

**Соголовская Е.Е., Габриэль Т. П.,
Быкова Е.В., Киселев А.В., Сотникова Т. О.**

Краснодарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова
E-mail: nok@mail.ru

ПРИМЕНЕНИЕ ОКУМЕТИЛА ПРИ ГИГАНТСКОМ ПАПИЛЛЯРНОМ КОНЬЮНКТИВИТЕ У ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ

Каждый пользователь контактных линз является потенциальным пациентом с гигантским папиллярным конъюнктивитом, поэтому правильный подбор и своевременное диспансерное наблюдение являются основой профилактики. Комплексное лечение гигантского папиллярного конъюнктивита включает применение кортикостероидов, антигистаминных средств, отдавать предпочтение следует комплексным препаратам, обладающим поливалентным действием (Окуметил, Опатанол и др.).

Ключевые слова: гигантский папиллярный конъюнктивит, Окуметил, контактная коррекция зрения.

Актуальность

Среди осложнений, возникающих при ношении контактных линз (КЛ), большую долю составляют токсико-аллергические, основным из которых является гигантский папиллярный конъюнктивит (ГПК) или иногда он также называется папиллярный конъюнктивит, индуцированный контактными линзами (CLPC). По данным Weisman В. (2011) в США около 20% пользователей МКЛ и 5% RGP имеют ту или иную степень ГПК.

Впервые ГПК был описан Spring I.F. (1974). Причины ГПК – комплексные и многофакторные. Обычно, ГПК ассоциируется с пользователями мягких контактных линз, но он также может наблюдаться и при других патологических состояниях, таких как хирургическая травма роговицы (роговичные швы), склеральные стафиломы, буллезная дистрофия роговицы, лимбальный дермоид, инородные тела роговицы и другие (Donshik P.C., 1994). ГПК можно наблюдать у пациентов с глазными протезами. Выявлена также взаимосвязь между наличием хронического мейбومیита и формирования ГПК (Molinari J., Stanek S., 2000).

В этиологии ГПК у пользователей контактных линз можно выделить следующие основные причины: нарушение режима ношения контактных линз; несоблюдение правил ухода за контактными линзами; отложение белковых, липидных и других депозитов на поверхности контактных линз; высокий модуль упругости контактных линз; механическая травма; гиперчувствительность конъюнктивы век; аллергическая реакция на факторы окружающей среды и средства ухода за контактными линзами и др.

(Donshik P., Poranzinski C., 1999). Реже осложнения наблюдаются из-за ошибок врача, в частности, из-за неправильного подбора линз (крутая или плоская посадка), не выявленных исходных патологических изменений конъюнктивы и роговицы (особенно их эпителия) (Киваев А.А., Лапина Л.А., 1998).

В связи с тем, что ГПК связан с использованием контактных линз, то каждый их пользователь является потенциальным пациентом.

ГПК встречается при использовании всех типов контактных линз, включая жесткие, гидрогелевые, силикон-гидрогелевые, комбинированные, склеральные и др. (Weisman В., 2011). Токсико-аллергические осложнения являются следствием, как местных проявлений аллергии, так и системных – при общей аллергии организма.

В формировании ГПК участвуют два механизма: иммунный и механический (Allansmith M.R. and Al. 1979, Allansmith M.R. and Al. 1978; Chang S.H. and Chang C.J., 2001; Irkec M.T., all, 1999).

Жалобы пациента и клиническая картина ГПК зависят от стадии выраженности процесса. В клинике ГПК выделяют 4 основных стадии (Киваев А.А., 2000; Allansmith M.R. and all., 1977; Donshik P.C., Ehlers W.H., Ballaw M., 1998; Efron N, 1999).

Первая стадия ГПК характеризуется, как правило, отсутствием жалоб пациента, иногда пациенты могут отмечать неприятные ощущения в виде зуда после снятия КЛ. Кроме этого может наблюдаться небольшое количество слизистого отделяемого по утрам, периодическая децентрация КЛ вверх, легкая гиперемия таргальной конъюнктивы верхнего века.

Вторая стадия: пациенты предъявляют жалобы на умеренное слизистое отделяемое, периодически возникающий зуд, затуманивание зрения, которое, как правило, связано с децентрацией КЛ и отложением на её поверхности различных депозитов. В беседе с пациентом можно проследить тенденцию к ограничению времени использования линз в течение дня. При объективном исследовании тарзальной конъюнктивы отмечается её утолщение и умеренно выраженная гиперемия. Наблюдается также тенденция к сливанию сосочков между собой. Для более точной диагностики рекомендуется использовать витальные красители (низкомолекулярный флюоресцеин или лиссамин зеленый).

На третьей стадии жалобы пациента более выражены, КЛ очень быстро покрываются отложениями даже при соблюдении пациентами всех правил ухода за ними. Дискомфорт и неприятные ощущения становятся более выраженными, увеличивается количество слизистого отделяемого. Контактная линза децентрирована, может фиксироваться к слизистой оболочке верхнего века, и, в следствие этого, двигаться с верхним веком в унисон. В других случаях линза смещается кверху темпорально. Время ношения КЛ ограничено несколькими часами, в процессе ношения наблюдается затуманивание зрения и возникает желание снять контактные линзы. Конъюнктива верхнего века гиперемирована, отечная, утолщена, сосудистый рисунок не просматривается. Количество сосочков резко возрастает, они увеличиваются в размере и выбухают над поверхностью конъюнктивы.

При четвертой стадии у пациентов возникает полная непереносимость контактных линз. Они отмечают выраженный дискомфорт, возникающий немедленно после установки контактной линзы в глаз. Наблюдается выраженное слизистое отделяемое, пациенты могут наблюдать склеивание век по утрам, сосочки конъюнктивы больших размеров, как правило, сливаются, границы их вершин сглаживаются, пространство между сосочками не прокрашивается, хотя может, как и в предыдущей стадии, наблюдаться прокрашивание нарушенного эпителия. Кроме этого, может наблюдаться прокрашивание эпителия роговицы.

ГПК, как правило, является двухсторонним процессом, хотя иногда (около 10 процентов) встречается молатеральный процесс.

Лечение ГПК направлено на устранение жалоб и снижение клинических проявлений заболевания. Основные лечебные мероприятия включают: устранение аллергена (антигена), стабилизацию мембран тучных клеток, назначение сосудосуживающих средств, кортикостероидов и нестероидные противовоспалительные средства (Егоров Е.А., Егорова Т. Е., 2008).

К уменьшению проявления симптомов ГПК приводит переход пациентов на применение однодневных мягких контактных линз, МКЛ из неионных материалов с низким влагосодержанием, биосовместимых материалов, содержащих глицерол (GMA), жесткие контактные линзы (Chris Lieven, Manuel Conde Serjo, 1994). Важным является отмена ношения контактных линз на период лечения ГПК и перевод на другие средства оптической коррекции.

Особый интерес в лечении ГПК вызывает Окуметил, в состав которого входят: сульфат цинка, который оказывает вяжущее, подсушивающее, противовоспалительное и антисептическое действие; дифенгидрамина гидрохлорид – блокатор H_1 -гистаминовых рецепторов; нафазолина гидрохлорид – симпатомиметик, оказывающий быстрое и продолжительное сосудосуживающее действие; метиленовый синий, обладающий антисептическим, дезинтоксикационным и антиоксидантным действием. Окуметил эффективен при лечении блефароконъюнктивитов различной этиологии (Полунин Г.С. с соавт., 2009), ангулярных блефароконъюнктивитов и аллергических конъюнктивитов (Вафаа А. Зейн, 2008, Егоров Е.А., Егорова Т. Е., 2010).

Применение кортикостероидов обосновано при ГПК 2–4-ой стадий. Рекомендуется применение мягких кортикостероидов, таких как суспензия преднизолона или дексаметозона (Киваев А.А., Шапиро Е.И., 2000, Лещенко И.А., 2010).

В зависимости от стадии заболевания нами использованы схемы лечения ГПК, расписанные в методических рекомендациях. (Мягков А.В., Соголовская Е.Е., 2011)

При лечении ГПК прогноз благоприятный. По нашим данным при адекватном лечении по схемам, 78% пациентов с ГПК 1 и ГПК 2 смогли вернуться к ношению контактных линз, из них 89% стали использовать однодневные биосовместимые контактные линзы из хайоксифилкона с гиалуронатом натрия. Остальные 11% ис-

пользовали гидрогелевые линзы при строгом соблюдении соответствующего ухода за ними.

В группе пациентов с ГПК 3 после проведенного лечения – 23% пациентов вернулись к ношению контактных линз, 47% перешли на пользование очками, а 30% согласились на хирургическую коррекцию методом LASIK.

В группе с ГПК 4 проведенное лечение было менее эффективно, чем при предыдущих стадиях. Мы наблюдали стихание клинических проявлений, которое сопровождалось уменьшением выраженности сосочков до стадии ГПК 1. Всем пациентам было отказано в дальнейшем использовании любых контактных линз, 17% пациентов согласились на хирургическое лечение, остальные перешли на очковую коррекцию.

Лечение ГПК длительный и трудоемкий процесс. В связи с этим, специалистам необхо-

димо осуществлять профилактику возникновения ГПК у пользователей КЛ любого типа, формировать ответственность пациента за состояние здоровья своих глаз.

Выводы:

Каждый пользователь КЛ является потенциальным пациентом с ГПК, поэтому правильный подбор КЛ и своевременное диспансерное наблюдение являются основой профилактики. В случае возникновения ГПК необходимо использовать комплексное лечение с применением кортикостероидов, антигистаминных средств, отдавая предпочтения комплексным препаратам, обладающим поливалентным действием (Окуметил, Опатанол и др.). После лечения необходимо рекомендовать пациентам альтернативные методы коррекции рефракционных нарушений, в том числе и хирургические.

3.10.2014

Список литературы:

1. Giant papillary conjunctivitis in contact lens wearers / M.R. Allansmith [et al.] // Am J Ophthalmol, 1977. – 83. – P. 697–708.
2. Giant papillary conjunctivitis induced by hard or soft contact lens wear; quantitative histology / M.R. Allansmith, D.R. Korb, J.V. Greiner // Ophthalmology, 1978. – 85. – P. 766–778.
3. Allansmith, M.R. Vernal conjunctivitis and contact lens-associated giant papillary conjunctivitis compared and contrasted / M.R. Allansmith, B.S. Bard, J.V. Greiner // Am J Ophthalmol., 1979. – 87. – P. 544–555.
4. Chang, S.H. Delayed tear lens clearance in contact lens associated papillary conjunctivitis / S.H. Chang, C.J. Chang // Curr. Eye Res., 2001. – 22. – P. 253–257.
5. Donshik, P.C. Giant papillary conjunctivitis / P.C. Donshik // Am J Ophthalmol, 1994. – 92. – P. 687–744.
6. Donshik P.C. Giant papillary conjunctivitis / P.C. Donshik, W.H. Ehlers, M. Ballow // Clao J., 1988. – 14(3). – P. 143–147.
7. Donshik, P.C. Giant papillary conjunctivitis in Frequent Replacement Contact Lens Wearers: A Retrospective Study / P.C. Donshik, A.D. Porazinski // Trans Am ophtholmo Soc, 1999. – 97. – P. 205–216.
8. Irkec, M.T. Role of tear inflammatory mediators in contact lens-associated giant papillary conjunctivitis in soft contact lens wearers / M.T. Irkec, M. Orhan, U. Erdener // Ocul. Immunol. Inflamm., 1999. – 7. – P. 35–38.
9. Molinari, J.F. Meibomian gland status and prevalence of giant papillary conjunctivitis in contact lens wearers / J.F. Molinari, S. Stanek // Optometry. – 2000. – 71(7). – P. 459–461.
10. Spring, T.F. Reaction to hydrophilic lenses / T.F. Spring // Med J Aust. – 1974. – 1. – P. 499–500.
11. Weisman, B. Giant papillary conjunctivitis / B. Weisman. – 2011. – P. 26.
12. Вафаа, А. Зейн, Оценка применения глазных капель Окуметил при лечении ангулярных блефароконъюнктивитов и аллергических конъюнктивитов / А. Зейн Ваффа. – Отделение офтальмологии, медицинский факультет, Александровский Университет. – Москва. – 2008.
13. Егоров, Е.А. Исследование эффективности и безопасности препарата Окуметил / Е.А. Егоров, Т.Е. Егорова. – Министерство Здравоохранения Российской Федерации Российской Государственной Медицинской Университет. – Москва. – 2008.
14. Киваев, А.А. Контактная коррекция зрения / А.А. Киваев, Е.И. Шапиро. – Москва, 2000. – 224 с.
15. Киваев, А.А. Осложнения и их предупреждение при применении мягких контактных линз / А.А. Киваев, Л.А. Лапина // Глаз, 1998. – 2. – С. 12–14.
16. Лещенко, И.А. Препараты и схемы лечения осложнений контактной коррекции зрения / И.А. Лещенко // Современная оптометрия. – 2010. – 6. – С. 15–18
17. Клиника, диагностика и лечение гигантского папиллярного конъюнктивита у пользователей контактных линз. Методические рекомендации / А.В. Мягков [и др.]. – Москва. – 2011. – 16 с.

Сведения об авторах:

Соголовская Елена Евгеньевна, заведующая офтальмологическим терапевтическим отделением Краснодарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России, кандидат медицинских наук

Габриэль Татьяна Петровна, врач-офтальмолог офтальмологического терапевтического отделения Краснодарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России

Быкова Елена Владимировна, врач-офтальмолог офтальмологического терапевтического отделения Краснодарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России, кандидат медицинских наук

Киселев Александр Владимирович, заведующий лабораторией консервации тканей, врач-офтальмолог кабинета контактной коррекции Краснодарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России, ассистент кафедры глазных болезней Кубанского государственного медицинского университета Минздрава России, кандидат медицинских наук

Сотникова Татьяна Олеговна, врач-офтальмолог офтальмологического терапевтического отделения Краснодарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России, кандидат медицинских наук

350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан 6, каб. 213