

**Передплата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «Укриошми»!
За передплатними індексами:**

Здоров'я України[®]
«МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – ХХІ СТОРІЧЧЯ»

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПЕДІАТРІЯ»

37638

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»

89326

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

37639

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

49561

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

Архів номерів
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року

У середньому
понад 8000
відвідувань
на день

Клинические бактериального

Проблема рациональной антибиотикотерапии инфекционно-воспалительных заболеваний относится к наиболее актуальным в современной медицине. Несмотря на мощный арсенал антибактериальных средств, врачу порой трудно определиться с выбором. Особое внимание уделяется этому вопросу при назначении antimicrobных препаратов у детей.

Заведующий кафедрой офтальмологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, заслуженный врач Украины, доктор медицинских наук, профессор Сергей Александрович Рыков рассказал об основных причинах бактериальных конъюнктивитов у детей.



– Бактериальные конъюнктивиты – заболевания, при которых микробная инфекция поражает слизистую передней поверхности глаза. Чаще всего бактериальные конъюнктивиты у детей первого года жизни вызываются грамположительными микроорганизмами. Наиболее распространенными возбудителями этой группы являются *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*. По данным зарубежных источников одним из наиболее распространенных грамотрицательных микроорганизмов является *Haemophilus influenzae*, в то время как по данным отечественной литературы спектр грамотрицательной микрофлоры представлен *Escherichia coli* и *Pseudomonas aeruginosa*. Видовая характеристика возбудителей конъюнктивитов может зависеть от возраста пациентов, популяционной характеристики микроорганизмов, а также общих тенденций проведения антибиотикотерапии

с учетом формирования антибиотикорезистентных штаммов бактериальных патогенов. У детей первого года жизни воспалительные заболевания конъюнктивы глаза являются достаточно часто встречающейся патологией и в преобладающем количестве случаев (около 75%) провоцируются бактериальной инфекцией. Передняя поверхность глаза у детей после рождения обсеменяется микрофлорой, некоторые представители которой относятся к условно-патогенной флоре, и существует вероятность их дальнейшего перехода в патогенные формы. Такая тенденция чаще имеет место у детей первого месяца жизни (новорожденных) в связи с имеющимся у них транзитным иммунодефицитом. Клинические проявления заболевания могут зависеть от степени контаминации и вирулентности бактериальных патогенов. К факторам риска бактериальных конъюнктивитов у детей первого года жизни относятся следующие: инфицирование в родовых путях матери, непроходимость носослезного канала, средние отиты, хронические бактериальные инфекции носоглотки и верхних дыхательных путей.

Нами было проведено проспективное клиническое исследование с изучением особенностей течения бактериального конъюнктивита у детей в возрасте от 2 нед до 1 года (90 пациентов), у которых для лечения применялся офлоксацин в виде глазных капель Флоксал. Для сравнения в другой группе

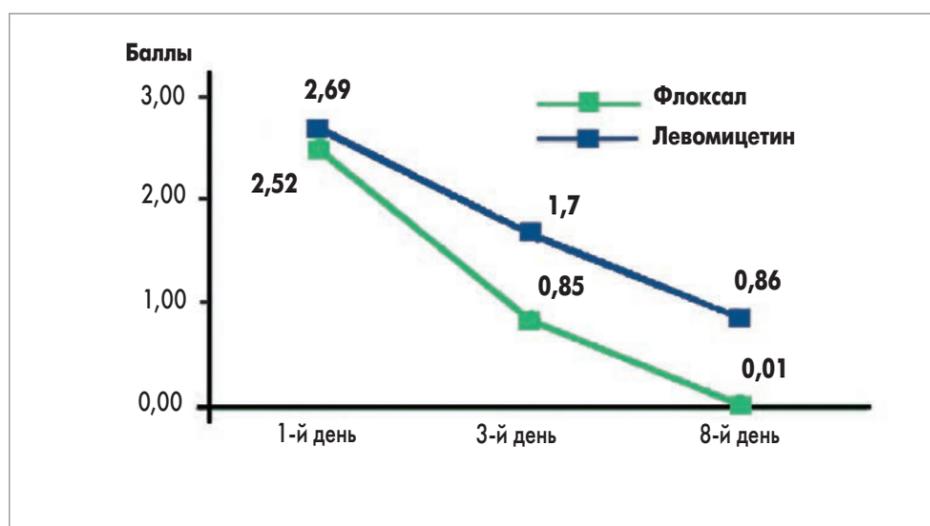


Рис. Динамика воспалительной реакции конъюнктивы в баллах у больных с бактериальными конъюнктивитами

и эпидемиологические результаты лечения офлоксацином конъюнктивита у детей первого года жизни

больных (30 пациентов) с аналогичной патологией было проведено лечение хлорамфениколом – препаратом Левомецетин.

О современных принципах лечения бактериальных конъюнктивитов у детей рассказала **врач-офтальмолог отделения хирургического лечения заболеваний детского возраста КГООБ «Центр микрохирургии глаза», кандидат медицинских наук Марина Владимировна Шевколенко.**



– Множество антимикробных препаратов могут применяться с целью лечения конъюнктивитов, однако ни один из них не дает 100% покрытия антибак-

териальной активности в отношении всех возможных штаммов возбудителей. Руководство к назначению местных антибиотиков значительно отличается от подхода к применению системных противомикробных средств. Согласно данным Venitez del Castillo, микроорганизмы, устойчивые к определенным системным антибактериальным препаратам, могут подвергаться эффективной эрадикации при местном применении последних в связи с высокой их концентрацией в очаге поражения.

Лечение конъюнктивитов начинается в основном с клинического предположения о бактериальном характере заболевания конъюнктивы без ожидания результатов бактериологического исследования. Методики назначения антибиотиков значительно варьируются. Большинство практикующих врачей назначают антибактериальные средства широкого спектра действия на эмпирической основе без учета культуральных особенностей возбудителей, применяя наиболее часто используемые препараты первой линии. В последнее время такими лекарственными средствами, по данным зарубежных источников, чаще становятся фторхинолоны.

Представленные на фармацевтическом рынке антибиотики в виде глазных капель могут применяться у детей определенных возрастных групп и в большинстве случаев используются в соответствии с дозировкой для взрослых, так как не было проведено конкретных клинических испытаний у детей и нет педиатрических форм препаратов. Поэтому назначение противомикробных средств

при бактериальных конъюнктивитах у детей младшей возрастной группы предполагает подбор эффективного (с широким спектром действия), не имеющего токсического и системного воздействия, адаптированного к применению в педиатрии антибактериального препарата.

Рациональная и эффективная антибиотикотерапия бактериальных конъюнктивитов у детей уменьшает тяжесть заболевания, а также сводит к минимуму осложнения и реинфекцию. Кроме того, важным является факт невысокой распространенности резистентных к фторхинолонам штаммов микроорганизмов, а эффективность офлоксацина (препарат Флоксал) может объясняться не только широким спектром действия, но и высокой биодоступностью, тканевым проникновением, пролонгированным действием, низкой токсичностью и хорошей переносимостью. Поэтому антибиотиками первой линии при данной патологии могут быть высокоэффективные фторхинолоны. В частности, наши исследования показали достаточную клиническую и микробиологическую эффективность офлоксацина (препарат Флоксал) для лечения бактериальных конъюнктивитов у детей первого года жизни. Офлоксацин обладает широким спектром бактерицидного действия с высокой конъюнктивальной концентрацией, относится ко второй генерации фторхинолонов. Механизм его воздействия заключается в ингибировании ДНК-гиразы (топоизомеразы II) и топоизомеразы IV. ДНК-гираза – фермент, непосредственно участвующий в репликации, транскрипции и репарации бактериальной ДНК. Топоизомераза IV – фермент, выполняющий ключевую роль в фрагментации хромосомной ДНК во время деления бактериальной клетки.

О результатах использования препарата Флоксал в клинической практике рассказала **ассистент кафедры глазных болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, кандидат медицинских наук Е.Ю. Грижимальская.**

– Инстилляцией 0,3% раствора офлоксацина проводились 4 раза в сутки в течение 7 дней. Для сравнения у детей аналогичного возраста с такой же патологией проводилось лечение 0,25% раствором хлорамфеникола (Левомецетин). Выбор Левомецетина был

аргументирован достаточно частым его применением в практике детских офтальмологов у нас в стране и за рубежом в качестве лекарственного средства первой линии у детей различных возрастных групп, включая младенцев первого года жизни.



Эффективность терапии оценивалась по следующим параметрам: динамика данных бактериологического исследования отделяемого из конъюнктивальной полости; динамика выраженности клинических показателей воспаления конъюнктивы, а также переносимость препаратов на основе следующих проявлений: гиперемии, высыпаний на коже век, повышения слезотечения. Клиническое выздоровление регистрировали при исчезновении основных симптомов: отделяемого из конъюнктивальной полости, гиперемии бульбарной и пальпебральной конъюнктивы. В случае отсутствия полного выздоровления, клинические исходы определяли как «улучшение», «без изменений» или «ухудшение». Оценка клинических признаков воспаления проводилась в баллах (от 0 до 3) согласно модифицированному тесту Draize (рис.)

Флоксал проявил очень высокий уровень активности в отношении грамотрицательных микроорганизмов, таких как *E. coli*, *P. aeruginosa*, а также золотистых стафилококков и фекальных энтерококков. Клинические симптомы воспалительной реакции конъюнктивы у пациентов, получавших местную терапию офлоксацином, значительно уменьшились с 2,52 до 0,85 балла уже на третий день и полностью купировались в 97,8% случаев после завершения

лечения. Только у двух детей в возрасте до 1 мес (2,2%) с сопутствующей патологией (отит, ОРВИ) наблюдались остаточные явления гиперемии конъюнктивы, а результаты терапии оценивались как улучшение. При применении хлорамфеникола на третий день лечения регресс симптомов воспалительной реакции конъюнктивы был значительно менее выражен – с 2,69 до 1,7 балла, а после завершения терапии клиническое выздоровление наблюдалось только у 28,6% детей, улучшение – у 57,2% пациентов, а в 14,2% случаев не было клинического эффекта от проводимой терапии. Клиническая эффективность лечения офлоксацином (препаратом Флоксал) подтверждается также его микробиологическим действием, о чем свидетельствуют результаты исследования чувствительности выделенных конъюнктивальных патогенов у больных обеих групп к офлоксацину (препарату Флоксал) и хлорамфениколу *in vitro*.

Таким образом, антибиотиками первой линии при бактериальном конъюнктивите могут быть высокоэффективные фторхинолоны, а проведенные исследования показывают достаточное клиническое и микробиологическое действие офлоксацина в виде препарата Флоксал для лечения бактериальных конъюнктивитов у детей первого года жизни. Кроме того, важным является факт невысокой распространенности резистентных к фторхинолонам штаммов микроорганизмов, а эффективность офлоксацина (препарата Флоксал) может объясняться не только широким спектром действия, но и высокой биодоступностью, тканевым проникновением, пролонгированным действием, низкой токсичностью и хорошей переносимостью.

Подготовил **Владимир Савченко**



Р.С. № UA/8528/02/01 от 26.07.2013 до 26.07.2018

Р.С. № UA/8528/01/01 от 26.07.2013 до 26.07.2018