

Бактериальний конъюнктивит: каждая капля имеет значение

Среди всех конъюнктивитов, на долю которых приходится 1% всех офтальмологических заболеваний и обращений за первичной медико-санитарной помощью, а также 1-4% консультаций семейных врачей в мире, наиболее распространенным является бактериальный конъюнктивит (БК). Несмотря на то что это заболевание является самоограничивающимся состоянием, распространенность данной патологии в общей популяции достаточно высока и сопряжена со значительным экономическим и социальным бременем (Hovding, 2008).

Приверженность пациента к лечению играет решающую роль в успешном выздоровлении. К сожалению, одной из распространенных причин низкой эффективности терапии является отсутствие комплаенса. Несмотря на существование различных факторов, способных привести к его снижению или отсутствию, вплоть до пропуска приема очередной дозы препарата по причине забывчивости, имеются сложности с правильным применением лекарственного средства вследствие появления побочных эффектов (чаще всего) и/или сложного режима дозирования (Abelson & Stein, 2014; Jackson & соавт., 2002).

Отсутствие приверженности к лечению такого самоограничивающегося заболевания, как БК, вряд ли приведет к появлению тяжелых офтальмологических осложнений. Однако оно может снизить качество жизни и работоспособность пациентов, а также увеличить их неудовлетворенность персистирующей симптоматикой и неэффективностью терапии. Все это формирует порочный круг, который значительно уменьшает вероятность успешного лечения и быстрого разрешения симптомов (Abelson & Stein, 2014).

Лечение и комплаенс

Применение топических антибактериальных препаратов (АБП) имеет целый ряд преимуществ: сокращение контактного периода, купирование клинических симптомов, снижение риска возникновения тяжелых осложнений, которые могут привести к потере

зрения, и, наконец, быстрое разрешение симптоматики позволяет детям и взрослым раньше вернуться к учебе/работе по сравнению с нелечеными больными.

Плохая абсорбция и высокая скорость вымывания некоторых местных лекарственных средств заставляют усомниться в эффективности топической терапии. В то же время топические препараты превосходят иные способы введения медикаментов, особенно при заболеваниях передней камеры глаза (Abelson & Stein, 2014). Осложняет ситуацию широкая доступность различных топических офтальмологических средств. Однако не каждый из этих препаратов гарантирует пациентам удобство применения и обеспечивает достаточный комплаенс. Различные международные организации, такие как Национальный институт здравоохранения и совершенства медицинской помощи Великобритании (National Institute for Health and Care Excellence, NICE), Американская академия офтальмологии (American Academy of Ophthalmology, AAO) и Американская ассоциация оптометристов (American Optometric Association, AOA), рекомендуют в большинстве случаев в качестве терапии выбора использовать топический АБП широкого спектра действия. Тем не менее при его выборе следует учитывать многие нюансы, в том числе: воздействие на соответствующие микроорганизмы, низкий уровень бактериальной резистентности, частоту эрадикации, минимальную токсичность, удобство дозирования и простоту приема (Abelson & Stein, 2014).

Одна из основных проблем заключается в увеличении резистентности бактерий. Излишне частое назначение АБП для лечения системных и топических инфекций обуславливает появление микроорганизмов, устойчивых к этим лекарственным средствам. Поэтому сокращение спектра применения АБП является надлежащей практикой. Данная мера позволит не только предотвратить рост резистентности бактерий к АБП в популяции, но и уменьшить стоимость и токсичность терапии. Известно, что грамположительные патогены вызывают почти 75% случаев всех БК, а грамотрицательные бактерии провоцируют возникновение заболевания только в 25% случаев в неселектурируемой популяции (Adebayo et al., 2011). Основываясь на этой теории, некоторые топические АБП (например, фузидовая кислота) оказывают целевое воздействие и обладают широким спектром действия в отношении большинства патогенов, вызывающих БК.

Независимо от того, применяется препарат (топический) широкого или узкого спектра действия, неизменным остается вопрос: «Каким образом обеспечить приверженность пациента к лечению?». Эффективным решением данной проблемы (в качестве предмета для обсуждения) может быть упрощение схемы дозирования препарата, которое будет предполагать его более редкое применение в отличие от частого ежедневного приема (Abelson & Stein, 2014). Последующие абзацы кратко резюмируют результаты нескольких клинических исследований, иллюстрирующих, какой способ терапии БК позволяет добиться наилучшего комплаенса.

В слепом рандомизированном многоцентровом исследовании в параллельных группах авторы сравнили клиническую и микробиологическую эффективность, безопасность и переносимость вязких капель, содержащих 1% раствор фузидовой кислоты, с офтальмологическим 0,3% раствором тобрамицина в лечении вероятного БК. Оказалось, что значительно большее количество пациентов из группы фузидовой кислоты, особенно молодого возраста, оценили назначенное лечение как «удобное» или «очень удобное» по сравнению с участниками из группы тобрамицина (97 vs 54% соответственно; $p < 0,001$). Простота применения, отмеченная пациентами, получавшими фузидовую кислоту, заключается в двукратном приеме препарата в течение суток. Несмотря на сопоставимую приверженность к терапии у пожилых больных в основной и контрольной группах, комплаенс у детей в возрасте 2-9 лет из группы фузидовой кислоты значительно превосходил таковой в группе тобрамицина (85 vs 47% соответственно; $p < 0,001$) (Jackson et al., 2002).

В другом исследовании сравнивались эффективность фузидовой кислоты и глазных капель хлорамфеникола в лечении острого БК у новорожденных. Установлено, что 89% новорожденных, получавших фузидовую кислоту, выздоровели, по сравнению с 87% детей, принимавших малые дозы хлорамфеникола ($p > 0,05$). В соответствии с инструкцией препараты принимали 90% больных из группы фузидовой кислоты (1% вязкие глазные капли) и 78% пациентов из группы хлорамфеникола ($p < 0,001$). Доказано, что 30% родителей оценили режим применения фузидовой кислоты как «очень удобный» по сравнению с 17% родителей, пользовавшихся хлорамфениколом ($p < 0,026$). Таким образом, лечение БК у новорожденных с использованием фузидовой кислоты сопоставимо по эффективности

с хлорамфениколом, но значительно превосходит его по простоте применения, что сопровождается более высоким комплаенсом и удовлетворенностью пациентов (Normann et al., 2002).

Еще в одном рандомизированном контролируемом исследовании у детей и взрослых с острым БК сопоставлялась эффективность вязких капель, содержащих 1% раствор фузидовой кислоты (в течение первого дня по одной капле каждые 4 часа, затем – утром и вечером), с 0,5% раствором хлорамфеникола (на протяжении первых суток по 1-2 капли каждый час, затем – 5-6 р/сут). Установлено, что топическое применение фузидовой кислоты значительно увеличивало вероятность клинического выздоровления в отличие от хлорамфеникола. У 5% пациентов наблюдалось появление легкого или умеренного зуда, жжения, местного дискомфорта при использовании фузидовой кислоты по сравнению с 14% больных, применявшими хлорамфеникол. В группе хлорамфеникола зафиксирована высокая резистентность к назначенной терапии (55%) в отличие от группы фузидовой кислоты (16%). Отмечены достоверные статистические различия ($p < 0,0001$) в частоте клинического выздоровления: при применении фузидовой кислоты она составила 85%, при использовании хлорамфеникола – 48% (Hvidberg, 1987).

В открытом рандомизированном клиническом исследовании у детей старше 6 мес, страдавших конъюнктивитом, сравнивались результаты 7-14-дневного лечения фузидовой кислотой, хлорамфениколом и фрамицетином, изучались клинические и бактериологические преимущества применения фузидовой кислоты в регионе (Танзания) с высоким уровнем резистентности к широко применяющимся офтальмологическим АБП. Показатели клинической и бактериальной эффективности оказались наиболее высокими в группе фузидовой кислоты (93 и 94% соответственно) по сравнению с другими топическими АБП (хлорамфеникол – 48 и 63%, фрамицетин – 74 и 72% соответственно). Лучшая результативность фузидовой кислоты может быть объяснена минимальными показателями резистентности in vitro (17%) в отличие от хлорамфеникола (58%) и фрамицетина (41%) (Dirdal, 1987).

Водные растворы глазных капель топических АБП быстро вымываются из глаза, что приводит к недостаточному уровню антибактериальной активности и необходимости частого применения препарата через короткие промежутки времени (Bijsterveld, 1987). Доказано, что прием фузидовой кислоты сопровождается высоким комплаенсом по сравнению с другими методами лечения. Это можно объяснить уникальной технологией изготовления карбомера, которая позволяет использовать наиболее удобный двукратный режим дозирования. Принцип действия заключается в смешивании фузидовой кислоты с мукоадгезивным полимером – карбомером, который утрачивает свою вязкость при контакте со слезной жидкостью, тогда как микрочастицы фузидовой кислоты остаются связанными с молекулами полимера. Это позволяет АБП длительно контактировать с инфицированной зоной.

Кроме того, при контакте карбомера с электролитами слезной жидкости происходит его очищение, что приводит к менее выраженному снижению четкости зрения, чем при использовании глазных масел. Вязкость карбомера также обуславливает простоту применения, делая возможным двукратный режим приема препарата, что, в свою очередь, способствует повышению комплаенса (Jackson et al., 2002; Normann et al., 2002).

Saloojee M. Bacterial conjunctivitis: making every drop count. Medical Chronicle. 2017. P. 21-23.

Перевела с англ. Лада Матвеева



ПРИРОДНА СИЛА + **ЗАХИСТ**

кислота фузидова¹ карбомер 940²

Фузидова кислота – природний антибіотик вузького спектра дії. Застосовується як антистафілококковий препарат.
^{(1) <http://www.antibiotic.ru/ab/080-82.shtml>}

Карбомер 940 – високомолекулярний полімер. Збільшує в'язкість слюзи, створюючи захисну зволожуючу плівку на поверхні рогівки.
^{(2) <http://www.aif.ru/health/leksprav/1159231>}

Футарон

Кислота фузидова **від 2 років**

10 мг/г 5 г

краплі очні, в'язка однорідна суспензія



До фузидової кислоти чутливі мікроорганізми, що є найпоширенішими збудниками очної інфекції: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*.

Ефективний щодо стафілококів, які виявляють стійкість до пеніцилінів, стрептоміцину, хлорамфеніколу, еритроміцину.³

^{3) http://www.fsnet.ru/mnn_index_id_1366.htm}

ФУТАРОН. Склад. Діюча речовина: кислота фузидова (fusidic acid); 1 г препарату містить кислоту фузидову мікронізовану (в формі гемідрату) 10 мг; допоміжні речовини: динатрію едетат, маніт (Е 421), карбомер 940, триметамол, бензалконію хлорид, вода для ін'єкцій. **Лікарська форма.** Краплі очні, суспензія. Основні фізико-хімічні властивості: в'язка однорідна суспензія білого або майже білого кольору. **Фармакотерапевтична група.** Засоби, які застосовуються в офтальмології. Протимікробні препарати. Фузидова кислота. Код АТХ S01A.A13. **Показання.** Бактериальні інфекції очей, спричинені чутливими до препарату мікроорганізмами: кон'юнктивіт, блефарит, кератит, дакриоцистит. **Протипоказання.** Індивідуальна підвищена чутливість до фузидової кислоти або до інших компонентів препарату. **Спосіб застосування та дози.** Для місцевого застосування. Перед застосуванням очні краплі необхідно збовтати. Дорослим та дітям віком від 2-х років закачують у кон'юнктивальний мішок враженого ока по 1 краплі кожні 12 годин протягом 7 днів. **Передозування.** З огляду на спосіб введення передозування малоймовірно. **Побічні реакції.** Алергічні реакції у вигляді набряку передньої складки кон'юнктиви і кров'янисті, слизові, свербіж, печіння, піривання кон'юнктиви, біль, слізотеча, набряк повік, заострення кон'юнктивіту. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** СІМІАТЕХ Фармасвітскал Індустрі Егіпет. **Заявник.** УЗФІД МЕДІЦИН ООТ А.П.М.ІС. ЛІМІТЕД, Велика Британія. **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ Міністерства охорони здоров'я України №32 від 26.01.2015 р. Реєстраційне посвідчення НЦІА/14115/01/01.

Інформація надана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики. Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

За додатковою інформацією звертайтеся за тел.: (044) 495 25 30 / e-mail: info@wm-ophthalmedics.com.ua

