

воздействие.

Как показали первые исследования, другое важное направление получения гетерогенных систем связано с возможностью создания форм с включением в их состав наряду с нанодисперсиями также и видоспецифических клеток (эпителиальных и др.) для обеспечения направленного местного воздействия на регенеративные процессы в тканях глаза.

НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ МЕЙБОМИЕВЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ СИНДРОМЕ «СУХОГО ГЛАЗА»

Г. С. Полунин, М. К. Пимениди,

г. Москва

Актуальность. Дисфункция мейбомиевых желез (ДМЖ) является чрезвычайно распространенным заболеванием век, на которое, тем не менее, практически офтальмологи обращают внимание крайне редко. Нарушение функции мейбомиевых желез является причиной неполноценности слезной пленки, в частности при экзогенной форме синдрома «сухого глаза» (ССГ) (Полунин Г.С. с соавт., 2003).

Новым направлением в современной медицине является конструирование лекарственных средств на основе наночастиц. В последние годы появился препарат «Фламена D» - нанотехнический фосфолипидный комплекс, который разработан на основе природных компонентов с целью нормализации обменных и ликвидации воспалительных процессов на клеточном уровне. В основу препарата заложены свойства фосфолипидов и антиоксидантов, соединенных в особом агрегативном состоянии. Практический интерес представляет комплексный препарат Блефарогель-2 в состав которого входит «Фламена D».

Цель. Оценить эффективность лечения экзогенной формы ССГ с дисфункцией мейбомиевых желез с помощью магнитотерапии и фонофореза с фосфолипидным комплексом – «Фламена D».

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 15 пациентов (30 глаз) в возрасте от 48 до 73 лет с экзогенной и блефароконъюнктивальной формами ССГ. Все пациенты проходили общее офтальмологическое обследование, включающее: определение остроты зрения, биомикроскопия век, конъюнктивы, акцентируя внимание на

состоянии краев век и устьев мейбомиевых желез. Также проводились тест Ширмера и проба Норна.

7 пациентам (14 глаз) проведена магнитотерапия с Блефарогелем 2, 10 сеансов по 7-10 минут ежедневно. Процедура проводилась на аппарате «Полюс-1», воздействовали переменным низкочастотным магнитным полем через закрытые веки, предварительно смазывая Блефарогелем 2. 8 пациентам (16 глаз) – проводили фонофорез с Блефарогелем 2 с помощью аппарата УЗТ-3.06, 10 сеансов по 4-5 минут ежедневно. При выборе метода физиотерапевтического лечения мы руководствовались наличием воспалительной реакции конъюнктивы, слизистого отделяемого из конъюнктивальной полости. Оценка биомикроскопических признаков воспаления век, конъюнктивы и субъективных ощущений проводилась в баллах, по 5-балльной шкале.

Контрольную группу составили 10 пациентов в возрасте от 38 до 64 лет с хроническими блефаритами различной этиологии, из них у 6 отмечался мейбомиевый блефарит, у 4 демодекозный блефарит. Пациентам назначался Блефарогель 1 и Блефарогель 2 соответственно.

Результаты. При обследовании до лечения у всех пациентов отмечены гиперемия и телеангиоэктазии краев век, края век утолщены, воспалены. При биомикроскопии отмечены мелкие кисты мейбомиевых желез, содержащие секрет мейбомиевых желез. У 7 больных имелись легкая гиперемия конъюнктивы, ее отечность, незначительное слизистое отделяемое по утрам. Субъективно все пациенты жаловались на неприятное ощущение, зуд, жжение, чувство инородного тела в глазах, тяжесть век. Показатели пробы Норна и тест Ширмера были снижены.

Уже после 2-3 сеансов как фонофореза, так и магнитотерапии с Блефарогелем 2, пациенты отметили улучшение состояния, уменьшился зуд, жжение, исчезло ощущение инородного тела в глазах. Выраженность неприятного ощущений, чувства инородного тела составляла 5 баллов до лечения, 3 балла через 3 дня и 0 баллов через 10 дней. Зуд век 5-4-1 балл. К 8-10 сеансам физиотерапии, исчезла гиперемия краев век, поверхность реберного края стала более гладкой, открылись протоки мейбомиевых желез. Выраженность гиперемии составляла 5 баллов до лечения, 4 баллов на 3 день и 1 балл к 10 дню лечения. Через 10 дней результаты теста Ширмера незначительно увеличились, проба по Норну улучшилась до верхней границы нормы.

В контрольной группе через 10 дней также отмечалась положительная динамика. Уже на 2 день применения Блефарогеля 2 все пациенты отмечали субъективное улучшение состояния, выраженность неприятных ощущений снижалась. Объективно выявлено уменьшение гиперемии и отечности конъюнктивы, уменьшилась гиперемия

краев век. При биомикроскопии сохранялся застой протоков мейбомиевых желез. Результаты теста Ширмера и пробы по Норну остались не измененными.

Выводы. Проведенное исследование показало высокую терапевтическую эффективность Блефарогеля 2, в состав которого входит фосфолипидный комплекс «Фламена D», в сочетании с физиотерапевтическими методами лечения при лечении ДМЖ. На фоне лечения нормализовалась функция мейбомиевых желез, что способствовало восстановлению липидного слоя слезной пленки. В лечении дисфункции мейбомиевых желез целесообразно применение физиотерапевтических методов, в частности магнитотерапия и фонофорез с препаратом Блефарогель 2 являются эффективными и безопасными методами, обеспечивающими достижение терапевтического эффекта в более короткие сроки, чем традиционное лечение.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ФЕМТОЛАЗЕРНАЯ НАНОХИРУРГИЯ ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ХРУСТАЛИКА

С.Г. Торопыгин,

г. Тверь

Непрерывный задний капсулорексис (ЗКР) был впервые предложен в 1990 году докторами М. Blumenthal с соавт. и Н.V. Gimbel с целью устранения помутнений и случайных разрывов задней капсулы хрусталика (ЗКХ) в ходе экстракции катаракты. В более поздних работах ЗКР был рекомендован при оперативном лечении катаракты у детей (Zetterström C et al 1994) и взрослых (Van Cuawenberge F 1997) для профилактики развития помутнений ЗКХ в проекции зрительной оси, а также для захвата оптической части интраокулярной линзы (Gimbel HV 1994). Было описано выполнение передней витректомии по поводу эндофтальмита, развившегося после экстракции катаракты (Gimbel HV et al 1997), а также удаление силиконового масла в ходе экстракции катаракты (Jonas JB et al 1998, Larkin GB et al 1998) через отверстие ЗКР.

Несмотря на широкий спектр показаний и высокие функциональные результаты, получаемые у большинства пациентов при выполнении традиционного ЗКР, возможные операционные осложнения и известные технические сложности при проведении данной манипуляции (Van Cuawenberge F 1997) препятствуют ее широкому внедрению в рутинную клиническую практику.