Хвороба сухого ока: простий алгоритм вибору замінника сльози й інші аспекти лікування

На перший погляд хвороба сухого ока (ХСО) може здаватися несерйозною проблемою, але це зовсім не так. Звісно, така патологія не загрожує життю пацієнта та в абсолютній більшості випадків не спричиняє незворотної втрати зору. Водночас вона дуже суттєво погіршує якість життя хворих і, зважаючи на надзвичайно високу розповсюдженість, є величезним соціально-економічним тягарем. У цьому огляді розглянемо сучасні підходи до лікування ХСО.

Патогенез і класифікація ХСО

Розуміння патогенезу ХСО є важливим для вибору адекватного лікування. Нагадаємо, що слізна плівка складається з трьох основних компонентів – ліпідного, водного та муцинового. Ліпідний шар продукується мейбомієвими залозами та перешкоджає надмірному випаровуванню вологи й тепловіддачі з поверхні епітелію рогівки та кон'юнктиви. Водний компонент є продуктом секреції слізних залоз і становить основу слізної плівки, забезпечуючи її метаболічні, захисні й інші біологічні функції. Муцини продукуються келихоподібними клітинами кон'юнктиви, а їхня основна функція – надання гідрофобному епітелію рогівки гідрофільних властивостей для утримування слізної плівки на рогівці. Раніше вважалося, що слізна плівка має тришарову структуру, але сьогодні частіше говорять про два шари – зовнішній ліпідний і внутрішній водно-муциновий. Патологічні зміни будь-якого з цих трьох компонентів можуть впливати на гомеостаз очної поверхні та спричинити нестабільність слізної плівки (Lemp M.A., 2008; Tomlinson A. et al., 2011; Bron A.J. et al., 2004; Floyd A.M. et al., 2012).

Традиційно ХСО розподіляють на два основні підтипи – вододефіцитний (зменшення секреції водного компонента слізними залозами) та пов'язаний зі збільшеним випаровуванням (дисфункція мейбомієвих залоз із порушенням утворення ліпідного шару). Частіше зустрічається другий варіант. Але важливо розуміти, що йдеться не про взаємовиключні типи, а про переважання одного з патогенетичних механізмів. Нерідкі випадки змішаної форми ХСО, коли клінічно значимими є обидві дисфункції. Крім того, насправді ХСО являє собою хибне коло, в якому порушення однієї ланки без належного лікування зумовлює каскад патологічних процесів із залученням урешті-решт усіх компонентів слізної плівки (Baudouin C., 2007).

Причин і факторів ризику порушення секреції компонентів слізної плівки дуже багато: низька вологість повітря; жіноча стать; похилий вік; низьке споживання омега-3 жирних кислот; блефарит на тлі розацеа, себорейного дерматиту, демодекозу; лагофтальм; тривале зорове навантаження; зменшення моргання через хворобу Паркінсона; автоімунні захворювання, включаючи очний пемфігоїд, синдром Шегрена, вовчак, склеродермію, ревматоїдний артрит тощо; прийом деяких препаратів, наприклад, антигістамінних, β-адреноблокаторів, антидепресантів, ізотретиноїну; променева терапія тощо. Цей перелік можна продовжувати.

Основні складові ефективного лікування ХСО

Лікування ХСО потребує комплексного підходу та може включати такі компоненти:

- виявлення та корекція причин виникнення й факторів ризику;
- очні лубриканти (бажано без консервантів);
- топічна імуносупресивна фармакотерапія в тяжчих випадках, зокрема циклоспорин А (Ікервис);
- хірургічне лікування (оклюзія слізних канальців) у тяжких і резистентних до медикаментозного лікування випадках.

Найбільшою є перша група втручань, що передбачає адекватну системну терапію автоімунних захворювань, які супроводжуються ХСО; лікування блефариту залежно від його етіології (зокрема, топічні антибіотики); покращення роботи мейбомієвих залоз (гігієна повік, масаж, теплі компреси); збільшення вологості повітря; нормалізацію зорового навантаження; свідоме форсоване моргання; заміну системних і місцевих препаратів, які посилюють очні симптоми (за можливості).

Алгоритм вибору очних лубрикантів (штучної сльози)

В усіх випадках ХСО показане призначення препаратів штучної сльози, що здатні суттєво полегшити суб'єктивні симптоми ХСО, покращити якість життя пацієнта та захистити очну поверхню від ушкодження.

Вибір очного лубриканта залежить від тяжкості захворювання та переважного патофізіологічного механізму ХСО (Findlay Q., Reid K., 2018).

У легших випадках обирають лубрикант у вигляді очних крапель низької в'язкості (наприклад, Окутиарз®). Це безконсервантні очні краплі, що містять 0,15% натрієву сіль гіалуронової кислоти з надвисокою молекулярною масою. Також варто зазначити, що очні краплі на основі гіалуронової кислоти є оптимальним вибором при вододефіцитній формі ХСО. Гіалуронова кислота в Окутиарз®, на відміну від інших топічних препаратів, які містять гіалуронову кислоту, має найбільшу молекулярну масу (3 kДа), що може означати найбільший потенціал до зв'язування води на поверхні ока та найбільшу здатність до зволоження.

При ХСО помірної тяжкості очні краплі низької в'язкості доводиться використовувати багато разів на день, що збільшує вартість лікування й не подобається багатьом пацієнтам. Тривалішою дією характеризуються лубриканти у вигляді гелю на основі карбомеру, що збільшує в'язкість слізної рідини, утворює захисну та зволожувальну плівки на рогівці. Оскільки карбомер потовщує слізну плівку, такі препарати можна з успіхом використовувати при ХСО, що зазвичай має місце при запальних захворюваннях, ерозіях і травмах очей, для зниження неприємних відчуттів і швидшого загоєння. Хорошим вибором із цієї групи лубрикантів буде препарат Офтагель® (2,5 мг карбомер 974Р).

І нарешті, в тих випадках, коли попередні групи лубрикантів не забезпечують повного полегшення симптомів або при формі ХСО, пов'язаній із погіршенням функції мейбомієвих залоз, до схеми лікування слід включати замінники сльози, що відновлюють її ліпідну фракцію. Такі очні лубриканти (наприклад, Катіонорм®) майже повністю імітують природну слізну плівку, характеризуються зниженим кліренсом і покращеною ефективністю.

Катіонорм® – оптимальне рішення для тяжчих випадків ХСО з недостатністю ліпідного шару слізної плівки (дисфункція мейбомієвих залоз)

Катіонорм® – безконсервантна катіонна наноемульсія, що містить воду, мінеральні олії, гліцерин і катіонний агент. Завдяки такому складу цей засіб відновлює ліпідну фракцію слізної плівки та поповнює водно-муциновий компонент, а отже, відновлює фізіологічні функції всіх її шарів. Катіонорм® створений на основі унікальної технології Novasorb®, що забезпечує електростатичну мукоадгезію, швидке розподілення та тривалий контакт із поверхнею ока, отже, меншу кількість інстиляцій і зручність для пацієнта. Катіонорм® сумісний із різними видами контактних лінз і не містить небезпечних консервантів, як-от бензалконію хлорид. Цеталконію хлорид через високу ліпофільність і дуже низьку концентрацію (0,002% лише в ліпідній фракції, що не контактує з епітелієм) не чинить несприятливої дії на клітини епітелію поверхні ока. Клінічна безпека й ефективність емульсії Катіонорм® були продемонстровані в низці досліджень (Amrane M. et al., 2014; Aragona P. et al., 2011; Robert P.-Y. et al., 2016).

Зокрема, метою багатоцентрового рандомізованого контрольованого дослідження P.-Y. Robert і співавт. (2016) була оцінка ефективності, переносимості та безпеки катіонної емульсії Катіонорм® порівняно з 0,18% розчином гіалуронату натрію у 85 пацієнтів із помірною чи тяжкою ХСО та кератитом або кератокон'юнктивітом. Через 1 місяць вираженість очних симптомів достовірно знизилася в обох групах, однак дискомфорт був суттєво меншим у групі Катіонорму (-14,8±17,3 vs -7,6±14,2; p=0,0469). Зокрема, більш виражено зменшилася інтенсивність свербіння (-14,8±21,2 vs -1,7±19,7; p=0,01) та сухості очей (-21,9±28,3 vs -8,4±21,4; p=0,0016). Схожа тенденція щодо цих симптомів спостерігалася і через 3 місяці. Також через 3 місяці в групі катіонної емульсії стали достовірно меншими біль в очах і труднощі при керуванні автомобілем. Наприкінці дослідження частка пацієнтів, результат лікування котрих було розцінено як задовільний, була достовірно більшою в групі Катіонорму (87,5 vs 65,0%; p=0,0339). Покращення стану рогівки, який оцінювали за допомогою флуоресцеїнового забарвлення, відзначалося при застосуванні Катіонорму вже на 7-й день лікування. Частота побічних явищ була зіставно низькою в обох групах лікування.

В іншому ретроспективному випробуванні В.О. Соколов і співавт. (2017) оцінювали ефективність застосування емульсії Катіонорм® у 43 пацієнтів із ХСО після аденовірусного кон'юнктивіту та кератокон'юнктивіту (переважно середнього ступеня тяжкості). У всіх пацієнтів, окрім одного з кератокон'юнктивітом тяжкого ступеня, через 1 місяць після застосування крапель Катіонорм® відзначалося зменшення скарг і поліпшення якості життя. Клінічно це підтверджувалося зникненням кератопатії чи зменшенням площі й інтенсивності точкових дефектів епітелію рогівки в тесті з флуоресцеїновим забарвленням. Окрім того, застосування емульсії Катіонорм® зумовило збільшення часу розриву слізної плівки з 5,1±0,2 с до 7,01±0,2 с (p<0,05). І нарешті, позитивна динаміка підтверджувалася лазерною конфокальною сканувальною томографією. Одному пацієнту з кератокон'юнктивітом тяжкого ступеня інстиляцій Катіонорму було недостатньо. Додавання до схеми лікування цього хворого препарату Офтагель®, топічного циклоспорину й очної мазі з вітаміном А забезпечило суттєве покращення його стану. Загалом у проведеному дослідженні Катіонорм® переносився добре, алергічних реакцій або будь-яких побічних ефектів відзначено не було.

Отже, доказова база безконсервантної катіонної емульсії Катіонорм® свідчить про її високу ефективність і безпеку в лікуванні ХСО. Цей засіб може успішно застосовуватись як у монотерапії, так і в комбінації з іншими офтальмологічними препаратами.

Підготував ***В'ячеслав Килимчук***