

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2021-2-45-48>

Эффективность комплексного лечения синдрома «сухого глаза» на фоне хронического периферического увеита

Е.Б. Татарникова, О.И. Кривошеина
ФГБОУ ВО «СибГМУ» МЗ РФ, Томск

РЕФЕРАТ

Цель. Оценить эффективность комплексного метода лечения синдрома «сухого глаза» на фоне хронического периферического увеита.

Материал и методы. Исследование выполнено среди 98 пациентов (196 глаз), составивших 2 группы наблюдения: основную (78 человек) и сравнения (20 человек). В основной группе проводилось лечение новым методом, группе сравнения назначалась местная противовоспалительная и слезозаместительная терапия.

Результаты. На фоне применения комбинированного метода лечения отмечено значительное снижение индекса OSDI и встречае-

мости изменений глазной поверхности (до 100%), характерных для синдрома «сухого глаза». Показатели суммарной слезопродукции стали выше в 2 раза от исходного уровня после проведенной терапии.

Заключение. Применение нового комплексного метода лечения существенно уменьшает субъективные и объективные проявления синдрома «сухого глаза», способствует увеличению суммарной слезопродукции на фоне купирования воспаления на крайней периферии глазного дна по сравнению с традиционной фармакотерапией.

Ключевые слова: синдром «сухого глаза», хронический периферический увеит, комбинированный метод лечения, лазеркоагуляция крайней периферии сетчатки. ■

Точка зрения. Восток – Запад. 2021;2:45–48.

ABSTRACT

Effectiveness of complex treatment of «dry eye» syndrome on the background of chronic peripheral uveitis

E.B. Tatarnikova, O.I. Krivosheina
Siberian State Medical University, Tomsk

Purpose. To evaluate the effectiveness of a comprehensive method of treating dry eye syndrome against the background of chronic peripheral uveitis.

Material and methods. The study was performed among 98 patients (196 eyes), who made up 2 observation groups: the main group (78 people) and comparison group (20 people). The main group was treated with a new method, the comparison group was prescribed local anti-inflammatory and tear replacement therapy.

Results. Application of the combined treatment showed a significant decrease in OSDI and occurrence of changes in ocular surface (up to 100%), characteristic for the syndrome of «dry eye». The indicators of

total tear production became higher up to 2 times from the initial level after the therapy.

Conclusion. The use of a new complex method of treatment significantly reduces the subjective and objective manifestations of the «dry eye» syndrome, contributes to an increase in total tear production against the background of relief of inflammation on the extreme periphery of the fundus compared to traditional pharmacotherapy.

Key words: dry eye syndrome, chronic peripheral uveitis, combined treatment method, laser coagulation of the extreme periphery of the retina. ■

Point of View. East – West. 2021;2:45–48.

В настоящее время среди офтальмологических синдромов, сопровождающихся патологическими изменениями глазной поверхности и нарушением гомеостаза слезной пленки, особое место занимает синдром «сухого глаза» (ССГ) [1]. Распространенность ССГ увеличивается с каждым годом, варьируя в разных странах от 12% до 75% [1, 2]. Несмотря на большое число сведений и фактов об этиологии

и патогенезе данного синдрома, в дальнейшем, вероятнее всего, объем дополнительных данных о ССГ будет неуклонно расти [3-5].

Ведущими патогенетическими факторами ССГ, согласно общепризнанному мнению [1, 2], являются: нестабильность и гиперосмолярность слезной пленки, воспаление и повреждение поверхности глаза, а также нейросенсорные аномалии. При лечении данной патологии

широко применяются слезозаместительные и противовоспалительные средства и др., а в тяжелых случаях и оперативные вмешательства [6, 7].

Наличие сопутствующей офтальмологической патологии, лечение которой порой игнорируется, несомненно, усугубляет течение ССГ [8]. Так, например, хронический периферический увеит (ХПУ), встречающийся у пациентов молодого и среднего возраста, сопровождается

ся сходными с ССГ признаками раздражения глазной поверхности [9]. Медленное развитие ХПУ со скудными клиническими проявлениями существенно затрудняют его своевременную диагностику и лечение [10].

Нами предложен комплексный метод лечения ССГ у пациентов с ХПУ, включающий местную слезозаместительную и противовоспалительную терапию в сочетании с лазеркоагуляцией сетчатки на крайней периферии глазного дна.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность комплексного метода лечения синдрома «сухого глаза» на фоне хронического периферического увеита.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Клиническое исследование выполнено у 98 пациентов (196 глаз) в возрасте от 18 до 60 лет, страдающих ХПУ и имеющих признаки ССГ легкой и средней степени тяжести. В зависимости от метода лечения все пациенты были разделены на 2 группы – основную и сравнения. В основную группу вошло 78 пациентов (156 глаз), из них 20 мужчин (25,6%) и 58 женщин (74,4%). Им проводилось комплексное лечение в виде местной противовоспалительной (инстилляций бромсинака 1 раз на ночь в течение 1 месяца) и слезозаместительной терапии в сочетании с лазеркоагуляцией периферических отделов сетчатки. Выбор препаратов из группы слезозаместителей и длительность их применения осуществлялись с учетом степени тяжести ССГ.

В группу сравнения вошло 20 пациентов (40 глаз) – 6 мужчин (30%) и 14 женщин (70%), которым проводилась только местная противовоспалительная и слезозаместительная терапия.

Пациентам обеих групп проводилось офтальмологическое обследование: оценка жалоб по опроснику OSDI («Индекс поражения глазной поверхности»), визометрия, бесконтактная тонометрия, биомикроскопия переднего отрезка глаз, бинокулярная офтальмоскопия со склеро-

компрессией, тест Ширмера I. Расчет индекса по опроснику OSDI производился для каждого пациента по следующей формуле: $OSDI = (\text{количество баллов за ответы}) \times 25 / \text{количество заданных вопросов}$. Полученный индекс отражает степень выраженности проявлений ССГ: 0–12 баллов – нет проявлений ССГ; 13–22 баллов – слабо выраженный ССГ; 23–32 баллов – ССГ умеренной степени; 33–100 баллов – ССГ тяжелой степени.

В ходе исследования осмотрами пациентов обеих групп проводились через 3 и 6 месяцев после проведенного лечения.

Цифровой материал обработан общепринятыми методами статистики, включая расчет параметров распределения (среднее значение, ошибка среднего, дисперсия). Для оценки достоверности различий при сравнении средних величин использовались непараметрические критерии: U-критерий Манна-Уитни (pU) и T-критерий Уилкоксона (pT).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Клиническая картина ССГ у всех пациентов на момент обращения имела сходные черты: выявлялись жалобы на ощущение «сухости» в глазах, зрительный дискомфорт, периодическое покраснение глаз и слезотечение. Значения индекса OSDI у пациентов обеих групп перед началом лечения соответствовали изменениям, характерным для ССГ легкой и умеренной степени тяжести. Средняя максимальная корригированная острота зрения (МКОЗ) составила 0,9, средний уровень внутриглазного давления (ВГД) – $16,8 \pm 0,3$ мм рт.ст.

При биомикроскопии глазной поверхности обнаруживались тусклость конъюнктивы век и переходных складок, нависание конъюнктивы над задним ребром нижнего века, «вялая» гиперемия конъюнктивы век и глазного яблока, наличие в конъюнктивальной полости скудного отделяемого слизистого характера. Среднее значение теста Ширмера I до начала лечения в основной группе составляло $9 \pm 1,2$ мм, в группе сравнения – $9 \pm 1,4$ мм. При бинокулярной офтальмоскопии со склеро-

рии глазного дна у пациентов обеих групп диагностировались признаки хронического воспаления различной степени тяжести.

В зависимости от клинической формы ХПУ пациенты основной группы и группы сравнения были разделены на 3 подгруппы: 1-я подгруппа «Ползучая периферическая дистрофия», 2-я – «Белая сетчатка с/или без давления», 3-я – «Пристеночные экссудаты» (табл. 1).

Применение комплексного лечения ССГ на фоне ХПУ, согласно клиническим наблюдениям, оказало положительный терапевтический эффект. В частности, анализ динамики индексов OSDI свидетельствовал о существенном уменьшении субъективных проявлений ССГ (табл. 2). Так, через 3 месяца после лечения в основной группе наблюдалось существенное снижение индексов OSDI на 11% и 17,6% у пациентов 1-й и 2-й подгрупп и до 9,3% – у пациентов 3-й подгруппы. Через 6 месяцев снижение данного показателя составило уже 30,3%, 34,8% и 27,8% соответственно. У пациентов группы сравнения отмечалось менее значительное, в отличие от основной группы, снижение индекса OSDI – до 7,3% через 3 месяца после курса консервативного лечения во всех подгруппах и 15,9% – через 6 месяцев.

Применение комплексного лечения (медикаментозного в сочетании с лазеркоагуляцией крайней периферии сетчатки) пациентов основной группы положительно отразилось и на состоянии глазной поверхности. Так, уже через 3 месяца после лечения отмечалось уменьшение нависания складки конъюнктивы в 27,6% случаев в 1-й подгруппе, в 25,7% – во 2-й подгруппе и в 25% – в 3-й подгруппе. Выраженность «вялой» гиперемии конъюнктивы век и переходных складок уменьшилась на 50% в 1-й и 2-й подгруппах и на 43% – в 3-й подгруппе, наличие скудного вязкого отделяемого сократилось на 60% в 1-й и 2-й подгруппах, на 20% – в 3-й подгруппе.

В группе сравнения через 3 месяца после курса консервативного лечения степень нависания конъюнктивальной складки уменьшилась на 20% в 1-й и 3-й подгруппах, на 21,4% – во 2-й подгруппе. Уменьшение выраженности «вялой» гипе-

Таблица 1

| Клинические формы хронического периферического увеита у обследованных пациентов (абс., %) | | | |
|---|--|--|---|
| Группа больных | Форма хронического периферического увеита | | |
| | 1-я подгруппа «Ползучая периферическая дистрофия» | 2-я подгруппа «Белая сетчатка с/или без давления» | 3-я подгруппа «Пристеночные экссудаты» |
| Основная | 19 (24,3%) | 42 (53,8%) | 17 (21,9%) |
| Сравнения | 6 (30%) | 8 (40%) | 6 (30%) |

Таблица 2

| Динамика значений индекса OSDI у пациентов с синдромом «сухого глаза» на фоне хронического периферического увеита, в баллах (M±m) | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|---|
| Срок наблюдения | Группа больных | | | | | |
| | Основная | | | Сравнения | | |
| | 1-я подгруппа «Ползучая периферическая дистрофия» | 2-я подгруппа «Белая сетчатка с давлением и без давления» | 3-я подгруппа «Пристеночные экссудаты» | 1-я подгруппа «Ползучая периферическая дистрофия» | 2-я подгруппа «Белая сетчатка с давлением и без давления» | 3-я подгруппа «Пристеночные экссудаты» |
| До лечения | 22,8±0,9 | 23,9±0,6 | 25,9±0,6 | 21,7±0,4 | 23,4±0,8 | 25,3±0,6 |
| 3 мес. | 20,3±1,0* | 19,7±0,5* | 23,5±0,8* | 20,3±0,7** | 21,7±0,9** | 24,2±0,4** |
| 6 мес. | 15,9±0,3* | 15,6±0,5* | 18,7±0,6* | 18,4±0,8** | 19,7±0,4** | 21,6±0,8** |

Примечание: * – уровень значимости различий по сравнению с исходными данными $p < 0,01$,
 ** – уровень значимости различий по сравнению с исходными данными $p < 0,05$,
 M – выборочное среднее значение, m – ошибка среднего.

ремии конъюнктивы составило 20% в 1-й и 3-й подгруппах, 33,3% – во 2-й подгруппе. Частота обнаружения скудного отделяемого в полости конъюнктивы сократилось соответственно на 50% и 20%.

Через 6 месяцев после комплексного лечения у части пациентов (37,7%) основной группы биомикроскопические проявления ССГ отсутствовали полностью. У остальных пациентов (62,3%) основной группы при биомикроскопии глазной поверхности обнаруживались признаки легкой степени ССГ. При этом степень нависания складки конъюнктивы уменьшилась на 51,8% в 1-й и 2-й подгруппах и на 35,7% – в 3-й подгруппе. У пациентов 1-й подгруппы конъюнктивальная складка имела здоровую окраску без признаков «вялой» гиперемии, у пациентов 2-й и 3-й подгрупп выраженность данного симптома умень-

шилась на 81,3% и 64,3% соответственно. У больных 1-й и 2-й подгрупп основной группы в конъюнктивальной полости отсутствовало отделяемое, а у пациентов 3-й подгруппы данный показатель уменьшился на 60%.

В группе сравнения через 6 месяцев после курса консервативного лечения степень нависания конъюнктивальной складки уменьшилась лишь на 35,7% в 1-й и 2-й подгруппах, на 20% – в 3-й подгруппе. Снижение частоты выявления «вялой» гиперемии конъюнктивы составило 50% в 1-й и 2-й подгруппах, 33,3% – в 3-й подгруппе. Частота обнаружения скудного вязкого конъюнктивального отделяемого сократилось на 60% в 1-й и 2-й подгруппах и осталась на прежнем уровне – 20% – в 3-й подгруппе.

В течение всего периода наблюдения (6 месяцев) отмечено посте-

пенное увеличение суммарной слезопродукции у пациентов обеих групп. Например, через 3 месяца после комплексного лечения в основной группе средний показатель теста Ширмера I составил 15,5±1,4 мм, а спустя 6 месяцев – 18,3±1,0 мм, что превысило исходные данные в 2 раза ($p < 0,01$). Рост суммарной слезопродукции у пациентов группы сравнения проходил более медленными темпами. Через 3 месяца регистрировалось увеличение уровня суммарной слезопродукции только в 1,3 раза от первоначального значения – 12,0±1,0 мм, а спустя 6 месяцев – 14,5±1,2 мм, т.е. в 1,6 раза ($p < 0,05$).

При бинокулярной офтальмоскопии со склерокомпрессией через 3 месяца у большинства (75%) пациентов основной группы наблюдалась положительная динамика течения ХПУ в виде постепенного рассас-

сывания экссудатов в стекловидном теле, уменьшения отека сетчатки и восстановления прозрачности витреоретинальных структур. Уже к концу периода наблюдения (через 6 месяцев) у всех пациентов основной группы (100%) признаки ХПУ отсутствовали. У пациентов группы сравнения положительный эффект от лечения носил временный характер. Например, зафиксированное через 3 месяца улучшение состояния хориоретинальных структур на крайней периферии глазного дна (уменьшение отека сетчатки), через 6 месяцев сменилось явлениями рецидива ХПУ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработан и внедрен в клиническую практику эффективный метод лечения синдрома «сухого» глаза на фоне хронического перифери-

ческого увеита, включающий слезозаместительную и противовоспалительную терапию в сочетании с лазеркоагуляцией сетчатки на крайней периферии глазного дна. Применение нового комплексного метода лечения существенно уменьшает субъективные и объективные проявления синдрома «сухого глаза», способствует увеличению суммарной слезопродукции на фоне купирования воспаления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Craig J.P., Nelson J.D., Azar D.T., et al. TFOS DEWS II Report Executive Summary. *Ocul. Surf.* 2017; 15(4): 802-812.
2. Stapleton F., Alves M., Bunya V.Y. et al.: TFOS DEWS II Epidemiology Report. *Ocul. Surf.* 2017; 15(3): 334-365.
3. Анисимова С.Г., Мазина Н.К., Абрамова Т.В. Роль возрастных, профессиональных, экологических факторов в развитии патологии слезного аппарата глаза, в частности, синдрома «сухого гла-

за». Вятский медицинский вестник. 2016; 1(49): 46-52.

4. Zhong J.Y., Lee Y.C., Hsieh C.J. et al. Association between Dry Eye Disease, Air Pollution and Weather Changes in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health.* 2018; 15(10). pii: E2269.

5. Jung S.J., Lee S.H. Association between Three Heavy Metals and Dry Eye Disease in Korean Adults: Results of the Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Korean J. Ophthalmol.* 2019; 33(1): 26-35.

6. Jones L., Downie L.E., Korb D. et al. TFOS DEWS II Management and Therapy Report. *Ocul. Surf.* 2017; 15(3): 575-628.

7. Rouen P.A., White M.L. Dry Eye Disease: Prevalence, Assessment, and Management. *Home Healthc Now.* Mar/Apr 2018; 36(2): 74-83.

8. Ozdal P.C., Berker N., Tugal-Tutkun I. Pars Planitis: Epidemiology, Clinical Characteristics, Management and Visual Prognosis. *J. Ophthalmic Vis. Res.* 2015; 10(4): 469-80.

9. Запускалов И.В., Кривошеина О.И., Хороших Ю.И. Патогенетические закономерности поражения центральных отделов глазного дна на фоне периферического увеита. *Практическая медицина.* 2012; 59: 100-104.



УФИМСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Программы

повышения квалификации в системе НМО

1. Трансканаликулярная лазерная эндоскопическая дакриоцисторинотомия (36 ч.)
2. Лазерные методы лечения в офтальмологии (36 ч.)
3. Диагностика и антивазопролиферативная терапия макулярной патологии (36 ч.)
4. Кросслинкинг роговицы (18 ч.)
5. Офтальмология (144 ч.)
6. Офтальмология (детство) (144 ч.)

Заявки оформляются на портале edu.rosminzdrav.ru



Обучение на рабочем месте по различным темам
длительностью от 3 дней до 4 месяцев (по индивидуальным заявкам)

450008, г. Уфа, ул. Пушкина, 90

тел. (347) 272-33-61

obrotdel@yandex.ru