

Исследование эффективности применения препарата Оптоллик в лечении болезни сухого глаза

Ю.Ф. Майчук, Е.В. Яни

ФГУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Росмедтехнологий»

Study of effect of Ophtolique in the treatment of dry eye syndrome

Yu.F. Maichuk, E.V. Yani

FGU «MNII GB named after Gelmgoltsa Rosmedbiotechnology», Moscow

Purpose: to evaluate effect and tolerability of Ophtolique for treatment of dry eye syndrome.

Materials and methods: 90 patients with secondary dry eye syndrome («office syndrome») participated in the study. They were divided into 3 groups: 1 one received Ophtolique, second one – Defislez, third one – Oftagel. Shirmer, Norn tests, biomicroscopy before and after fluorescein and Bengal rose staining, detection of height of tear meniscus were carried out.

Results: Positive effect of treatment (decrease or dissolution of symptoms) was registered in average in 10 days in 46% of patients, in 20 days – in 72%, in 30 days – in 95%.

Conclusion: Thus, Ophtolique usage in secondary dry eye syndrome is more effective and the effect is more stable then after Defislez or Oftagel instillations.

В настоящее время особое внимание специалистов обращено к проблеме высокой распространенности болезни сухого глаза (БСГ), которая вызывается нарушением качества и (или) недостаточной стабильностью слезной пленки. Число пациентов с нарушением слезопродукции увеличивается год от года. Интерес к данной проблеме наблюдается и в России.

Рассматривая этиологию, нужно особо отметить негативное влияние факторов внешней среды – появление так называемого «глазного офисного синдрома», длительное ношение контактных линз, воздействие кондиционеров, городской смог и т.д. [3]. Поэтому в последнее время более пристальное внимание уделяется понятию вторичного,

транзиторного сухого глаза [2]. Повышенная испаряемость слезной пленки, сокращение числа мигательных движений, зрительная нагрузка в процессе работы за компьютером, а также нарушение стабильности слезной пленки и питания роговицы при ношении контактных линз приводят к развитию хронической гипоксии тканей и к изменению состава и качества прекоorneальной слезной пленки (ПСП) [1,7].

По данным различных авторов, частота этой патологии составляет от 5 до 25% от числа всех первичных обращений к офтальмологу [8]. В Германии частота развития вторичного сухого глаза составляет 30%. По данным Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, БСГ выявляется после аденовирусных конъюнктивитов в 80%, хламидийных конъюнктивитов – в 52%, герпетических кератоконъюнктивитов – в 78%, при бактериальных конъюнктивитах – в 87% случаев [5]. В США 72% пользователей контактных линз отказались от них в первый год ношения в связи с возникновением симптомов БСГ. В Великобритании 53% пациентов в качестве главной причины дискомфорта при ношении контактных линз назвали ощущение сухости в глазу [10,11].

Клинические проявления сухого глаза влияют на качество жизни пациентов, снижают работоспособность. Прогрессирование симптомов заболевания, а также недостаточная эффективность лечения угнетают пациентов, негативно влияют на жизненную мотивацию [4,9].

В последнее время в аптечной сети зарегистрировано около 20 различных препаратов искусственной слезы и средств по уходу за линзами. Однако разнообразие препаратов не дает повода для оптимистичного взгляда на лечение БСГ. До сих пор выбор алгоритма терапии БСГ зависит от симпатий доктора в отношении того или иного препара-

та или от степени информированности о нем, а не от особенностей клинической формы заболевания или фармакокинетики препарата. Отсутствие определенно направленной системы выбора препарата искусственной слезы приводит к хаотичному, спонтанному назначению лечения и в итоге дает плохой результат. В данной работе представлены результаты сравнительной оценки эффективности терапевтического действия и переносимости препаратов искусственной слезы – Офтолик, Дефислез и Офтагель.

Офтолик – глазные капли, в состав которых входят поливиниловый спирт и повидон (флаконы по 5 и 10 мл). Препарат выпускается фирмой Promed Exports Pvt. Ltd. (Индия). По своему фармакотерапевтическому действию является кератопротектором. Поливиниловый спирт прочно связывается со слезной пленкой, создавая ее утолщение и обладает способностью удерживать влагу. Повидон обладает необходимой вязкостью, что способствует долговременной фиксации слезной пленки. Кроме того, не происходит вымывание нативной слезы, что сохраняет питание и защиту роговицы.

Дефислез (активное вещество препарата – гипромеллоза), взаимодействуя с естественной слезой, оказывает кератопротективное действие, восполняет дефицит слезной жидкости и улучшает увлажнение роговицы, стабилизирует и воспроизводит оптические характеристики слезной пленки. Производитель – ОАО «Синтез» (Россия).

Офтагель – глазной гель, активным компонентом которого является Карбомер 974Р; вспомогательные вещества – бензалконий хлорид, сорбитол, лизина моногидрат, натрия ацетат, поливиниловый спирт. Выпускается во флаконах по 10 мл. Производитель – фирма Santen OY (Финляндия).

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности действия и толерантности препарата Офтолик (глазные капли) для лечения болезни сухого глаза (офисный синдром).

Материал и методы. В исследовании принимали участие 90 пациентов в возрасте от 25 до 37 лет с вторичным синдромом сухого глаза (офисный синдром).

Пациенты были разделены на 3 равноценные группы:

- Группа I – пациенты, получавшие препарат Офтолик, глазные капли;
- Группа II – пациенты, получавшие препарат Дефислез, глазные капли;
- Группа III – пациенты, получавшие препарат Офтагель, глазной гель.

Все группы подбирались равномерно, с одинаковыми средними показателями степени поражения. Критериями включения пациентов являлись оценка жалоб больных, состояние век и конъюнктивы, роговицы, показатели функциональных проб и тестов с красителями – флюоресцеином и бенгальским розовым.

Клиническое обследование включало учет и анализ жалоб пациентов, проведение пробы Ширмера, пробы Норна, биомикроскопию для оценки клинической картины болезни сухого глаза до и после окраски флюоресцеином и бенгальским розовым, определение высоты слезного мениска.

Данные биомикроскопии оценивали по следующим показателям:

- веки: гиперемия, отек (максимальный балл – 3).
- конъюнктива: гиперемия, отек, инфильтрация, фолликулы, отделяемое (максимальный балл – 3).
- роговица: состояние оценивали по площади точечной кератопатии при окрашивании флюоресцеином (максимальный балл – 9); при окрашивании бенгальским розовым (максимальный балл – 20).

Проба Ширмера оценивалась в мм, проба Норна в с, высота слезного мениска в мм.

Больные получали один из трех препаратов (Офтолик, Дефислез и Офтагель) ежедневно по 1–2 капли в оба глаза 3–4 раза в день в течение 30 дней. При этом оценка состояния пациента проводилась до начала лечения (визит 1) и каждые 10 дней (визиты 2, 3, 4). Результаты наблюдений заносились в истории болезни и параллельно – в индивидуальную карту больного.

Результаты. Положительный эффект лечения (уменьшение или исчезновение субъективных жалоб) в среднем по трем группам зарегистрирован на 10-й день у 46% больных, на 20-й день – у 72%, в последний, 30-й день – у 95% больных.

При обращении у всех пациентов наблюдались отек и гиперемия век от легкой до выраженной степени. Средний балл при обращении в группе I составлял $0,75 \pm 0,15$ балла, в группе II – $0,9 \pm 0,25$ балла и в группе III – $0,87 \pm 0,75$ балла ($p \leq 0,05$). За время лечения отмечалось нормализация состояния век, уменьшение гиперемии и отека (рис. 1).

При обращении у всех пациентов зарегистрированы клинические признаки изменения со стороны конъюнктивы. Особое внимание уделялось гиперемии и отеку бульбарной конъюнктивы, формированию параллельных складок конъюнктивы.

Изменения со стороны конъюнктивы при обращении оценены по специальной шкале. Динамика нормализации конъюнктивы приведена на рисунке 2.

Показатели слезопродукции оценивали по результатам пробы Ширмера. В день обращения данный показатель в группе I составлял в среднем $3,3 \pm 0,5$ мм, в группе II – $3,0 \pm 0,3$ и в группе III – $3,9 \pm 0,3$ мм ($p \leq 0,05$). За время лечения величина слезопродукции в группе I повысилась в среднем до $9,6 \pm 0,6$ мм, в группе II – до $7,8 \pm 0,15$ мм и в группе III – до $6,2 \pm 0,75$ мм ($p \leq 0,05$) (рис. 3).

Состояние роговицы рассматривалась по нескольким критериям. При биомикроскопии с кобальтовым фильтром оценивалась стабильность прекорнеальной слезной пленки (ПСП) (проба Норна), изменения со стороны эпи-

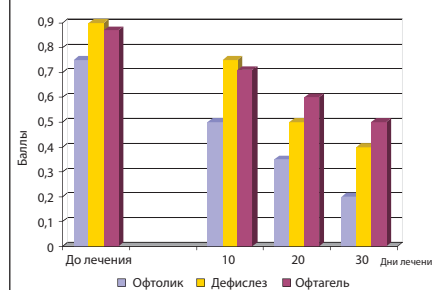


Рис. 1. Улучшение состояния век

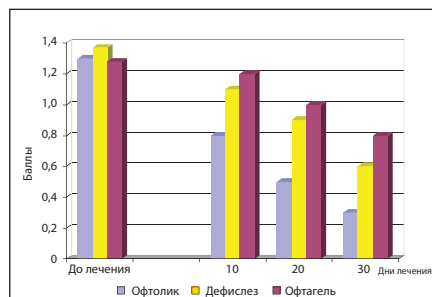


Рис. 2. Улучшение состояния конъюнктивы

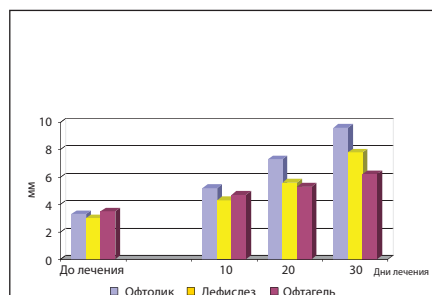


Рис. 3. Повышение показателей пробы Ширмера

тения и окрашивание ксерозированных клеток флуоресцеином и бенгальским розовым.

Нарушение стабильности ПСП зарегистрировано у всех пациентов. Средний показатель пробы Норна в день обращения составил в группе I – $2,2 \pm 0,25$ с, в группе II – $2,7 \pm 0,25$ и в группе III – $3,0 \pm 0,75$ с ($p \leq 0,05$). За время лечения отмечено значительное повышение стабильности ПСП у всех пациентов. После проведения курса лечения стабильность ПСП повысилась в среднем в группе I до $6,75 \pm 0,15$ с, в группе II до $5,2 \pm 0,25$ с и в группе III до $5,0 \pm 0,75$ с ($p \leq 0,05$) (рис. 4).

Степень выявления эрозирования роговицы оценивалась при окрашивании флуоресцеином суммарным баллом по расположению на поверхно-

сти роговицы. Динамика эпителизации роговицы представлена на рисунке 5. К моменту окончания лечения средний балл группы I составил $0,5 \pm 0,2$ балла, а в группе II – $1,0 \pm 1,2$ балла и в группе III – $0,75 \pm 0,5$ ($p \leq 0,05$). Динамика улучшения состояния по тесту окрашивания витальным красителем бенгальским розовым приведена на рисунке 6.

Высота слезного мениска оценивалась в мм и при обращении составляла в среднем в группе I – $0,3 \pm 0,2$ мм; в группе II – $0,37 \pm 0,15$ мм и в группе III – $0,28 \pm 0,5$ мм. За время лечения высота слезного мениска повысилась в группах соответственно до $0,93 \pm 0,4$, $0,54 \pm 0,15$ и $0,63 \pm 0,5$ мм ($p \leq 0,05$) (рис. 7).

Оценка переносимости препаратов и комфортности их использования показала следующие результаты. В целом

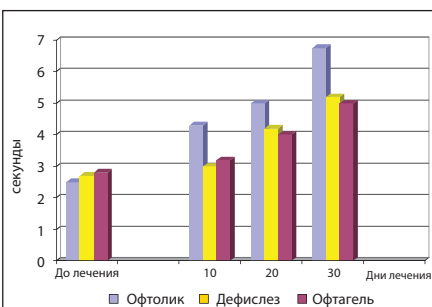


Рис. 4. Повышение стабильности слезной пленки

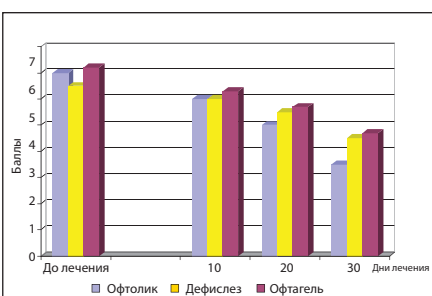


Рис. 5. Уменьшение показателей микроэрозий роговицы (окраска флуоресцеином)

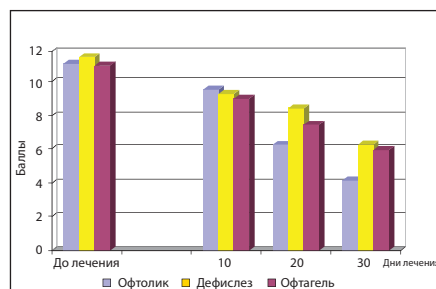


Рис. 6. Уменьшение показателей ксеротических изменений роговицы и конъюнктивы (окраска бенгальским розовым)

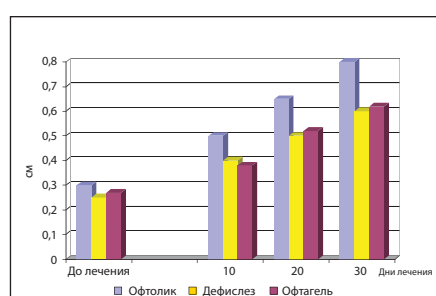


Рис. 7. Рост высоты слезного мениска

все три препарата переносились пациентами достаточно хорошо. Применение Офтолика ни в одном случае не вызвало неприятных ощущений и субъективного дискомфорта, в то время как на препарат Дефислез было зарегистрировано 2 негативные реакции по переносимости, а на Офтагель – 4 негативные реакции.

По результатам исследования 90 больных с вторичным синдромом сухого глаза (офисный синдром), разделенных на 3 группы с одинаковыми средними показателями степени поражения, можно сделать следующие **выводы:**

Применение глазных капель Офтолик (группа I) показало более высокую терапевтическую эффективность лечения болезни сухого глаза, чем использование препаратов Дефислез (группа II) и значительно более выраженную, чем Офтагель (группа III). Зарегистрированы более ранние сроки нормализации состояния конъюнктивы и уменьшения гиперемии и отека бульбарной конъюнктивы. Наблюдалась более быстрая и полная эпителизация рого-

вицы и формирование более стабильного эпителиального покрова. Отмечена более выраженная, чем в группе II и значительно более выраженная, чем в группе III, динамика стабильности прекарнеальной слезной пленки и увеличение показателей специализированных проб, тестов, а также показателя высоты слезного мениска.

Таким образом, проведенные исследования показали, что применение глазных капель Офтолик при болезни сухого глаза (офисный синдром) дает более выраженный и стабильный терапевтический эффект, лучше переносится пациентами, чем препараты сравнения – Дефислез и Офтагель. Препарат Офтолик может быть рекомендован к применению в офтальмологической практике, как препарат выбора при лечении болезни сухого глаза и, в частности, глазного офисного синдрома.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>