



Всесторонний подход к здоровью глазной поверхности

На симпозиуме ведущие российские эксперты рассмотрели оптимальные алгоритмы ведения пациентов с синдромом сухого глаза, блефаритом, мейбомитом с использованием бесконсервантных офтальмологических средств компании «Тева Фарма», а также возможности их применения при коррекции синдрома сухого глаза до и после хирургического вмешательства.



Д.м.н.
Д.Ю. Майчук

Блефарит – одно из наиболее частых поражений глаза, трудно поддающихся лечению. По словам заведующего отделом терапевтической офтальмологии Межотраслевого научно-технического комплекса (МНТК) «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, д.м.н. Дмитрия Юрьевича МАЙЧУКА, такие хронические заболевания требуют поэтапного комплексного лечения с оценкой патологического процесса.

Среди многочисленных причин развития блефарита – поражение краев век микробами, грибами, клещами и проч. Наличие на ресницах или коже век отделяемого свидетельствует о переднем блефарите, как бактериальном, так и аллергическом. Мейбомит – задний блефарит также может в определенный момент стать обсемененным и под воздействием бактериального или ал-

Современные алгоритмы лечения блефаритов

лергического фактора перейти в блефароконъюнктивит.

Безусловно, любое лечение начинается с бактериологического анализа для выявления основных патогенов. Например, если у пациента среди выделенных микроорганизмов преобладает стафилококк, препаратом выбора станет антибактериальное средство Азидроп.

Глазные капли Азидроп появились на российском фармацевтическом рынке сравнительно недавно. У пациентов практически не наблюдается резистентность на входящий в их состав азитромицин. Препарат разрешен к применению у детей для лечения конъюнктивита. Кроме того, Азидроп не содержит консервантов, что исключает развитие токсико-аллергического эффекта.

В комплексной терапии блефарита рекомендуется применять антисептик Витабакт (четыре раза в сутки в течение двух месяцев). Витабакт эффективен в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных бактерий, вирусов, грибов и официально разрешен к применению у детей с рождения.

Терапия блефарита носит симптоматический характер и включает несколько последовательных этапов: противовоспалительный, антибактериальный, слезозаместительный, гигиену век/восстановление функции мейбомиевых

желез, противоаллергический, лечение демодекоза.

Противовоспалительного эффекта можно добиться, применяя мазь Декса-Гентамицин два раза в день в течение двух недель либо мазь Гидрокортизон ПОС 1% (наносится на конъюнктиву) или 2,5% (наносится на веки).

В качестве антибактериальной терапии предпочтительны глазные капли Азидроп. Поскольку, по мнению Д.Ю. Майчука, блефарит требует более длительного лечения, Азидроп следует назначать два раза в сутки в течение девяти дней или Декса-Гентамицин (мазь) три раза в сутки в течение двух недель либо Колбиоцин (гель) три раза в сутки семь дней + Комбинил четыре раза в сутки семь дней (на конъюнктиву).

После антибиотикотерапии назначают слезозаместительные препараты. Предпочтение отдается бесконсервантным средствам, не вызывающим аллергической реакции, а также способным восполнить водянистую порцию слезы. С этой целью применяется препарат гиалуроновой кислоты Хилабак, который хорошо переносится пациентами.

Через месяц можно приступать к очередному этапу лечения – гигиене век с восстановлением функции мейбомиевых желез. Веки обрабатываются салфетками Блефаклин с последующим масса-



Сателлитный симпозиум компании «Теа Фарма»

NB

жем краев век Теагелем два раза в сутки в течение месяца.

При необходимости применяются противоаллергическая терапия и лечение демодекоза. Противоаллергическая терапия предполагает назначение мази Гидрокортизон ПОС 2,5%, капель Визаллергол или мази Аллергоферон. Лечение демодекоза предусматривает использование масла чайного дерева и Гликодема два раза в сутки в течение 45 дней.

Основными признаками аллергического блефарита являются гиперемия и шелушение кожи век. Лечение длительное. На кожу век рекомендуется наносить гидрокортизоновую мазь в максимальной концентрации для купирования токсико-аллергической реакции.

При переднем блефарите, обусловленном контагиозным моллюском, показано хирургическое вмешательство.

Лечение блефарита с хроническими множественными халязионами начинается с консультации гастроэнтеролога и контроля уровня сахара в крови. При нормальном уровне глюкозы назначается дексагентамициновая мазь три раза в сутки в течение десяти дней с последующим массажем краев век Теагелем. Целесообразно также применение препаратов Рестасис два раза в сутки на протяжении года и Юнидокс Солютаб 50 мг/сут в течение месяца.

При мейбомите, характеризующемся наличием пенистого от-

Демодекоз – болезнь из группы акариазов, вызываемая паразитированием условно патогенного клеща рода *Demodex*, обитающего в волосяных и ресничных фолликулах, мейбомиевых и сальных железах. В 1987 г. китайским ученым Вань Чжоу была выдвинута теория, что демодекс – сапрофит, необходимый для разжижения секрета сальных желез. Его личинки уничтожают погибшие особи. Однако при снижении pH кожи до 6–6,5 формируется благоприятная среда для развития демодекса. Как следствие, увеличивается его популяция и личинки не справляются с погибшими особями, что приводит к токсической реакции слизистой оболочки на продукты распада. По словам докладчика, данная теория не получила признания. Тем не менее наличие более шести особей демодекса требует терапевтического вмешательства. Задача врача – выбрать адекватную терапию, чтобы в два-три раза снизить количество особей.

деляемого и образованием корочки, необходимо облегчить симптомы, поддержать сохранность глазной поверхности, не допустить атрофии мейбомиевых желез. Гигиена век Теагелем проводится два раза в сутки в течение месяца (можно курсами), салфетками Блефаклин, один раз в сутки (курсами по две недели) применяются теплые компрессы, два раза в день выполняется массаж краев век с нанесением Теагеля. Кроме того, следует использовать увлажнители воздуха, системные тетрациклины, БАД, в состав которых входят омега-3 и омега-6 жирные кислоты (Нутроф Тотал, Хилабак Омега), в течение трех месяцев.

Новый нутрицевтик Хилабак Омега, разработанный диетологами и офтальмологами, специализирующимися на изучении синдрома сухого глаза, представляет собой сбалансированный комплекс веществ, необходимых для поддержания как зрения, так и здоровья глазной поверхности. При нарушении функции мейбомиевых желез применяются препараты искусственной слезы. Пациентам со склонностью к аллергии назначают препарат гиалуроновой кислоты (Хилабак 0,15%), пациентам с эпителиопатией, хронической гиперемией – препараты с осмопротекцией эпителия (Теалоз, трегалоза 3%) для улучшения репарации и восстановления муцинов.

Ангирибиоз – новое направление в лечении синдрома сухого глаза

Как отметил заведующий кафедрой офтальмологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, д.м.н., профессор Владимир Всеволодович БРЖЕСКИЙ, дисфункция мейбомиевых желез, в этиопатогенезе которой ведущая роль принадлежит блефариту, сопровождается поражением

глазной поверхности и синдромом сухого глаза. Еще в 2007 г. Международная рабочая группа по синдрому сухого глаза обозначила два механизма его развития – снижение слезопродукции и повышение испаряемости слезной пленки. По оценкам, только в 15% случаев заболевание начинается со снижения слезопродукции.



Профессор, д.м.н.
В.В. Бржеский



Научная конференция офтальмологов с международным участием «Невские горизонты – 2018»

В 85% случаев его причиной становится повышенная испаряемость слезной пленки. Снижение слезопродукции и повышение испаряемости слезной пленки приводят к нарушению ее стабильности, уменьшению объема жидкости в конъюнктивальной полости. Одновременно увеличивается осмолярность слезы. Из клеток эпителия роговицы и конъюнктивы вода переходит в слезную пленку по градиенту осмолярности. Как следствие – высушивание и повреждение этих клеток, развитие воспаления в тканях глазной поверхности и оксидативный стресс. Из-за развивающегося в тканях конъюнктивы воспаления страдает ее добавочные слезные железы и бокаловидные клетки, продуцирующие муцин, что также усугубляет патологию глазной поверхности, дестабилизирует слезную пленку и способствует развитию синдрома сухого глаза.

Выбор препаратов искусственной слезы достаточно широк – 25 сертифицированных составов низкой вязкости, 12 средней и высокой вязкости, шесть гелевых. Около 30 из них содержат минимальное количество консерванта или не содержат его вовсе, как, например, глазные капли Теалоз и Хилабак.

Не содержащие консервантов Хилабак и Теалоз выпускаются в специальной упаковке-дозаторе АБАК, обеспечивающей их безопасное использование в течение длительного периода. Фильтрующая мембрана диаметром 0,2 микрона препятствует проникновению микроорганизмов. Флакон содержит в среднем 300 капель. Срок использования – восемь недель после вскрытия упаковки.

В состав глазных капель Теалоз входит уникальное соединение трегалоза – природный дисахарид, состоящий из двух молекул глюкозы, устойчивый к гидролизу. Это соединение, облада-

ющее высокой степенью стабильности вследствие низкой молекулярной массы, характеризуется относительно низкой вязкостью. Трегалоза синтезируется в ответ на стресс в тканях ряда растений и животных и обеспечивает ангидробриоз – устойчивость к высушиванию и способность к выживанию в условиях экстремально сухого климата.

Трегалоза стабилизирует оболочку клеточной мембраны. Встраиваясь между полярными группами фосфолипидов клеточных мембран, молекулы трегалозы предотвращают потерю влаги и позволяют сохранять целостность мембран, а следовательно, содержимое клетки.

Препарат Теалоз характеризуется тройным механизмом действия: обеспечивает механическую защиту клетки, улучшает водный обмен в клетках и предупреждает липидное окисление клеточных мембран и денатурацию белков.

Способность препарата Теалоз предотвращать потерю клетками влаги и удерживать молекулу воды непосредственно на белковых молекулах делает клетки устойчивыми к изменению осмолярности окружающей среды. Иными словами, Теалоз осуществляет осмопротекцию.

Свойства трегалозы, такие как защита белков, стабилизация клеточных мембран, обновление клеточного материала путем индуцирования аутофагии, замедление апоптоза, дают основание рассматривать ее как биопротектор.

Способность препарата Теалоз защищать клетки от высыхания продемонстрирована в ряде исследований. В исследовании 2001 г. *in vitro* после 30-минутного высушивания эпителиальных клеток в группе трегалозы оставались неповрежденными 81% клеток. В группе глюкокортикоидов (ГКС) этот показатель составил 18%.

В доклинических испытаниях (2010 г.) было установлено, что Теалоз снижает выраженность повреждения тканей ультрафиолетовым излучением, обусловленным реактивными формами кислорода и азота, а также уменьшает воспаление и васкуляризацию роговицы, значительно сокращая гибель ее эпителиальных клеток.

По словам профессора В.В. Бржеского, при выборе препарата искусственной слезы необходимо учитывать следующие параметры: патогенетический тип синдрома сухого глаза, степень тяжести ксероза глазной поверхности, сопутствующие ксерозу изменения глазной поверхности и их выраженность, а также индивидуальные особенности переносимости препарата.

При синдроме сухого глаза легкой степени в качестве стартовой терапии используют препараты низкой вязкости, дополнительно – гелевые препараты и препараты высокой вязкости. При синдроме сухого глаза средней и тяжелой степени в качестве базовой терапии уже назначают гелевые препараты, в качестве дополнительной терапии – препараты низкой и средней вязкости. При крайне тяжелых формах синдрома сухого глаза применяют препараты низкой вязкости без консервантов.

В дополнение к препаратам искусственной слезы в целях увлажнения конъюнктивальной полости также используются аутоыворотка, аллосыворотка, обогащенная тромбоцитами плазмы, альбумин. Для усиления продукции влаги в конъюнктивальной полости применяют стимуляторы продукции влаги (пентоксифиллин), муколитики, стимуляторы секреции муцинов (калия йодид, бромгексин) и секреции липидов (лечение дисфункции мейбомиевых желез). Однако широкого клинического применения эти препараты пока не получили.



Сателлитный симпозиум компании «Тea Фарма»

Для нормализации осмолярности влаги в конъюнктивальной полости предназначены препараты искусственной слезы с осмопротекторами (глицерин, левокарнитин и эритритол), а также с ангидробиотиками (Теалоз).

Показаниями к применению препарата Теалоз являются:

- синдром сухого глаза, развившийся вследствие избыточной испаряемости слезной пленки;
- синдром сухого глаза с выраженным снижением количества влаги в конъюнктивальной полости;
- дегенеративные изменения эпителия роговицы на фоне оксидативного стресса.

Завершая выступление, профессор В.В. Бржеский отметил, что в основе успешного лечения пациентов с синдромом сухого глаза лежит комплексный подход, сочетающий инстилляцию препаратов искусственной слезы, противовоспалительную, иммуносупрессивную терапию, а также лечение осложнений ксеротического процесса и сопутствующей патологии.

Оценка цитотоксичности *in vitro* как критерий рационального выбора слезозаместительных препаратов

Заведующий клинико-бактериологической лабораторией Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «НМИЦ „МНТК „Микрохирургия глаза“ им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, к.м.н. Игорь Николаевич ОКОЛОВ представил результаты исследования, проведенного совместно с сотрудниками НИИ цитологии (Санкт-Петербург), по оценке цитотоксического действия слезозаместительных препаратов с разными консервантами и без них на эпителиальные клетки роговицы в условиях *in vitro*. В начале выступления докладчик обратил внимание аудитории на то, что ни один фармакологически эффективный препарат не может быть полностью лишен риска развития нежелательных эффектов. Более того, не все риски известны до появления препарата на фармацевтическом рынке. Неблагоприятное воздействие на клетки конъюнктивы и роговицы могут оказывать компоненты, входящие в состав препаратов искусственной слезы, – консерванты, буферные системы, возможно и антиоксиданты.

Роль консервантов в развитии большинства побочных эффектов сегодня сомнения не вызывает. Токсическое влияние бензалкония хлорида (БАК) на прероговичную слезную пленку как наиболее часто используемого консерванта было описано несколько десятилетий назад.

В настоящее время большинство фармацевтических компаний, производящих слезозаместительные препараты, используют в их составе консерванты детергентного типа. При этом доля окислителей существенно меньше. Однако, как показывают результаты ряда отечественных и зарубежных исследований, даже «мягкие», быстрораспадающиеся консерванты могут оказывать цитотоксическое действие на конъюнктиву и роговицу в условиях *in vitro*. Поэтому целесообразно использовать препараты, в состав которых консерванты не входят.

Буферные системы (боратные, фосфатные, цитратные вещества, трис-буфер) предназначены прежде всего для стабилизации уровня pH. Информация о сравнительной токсичности буферных систем в настоящее время практически отсутствует. Согласно данным зарубежной литературы, использование слезозаместительных препаратов с повышенным содержанием фосфатного буфера может вызывать осложнения – кальцификацию роговицы. В опубликованной в 2017 г. работе N. Schuerer и соавт. было показано, что максимальной цитотоксичностью в отношении клеток эпителия конъюнктивы и роговицы обладают фосфатный и цитратный буфер, минимальной – трис-буфер и боратный буфер¹.

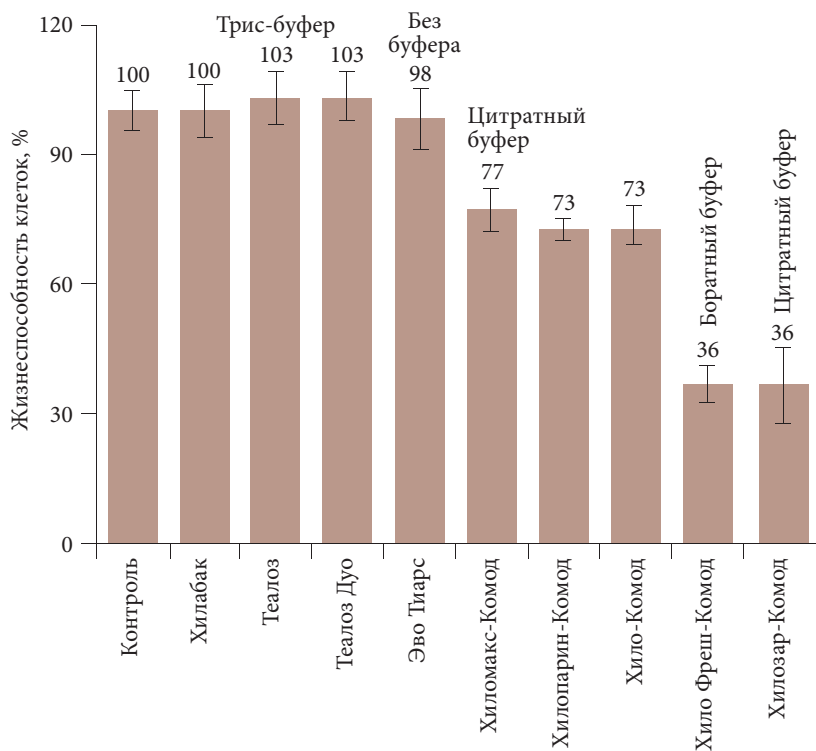


К.м.н.
И.Н. Околов

Противоречивое мнение сложилось в отношении антиоксиданта эдетата натрия (ЭДТА). Одни авторы считают ЭДТА истинным консервантом, поскольку он обладает таким же антибактериальным действием, как и консерванты, принадлежащие к детергентному типу. По мнению других, ЭДТА не относится к истинным консервантам, так как он только увеличивает антимикробную активность основного биоцида, снижая его концентрацию. ЭДТА не оказывает выраженного токсического действия, однако в ряде случаев пациенты с тяжелой формой синдрома сухого глаза отмечают дискомфорт при длительном использовании препаратов, содержащих ЭДТА.

И.Н. Околов представил данные совместного исследования по оценке цитотоксического действия 20 слезозаместительных препаратов с консервантами и без них

¹ Schuerer N., Stein E., Inic-Kanada A. et al. Implications for ophthalmic formulations: ocular buffers show varied cytotoxic impact on human corneal-limbal and human conjunctival epithelial cells // Cornea. 2017. Vol. 36. № 6. P. 712–718.



Оценка жизнеспособности НСЕС на третьи сутки культивирования в питательной среде, содержащей 10% тестируемых слезозаместителей с различными буферами. МТТ-тест

в отношении эпителиальных клеток роговицы человека в условиях *in vitro*².

Объектом исследования являлись 11 слезозаместительных препаратов с разными консервантами и буферами (Систейн Ультра, Катигонорм, Офтолик, Артелак Баланс, Оптив, Визмед лайт, Блинк контакт (Blink contacts), Стиллавит, Лакрисифи, Гипромелоза-П, Слезин) и девять бесконсервантных слезозаместителей с различными буферами (Хилабак, Теалоз, Теалоз Дуо, Хило-Комод, Хилопарин-Комод, Хило Фреш-Комод, Хилозар-Комод, Хиломакс-Комод, Эво Тиарс). В качестве тест-системы использовались клетки постоянной клеточной линии эпителия роговицы человека (НСЕС). Жизнеспособность клеток оценивали по их морфологии и функциональной

активности с помощью фазово-контрастной микроскопии, МТТ-теста и системы xCELLigence.

Результаты экспериментов тестируемых слезозаместительных препаратов с детергентными консервантами показали, что максимальной цитотоксичностью обладают препараты, содержащие БАК в различных концентрациях (Офтолик, Лакрисифи, Слезин, Гипромелоза-П). Минимальный токсический эффект продемонстрировали препараты с консервантами полигексанид (Визмед лайт) и поликвад (Систейн Ультра).

Среди тестируемых слезозаместителей с консервантами окислительного типа высокую степень токсичности продемонстрировали Артелак Баланс с консервантом оксид и Оптив с консервантом пурит, умеренную – Блинк контакт

с консервантом окупур, наименьшую – Стиллавит с антиоксидантом ЭДТА.

Высокую токсичность в отношении клеток роговицы продемонстрировали препараты Хило Фреш с боратым буфером и Хилозар-Комод с цитратным буфером (рисунок).

На фоне применения препаратов с цитратным буфером Хило-Комод, Хилопарин-Комод и Хиломакс-Комод жизнеспособность клеток сохранялась в пределах 73–77%. Наибольшая жизнеспособность клеток зафиксирована при использовании препаратов с трис-буфером Хилабак, Теалоз, Теалоз Дуо и Эво Тиарс.

Мониторинг цитотоксичности слезозаместительных препаратов в отношении клеток линии НСЕС позволил отобрать восемь препаратов с разными типами консервантов и без них. В ходе мониторинга были получены графики зависимости клеточного индекса от времени культивирования клеток, позволяющие судить об их жизнеспособности. Высокоцитотоксичными оказались препараты Офтолик и Артелак Баланс, клеточный индекс которых равнялся нулю практически в течение всего периода наблюдения. Среди бесконсервантных препаратов максимальную цитотоксичность показал Хилозар-Комод, минимальную – Теалоз Дуо. Это подтвердили и результаты наблюдения за морфологией клеток линии НСЕС. По словам И.Н. Околова, в «аутсайдерах» вновь оказались препараты Артелак Баланс и Офтолик.

Таким образом, препараты искусственной слезы могут оказывать разный цитотоксический эффект в условиях *in vitro* и отличаться своим цитотоксическим потенциалом. Для выбора адекватного слезозаместительного препарата и достижения максимальной клинической эффективности необходимо иметь представление о его цитотоксическом потенциале.

² Александрова О.И., Околов И.Н., Хорольская Ю.И. и др. Оценка цитотоксичности слезозаместительных препаратов с использованием системы *in vitro* // Офтальмология. 2017. № 14 (1). С. 59–66.



Сателлитный симпозиум компании «Теа Фарма»

Опыт периоперационной коррекции изменений глазной поверхности

Доцент кафедры глазных болезней Кубанского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор Сергей Владимирович ЯНЧЕНКО поделился клиническим опытом периоперационной коррекции синдрома сухого глаза. Дело в том, что только периоперационная коррекция способна сделать хирургическое вмешательство прогнозируемым и безопасным.

Как известно, синдром сухого глаза нередко обусловлен дисфункцией мейбомиевых желез. Это хроническое воспаление мейбомиевых желез, приводящее к загустеванию их секрета, гипер- или гипосекреции с рубцеванием их выводных протоков. Среди причин и факторов, вызывающих дисфункцию мейбомиевых желез, выделяют использование косметики, татуаж век, ношение контактных линз, андрогенодефицит, аллергические реакции в период цветения сложноцветных, пыль и другие аллергены, демодекозное поражение.

Лечение предполагает использование слезозаместительных препаратов, репаративных, гигиену век. При необходимости проводится этиотропная, противовоспалительная и противоаллергическая терапия. Предпочтение отдается слезозаместительной терапии без консервантов, не оказывающей эпителиотоксического действия.

К важным лечебным мероприятиям относится активация мейбомиевых желез с помощью тепловых процедур. Она состоит из четырех этапов:

- 1) очищение век и ресниц с помощью глазного геля Теагель и гипоаллергенных и стерильных салфеток Блефаклин;
- 2) пятиминутный теплый компресс (39–40 °С);

- 3) точечный круговой самомассаж век с нанесением на края век Теагеля для эвакуации загустевшего секрета из протоков мейбомиевых желез;

- 4) аппликация лечебного геля на края век.

В исследовании, проведенном профессором С.В. Янченко и его коллегами, участвовали 70 пациентов: 20 пациентов с субклиническим синдромом сухого глаза, 50 – с синдромом сухого глаза 1–2-й степени тяжести. 52 пациента имели аномалии рефракции, у 12 выявлена сенильная катаракта.

Диагностика патогенетического варианта синдрома сухого глаза включала оценку состояния липидного слоя слезной пленки, времени ее разрыва, состояния водного компонента, наличия эпителиопатии конъюнктивы и роговицы. Как уже отмечалось, дисфункция мейбомиевых желез нередко становится причиной развития синдрома сухого глаза. Поэтому исследователи оценивали функциональное состояние мейбомиевых желез с помощью компрессионного теста.

Фармакологическая коррекция синдрома сухого глаза проводилась и с использованием 3%-ной трегалозы без консерванта (Теалоз), 0,15%-ной гиалуроновой кислоты (Хилабак), Теагеля и Блефаклина для гигиены век.

В результате предоперационной подготовки удалось повысить стабильность слезной пленки (97,1% глаз), снизить муцинодефицит (91,4% глаз) и выраженность липидодефицита (у всех пациентов). Послеоперационная терапия способствовала повышению стабильности слезной пленки и снижению муцинодефицита – 95,3 и 92,2% глаз соответственно. Имела место тенденция к уменьшению вододефицита.



Профессор, д.м.н.
С.В. Янченко

Важно, что периоперационное лечение хорошо переносилось пациентами и позволило прооперировать 81% участников исследования с компенсированным предоперационным синдромом сухого глаза.

Профессор С.В. Янченко привел несколько примеров из клинической практики.

Клинический пример 1. Пациентка С., 33 года: татуаж век, апоплексия яичников, ношение мягких контактных линз свыше десяти лет, мониторный/офисный синдром. Диагноз: дисфункция мейбомиевых желез, синдром сухого глаза легкой степени (липидодефицит), миопия средней степени.

Лечение: гигиена век два раза в сутки в течение двух месяцев с помощью салфеток Блефаклин или Теагеля, теплые компрессы и точечный самомассаж краев век салфетками Блефаклин, слезозаместительная терапия глазными каплями Теалоз (3%-ная трегалоза) три раза в сутки в течение двух месяцев.

На фоне лечения отмечались восстановление функции мейбомиевых желез, стабилизация слезной пленки. Пациентка предпочла ношение линз.

Клинический пример 2. Пациентка В., 33 года. Диагноз: сложный миопический астигматизм, синдром сухого глаза 1–2-й степени тяжести, дисфункция мейбомиевых желез средней степени тя-



Теалоз (3%-ная трегалоза) в составе комплексной терапии позволяет уменьшить проявления эпителиопатии, муцинодефицита и повысить стабильность прероговичной слезной пленки. Теалоз, Теагель и Блефаклин можно рекомендовать к включению в состав комплексного периоперационного сопровождения офтальмохирургии

жести, липидо- и муцинодефицит, умеренный водodefицит (высота мениска – 162 мкм, проба Норна – 2–3 с).

До проведения рефрактерной операции (LASIK) пациентке назначили комплексную терапию: Теалоз-Дуо (Теалоз + Хилабак) три-четыре раза в сутки в течение трех месяцев, мазь без консервантов с витамином А на ночь и гигиену век Теагелем и Блефаклином два раза в сутки в течение трех месяцев. Через три месяца удалось компенсировать водо-, липидо- и муцинодефицит, восстановить функцию мейбомиевых желез, стабильность слезной пленки.

После периоперационной терапии было успешно проведено рефракционное вмешательство. Операция (LASIK) позволила достичь прогнозируемой остроты зрения. В послеоперационном периоде пациентке В. провели инстилляцию препаратами Теалоз и Хилабак.

Как известно, после катарактальной хирургии могут отмечаться изменения глазной поверхности по типу синдрома сухого глаза. Включение глазных капель Теалоз в схему лечения позволяет скорректировать проявления синдрома сухого

глаза. В подтверждение сказанного докладчик привел еще несколько примеров.

Клинический пример 3. Пациентка Л., 72 года: сенильная катаракта и синдром сухого глаза легкой степени тяжести. В первые сутки после операции (факкоэмульсификация катаракты (ФЭК) и имплантация интраокулярной линзы (ИОЛ)) при окрашивании лиссаминовым зеленым выявлена эпителиопатия роговицы. Добавление к схеме лечения глазных капель Теалоз три раза в сутки позволило быстро купировать проявления роговичной эпителиопатии.

Клинический пример 4. Пациентка Т., 75 лет: сенильная катаракта и синдром сухого глаза легкой степени тяжести. После операции (ФЭК + ИОЛ) пациентке назначили антимикробную терапию в виде инстилляций фторхинолонами четвертого поколения, характеризующихся высокой токсичностью. Как следствие – развитие эпителиопатии роговицы на седьмые сутки после операции и начала терапии. На фоне применения препарата Теалоз, включенного в схему лечения по окончании антимикробной терапии, проявления синдрома сухого глаза уменьшились.

Клинический пример 5. Пациент П., 72 года: открытоугольная глаукома, дисфункция мейбомиевых желез, синдром сухого глаза легкой степени, осложненная катаракта. В течение двух лет проводились инстилляции комбинацией «травопрост + дорзоламид».

В первые сутки после операции (ФЭК + ИОЛ) у пациента отмечались усиление эпителиопатии роговицы, непостоянный субъективный дискомфорт (1–2 балла), «плавающее» зрение. Пациенту скорректировали схему лечения, отменили комбинацию «травопрост + дорзоламид» и назначили 0,5%-ный левофлоксацин три раза в сутки,

0,09%-ный бромфенак один раз в сутки, бринзоламид два раза в сутки, гигиену краев век салфетками Блефаклин.

На седьмые сутки после операции (ФЭК + ИОЛ) и окончания антибиотикотерапии пациент не испытывал дискомфорта. Послеоперационное лечение позволило купировать все симптомы синдрома сухого глаза.

В заключение профессор С.В. Янченко еще раз обратил внимание аудитории на ряд важных моментов:

- ✓ гигиена век (Теагель и/или Блефаклин) дает возможность стабилизировать слезную пленку за счет уменьшения выраженности липидодефицита;
- ✓ 3%-ная трегалоза (Теалоз) в составе комплексной терапии позволяет уменьшить проявления эпителиопатии, муцинодефицита и повысить стабильность прероговичной слезной пленки;
- ✓ гиалуроновая кислота (Хилабак) в сочетании с 3%-ной трегалозой (Теалоз) у части пациентов минимизирует выраженность водodefицита;
- ✓ Теалоз, Теагель и Блефаклин можно рекомендовать к включению в состав комплексного периоперационного сопровождения офтальмохирургии.

Заключение

Представленные экспертами данные и практический опыт показывают, что эффективные и безопасные лекарственные средства компании «Теа Фарма» для лечения заболеваний глазной поверхности (Азидроп, Витабакт, Хилабак, Теалоз, Теалоз Дуо, Нутроф Тотал, Хилабак Омега, Теагель, Блефаклин) полностью отвечают необходимым требованиям и существенно расширяют возможности практикующего врача при назначении терапии. ●