

Что необходимо знать о синдроме «сухого глаза» и современных способах решения данной проблемы

Термин «сухой глаз» в отечественной литературе появился относительно недавно. Ранее синдром «сухого глаза» (ССГ) отождествляли исключительно с болезнью Шегрена, которая представляет собой тяжелое системное заболевание из группы коллагенозов и сопровождается понижением или полным отсутствием секреции желез, в особенности слезных и слюнных. В настоящее время принято считать, что термин «сухой глаз» объединяет ряд нарушений состояния слезной пленки (биохимического состава слезы, состояния местного иммунитета и структуры слезной пленки) и является весьма распространенным.



А.М. Петруня

Основные жалобы, которые предъявляет пациент при ССГ, сводятся к покраснению глаза, режам, жжению, сухости, чувству инородного тела. Обычно у таких больных проявляется повышенная чувствительность глаз к солнечному свету, сигаретному дыму, кондиционированному и холодному воздуху, электромагнитному излучению.

В основе развития ССГ лежит длительное нарушение стабильности слезной пленки, в норме покрывающей переднюю поверхность глазного яблока. Толщина этой пленки не превышает 10 мкм. Снаружи слезная пленка покрыта тончайшим слоем липидов, предохраняющим ее от высыхания, изнутри — представлена слоем муцинов, удерживающих ее на первично гидрофобной поверхности эпителия роговицы.

Причины нарушения качества слезной пленки весьма разнообразны. Чаще всего они связаны со снижением секреции слезы, муцинов или липидов.

Уменьшение толщины соответствующего слоя слезной пленки неминуемо вызывает нарушение ее стабильности. К такому же результату приводят также патологические изменения эпителия роговицы (на измененной поверхности роговицы полноценная слезная пленка не формируется) и недостаточность смыкания век (способствует ускоренному испарению слезной пленки). Следствием нарушения стабильности слезной пленки являются изменения роговицы и конъюнктивы различной степени выраженности, что и формирует ССГ.

Среди причин сухости роговицы и конъюнктивы выделяют экзогенные, эндогенные и индуцированные. Основными из них являются:

- дисфункция желез Бехера климактерического генеза;
- нарушение эпителиальной мембраны после перенесенных кератитов или на фоне дистрофии роговицы;
- «глазной офисный» синдром (вследствие длительного пребывания в помещении с кондиционером), «глазной мониторный» синдром (вследствие длительной работы за компьютером);
- транзитный ССГ, вызванный инстилляциями антиглаукомных капель, ношением мягких контактных линз, длительными инстилляциями кортикостероидов;
- синдром Шегрена;
- лагофтальм различной этиологии;

- ожоговая болезнь глаза;
- хронический мейбомит, блефарит;
- аутоиммунная и тиреотоксическая офтальмопатия;
- нарушение иннервации слезной железы или ее отсутствие;
- пемфигус конъюнктивы;
- синдром Стивена-Джонсона.
- ССГ в послеоперационном периоде (после экстракции катаракты, лазерной коррекции зрения, кератопластики и др.).

В последние годы все большую значимость приобретают «глазной офисный» и «глазной мониторный» синдромы, возникающие у людей разного возраста в результате систематического воздействия на их глаза кондиционированного воздуха, электромагнитного излучения от офисной техники и других причин. Наряду с непосредственным влиянием на слезную пленку, приводящим к повышению ее испаряемости (кондиционированный воздух), у таких людей нарушается и секреция слизи бокаловидными клетками конъюнктивы (результат воздействия электромагнитного излучения).

Одной из частых причин нарушения стабильности слезной пленки, приобретающих в последние годы все большую актуальность, является лазерная коррекция зрения — оперативное вмешательство, проводимое по поводу аномалий рефракции.

Диагностика ССГ предусматривает оценку клинических проявлений и проведение функциональных проб (в частности, пробы Ширмера). Проведение проб не является сложной манипуляцией и может широко использоваться в офтальмологической практике.

По степени выраженности клинических проявлений выделяют легкую, среднетяжелую, тяжелую и особо тяжелую степень ССГ.

Для больных легкой и среднетяжелой формой ССГ характерна негативная реакция на закапывание в конъюнктивальную полость индифферентных капель (антисептиков, антибиотиков, кортикостероидов и др.) в виде боли, жжения или рези в глазу. Характерен также симптом плохой переносимости ветра, кондиционированного воздуха (особенно при использовании теплоventиляторов) и дыма. Зачастую даже кратковременное пребывание больного в помещении с высокой концентрацией табачного дыма в воздухе приводит

к быстрому развитию зрительного дискомфорта, который может сохраняться в течение нескольких часов после смены обстановки. Очень часто пожилые лица предъявляют жалобы на слезотечение в ветреную и морозную погоду, что также является симптомами ССГ.

Тяжелая степень ССГ встречается чаще всего в трех клинических формах: «нитчатого» кератита, «сухого» кератоконъюнктивита и рецидивирующей микроэрозии роговицы.

Особо тяжелая степень ССГ развивается обычно у больных с полным или частичным несмыканием глазной щели (лагофтальмом) или выраженным дефицитом в организме витамина А.

Лечение ССГ представляет достаточно трудную задачу.

Несмотря на наличие на фармацевтическом рынке большого количества препаратов искусственной слезы, не все они обеспечивают желаемый результат и отвечают требованиям пациентов. Иногда бывает трудно объяснить молодым пациентам, что слезотечение при длительной работе за компьютером — это симптом ССГ. Повышенная продукция слезы в данной ситуации является компенсаторной реакцией на изменение качественного ее состава. Поэтому к вопросу терапии следует подходить индивидуально.

Все препараты для лечения ССГ можно разделить на две большие группы: жидкие, или капельные, формы для восполнения жидкой части слезы и гелевые, которые длительное время сохраняют влагу на поверхности глаза и восстанавливают муциновый слой.

В Украине зарегистрирован препарат Артелак (компания Bausch+Lomb) на основе гидроксипропилметилцеллюлозы. Данное средство можно рекомендовать как для профилактики, так и для лечения в виде монотерапии при легкой степени ССГ. Режим применения Артелака — от 2 до 5 раз в день. Существует мнение, что если пациенту приходится закапывать препарат искусственной слезы более 5 раз в день, для него удобнее перейти на гелевые формы, которые позволяют сохранить длительное увлажнение роговицы при снижении частоты закапывания (эта ситуация может возникнуть, например, при лечении ССГ средней степени). В таких случаях рекомендуется Видисик (Bausch+Lomb). Препарат обладает уникальными тиксотропными свойствами

и за счет полимера, входящего в его состав, длительно сохраняет влагу на передней поверхности глаза. Режим применения Видисика — 2 раза в день (утром и вечером) или чаще (по мере необходимости). При ССГ тяжелой степени передний отрезок глаза должен быть постоянно увлажнен, поэтому возникает необходимость в комбинированной терапии — применении жидких и гелевых форм. Так, Артелак можно применять в виде базисной терапии в течение дня, а Видисик — 2 раза в день (утром и вечером) в качестве дополнительного лечения. Такая комбинация обеспечивает эффективное и длительное увлажнение передней поверхности глаза.

Для достижения комфорта и повышения качества жизни пожилым пациентам рекомендовано применять слезозаменители постоянно, от 2 до 3 раз в день в удобном режиме. В этом случае выбор препарата зависит от предпочтения пациента. Если больному легче закапывать капли, рекомендуется Артелак; если более удобны гелевые препараты — Видисик.

При ССГ тяжелой и очень тяжелой степени (при повреждении роговицы), кроме слезозаместительной терапии, необходимо применять стимуляторы эпителизации роговицы. Хорошо себя зарекомендовал препарат Корнерегель (Bausch+Lomb) — универсальный протектор роговицы.

Высокой эффективностью обладает комбинация Корнерегеля и Видисика 2-5 раз в день одновременно в течение 2 мес, после чего можно продолжить лечение Видисиком в монотерапии 2 раза в день (утром и на ночь).

Отдельно хотелось бы обратить внимание на большую группу пациентов, пользующихся контактными линзами. Для профилактики высыхания роговицы и конъюнктивы им рекомендуется Видисик по 1 капле за 15 мин до установки линз и вечером после их снятия.

Таким образом, ССГ в настоящее время является достаточно распространенным состоянием, на развитие которого влияет множество факторов. Диагностика ССГ предусматривает оценку данных анамнеза, клинических проявлений и проведение простых проб. Для профилактики и лечения ССГ применяются препараты искусственной слезы, безопасные и не вызывающие привыкания.