

М.В. Сидорова, к.м.н., провідний офтальмолог медичної мережі «Добробут», м. Київ

## Ефективний та безпечний препарат Тобіфламін у практиці офтальмолога

**Тобіфламін – фіксована комбінація тобраміцину 3 мг/мл і дексаметазону 1 мг/мл у формі очних крапель. Тобраміцин є бактерицидним антибіотиком групи аміноглікозидів, ефективним у лікуванні поверхневих інфекцій ока, спричинених грамположитивними стафілококами, стрептококами та грамнегативними бактеріями *Escherichia coli*, *Acinetobacter*, *Citrobacter*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella*, *Klebsiella*. Додатковий вплив дексаметазону 0,1% у складі очних крапель чинить протизапальний ефект, зменшує набряк тканин і місцевий автоімунний процес у кон'юнктиві, що запускається при загибелі бактерій, а також вивільненні їхніх білків, тобто токсинів. Тобіфламін успішно застосовують у дітей віком від 1 року та в дорослих.**

Переважає більшість хворих на амбулаторному прийомі офтальмолога – пацієнти з гострим кон'юнктивітом і блефаритом (Cagini S., Mariniello M. et al., 2020). Кон'юнктивіти характерні для дітей раннього віку (3-5 років), що пов'язано з відвідуванням дитячих дошкільних закладів і недостатніми гігієнічними навичками в побуті. Спектр бактеріальної флори в дітей найчастіше представлений стафілококами, *Moraxella*, *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli*. Якщо доцільне призначення двох препаратів і форми крапель, для маленьких пацієнтів дуже важливою є присутність двох активних речовин в одному флаконі, оскільки кожна інстиляція може супроводжуватися відмовою і роздратуванням дитини. Препарат Тобіфламін швидко проявляє бактерицидний та протинабряковий ефект, що зазвичай дає можливість повністювилікувати бактеріальний кон'юнктивіт упродовж 5 днів.

У дорослих блефарокон'юнктивіт виникає у разі загострення сапрофітної мікрофлори

мейбомієвих залоз або інфікування агресивними штамами стрептококів, ентеробактера, пневмокока та синьогнійної палички контактно-побутовим чи повітряно-крапельним шляхом. Застосування Тобіфламіну кожні 3 год забезпечить потужний бактерицидний та протизапальний ефект на повіках і в кон'юнктиві. Під час клінічного огляду хворих, які лікуються Тобіфламіном, виявляються зменшення набряку та гіперемії краю повік і кон'юнктиви, відсутність ексудації та гною вже після перших трьох інстиляцій; пацієнт відчуває зменшення печіння, дискомфорту в очах, слизові виділення з кон'юнктиви зникають через 4-6 год після початку використання Тобіфламіну.

Наявність бактеріальної флори в сальному секреті краю повік спричиняє хронічний блефарит, що проявляється потовщенням і дискомфортом у краях повік, недостатністю виділення сального секрету на поверхню ока та відчуттям сухості й стороннього тіла в оці. Запальні процеси в кон'юнктиві невід'ємно пов'язані

з функцією мейбомієвих залоз і сальних залоз вій, що нерідко закінчується утворенням халязіонів у товщі повік (Wu A.Y., Gervasio K.A., 2019). Препарат Тобіфламін ефективний для лікування хронічних і гострих блефарокон'юнктивітів, оскільки тобраміцин є бактерицидним щодо типової бактеріальної флори повік: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* і *Enterobacter aerogenes*. Відновлення пасажу сального секрету сприяє швидкому очищенню країв повік від лусочок і залишків запального ексудату. Короткочасне застосування дексаметазону в складі Тобіфламіну протягом 5-7 днів є безпечним щодо підвищення очного тиску та катарактогенезу.

Вроджена обструкція носослізного каналу зустрічається в 6-12% новонароджених; у період до 1 року у 85% випадків вона самостійно минає при застосуванні масажу мішка чи промивання каналу. Однак у деяких дітей обструкція залишається впродовж 2-го року життя; така клінічна ситуація потребує комбінованого лікування краплями та зондування носослізного каналу. Саме фіксована комбінація антибіотика та кортикостероїда в одному флаконі полегшить лікування маленьких пацієнтів, підвищить комплаєнс до лікування. Зондування носослізного каналу краще виконувати через кілька днів використання крапель тобраміцину/дексаметазону, що дозволить знищити бактеріальну флору в каналі та слізного мішка, а також зменшити набряк стінок каналу (Qin Xiang, Dan Hu, Xu Gao, 2019).

Гострі епісклерити та склерити є очними ізольованими синдромами, а також можуть бути типовими проявами системних автоімунних захворювань: ревматоїдного артрити, серонегативного спондиліту та ювенільного ревматоїдного артрити. Епісклерити та склерити проявляються поверхневою або глибокою перикорнеальною чи склеральною ін'єкцією, цилиарною болісністю, набряком тканин ока. Маючи справу зі склеритом уперше чи епісклеритом, лікар-офтальмолог не одразу може визначити етіологію процесу: бактеріальною або автоімунною є природа цього клінічного вибору – комбінований препарат тобраміцину та дексаметазону, оскільки це дозволяє елімінувати бактеріальну складову на кон'юнктиві та зупинити запальний процес у поверхневих і глибоких шарах склери (Wang J., Zhang Q. et al., 2022). Швидке одужання забезпечить фіксована комбінація

тобраміцину з дексаметазоном; інстиляції застосовують кожні 3 год у хворе око впродовж 7-10 днів.

Діти з ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА) – окрема категорія хворих, у яких дебют системної патології відбувається у віці 3-5 років і супроводжується запаленням в одному чи обох очах. Очні прояви ЮІА складаються зі склеритів та епісклеритів, передніх та задніх увеїтів. Першою допомогою при виявленні увеїту чи склериту в дитини є застосування фіксованої комбінації тобраміцину та дексаметазону протягом 5-7 днів (Kraus C.L., Culican S.M., 2012). За відсутності позитивної динаміки в оці та продовження запальних процесів у суглобах слід вирішити питання про призначення імунобіологічної терапії.

Дорослі хворіють на передній чи задній увеїт у віці 30-50 років, групою ризику є чоловіки HLA B27-позитивні з серонегативним спондилітом. Передні увеїти в таких пацієнтів рецидивують 1-2 рази на рік, особливо у випадку декомпенсації імунного статусу та неможливості застосування імунобіологічної терапії. Однак передній увеїт у 50% випадків є ізольованим клінічним синдромом: системної патології та зв'язку увеїту з артритом немає. Гострий біль і почервоніння одного ока супроводжується зниженням зору. Ситуація ускладнюється відкладенням клітинних преципітатів не ендотелії рогівки та передній капсулі кришталика, що проходять тривалу природну резорбцію. Лікування комбінованим препаратом Тобіфламін слід розпочинати з 1-го дня увеїту, застосовувати активно (кожні 2 год перші 5 днів, згодом частоту інстиляцій можна зменшити до 4 р/день). Дексаметазон 0,1% у складі Тобіфламіну добре проникає до передньої камери ока і зупиняє запальний процес у райдужці та цилиарному тілі.

Оперативні втручання щодо катаракти, глаукоми, видалення птеригіума і халязіона є показаннями для застосування комбінації тобраміцину та дексаметазону. Загоєння рани первинним натягом проходить завдяки бактерицидному ефекту аміноглікозиду тобраміцину, а дексаметазон сприяє зменшенню набряку та запального процесу в краях рани. Після хірургічних втручань тривалість застосування Тобіфламіну становить 5-7 днів.

У період вагітності та лактації Тобіфламін не застосовують. Препарат добре переноситься; за даними літератури, побічні реакції у вигляді незначної гіперемії очей спостерігалися в менше ніж 1% хворих.



М.В. Сидорова

**Отже, фіксована комбінація тобраміцину та дексаметазону в складі очних крапель Тобіфламін є ефективною й безпечною для дітей від 1 року і дорослих при багатьох захворюваннях та в післяопераційному періоді.**