би се добио одговарајући притисак и што ефикаснија лаважа. Операционо поље је заштићено стерилним компресамма и капци фиксирани екартером.

Са два Москито форцепса фиксира се руб трећег капка (да би био под тензијом и олакшао сечење) и скалпелом се изнад и испод пролабиране жлезде постави иницијални елиптични рез само кроз дубину булбарне конјунктиве. Без одстрањивања конјунктиве са жлезде, почиње се шивење

инцизије Лембертовим текућим шавом употребом Vicryl 5/0 уз нежно потискивање жлезде неким тупим инструментом. Посебно се води рачуна да се оставе на почетку и крају инцизије два мала отвора који служе за несметано отицање секрета. Козметички ефекат је одмах уочљив јер се жлезда шавовима потискује у дубину трећег капка и сам капак може да заузме нормалну приљубљену позицију уз булбус.

Све оперисане животиње су свакодневно опсервиране пет дана после операције, а затим клинички прегледане и контролисане још десетог и петнаестог дана после оперативног захвата.

РЕЗУЛТАТИ РАДА

Током израде овог рада оперисано је 12 паса са цистом трећег капка. Од тог броја било је 7 мужјака (58,3%) и 5 женки (41,7%) тако да је заступљеност по половима скоро једнака.

Што се тиче узраста, најмлађи пас је био стар 3,5 месеци, а најстарији 13,5 месеци (просечна старост 6,9 месеци), што указује на то да се ово обољење јавља код младих животиња.

Расни сатав оперисаних паса је био веома различит: по један пекинезер, француски булдог и немачки краткодлаки птичар, две пудле, два немачка боксера, два кане корсо и три напуљска мастифа. Карактеристично је да су већина ових паса из групе животиња лимфатичне конституције.

Смо код три пса (25%) установили смо цисту трећег капка на једном оку,

док је осталих девет паса (75%) имало цисту трећег капка на оба ока.

Пре доласка на Клинику за хирургију, власници су због појаве цисте водили животиње код својих ветеринара који су ординирали локалну терапију која се састојала у апликацији антибиотика и кортико препарата у конјунктивалну врећицу. Таквих стопроцентних неуспешних случајева медикаментозног третмана пролабиране цисте трећег очног капка је било пет (41,7%).

Све животиње обухваћене овим радом биле су младе и клинички здраве, а процес који је саниран је локалан и неинвазиван, тако да су, када је у питању процена оперативног и анестетичког ризика, све јединке спадале у неризичну групу пацијената.

Сви пацијенти су први пут клинички прегледани двадесет четири сата после операције. Тада није утврђено никакво одступање у тријасу, а по наводима власника ни у понашању, дефецирању, уринирању и апетиту јер је анестезија била квалитетна и примерена краткотрајном и неинвазивном оперативном захвату, а пошто се ради о младим животињама, опоравак од анестезије је био очекивано веома брз и без компликација.

Адспекцијом оперисаног ока утврдили смо да је код свих жлезда унутар ткива трећег капка тако да су власници били веома задовољни ефикасношћу операције и изгледом ока. Пажљивим прегледом могли смо да установимо благи едем трећег капка и црвенило конјунктива, што су нормал-

не ткивне реакције на сам оперативни захват и пласиране шавове. Због оваквог локалног налаза није било потребе за прегледом саме ране на булбарној страни трећег капка јер би таква манипулација могла да изазове кидање ране која је у прва три постоперативна дана и најслабија. Исцедак из ока, који је пре операције био обилан и залепљен за рубове капака, скоро да је потпуно нестао, тако да није било потребе за даљим испирањем ока јер то представља малтретман и за пса и за власника, посебно када се ради о великим расама паса.

Оток и црвенило су се повлачили и четвртог дана су код већине оперисаних животиња потпуно нестали. То је била индикација да се апликација офталмичке масти са шест пута у току дана смањи на четири пута до десетог дана од оперативног захвата, када је и по плану овог рада рађена прва следећа контрола. Овакав налаз указује да је правилно изабрана и системска и локална терапија јер су омогућиле нормалне процесе зарастања хируршке ране уз минималну инфламаторну реакцију капка.

Код немачког боксера – пас бр. 10, власник је довео пса код кога се појавило крварење из једног од оперисаних очију. Адспекцијом нисмо могли да установимо шта је узроковало крварење и одакле оно потиче. Пошто је пас био узнемирен и агресиван, апликовали смо кратку интравенску анестезију која нам је омогућила да прегледом ока установимо да су шавови усечени у вентралну инцизију и

потпуно нефункционални. У смислу санирања ове компликације прво смо киретом освежили рез на конјунктиви и потом извршили његово ресутурирање. Ради заштите од самоповређивања овом псу смо поставили заштитну крагну која није скинута наредне две недеље, када је контролним прегледом установљен добар ефекат реинтервенције.

Десетог дана од операције код 10 паса који су прошли без компликација клиничким прегледом смо установили одлично пријањање трећег капка уз булбус. Код неколико пацијената који су били кооперативнији и лакши за манипулацију, успели смо да инструментом пажљиво евертирамо оперисани капак и адспекцијом смо установили да су сви шавови на месту и у правилној функцији. Отвори који су остали на почетку и на крају инцизије (јер смо тако ми хтели и то постигли шивењем) могли су да се уоче. Ожиљно ткиво је било присутни у виду траке око реза у довољној мери да осигура жлезду трећег капка у правилној позицији. Иста клиничка слика је била код ових пацијената и 15. дана од операције када смо извршили последњу контролу оперисаних капака и саветовали власнике да прекину са апликацијом офталмичке масти. Посебно смо им скренули пажњу да воде рачуна о хигијени држања животиња, односно простора у којима бораве животиње.

Само код једног пса, француски булдог, имали смо рецидив после нешто мање од четири месеца од прве

операције. Рецидив се јавио на једном оку, јер је код примарног третмана пас имао цисте трећег капка на оба ока. Разлика од првог пута је била присутна и огледала се у много мањем обиму пролапсуса жлезде и са слабије израженим клиничким знаковима. Није било израженог исцетка и хиперемije, а по наводу власника, циста се повећавала – била је израженија после шетње и других физичких активности пса. Овај случај је поново оперисан и санација је у постоперативном периоду прошла без икаквих компликација.

ДИСКУСИЈА

Током израде овог рада постало је очигледно да су карактеристике цисте трећег очног капка код паса везене за расу и старост. У нашем раду обрадили смо 12 паса чија је просечна старост била 6,9 месеци. Нисмо имали старијег пса од 13,5 месеци, за разлику од података Моргана и сар. (1993) који у свом раду наводе да су имали и псе старости између 3 и 9 година. Наши налази више одговарају подацима Мооре (1997) да се ово обољење јавља код штенади и младих паса и посебно код брахицефаличних раса које су и у нашем раду биле најзаступљеније. Исти аутор ову предиспозицију брахицефаличара покушава да обијасни анатомским дефектом везе трећег очног капка са периорбиталним ткивом. Поред анатомске специфичности, постоји сигурно и веза настанка цисте и са њиховом лимфатичном конституцијом.

Карактеристични налаз који се сам наметнуо приликом обраде анамнестичких података тицао се порекла већине паса из овог рада. Пет паса је дошло из одгајивачница у које су и враћени после операције, а два пса су била тек неколико дана код нових власника. Сви су имали веома изражене симптоме хроничног конјунктивитиса. Очигледно је да су услови хигијене, држања и неге били на врло ниском нивоу. Исцедак из ока је био код ових седам паса јако густ и лепљив, што је доказ хроничне упале. По литературним подацима (Гердинг и сар., 1990) микроорганизми који су изоловани код 151 пса са обољењем капака или конјунктиве су: 39% *Staphylococcus spp.* и 26% *Streptococcus*. По наводима исте групе аутора, ови микроорганизми су осетљиви на хлорамфеникол, гентамицин, цефалотин и бацитрацин. То нас је определило да у нашем раду користимо бацитрацин, али у комерцијално направљеној комбинацији са хидрокортизонацетатом – Кортицин. Пре употребе ове комбинације свим псима је урађена флуоресцинска проба да би се утврдило евентуално постојање лезија на рожњачи, када је апсолутно контраиндикована употреба кортизонских препарата. Мала количина кортизона у овој масти представљала је оптималну дозу која је контролисала инфламаторне процесе на конјунктиви ока. Ова офталмичка маст је, по плану рада, апликована шест пута дневно до петог постоперативног дана, а потом четири пута дневно до десетог дана, да би четири последња

дана била апликована само ујутру и увече. Укупно је локални третман трајао 14 дана, што се слаже и са наводима Арнолд (1996), док Мооре (1997) сматра да је локална терапија од седам дана сасвим довољна. На основу увида у хигијенске услове у одгајивачницама (присутна прашина, блато, фецес, мокраћа), а где је и агломерација паса већа, мишљења смо да је неопходно апликовати офталмичке масти 14 дана јер тиме добијамо сигурост и олакшавамо процесе зарастања без поновних или додатних инфекција. Из истих разлога је неопходна и петодневна системска антибиотска терапија у постоперативном периоду, без обзира на то што је процес инфекције запаљења локалног карактера.

Када се ради о штенцима или малим расама паса, заштитна крагна није неопходна у постоперативном третману, али за велике расе и старије псе мора да се употреби. Она је неопходна и код паса који нису под сталним надзором власника или одгајивача. На тај начин се превенира чешање и механичко повређивање оперисаног ока и последичне компликације као што смо ми, вероватно, имали код једног пацијента и што је изазвало дехисценцију шавова и захтевало реинтервенцију.

Проблем рецидива је описан и у нашем раду, а и у литератури. Морган наводи код велике серије оперативних захвата репозиције цисте трећег капка џеп техником само 6% рецидива, Арнолд 25%, а у нашем раду имали смо

један рецидив (8,3%). Питање рецидива се дотиче проблема искустава и рутине у офталмохирургији, јер дуготрајни рад са неким ткивом, инструментима и материјалима развија посебан осећај код оператера и помаже му да успешније обави неки захват. У овом случају, поучени описом узрока рецидива ауторке Хелен Арнолд, радили смо дубљу ткивну дисекцију код прављења џепа. Оваквим приступом смо направили више простора у ткиву да се комотније утисне пролабирана и упаљена жлезда трећег капка.

Сама џеп техника се базира на стимулацији конјунктивалне фиброзе и, последично томе, индукције лимитиране количине ожиљног ткива које треба да обезбеди праву позицију репонираних жлезда трећег капка. Управо је то уметност хирургије, да провоцира те процесе квалитетним резом – по месту, дубини и по величини, као и правим избором материјала за шивење који својим присуством стимулише зарастање, а не изазива дражење и запаљење других делова ока, у овом случају рожњаче, пошто је у контакту са њом.

ЗАКЉУЧЦИ

Добијени резултати указују да је циста трећег очног капка обољење штенади и младих паса, најчешће оболевају брахицефалични пси, чешће се јавља на оба ока и није повезано са полом животиње; џеп техника за санацију цисте трећег очног капка је оптимално решење у терапији овог обољења ока паса јер је лако изводљива и не захтева посебну опрему и

материјале; преоперативна и постоперативна системска антибиотска терапија је неопходна због спречавања настанка инфекције; локална глукокортикоидна терапија обезбеђује мању инфламаторну реакцију конјунктиве и омогућава брже санационе процесе; за ову оперативну процедуру користи се ресорптивни материјал за шивење дебљине 5/0 са атрауматском иглом; у постоперативном периоду треба да се користи заштитна крагна, чиме се обезбеђује мировање ране.

ЛИТЕРАТУРА

1. Arnold, T.H. *Prolapsus de la glande nictidante chez le chien technique actuelle de remise en place et resultates*. 40e Congres annuele CNVSPA, Lyon, 411–413, 1996.
2. Dugan, S.J., Severin, G.A., Hungenford, L.L., Whiteley, H.E., Roberts, S.M. *Clinical and histologic evaluation of the prolapsed third eyelid gland in dogs*. J. Am. Vet. Med. Assoc. 1992; 201 (12) 1861–1867.
3. Helper, L.C., Magrane, W.G., Koehm, J., Jonson, R. *Surgical induction of keratoconjunctivitis sicca in the dog*. J. Am. Vet. Med. Assoc. 1974.;165 (2) ;172–174.
4. Kaswan, R.L., Martin, C.L. *Surgical correction of third eyelid prolapse in dogs*. J. Am. Vet. Med. Assoc. 1985; 186: 83.
5. Moore, C.P., Constantinescu, G.M. *Surgery of the Adnex*, Vet. Clin. North Amer. Vol 27, No. 5,1011–1067, 1997.
6. Morgan, R.V., Duddy, J.M., Mc Clurg, K. *Prolapse of the gland of the third eyelid in dogs: a retrospective study of 89 cases (1980 to 1990)*, J. Am. Anim. Hosp. Assoc. 1993, 29: 57–60.
7. Slatter, D. *Fundamentals of veterinary ophthalmology*, sec. ed., W. B. Saunders comp., 2000.

