

Эффективность слезозаместительной терапии при нарушении базальной секреции слезы



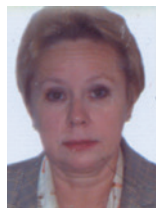
Г. С. Полунин



А. О. Забегайло



И. А. Макаров



Т. Н. Сафонова



Е. Г. Полунина



А. В. Жемчугова



А. Алиева

Учреждение Российской академии медицинских наук «НИИ глазных болезней РАМН», Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Цель. Оценка эффективности и переносимости слезозаменителя Хилабак (0,15% гиалуроновая кислота) при лечении заболеваний слезной пленки с нарушениями базальной секреции слезы у пациентов с блефароконъюнктивальной формой синдрома сухого глаза.

Методы. 32 пациентам (38-72 лет) с диагнозом блефароконъюнктивальная форма синдрома сухого глаза на фоне этиотропного лечения назначалась слезозаместительная терапия в виде инстилляций слезозаменителя на основе гиалуроновой кислоты без консервантов — Хилабак (Thea, Франция). Частота инстилляций составляла от 2 до 4 раз в сутки. Длительность лечения — от одной недели до одного месяца, в зависимости от динамики патологического процесса.

Результаты. На фоне лечения отмечено исчезновение жалоб у 30 из 32 пациентов, повысилась стабильность слезной пленки: значения пробы Норна возросли с $7,3 \pm 0,5$ до $10,1 \pm 0,6$ секунд, показатели теста Ширмера увеличились с $8,8 \pm 0,4$ до $15,2 \pm 0,5$ мм.

Заключение. Показана хорошая терапевтическая эффективность и переносимость слезозаместительного препарата Хилабак в лечении пациентов с нарушениями базальной секреции слезы, обусловленной конъюнктивитами и блефароконъюнктивитами.

Ключевые слова: синдром сухого глаза, слезная пленка, секреция слезы, слезозаместительная терапия

ABSTRACT

G. S. Polunin, A. O. Zabegaylo, I. A. Makarov, T. N. Safonova, E. G. Polunina, A. V. Zhemchugova, A. Alieva

The efficiency of tear substitute therapy at dysfunction tear basic secretion

Purpose: To evaluate the efficiency and tolerance of drops replacing tear with hyaluronic acid 0.15% (Hylabak, Thea, France) for the treatment of tear film diseases, in particular blepharconjunctival form of dry eye syndrome.

Methods: 32 patients (range 38 to 72 years) with blepharconjunctival form of dry eye syndrome were treated lubricant Hylabak 2-4 times a day during 7-30 days.

Results: After treatment was detected the elimination of complaints in 30 of 32 people, increasing the stability of the tear film (increasing values of the samples Norn test from 7.3 ± 0.5 to 10.1 ± 0.6 seconds), as well as normalization of Schirmer test (from 8.8 ± 0.4 to 15.2 ± 0.5 mm).

Conclusion: The study was showed high efficacy of lubricant Hylabak and subjective tolerability at blepharconjunctival form of dry eye syndrome.

Key words: dry eye syndrome, blepharconjunctivitis, tear film

Офтальмология. — 2012. — Т. 9, № 3. — С. 93–97.

Поступила 14.06.12. Принята к печати 15.08.12

В течение последнего десятилетия кардинальным образом изменились представления о причинах, следствиях и подходах к терапии заболеваний, которые влекут за собой неспособность слезной пленки выполнять свои основные функции — защитную, оптическую и трофическую [7]. Так, до недавнего време-

ни считалось, что назначение слезозаместительной терапии необходимо только в тех случаях, когда у пациентов выявляются системные аутоиммунные заболевания, вследствие которых развиваются патологические процессы в слезных железах и снижается объем слезопродукции [1]. Однако исследования послед-

Таблица 1. Распределение пациентов по клиническим формам конъюнктивитов

| Вид патологии | | Число пациентов |
|---|---|-----------------|
| Блефароконъюнктивальная форма синдрома сухого глаза | Острый аллергический конъюнктивит | 5 |
| | Хронический блефароконъюнктивит неясной этиологии | 17 |
| | Острый бактериальный конъюнктивит | 10 |
| | Всего: | 32 |

Таблица 2. Динамика показателей уровня слезопродукции и стабильности слезной пленки у пациентов трех групп в ходе лечения

| Методы диагностики | Диагностические показатели | |
|---|----------------------------|---------------|
| | до лечения | после лечения |
| Тест Ширмера, мм | 8,8±0,4 | 15,2± 0,5 |
| Проба Норна, секунды | 7,3±0,5 | 10,1± 0,6 |
| Высота стояния слезного мениска ниже 0,2мм, число пациентов | 32 | 3 |

них лет доказали, что нарушение слезопродукции происходит не только при аутоиммунных заболеваниях, но также после оперативных вмешательств, инстилляций антиглаукомных препаратов, при длительной работе на компьютере, а также при некоторых патологических процессах различной этиологии, которые развиваются в веках и конъюнктиве [6, 8, 9]. Так известно, что патологический процесс воспалительной и/или аллергической этиологии при конъюнктивитах и блефароконъюнктивитах приводит к нарушению базальной слезопродукции на уровне секреции муцинового, водного и липидного (при заинтересованности век) компонентов слезной пленки [3, 4]. Поэтому при конъюнктивитах и блефароконъюнктивитах различной этиологии показано назначение адекватной слезозаместительной терапии, которая позволяет стабилизировать слезную пленку [5].

Говоря о слезозаместительной терапии, следует отметить, что за последние годы в аптечной сети появляются новые слезозаместительные препараты. Основным достижением последних лет в этой области стала разработка пролонгированных слезозаместителей, не требующих частых инстилляций и формирующих более стабильную слезную пленку, которая сохраняется в течение достаточно длительного времени, защищая поверхность роговицы. Особый интерес представляют препараты искусственной слезы, основой которых являются гиалуроновая кислота, в их состав не входят консерванты, которые, в свою очередь, мо-

гут вызывать изменение слезопродукции. К этой группе препаратов относится слезозаместитель Хилабак (Франция, Thea) [2].

Целью настоящей работы была оценка эффективности и переносимости слезозаместителя Хилабак (0,15% гиалуроновая кислота) в составе комплексной терапии заболеваний слезной пленки с нарушениями базальной секреции слезы вследствие конъюнктивитов и блефароконъюнктивитов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 32 пациента (64 глаза), в возрасте от 38 до 72 лет (в среднем 55 лет), из них 24 женщины, 8 мужчин с блефароконъюнктивальной формой ССГ. В зависимости от этиологии данной формы ССГ выделены три группы обследуемых: первая группа — 5 пациентов (10 глаз) с острым аллергическим конъюнктивитом; вторая группа — 17 пациентов (34 глаза) с хроническим блефароконъюнктивитом неясной этиологии; третья группа — 10 пациентов с острым бактериальным конъюнктивитом (табл. 1).

Во всех трех группах применялась стандартная схема офтальмологического обследования, включающая определение остроты зрения с оптимальной оптической коррекцией и тесты на слезопродукцию:

1) высота стояния слезного мениска (по Луцевич Е.Э., 1997): нормальные показатели — 250-400 мкм; умеренно сниженные (2/3 нормы) — 150-200 мкм; значительно сниженные (1/2-1/3 нормы) — 100-150 мкм; критически низкие — 0-50 мкм;

2) проба Норна: норма — более 10 сек.; незначительное снижение показателей — 5-10 сек.; резкое снижение показателей менее 5 сек.;

3) тест Ширмера: нормальные показатели — смачиваемость тест полоски более 15мм за 5 мин; незначительно сниженные — от 10 до 15мм за 5 мин.; умеренно сниженные — от 5 до 10мм за 5 мин.; выраженное снижение показателей — менее 5мм за 5 мин.

Глазные капли Хилабак (0,15% гиалуроновая кислота) назначались всем пациентам, вошедшим в исследование, в виде инстилляций от 2 до 4 раз в сутки, в зависимости от тяжести течения патологического процесса. Длительность лечения составляла от одной недели до одного месяца, в зависимости от динамики заболевания. При наличии показаний после окончания исследования пациентам было рекомендовано продолжить применение глазных капель Хилабак по индивидуальной схеме. В случаях выявления бактериальной инфекции назначались антибактериальные препараты. Пациентам с признаками аллергических проявлений назначали десенсибилизирующую терапию. Во второй группе пациентов, с хроническими блефароконъюнктивитами неясной этиологии, лечение проводилось на фоне терапевтической гигиены век.

Во всех проведенных исследованиях основным показателем клинической эффективности являлась скорость исчезновения симптомов сухости глаз как объективных — данные биомикроскопии, так и субъективных — исчезновение характерных для заболеваний слезной пленки жалоб (сухость, жжение, чувство инородного тела в глазу и др.). При проведении биомикроскопии детально оценивалось состояние конъюнктивы (наличие и степень выраженности гиперемии, отека) и роговицы (эпителиопатия, шероховатость эпителия, эрозия). Также оценивалось состояние век — характер отека, степень закупорки мейбомиевых желез, состояние кожного покрова (наличие или отсутствие гиперемии, чешуек, корочек). В комплексной оценке эффективности лечения использованы следующие критерии: индивидуальная переносимость препарата и скорость исчезновения жалоб, связанных с сухостью глаза.

Биомикроскопическое исследование проводилось во время каждого визита. Оценивалось состояние век и слизистой оболочки глаза: наличие отека, гиперемии, корочек и чешуек на поверхности век, степень закупорки мейбомиевых желез, выраженность и характер инъекции конъюнктивы, состояние эпителиально-роговицы. Пациенты обследовались в строго установленные сроки по ходу выполнения протокола исследования до начала лечения, после первичной

■ отлично ■ хорошо ■ удовлетворительно

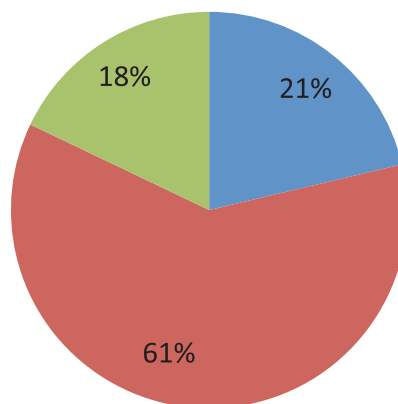


Рисунок 1. Оценка пациентами переносимости препарата Хилабак.

инстилляций глазных капель Хилабак, через 1 неделю и через 2 недели от начала лечения. Дальнейшие осмотры проводились в зависимости от течения патологического процесса.

Состояние глазной поверхности фиксировалось во время каждого визита. Признаки раздражения век и конъюнктивы выявлялись с помощью обычного зрительного исследования и биомикроскопии. Кроме того, определялась форма и частота встречаемости побочных эффектов исследуемого препарата. При опросе па-

ХИЛАБАК

гиалуроновая кислота 0,15%

Высокоэффективный препарат гиалуроновой кислоты без консерванта для лечения пациентов с синдромом «сухого глаза» различной этиологии

- ☺ Высокая эффективность в лечении синдрома «сухого глаза»^{1, 2, 3, 4}
- ☺ Быстрое устранение субъективного дискомфорта у пациентов^{1, 2}
- ☺ Возможность применения у пациентов, носящих контактные линзы
- ☺ Отсутствие токсического воздействия на эпителий роговицы⁵

1. Нагорский П.Г., Белина В.В., Нестерова Л.Ю. Влияние слезозаместительной терапии на выраженность синдрома «сухого глаза» при ношении контактных линз у детей и подростков / Новосибирский филиал МНТК // РОЖ, № 2, 2011.
 2. Григорьева Н.Н., Степанова Е.Н., Шадринцев Ф.Е. Применение препарата «ХИЛАБАК» в лечении синдрома «сухого глаза» у больных сахарным диабетом / Санкт-Петербургский территориальный диабетологический центр.
 3. Гаврилова Т.В., Половинкина О.Н. ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия», Пермь // «Офтальмология», т. 8, № 1, 2011, с. 58–60.
 4. Панова И.Е., Гюнтер Е.И., Павленко О.А., Павленко А.П. Клинико-функциональные изменения глазной поверхности при вторичном синдроме «сухого глаза» и их коррекция / ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрава», кафедра офтальмологии // «Катарактальная и рефракционная хирургия», № 1, 2011.
 5. Marisa Meloni, Aude Pauly, Barbara De Servi, Beatrice Le Varlet, Christophe Baudouin, Occludin gene expression as an early in vitro sign for mild eye irritation assessment, Toxicology in Vitro, vol. 24, Issue 1, pp 276–285, 2010.



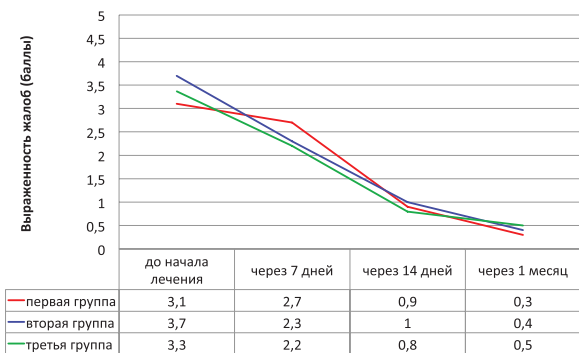


Рисунок 2. Средние показатели выраженности жалоб пациентов на чувство сухости, жжения, инородного тела в глазах в баллах в процессе проведения комплексной терапии, включающей препарат Хилабак.

циентов проводилась субъективная оценка качества и эффективности лечения. Субъективными критериями служили следующие оценки: «плохо», «удовлетворительно», «хорошо» и «отлично». Выраженность симптомов оценивалась по баллам: отсутствие жалоб рассценивалось как 0 баллов, слабое проявление — 1 балл, умеренное — 2 балла, выраженное — 3 балла, сильное и очень сильное — 4 балла.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным проведенных исследований, на фоне курса комплексной терапии синдрома сухого глаза различной этиологии, включающей препарат Хилабак, отмечено уменьшение симптоматики воспаления век и конъюнктивы во всех группах пациентов. В исследовании, где эффективность лечения оценивалась в баллах по выраженности основных жалоб, вызванных недостаточным количеством слезопродукции, была выявлена следующая клиническая картина. Исходный средний уровень выраженности жалоб в первой группе составил $3,1 \pm 0,32$ балла. Через 7 дней этот показатель составил $2,7 \pm 0,23$, через 14 дней снизился до $0,9 \pm 0,12$, а через месяц составил $0,3 \pm 0,15$ балла. Во второй группе: исходный уровень $3,7 \pm 0,14$ балла; через 7 дней — $2,3 \pm 0,16$; через 14 дней — $1,0 \pm 0,15$ и через месяц — $0,4 \pm 0,18$ и в третьей группе: $3,3 \pm 0,11$; $2,2 \pm 0,21$; $0,8 \pm 0,15$ и $0,5 \pm 0,12$ группе в те же сроки наблюдения (рис. 1). Общее улучшение клинического состояния век и конъюнктивы, по данным проведенных исследований, наступало на 3-5-й день.

Анализ полученных результатов показал, что на фоне комплексной терапии, включающей слезозаместительный препарат Хилабак, отмечалось повышение стабильности слезной пленки (повышение значений пробы Норна с $7,3 \pm 0,5$ до $10,1 \pm 0,6$ сек) и нормализация показателей теста Ширмера (с $8,8 \pm 0,4$ до $15,2 \pm 0,5$ мм) (табл. 2). Высота слезного мениска у 32 пациентов была ниже 0,2 мм.

Следует отметить, что сразу же после инстилляций препарата Хилабак пациенты отмечали симпто-

матическое облегчение. В ходе проведенного исследования препарат Хилабак был отменен у 2-х пациентов из-за возникновения ощущения дискомфорта. 4 пациента отметили временное затуманивание зрения сразу после инстилляций препарата, которое проходило через 1-2 минуты. По окончании курса лечения проводили опрос пациентов о переносимости препарата Хилабак пациентами всех групп. Оценка «отлично» и «хорошо» по данным наших исследований определена в 82,1% случаев (рис. 2).

ОБСУЖДЕНИЕ

Основой лечения всех видов нарушения слезопродукции является назначение слезозаместительных препаратов. Как было сказано выше, в настоящее время существует множество различных видов слезозаместителей. Они подразделяются на разные группы по длительности действия (продолжительные и непродолжительные); по механизму действия (восстанавливающие муциновый слой слезной пленки, восстанавливающие липидный компонент слезной пленки и др.); по составу (на основе карбомера, поливинилпирролидона, гиалуроновой кислоты и др.); по наличию и виду консервантов.

Большой интерес представляют препараты искусственной слезы на основе гиалуроновой кислоты, не содержащие консервантов. К этой группе препаратов относится слезозаместитель Хилабак (Thea, Франция). Гиалуроновая кислота, входящая в состав Хилабака, формирует гладкую и сферичную поверхность роговицы, сглаживая неровности эпителия при их наличии, и тем самым защищает глазную поверхность от воздействия вредных факторов окружающей среды. Высокая вязкость гиалуроновой кислоты позволяет сократить частоту инстилляций, сохранив надолго качественную слезную пленку. Кроме того, за счет молекул гиалуроновой кислоты Хилабак эффективно удерживает молекулы воды, которые обеспечивают длительное интенсивное увлажнение глазной поверхности.

Еще одной важной особенностью препарата Хилабак является отсутствие в его составе консервантов, что делает препарат менее токсичным и более эффективным в лечении сухости глаз. Такое качество достигается за счет фильтрующей мембраны с диаметром пор 0,2 микрона системы АБАК, разработанной французской фирмой Thea.

Результатом лечения 32 пациентов с диагнозом блефароконъюнктивальная форма синдрома сухого глаза, которая развивалась на фоне блефаритов и блефароконъюнктивитов различной этиологии, явилось устранение жалоб, нормализация показателей слезопродукции (тест Ширмера, проба Норна, высота слезного мениска), что подтверждает высокую эффективность комплексного лечения, включающего слезозаместительный препарат Хилабак. Данные опроса свиде-

тельствуют о хорошей переносимости препарата Хилабак подавляющим числом пациентов.

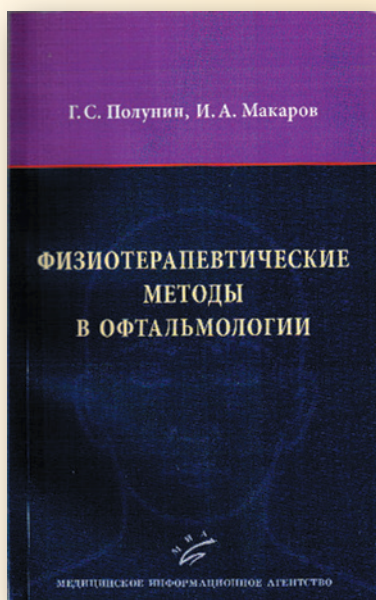
ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование на примере применения глазных капель Хилабак (Thea, Франция) показало, что правильно подобранная слезозаместительная терапия при нарушении базальной секреции слезы, в част-

ности при лечении блефароконъюнктивальной формы синдрома сухого глаза, приводит к компенсации заболевания и улучшает качество жизни пациентов. Учитывая тот факт, что комплексная терапия с включением препарата Хилабак имеет высокую эффективность и хорошую переносимость, слезозаместитель Хилабак может быть рекомендован к широкому применению в офтальмологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бржеский В.В., Сомов Е.Е. Роговично-конъюнктивальный ксероз (диагностика, клиника, лечение). «Левша», СПб., 2003. – 119 с.
2. Нагорский П.Б., Белкина В.В., Нестерова Л.Ю. Влияние слезозаместительной терапии (препарат Хилабак 0.15%) на выраженность синдрома «сухого глаза» при ношении контактных линз у детей и подростков // Российский офтальмологический журнал. – 2011. – № 2. – С. 4-6.
3. Полуниин Г.С., Сафонова Т.Н., Полунина Е.Г. Особенности клинического течения различных форм синдрома сухого глаза – основа для разработки адекватных методов лечения // Вестн. офтальмол. – 2006. – № 5 – С. 17-20.
4. Полуниин Г.С., Забегайло А.О., Макаров И.А. и др. Эффективность терапевтической гигиены век при лечении пациентов с блефароконъюнктивальной формой синдрома сухого глаза // Вестн. офтальмол. – 2011. – Т. 128, № 1. – С. 37-41.
5. Полунина Е.Г., Полуниин Г.С., Сафонова Т.Н. Новая клиническая классификация синдрома сухого глаза // Рефракц. хирургия и офтальмология. – 2003. – Т. 3, № 3. – С. 53-56.
6. The definition and classification of dry eye disease: Report of the Definition and Classification Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007) // Ocul Surf. 2007. – Vol. 5. – P. 75-92.
7. McDonald M. New treatment solution for blepharitis // Eurotimes. – 2011. – Vol. 16. – P. 23.
8. Murube J., Benitez Del., Castillo J.M., et al. The Madrid triple classification of dry eye // Archivos de la sociedad española de oftalmologica. – 2003. – Vol. 76. – P. 595-602.



УДК 615.8:617.7

ББК 53.54:56.7

П53

Полуниин Г.С., Макаров И.А.

Физиотерапевтические методы в офтальмологии. – М.: 000 «Медицинское информационное агентство», 2012. – 208 с.: ил.

ISBN 978-5-8948-] 692-0

В книге представлены сведения о современных физиотерапевтических методах лечения в офтальмологии, механизмах лечебного действия основных физических факторов, данные о современной физиотерапевтической аппаратуре, общих и местных показаниях и противопоказаниях. Приведены рекомендации по применению физических методов лечения при определенных нозологических формах глазных заболеваний. Освещены вопросы организации работы физиотерапевтического отделения (кабинета) и техники безопасности.

Для практикующих врачей, специализирующихся по офтальмологии и физиотерапии.

© Полуниин Г.С., Макаров И.А., 2012

© Оформление. 000 «Медицинское информационное агентство», 2012