

Сухой глаз, синдром красного глаза: что необходимо знать педиатру

По материалам XII Национального конгресса «Человек и лекарство» – Украина 2019, 28-29 марта, г. Киев

В рамках ставшего уже традиционным форума состоялось заседание «Украинская академия педиатрии 2019: педиатр-профессионал». В ходе этого мероприятия обсуждались актуальные вопросы, касающиеся нутрициологии, вирусных диарей, аллергических заболеваний и рациональной антибиотикотерапии у детей.



Председатель правления ОО «Ассоциация детских офтальмологов и оптометристов Украины», заведующий кафедрой офтальмологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Сергей Александрович Рыков привлек внимание аудитории к заболеваниям передней камеры глаза у детей.

– Воспалительные заболевания поверхностных структур глазного яблока – одна из важных социальных проблем практической офтальмологии. В структуре причины временной нетрудоспособности и слепоты их доля составляет до 80% и 10-30% соответственно. У 40,2% пациентов на амбулаторном приеме поводом для обращения к офтальмологу являются именно воспалительные заболевания глаза; в цифрах по Украине это 7 млн человек в год. Воспалительные заболевания глаз у детей служат причиной обращения к офтальмологу еще чаще – в 47,3% случаев.

Понятие «синдром красного глаза» (СКГ) объединяет группу глазных заболеваний, сопровождающихся характерным клиническим признаком – гиперемией конъюнктивы. Такое объединение ряда болезней в данном случае оправдано необходимостью ранней диагностики и подключения раннего, а иногда и неотложного лечения. Классическими признаками СКГ выступают гиперемия конъюнктивальных сосудов, ощущение боли, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, отек, характерное отделяемое, зуд.

СКГ включает травматическое поражение, острый приступ закрытоугольной глаукомы (такие нарушения, как правило, требуют неотложного хирургического вмешательства); кератиты, ириты, иридоциклиты (нуждаются в тщательном анализе причин, вызвавших усугубление воспалительного процесса, для назначения грамотного этиотропного лечения); конъюнктивиты (требуют детального изучения клинической картины для подбора индивидуальной схемы терапии); болезнь сухого глаза (БСГ; выявление нарушений слезообразования позволяет минимальными усилиями купировать клинические проявления и предотвратить осложнения).

Главные составляющие ведения пациента с СКГ – подробный анализ жалоб и анамнеза заболевания, оценка клинической картины, выбор необходимых дополнительных инструментальных и лабораторных методов диагностики, подбор оптимального лекарственного препарата (Kaercher T., Brewitt H., 2004; McCulley J.P., Shine W.E., 2000).

В ряде случаев причиной СКГ в детском возрасте является приступ закрытоугольной глаукомы; ведущими признаками выступают выраженная боль с иррадиацией в соответствующую половину головы и плечо, диффузная застойная инъекция конъюнктивальных сосудов, мутная

и отечная роговица, ригидный зрачок. Дифференциальными признаками являются острое начало, отсутствие отделяемого, высокое внутриглазное давление. В семейном анамнезе обычно отмечается глаукома у близких родственников. Важно помнить, что таким пациентам необходимы срочная корректная гипотензивная терапия, направление пациента на третичный уровень медицинской помощи, хирургическое (лазерное) лечение.

При кератите ведущими клиническими признаками служат нарушение целостности эпителия роговицы, выраженная перикорнеальная инъекция, гнойное или слизисто-гнойное отделяемое, инфильтрация роговицы. В анамнезе зачастую выявляют перенесенные травмы и стрессы. Главными дифференциально-диагностическими характеристиками кератита можно считать острое начало, наличие дефекта эпителия роговицы при окраске флуоресцеином, выявление микроорганизмов при бактериологическом исследовании. В связи с угрозой перфорации пациенты с данным заболеванием нуждаются не только в местной антибиотикотерапии и использовании эпителизирующих средств, но и в направлении на третичный уровень медицинской помощи.

В клинической картине аденовирусного конъюнктивита, нередко встречающегося у детей, доминируют интенсивные слезотечение и светобоязнь, диффузная инъекция, серозное отделяемое, образование пленок на конъюнктиве век, характерные инфильтраты на роговице. Признаки, позволяющие отличить аденовирусный конъюнктивит от других типов СКГ, включают яркое острое начало, характерную этапность с вовлечением второго глаза, регионарный лимфаденит, одновременное или предшествующее соматическое недомогание. В анамнезе отмечаются острые инфекционные вирусные заболевания или контакты с вирусоносителем. Тактика ведения больных с аденовирусным конъюнктивитом должна включать изоляцию пациента, местную специфическую противовирусную терапию, профилактику вторичной инфекции, удаление пленчатых мембран.

Аденовирусный конъюнктивит может сопровождаться зудом, в связи с чем требуется дифференциальная диагностика с аллергическим конъюнктивитом. В последнем случае наблюдаются диффузный мелкий folliculоз; более выраженная отечность (в отличие от аденовирусного конъюнктивита, при котором преобладает гиперемия); сезонность; наличие других аллергических заболеваний; быстрый (на протяжении 2 дней) ответ на антигистаминные препараты.

БСГ представляет собой многофакторное заболевание поверхности глаза, характеризующееся потерей гомеостаза слезной пленки и сопровождающееся симптомами, среди которых ведущую этиологическую роль играют нестабильность слезной пленки, гиперосмолярность, воспаление, повреждение глазной поверхности и нейросенсорные аномалии. Для диагностики БСГ применяются методы витального окрашивания глазной поверхности (1% флуоресцеином,

1% бенгальским розовым, 3% лиссаминовым зеленым), изучение функции мейбомиевых желез, проба Норна, тест Ширмера, анализ осмолярности слезной жидкости, теаскопия слезной пленки, тест Липкоф. Нередкое сочетание БСГ с блефароконъюнктивитом характеризуется отсутствием слезного мениска, наличием муфт и чешуек у корней ресниц, ухудшением остроты зрения при моргании или почесывании глаза. Для анамнеза типична значительная длительность заболевания (месяцы, а то и годы).

Различным формам СКГ свойственны разные типы отделяемого. Так, для аллергического конъюнктивита типично серозно-слизистое отделяемое, для бактериального – гнойное, зелено-желтое, для аденовирусного – серозное. Кроме того, течение заболевания также варьирует: для БСГ характерен вялотекущий процесс, тогда как при аллергическом конъюнктивите наблюдается сезонность обострений; в случае акантамебного кератоконъюнктивита имеют место обострения с нарастающей симптоматикой, а при герпетическом кератоконъюнктивите отмечается стрессовая провокация обострений. В любом случае у пациента с СКГ обследование следует начинать с осмотра роговицы. В отсутствие поражения оцениваются наличие фолликулов и их размер, а также выраженность гиперемии (рис.).

При подозрении на инфекционную природу СКГ применяются такие методы бактериологического исследования мазка с конъюнктивы и роговицы, как прямая микроскопия, получение вирусной культуры, полимеразная цепная реакция, тесты на определение вирусного антигена и антител против вируса герпеса человека (метод флуоресцентных антител, пассивной гемагглютинации), посев на среду Гиса.

Преимущественное большинство случаев СКГ и их осложнений требуют антибактериальной терапии. Антибиотики (АБ) относятся к наиболее часто назначаемым средствам. В Украине в настоящее время используется более 200 АБ примерно 30 различных групп. По фармакологическим особенностям АБ подразделяются на время-зависимые (пенициллины, цефалоспорины, монобактамы, карбапенемы, тетрациклины) и дозозависимые (фторхинолоны, макролиды, аминогликозиды, метронидазол). Клинический и микробиологический успех терапии первыми зависит от длительности времени, в течение которого уровень препарата в крови превышает минимальную подавляющую концентрацию. В отличие от этого эффективность дозозависимых АБ определяется концентрацией медикамента в очаге поражения.

При выборе АБ следует учесть вид вероятного возбудителя и его АБ-чувствительность, локальные данные относительно АБ-резистентности, способность АБ проникать и накапливаться в органах и тканях, доказательную базу, удобство применения, безопасность и переносимость препарата.

Наиболее частыми возбудителями воспалительных заболеваний глаза инфекционной природы являются грамположительные микроорганизмы (более 75% случаев), в первую очередь стафилококки (*Staphylococcus epidermidis*, *S. aureus*). По нашему опыту, левофлоксацин (Офтаквикс, компания Santen) продемонстрировал широкий спектр активности касательно возбудителей глазных инфекций: 93,3% изолятов оказались чувствительны к этому антибактериальному средству. Эффективность левофлоксацина превысила аналогичный показатель для офлоксацина, в особенности по отношению к *Streptococcus viridans* (97,7% и 27,3% чувствительных изолятов соответственно), *S. pneumoniae* (98,4% и 35,8%), *Pseudomonas aeruginosa* (86,7% и 68,9%). При бактериальном конъюнктивите применение левофлоксацина позволяет достичь полной эрадикации возбудителя в 85% случаев, тогда как офлоксацин – лишь в 68%. Среди грамотрицательных микроорганизмов (*Moraxella catarrhalis*, *Chlamydia pneumoniae*, *C. psittaci*, *C. trachomatis*) чувствительность к левофлоксацину также высока, в то время как чувствительность данных патогенов к популярному АБ для топического применения тобрамицину является крайне низкой или вообще отсутствует. В зарубежной литературе все чаще появляются сообщения о росте уровня резистентности анаэробных микроорганизмов и к моксифлоксацину, которая в ряде стран достигает 27% (Liu C.Y. et al., 2008).

Таким образом, существует спектр сходных по клинической картине заболеваний глаза, объединяемых в группу СКГ. Различные СКГ характеризуются типичными особенностями анамнеза, клинической картины, течения заболевания. Многие СКГ и их осложнения требуют антибиотикотерапии. Левофлоксацин (Офтаквикс, Santen) демонстрирует мощную антибактериальную активность в отношении наиболее частых возбудителей инфекционных поражений глаза. Чувствительность к левофлоксацину превышает таковую к другим часто назначаемым топическим АБ, в том числе к офлоксацину и тобрамицину.



Рис. Диагностический алгоритм при СКГ

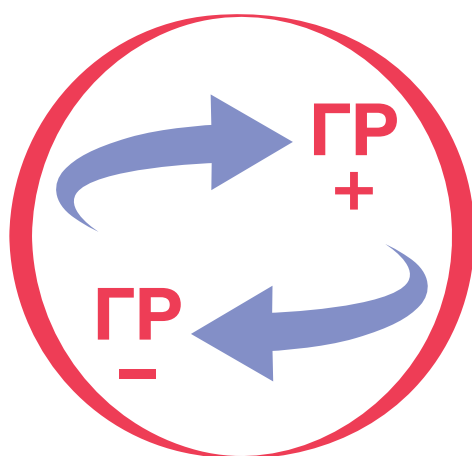
Примечание: АВК – аденовирусный конъюнктивит.

Подготовила Лариса Стрильчук

ОФТАКВИКС®

Лев офлоксацин/капли глазные

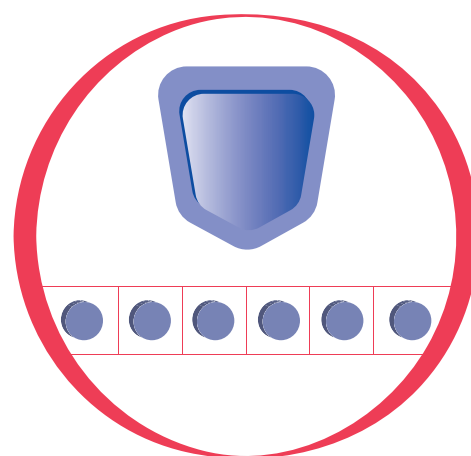
Широкий спектр действия как против грамотрицательной, так и против грамположительной микрофлоры¹



Высокая проникающая способность в ткани глаза²



Минимальная кератотоксичность в классе фторхинолонов³



5 дней**



* Ясное зрение для жизни.

** Обычный период лечения.

1. Инструкция по медицинскому применению препарата ОФТАКВИКС®.
2. Puustjärvi T. et al., 2006.
3. Kaji Y., Oshika T. J of the Eye. 2007;24(9):1229-1232.

Склад: діюча речовина: Склад: діюча речовина: 1 мл крапель очних містить лево-флоксацину напівгідрат 5,12 мг еквівалентно 5 мг лево-флоксацину. **Фармакотерапевтична група.** Засоби, що застосовуються в офтальмології. Лев офлоксацин. Код АТХ S01A E05. **Фармакологічні властивості.** Фармакодинаміка. Лев офлоксацин є L-ізомером рацемічної лікарської речовини офлоксацину. Антибактеріальну дію має переважно L-ізомер офлоксацину. Лев офлоксацин – антибактеріальний засіб з групи фторохінолонів, пригнічує активність бактеріальних топоізомераз II типу – ДНК-гіраз та топоізомераз IV. Дія левофлораксацину у грамотрицателних бактерій спрямована переважно на ДНК-гіраз, а у грампозитивних бактерій – на топоізомеразу IV. **Показання.** Місцеве лікування бактеріальних зовнішніх очних інфекцій, спричинених мікроорганізмами, чутливими до левофлораксацину. **Протипоказання.** Гіперчутливість до активної речовини левофлораксацину, на інші хіноліни або до будь-якого іншого компонента препарату. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.** Не проводили спеціальних досліджень щодо взаємодії цього препарату з іншими ліками. При паралельному застосуванні різних місцевих очних лікарських засобів інтервал між закапуваннями має становити щонайменше 15 хвилин. **Особливості застосування.** Препарат не можна вводити під кон'юнктиву. Розчин не слід вводити безпосередньо у передній відділ ока. Контактні лінзи. Пацієнтам із бактеріальною зовнішньою очною інфекцією не слід носити контактні лінзи. **Діти.** Особливі застереження та запобіжні заходи при використанні однакові для дорослих і дітей віком від 1 року. Застосування у період вагітності або годування груддю. **Вагітність.** Відповідних даних щодо застосування левофлораксацину у період вагітності немає. Досліди на тваринах є недостатніми щодо впливу на перебіг вагітності і розвиток плода та ембріона, пологів і постнатального розвитку. Можливий ризик для людини невідомий. Препарат слід застосовувати у період вагітності лише у випадку, якщо потенційна користь для матері переважає можливий ризик для плода. **Спосіб застосування та дози.** Офтальмологічне застосування. Для одноразового використання. По 1-2 краплі в уражене око (очі) кожні 2 години до 8 разів на добу протягом перших двох днів після пробудження, а потім 4 рази на добу з 3-го по 5-й день. Тривалість лікування залежить від тяжкості гостроти розладу і від клінічного та бактеріологічного перебігу хвороби. Зазвичай термін лікування становить 5 днів. **Годування груддю.** Лев офлоксацин проникає у грудне молоко. Проте у терапевтичних дозах Офтаквікс® не впливає на дитину. Очні краплі Офтаквікс® у період годування груддю слід застосовувати лише у випадку, якщо потенційна користь переважає можливий ризик для дитини. **Фертильність.** Лев офлоксацин не спричиняє погіршення фертильності щурів при експозиції, що значно перевищує максимальний вплив на людину після застосування в очі. **Побічні реакції.** Ознайомтеся з переліком можливих побічних реакцій в повній інструкції для медичного застосування. **Термін придатності.** 2 роки. Після відкриття пакета з тьюбик-крапельницями: краплі очні слід використати протягом 3 місяців після розкриття пакета. **Умови зберігання.** Зберігати при температурі не вище 25 °С в оригінальній упаковці. Зберігати у недоступному для дітей місці. **Упаковка.** По 0,3 мл крапель очних у тьюбик-крапельницю; по 10 тьюбик-крапельниць у пакеті з фольги. По 1 пакету з фольги у картонній коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Сантен АТ, Фінляндія/Santen Oy, Finland. **Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності.** Нііттихаанкату, 20, 33720 Тампере, Фінляндія/Niittyhaankatu 20, 33720 Tampere, Finland. Реєстраційне посвідчення № UA/11401/01/01 від 04.05.2016.

Этот материал не является рекламой лекарственного средства, содержит исключительно научную и медицинскую справочную информацию, предназначен для персонального использования и / или предоставлен по запросу. Перед назначением любого препарата, упомянутого в настоящем материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полным текстом инструкции изготовителя по применению препарата. SANTEN не рекомендует применять продукты в целях, которые отличаются от тех, которые описаны в инструкции по применению данной продукции. Настоящий материал предназначен только для медицинских специалистов и для распространения во время специализированных медицинских мероприятий и для печати в специализированных медицинских журналах. Изготовлен: апрель 2019. Годен до апрель 2021.