

Е.С. Кугаева, Д.П. Ермакович
СЛЕЗОЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ СУХОГО ГЛАЗА
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.Ю. Чекина
Кафедра глазных болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

E.S. Kuhaeva, D.P. Ermakovich
TEAR REPLACEMENT THERAPY FOR DRY EYE DISEASE
Tutor: associate professor A.Y. Chekina
Department of Eye Disease
Belarusian State Medical University, Minsk

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.

Ключевые слова: болезнь «сухого глаза», кератит, конъюнктивит, лечение, Хило-Парин.

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.

Keywords: «dry eye» disease, keratitis, conjunctivitis, treatment, Hilo-Parin.

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.

Цель: в ходе клинического исследования оценить терапевтическую эффективность слезозаменителя Хило-Парин при амбулаторном лечении пациентов с кератоконъюнктивитом при болезни «сухого глаза» (БСГ).

Задачи:

1. Определить наиболее частые причины возникновения БСГ.
2. Изучить состав слезозаменителей, зарегистрированных в Республике Беларусь.
3. Оценить эффективность Хило-Парина при лечении таких проявлений болезни «сухого глаза», как кератит и блефароконъюнктивит.
4. Сравнить действие Хило-Парина в качестве монотерапии и в составе комплексного лечения.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 32 пациентов, которые находились на амбулаторном лечении на базе городского офтальмологического консультативно-диагностического центра 3 ГКБ им. Е. В. Клумова г. Минска в период с сентября 2021 по январь 2022 гг. Возраст пациентов составил от 28 до 73 лет, из которых на долю мужского пола приходится 37,5 %, а на долю женского пола 62,5 %.

Объем офтальмологических обследований включал в себя наружный осмотр, биомикроскопию, окрашивание флюоресцеином, пробу Ширмера – для определения суммарной величины слезопродукции, пробу Норна – для оценки стабильности прекорнеальной слезной пленки, тест Лірсоф, оценку степени гиперемии конъюнктивы по шкале Эфрона. По результатам обследования пациенты были разделены на 3 группы: БСГ I степени – 15 глаз, средний возраст 41,0 (28,0; 53,5) год; БСГ II степени – 45 глаз, средний возраст 53,0 (39,5; 65,5) года; БСГ III степени – 4 глаза, возраст 59,0 (52,5; 66,0) лет. Статистический анализ данных проводился с использованием программного обеспечения Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. После определения тяжести БСГ пациентам I группы была назначена инстилляция Хило-Парина 4-6 раз в день (базовая монотерапия), пациентам II и III группы кроме инстилляций слезозаменителя Хило-Парина назначили стимуляторы регенераторных процессов, глюкокортикостероиды, противоаллергические средства, антибиотики. В результате проведенного исследования была вычислена динамика величины слезопродукции и стабильности слезной пленки до начала лечения, к концу первого месяца и после двух месяцев лечения.

Пациенты I группы до начала лечения жаловались на чувство рези, жжения, инородного тела, боль в глазах, периодическое покраснение глаз. При биомикроскопии отмечались микроэрозии на нижней половине роговицы, на конъюнктиве глазного яблока. В ходе сбора анамнеза были выявлены основные причины развития БСГ I степени тяжести:

1. Длительная работа за компьютером у всех пациентов данной группы (более 10 часов в день);
2. Нарушение режима ношения и обработки МКЛ (53,3%): хламидийный, герпетический конъюнктивит, себорейный блефарит, кератоконъюнктивит.

Оценка эффекта монотерапии при БСГ I степени тяжести на 2-3 день лечения основывалась на субъективных ощущениях пациентов: уменьшилось чувство инородного тела в глазу, светобоязнь, слезотечение. К концу первого месяца инстилляций Хило-Парина у всех пациентов I группы прекратились жалобы на жжение, боль в глазах, частота инстилляций была сокращена до 2-3 раз в день.

Изменения объективных показателей состояния передней поверхности глаза характеризовалась положительной динамикой в процессе терапии. Наиболее быстро и значительно увеличивались показатели пробы Ширмера и Норна со стойким эффектом в течение 1 и 2-го месяца ($p < 0,0004$), что наглядно отражено в таблице 1.

Табл. 1. Изменение показателей проб Ширмера и Норна в процессе терапии у пациентов с БСГ I степени тяжести.

Номер наблюдения	Показатель пробы Ширмера, мм Me [25%-75%]	Показатель пробы Норна, с Me [25%-75%]
А – до курса терапии	13,2 [12,6; 13,8]	7,6 [7,0; 9,0]
В – после первого месяца	14,6 [13,7; 15,1]	8,4 [7,8; 9,3]
С – после второго месяца	15,8 [15,0; 16,6]	9,1 [8,4; 9,8]
Результаты дисперсионного анализа Фридмана	$\chi^2=25,39, p<0,00047$	$\chi^2=19,4, p<0,0004$

Пациенты II группы до начала лечения испытывали болезненность, жаловались на покраснение глаз, светобоязнь, слизистые выделения. В течение 2 недель комплексного лечения (инстилляций Хило-Парина 4-6 раз в день, стимуляторы регенераторных процессов 2 раза в день, антибиотикотерапия, глюкокортикостероиды, противоаллергические средства) отмечалось уменьшение болей, чувства жжения, уменьшение количества слизистых выделений, вплоть до их полного исчезновения.

Изменения объективных показателей (пробы Ширмера и Норна) отражены в таблице 2.

Табл. 2. Изменение показателей проб Ширмера и Норна в процессе терапии у пациентов с БСГ II степени тяжести.

Номер наблюдения	Показатель пробы Ширмера, мм Ме [25%-75%]	Показатель пробы Норна, с Ме [25%-75%]
А – до курса терапии	7,3 [6,7; 8,6]	5,0 [4,5; 5,5]
В – после первого месяца	9,5 [7,8; 11,3]	6,0 [5,3; 6,7]
С – после второго месяца	10,3 [9,9; 15,7]	7,2 [6,1; 8,1]
Результаты дисперсионного анализа Фридмана	$\chi^2=86,178$ $p<0,00001$	$\chi^2=90,15$ $p<0,00001$

Основными причинами возникновения БСГ II степени тяжести во второй группе пациентов являлись:

1. Воспалительные заболевания - 40% (кератиты, блефароконъюнктивиты);
2. Перенесенные хирургические вмешательства - 37,7% (по поводу отслойки сетчатки, катаракты, патологии век);
3. Использование глазных гипотензивных капель, которые содержат консервант - 13,3%.

У пациентов III группы тяжелое течение БСГ, сопровождалось помутнением роговицы с признаками макрохероза на фоне выраженного или критического снижения слезопродукции и стабильности прероговичной слезной пленки ($p<0,00001$) (таблица 3).

Табл. 3. Изменение показателей проб Ширмера и Норна в процессе терапии у пациентов с БСГ III степени тяжести.

Номер наблюдения	Показатель пробы Ширмера, мм Ме [25%-75%]	Показатель пробы Норна, с Ме [25%-75%]
А – до курса терапии	4,5 [4,0; 4,5]	2,5 [2,1; 3]
В – после первого месяца	6,1 [5,2; 7,1]	4,6 [3,6; 5,15]
С – после второго месяца	8,5 [7,0; 10,0]	6,4 [5,6; 7,1]
Результаты дисперсионного анализа Фридмана	$\chi^2=8,18$, $p<0,00001$	$\chi^2=8,75$, $p<0,00001$

Основными причинами развития БСГ III степени тяжести являлись:

1. Непереносимость антиглаукомных капель.
2. Лагофтальм.

3. Предшествующая химиотерапия.

Пациентам было подобрано комплексное лечение (инстилляций Хило-Парина 4-6 раз в день дополняли бесконсервантные гипотензивные средства - Косопт; Циклоспорин А; бесконсервантные антибиотики - Офтаквикс, стимуляторы регенераторных процессов - Корнерегель).

Через 2 месяца комбинированного лечения наблюдалась полная эпителизация эрозии роговицы, исчезли боль, слезотечение и смешанная гиперемия глазного яблока. Отмечалось улучшение проб Ширмера и Норна.

Выводы:

1. В результате проведенного исследования была статистически доказана эффективность применения увлажняющих глазных капель Хило-Парин при амбулаторном лечении пациентов с болезнью «сухого глаза» I, II, III степени тяжести.

2. Хило-Парин эффективен в качестве базовой монотерапии пациентов с болезнью «сухого глаза» I степени, а так же при комплексном лечении пациентов с БСГ II и III степени тяжести (ускорение эпителизации роговицы и конъюнктивы, нормализация результатов диагностических тестов).

3. При выборе слезозаместительной терапии следует отдавать предпочтение препаратам без консервантов для предупреждения развития аллергических и воспалительных реакций при их длительном применении.

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.