

СЛЕЗОЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ СУХОГО ГЛАЗА

Кугаева Е.С., Ермакович Д.П., Чекина А.Ю.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра глазных болезней, г. Минск*

Ключевые слова: болезнь «сухого глаза», кератит, конъюнктивит, лечение, ХИЛО-ПАРИН.

Резюме: болезнь «сухого глаза» (БСГ) часто встречается в офтальмологической практике. Изучение комплекса патофизиологических механизмов развития БСГ позволяет разработать более эффективное лечение этого заболевания. Препараты слезозаместительной терапии играют важную роль в терапии БСГ. Они разрабатываются с учетом способности увлажнять поверхность роговицы.

Resume: dry eye disease is a common problem in ophthalmic practice. The study of the complex pathophysiological mechanisms of the development of dry eye disease allows us to develop a more effective treatment for this disease. Tear replacement therapy drugs play an important role in the treatment of dry eye disease. They are designed with the ability to moisturize the surface of the cornea.

Актуальность. Болезнь «сухого глаза» (БСГ) часто встречается в офтальмологической практике. Изучение комплекса патофизиологических механизмов развития БСГ позволяет разработать более эффективное лечение этого заболевания. Препараты слезозаместительной терапии играют важную роль в терапии БСГ. Они разрабатываются с учетом способности увлажнять поверхность роговицы.

В последние десятилетия стало известно, что воспалительный процесс вносит существенный вклад в развитие и поддержание БСГ. К воспалению тканей глазной поверхности может приводить гиперосмолярность слезной жидкости, возникающая вследствие снижения слезопродукции или повышения испаряемости слезы.[1] В дальнейшем происходит высвобождение медиаторов воспаления в слезной пленке, они, в свою очередь, оказывают повреждающее действие на эпителий глазной поверхности. [2]

Цель: оценить терапевтическую эффективность слезозаменителя ХИЛО-ПАРИН при амбулаторном лечении пациентов с воспалительными заболеваниями глазной поверхности, протекающими на фоне болезни «сухого глаза».

Задачи: 1. Оценить эффективность ХИЛО-ПАРИНА при лечении таких проявлений болезни «сухого глаза», как кератит и блефароконъюнктивит; 2. Сравнить действие ХИЛО-ПАРИНА в качестве монотерапии и в составе комплексного лечения.

Материалы и методы. Проведено амбулаторное лечение 32 пациентов (64 глаза) с различной степенью тяжести БСГ и клиническими признаками блефароконъюнктивита, кератита. Диагноз устанавливали на основании биомикроскопии глазной поверхности. Обращали внимание на прокрашивание эпителия роговицы и конъюнктивы флюоресцеином; оценивали степень гиперемии конъюнктивы и выраженность складок конъюнктивы; оценивали состояние выводных протоков мейбомиевых желез; стабильность прероговичной слезной пленки; величину суммарной слезопродукции.

Продолжительность лечения больных составляла от 2-х до 3-х месяцев, частота инстилляций ХИЛО-ПАРИНА от 4 до 6 раз в день.

Первая группа пациентов - БСГ I степени (всего 15 глаз). Возраст, где БСГ I степени установлен на обоих глазах – 41,0 (28,0; 53,5) год (Me (25%;75%)); муж – 1; жен. – 4. Все пациенты работают более 10 часов в день за компьютером.

Вторая группа пациентов – БСГ II степени (45 глаз). В этой группе, где БСГ 2 ст. диагностировался на обоих глазах (38 глаз), мужчин было 7 человек, женщин - 12 человек; средний возраст 53,0 (39,5; 65,5) года, большинство работают за компьютером, не менее 6 часов в день.

Третья группа пациентов – БСГ III степени (4 пациента, 4 глаза), возраст 59,0 (52,5; 66,0) лет. Тяжелое течение БСГ, сопровождалось помутнением роговицы с макропризнаками ксероза на фоне выраженного или критического снижения слезопродукции и стабильности прероговичной слезной пленки.

Результаты и их обсуждение. Назначение ХИЛО-ПАРИНА в инстилляциях 4 - 6 раз в день пациентам первой группы с БСГ I степени способствовало заметному улучшению состояния уже на 2-3 –й день лечения. К концу первого месяца лечения у всех прекратились жалобы на жжение, боль в глазах, что позволило сократить частоту инстилляций слезозаменителя до 2-3-х раз в день.

При клиническом обследовании установлено: исчезновение гиперемии конъюнктивы от умеренной и слабой степени до нормы; отсутствие окрашивания конъюнктивы и роговицы флюоресцеином; тест Ширмера I - в среднем 14,6 (13,7; 15,1) мм ($p>0,05$); проба Норна – в пределах 8,4 (7,8; 9,3) сек ($p>0,05$), тест Lipcof - степень 0. Наиболее показательным методом исследования у пациентов этой группы являлось окрашивание поверхности глаза витальным красителем.

При комплексном лечении пациентов с БСГ 2 степени с использованием в качестве слезозаменителя ХИЛО-ПАРИН отмечалась положительная динамика через 2 недели лечения. После 2-х месячного лечения: проба Ширмера I повысилась с 7,3 (6,7; 8,6) мм до 10,3 (9,9; 15,7) мм ($p<0,05$); проба Норна улучшилась с 5,0 (4,5; 5,5) сек до 7,2 (6,1; 8,1) сек ($p<0,05$); тест Lipcof уменьшился со 2-й до 1-й степени.

Третья группа пациентов – БСГ III степени (4 пациента, 4 глаза), возраст 59,0 (52,5; 66,0) лет. Тяжелое течение БСГ, сопровождалось помутнением роговицы с макропризнаками ксероза на фоне выраженного или критического снижения слезопродукции и стабильности прероговичной слезной пленки. Через 2 месяца комплексного лечения (ХИЛО-ПАРИН в сочетании с инстилляциями Циклоспорина А 0,1% или Хилогелем) роговица полностью заэпителизовалась, исчезли явления нитчатого кератоконъюнктивита.

Выводы: 1. Результаты применения препарата ХИЛО-ПАРИН продемонстрировали его терапевтическую эффективность при лечении пациентов с различными проявлениями кератита и блефароконъюнктивита на фоне болезни «сухого глаза»; 2. ХИЛО-ПАРИН эффективен в качестве базовой монотерапии пациентов с БСГ I степени тяжести. При БСГ II и III степени тяжести эпителизация роговицы, исчезновение гиперемии конъюнктивы и восстановление показателей диагностических тестов наблюдались при комплексном лечении с использованием ХИЛО-ПАРИНА.

Литература

1. Бржеский В.В., Сомов Е.Е. Синдром сухого глаза: современные аспекты диагностики и лечения // Синдром сухого глаза. – 2002. – №1. —С. 3–19.
2. Егоров Е.А., Басинский С.Н. Клинические лекции по офтальмологии. Москва 2007– С. 148-156.