

Синдром сухого ока й очна втома

За матеріалами онлайн-семінару «Офтальмологічна школа для лікарів. Офтальмологічні катастрофи»

Наприкінці вересня відбулася цікава для української офтальмологічної спільноти подія. За ініціативи ГО «Асоціація дитячих офтальмологів та оптометристів України» було проведено семінар «Офтальмологічна школа для лікарів. Офтальмологічні катастрофи», у рамках якого провідні вітчизняні фахівці представили нові наукові дані щодо профілактики та лікування офтальмопатології. Сучасним підходам до розуміння та лікування пацієнтів з очною втомою й синдромом сухого ока (ССО) присвятив свою доповідь член-кореспондент НАМН України, голова правління ГО «Асоціація дитячих офтальмологів та оптометристів України», завідувач кафедри офтальмології й оптометрії післядипломної освіти ІПО Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Сергій Олександрович Риков.



С.О. Риков

Згідно з визначенням від Tear Film and Ocular Surface Dry Eye Workshop II, ССО – це багатофакторне захворювання поверхні ока, що характеризується втратою гомеостазу слізної плівки (СП) та супроводжується очними симптомами, за яких нестабільність СП і гіперосмолярність, запалення та пошкодження поверхні ока й нейросенсорні аномалії відіграють етіологічну роль.

Частота виникнення ССО варіює від 5 до 70%. Найпоширенішим є ССО з надмірним випаровуванням сльози, який частіше трапляється в жінок, аніж у чоловіків, його прояви посилюються з віком.

Як маркер функції слізних залоз використовується лізоцим: зміни його рівня можуть указувати на порушення цілісності СП. Важливим також є вміст імуноглобулінів, які синтезуються плазматичними клітинами: секреторний IgA є основним імуноглобуліном у СП, IgG та IgE присутні в нижчих концентраціях.

До чинників, що пов'язані із ССО, належать медикаменти, зокрема:

- антигістамінні засоби;
- антигіпертензивні засоби;
- анксиолітики й антидепресанти, антихолінергічні препарати;
- діуретики;
- системні гормональні, нестероїдні та протизапальні засоби, інгаляційні кортикостероїди;
- теплі краплі з консервантами;
- ізотретиноїн.

На розвиток ССО також впливають хвороби та зовнішні чинники:

- шкірні захворювання повік;
- офтальмохірургія, включно із заміною кришталика, рефракційною хірургією та хірургією повік;
- хімічні й термічні опіки кон'юнктиви;
- системні захворювання;
- знижена чутливість рогівки через тривале використання контактних лінз, вірусні інфекції або інші нейротрофічні чинники;

- довготривала робота за екранами;
- чинники довкілля (дим, низька вологість повітря);
- надлишок або нестача вітамінів.

Окремо спікер зупинився на найпоширенішій причині розвитку ССО – роботі за комп'ютером. Зокрема, погіршують стан поверхні ока:

- постійне переміщення погляду «папір – клавіатура – екран»;
- низька яскравість монітора;
- старі технології екранів (на основі електронно-променевої трубки);
- відстань від очей до монітора <30 см;
- занадто яскраве освітлення робочого стола й екрана;
- світлові відблиски на екрані монітора, стінах кімнати, робочому столі;
- порушення правила розташування центру монітора.

ССО може бути пов'язаний із:

- недостатньою продукцією слізної рідини:
 - ✓ синдром Шегрена;
 - ✓ захворювання слізної залози з її обструкцією;
 - ✓ системні ліки (антигістамінні, діуретики, β-блокатори);
- надмірним випаровуванням слізної рідини:
 - ✓ недостатність ліпідного прошарку;
 - ✓ нормальна кількість, але низька якість синтезованої сльози;
 - ✓ дисфункція мейбомієвих залоз.

До симптомів сухого ока належать:

- поколювання, печіння, відчуття тиску в очах;
- відчуття стороннього тіла в оці;
- надмірна сльозотеча (як захисна реакція ока);
- відчуття болю в ділянці ока;
- почервоніння ока;
- розмитість зору (тимчасова);
- відчуття важких повік, надмірне кліпання;
- очна втома та неможливість одягнути контактні лінзи;
- відсутність здатності плакати на тяжких стадіях.

ССО в дітей частіше називають зоровим комп'ютерним синдромом. Але за наявності в дитини ревматоїдного артрити, вродженої глаукоми, цукрового діабету чи хронічного рецидивного увеїту ССО може бути пов'язаний із ними.

Також 100% дітей, які користуються контактними лінзами, мають ССО. Суб'єктивні прояви залежать від віку: в 3-6 років прояви є лише в 14,3% випадків, у 12-18 років – у 89%. Основний механізм розвитку сухого ока в дітей полягає в порушенні СП за нормальної продукції.

Професор зауважив, що розвиток ССО також пов'язаний із рефракційною хірургією, яка є однією з найпоширеніших планових операцій у світі. Причинами виникнення ССО після цього втручання є травмування епітелію рогівки,

трансекція та денервація нервів рогівки, зростання кількості прозапальних факторів, використання очних крапель (призводить до зниження щільності епітелію клітин).

Щодо діагностики доповідач зауважив, що не існує жодного «золотого стандарту» серед симптомів і ознак для встановлення діагнозу ССО. Первинна діагностика ґрунтується на зборі анамнезу та скарг пацієнта.

Для визначення ССО рекомендовано оцінювати стабільність сльози за щільною лампою після інстиляції флуоресцеїну натрію або з допомогою кератографа. У результаті дослідження визначається час розриву СП – інтервал між повноцінним кліпанням і появою першого розриву СП. Якщо він менший за 10 с, це може бути ССО.

Під час кератографії в контексті ССО обов'язково проводяться:

- оцінка часу неінвазивного розриву СП – вимірюється протягом кількох секунд без використання флуоресцеїну;
- мейбографія – отримані зображення можна порівняти з референтними на шкалах порівняння;
- визначення кількості та якості СП – це можливість оцінити висоту слізної меніска, ліпідного шару та динаміку СП.

Під час проведення тесту з флуоресцеїном треба оцінювати й стан рогівки, через 1-3 хв після інстиляції. Якщо на рогівці понад 5 точок, які зафарбувалися, маємо ознаку ССО.

Тест із лісаміновим зеленим дає змогу оцінити ураження країв повік і кон'юнктиви. Позитивним результатом можна вважати за наявності понад 9 точок. У разі фарбування більш як 2 мм у довжину та понад 25% у сагітальному зрізі може йтися про епітеліопатію краю повіки.

Важливою є й оцінка повік щодо наявності блефариту та демодексу, епітеліопатії краю повіки. Також оцінюються стан мейбомієвих залоз, прилягання та повне закриття повік.

Додаткові обстеження рекомендовано для виявлення супутньої очної втоми: візіометрія, скіаскопія, встановлення обсягів абсолютної акомодатії, резерву відносної акомодатії.

На початку лікування потрібно зрозуміло донести пацієнту інформацію про його стан і план терапії. Усім пацієнтам із ССО рекомендовано дотримуватися зорової гігієни, яка включає:

- модифікацію навколишнього середовища (зволоження повітря);
- виключення прямих потоків повітря в очі;
- зменшення часу, проведеного за екранами.

Важливою частиною терапії є визначення й елімінація (якщо змога) засобів, що провокують ССО; призначення штучних сліз (ШС) і засобів для гігієни повік; призначення ω3-жирних кислот.

ПОСИЛЕНА ФОРМУЛА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ СІТКІВКИ

Оптикс ПРЕМІУМ

30 капсул

Лютен | Зеаксантин | Астаксантин | Омега-3 | Вітаміни D | Куркумін

Омега-3 ПНЖК

АСТАКСАНТИН

ВІТАМІН D

МІДЬ

ЦИНК

ЛЮТЕЇН

ВІТАМІН С

ВІТАМІН Е

ЗЕАКСАНТИН

КУРКУМІН

КОЕНЗИМ Q10

КІЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД

Якість без компромісів!

ТУ У 10.8-35251822-015-2020

У разі вираженого ССО рекомендовано:

- безконсервантні ШС;
- тимчасова оклюзія слъзовивідних шляхів;
- спеціальні мазі на ніч і зволожувальні окуляри;
- інтенсивна імпульсна світлова терапія;
- теплі протизапальні засоби;
- інструментальне прогрівання та/або експресія мейбомієвих залоз.

У разі тяжких проявів ССО до терапії можуть додаватися такі методи:

- сироваткові очні краплі;
 - теплі секретогоги;
 - терапевтичні контактні лінзи;
 - підшивання амніотичної мембрани;
 - хірургічна оклюзія слъзовивідних шляхів;
 - тарзорафія.
- Симптоми ССО починають зникати при використанні ШС протягом місяця по 4 рази на добу, але загальний стан покращується тільки впродовж кількох місяців регулярного використання.
- С.О. Риков докладно зупинився на певних закономірностях складу, використання й ефективності крапель:
- комбіновані формули є ефективнішими за мономолекулярні;
 - поєднання карбоксиметилцелюлози та гіалуронової кислоти (ГК) є ефективнішим, аніж окреме їх використання;
 - ГК і натрію гіалуронат діють краще при додаванні трегалози;
 - дія карбоксиметилцелюлози посилюється гліцерином;
 - CoQ₁₀ посилює дію ГК;
 - рекомендована частота використання – 4 рази на добу;

• для подолання проявів ССО потрібний довготривалий компланс із дотриманням рекомендованої частоти використання;

- вищі концентрації ліпосом збільшують ефективність крапель;
- краплі з нижчою осмолярністю є ефективнішими;
- краплі з вищим вмістом фосфоліпідів кращі для ССО з надмірним випаровуванням слъози, а осмопротектори – для ССО з високою осмолярністю СП.

Щодо використання ω 3-жирних кислот Сергій Олександрович зауважив, що основна їхня дія при ССО полягає в зменшенні запалення повік і покращенні функціонування мейбомієвих залоз. У низці досліджень було зафіксовано статистично та клінічно значущі зміни, переважно в пацієнтів старших вікових груп.

Найсучасніша методика лікування ССО – інтенсивна імпульсна світлова терапія. Цей метод чудово себе зарекомендував за дисфункції мейбомієвих залоз. У 87% пацієнтів покращується час розриву СП, 93% відзначають суб'єктивне покращення симптомів ССО. Процедура безпечна, з єдиним побічним ефектом у вигляді тимчасового почервоніння й набряку повік. Однак слід пам'ятати, що довготривалого ефекту цим методом досягти важко й симптоми зазвичай відновлюються приблизно через 9 міс.

Доступним лікуванням є автологічна сироватка – це очні краплі, які виготовляються з крові пацієнта. Відрізняється від ШС наявністю природних факторів росту та протеїнів. Може покращувати загоєння рогівки й регенерацію нервів.

Зупиняючись на проблемі очної втоми, доповідач зауважив, що вона

спостерігається завжди в контексті комп'ютерного зорового синдрому. Симптомами астенопії є:

- відчуття втоми й перенапруження очей, зоровий дискомфорт;
- відчуття сухості, печіння або подразнення очей;
- замилення зору, особливо при переведенні погляду з близької відстані вдалину;
- чутливість до яскравого світла;
- головний біль;
- біль у ділянці шиї та плечей;
- порушення акомодатції та двоїння в очах.

ССО є компонентом астенопії, тому раніше згадані методи терапії є також важливими для полегшення стану пацієнта.

Особливу увагу професор звернув на очні краплі Гілайс – засіб, що відповідає світовим рекомендаціям. Містить високу концентрацію ГК (0,4%) високої молекулярної маси, не містить консервантів. Завдяки мукоіміметичним, мукоадгезивним і в'язкопружним властивостям ГК Гілайс покращує стабільність СП і забезпечує комфорт поверхні ока – змачує, зволожує та захищає.

Гілайс і Гілайс Кеа – це ідеальні природні лубриканти з високими реологічними властивостями, які:

- забезпечують тривале перебування на поверхні, формуючи віскоеластичний гель, завдяки високій концентрації ГК;
- мають фізіологічний рН 7,3 завдяки фосфатному буферу;
- сприяють відновленню шарів СП;
- мають високий профіль переносимості, тому можуть використовуватися без обмеження кількості інстиляцій;
- покращують оптичну якість зображення;

• мають протизапальну й антиоксидантну дію;

- сприяють регенерації та загоєнню дефектів рогівки.

Особливості офтальмологічної ізотонічної мазі Гілайс Кеа:

- препарат вибору при нічному лагофтальмі;
- ефективна при руйнуванні ліпідного шару СП;
- забезпечує триваліше перебування на поверхні – від 6 год;
- вибір у разі травматичних ушкоджень рогівки та наслідків кератитів;
- не мають аналогів на ринку України.

Для антиоксидантного захисту сітківки може бути рекомендований Оптикс Преміум, який має науково обґрунтовану формулу, містить європейську субстанцію лютеїн і виготовлений із використанням сучасних технологій. Цей засіб позитивно впливає на гостроту зору та надійно захищає сітківку.

Оптикс Преміум містить компоненти з протизапальним ефектом, чинить нейропротекторну дію та запобігає прогресуванню вікових захворювань очей. Рекомендований по 1 капсулі на добу протягом 2-3 міс у таких випадках:

- студентам (віком ≥ 18 років) у разі зорового навантаження;
- соціально активним людям ≥ 40 років і пацієнтам літнього віку;
- пацієнтам із віковою макулярною дегенерацією;
- у комплексній терапії глаукоми, діабетичної ретинопатії, ССО;
- у перед- і післяопераційному періодах.

Підготувала **Олена Костюк**

