

© В. А. Рейтузов, 2010
УДК 617.7-002-08

В. А. Рейтузов
канд. мед. наук

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Применение Окомистина® для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний глаз

Актуальная проблема офтальмологии — воспалительные заболевания глаз (конъюнктивиты, блефариты, кератиты). Исследовано антимикробное действие препарата «Окомистин» при лечении инфекционных процессов переднего отрезка глаза. Использование препарата в комплексной терапии больных способствует купированию воспалительных явлений, ускорению эпителизации роговицы (на 3–4 дня раньше, чем при традиционных методах лечения), сокращению сроков лечения, повышению местного иммунитета.

Ключевые слова: офтальмология, конъюнктивиты, блефариты, кератиты, антибиотикотерапия, Окомистин

Инфекционно-воспалительные заболевания глаз представляют актуальную проблему современной офтальмологии [1–4]. Как известно, все большее число людей, в том числе молодого возраста, испытывают достаточно интенсивные субъективные страдания, связанные с изменениями роговицы и конъюнктивы. Иногда выраженность таких изменений и связанные с ними процессы дистрофии роговицы служат причиной снижения работоспособности, а то и вынужденной смены профессии [5].

В соответствии с резолюцией VII съезда офтальмологов России была сформирована отраслевая научная программа «Разработка и дальнейшее совершенствование методов диагностики, профилактики и лечения заболеваний глаз, способствующих снижению слепоты и слабовидения» (2001–2005 гг.).

В последние годы значительно снизилась чувствительность современных антибиотиков к патогенной микрофлоре, и внедрение в клиническую практику новых противомикробных препаратов — важная задача как биохимиков, фармакологов, так и врачей-клиницистов офтальмологов.

Цель работы — исследование по данным литературы антимикробного действия современного препарата «Окомистин» в отношении

грамположительных и грамотрицательных бактерий при лечении инфекционных процессов переднего отрезка глаза (конъюнктивитов, блефаритов, кератитов и кератоувеитов), а также последствий травм [6–12].

Л. Э. Саржевская, Ю. Г. Витер, И. А. Табакова и соавт. (Запорожский ГМУ, ГБ № 3, Запорожье, Украина) исследовали клиническую эффективность глазных капель «Окомистин» в комплексной терапии травматических кератитов. Под наблюдением находились 72 больных (72 глаза) от 18 до 57 лет, мужчин — 48, женщин — 24; 39 больных (39 глаз) — с поверхностным кератитом и 33 больных (33 глаза) — с глубоким кератитом. Все пациенты по случайному признаку разделены на две равнозначные группы, сопоставимые по полу, возрасту, виду и степени поражения. При этом 38 пациентов (38 глаз) получали лечение по общепринятым схемам (контрольная группа), 34 больных (34 глаза) — препарат «Окомистин» (основная группа). Лечение начинали в день поступления больного. Препарат использовали 6 раз в день местно в сочетании с общепринятым комплексным лечением. Сравнительную оценку эффективности лечения в двух группах больных проводили с учетом продолжительности объективного и субъективного улучшения,

ликвидации воспалительных явлений, скорости эпителизации дефекта роговицы, сроков рассасывания инфильтратов, интенсивности помутнения роговицы, характера и количества осложнений, динамики зрительных функций глаза и продолжительности лечения больных.

При бактериологическом исследовании мазков, взятых с конъюнктивы, у 67 % больных обнаружена патогенная микрофлора, в 33 % случаев (24 глаза) посев на микрофлору роста не дал; видимо, это связано с тем, что больные до обращения в стационар получали лечение по месту жительства.

Исследование показало, что «Окомистин» переносился больными хорошо, ни в одном случае не было отмечено побочных эффектов и не требовалось отмены препарата в связи с его переносимостью.

Клиническими наблюдениями установлено, что в основной группе больных с поверхностными поражениями роговицы, которые получали «Окомистин», полная эпителизация роговицы наступала на 3–4-й день лечения, резорбция инфильтрата — на $4,3 \pm 0,02$ сут. В контрольной группе сроки эпителизации роговицы удлинялись до 4–6 дней, резорбция инфильтрата происходила на $5,4 \pm 0,03$ сут. В одном случае наблюдалось распространение воспалительного процесса в глубокие слои.

Л. В. Саблина, И. И. Бакбардина, А. В. Нечай (Центр микрохирургии глаза, Киев, Украина) провели исследование эффективности препарата «Окомистин» при воспалительных заболеваниях переднего отрезка глаза различной этиологии.

Под наблюдением находились 23 пациента (35 глаз) от 17 до 62 лет (14 женщин, 9 мужчин). Всем пациентам проводили стандартное для данной патологии обследование (визометрия, периметрия, тонометрия, биомикроскопия, при необходимости — флюоресциновая проба). Во всех случаях возбудитель был верифицирован лабораторными методами.

Лечение Окомистином проводили у пациентов с конъюнктивитами (хламидийные — 3, герпетические — 2, бактериальные различной этиологии — 20, аденовирусные — 4), кератитами (герпетический поверхностный везикулярный — 2, аденовирусные — 2) и увеитами при артериальной гипертонии — 2.

У всех пациентов было отмечено уменьшение выраженности объективных клинических симптомов воспаления — отека и гиперемии век, конъюнктивы, конъюнктивального отделя-

емого, морфологических элементов пенетрации возбудителя в ткани роговицы, опалесценции влаги передней камеры, миоза как показателя иридоциклита — и улучшение субъективного состояния (зуд, жжение, слезотечение, светобоязнь, восстановление зрительных функций) в первые же сутки после инстилляций препарата «Окомистин». Полное исчезновение симптомов отмечено на 2–7-е сутки в зависимости от патологии и начала лечения. Рецидива симптомов на фоне лечения и побочных эффектов ни у одного пациента отмечено не было. При контрольных лабораторных исследованиях по окончании курса терапии возбудителей заболевания не выявлено ни в одном случае.

Базируясь на клиническом опыте применения глазных капель «Окомистин», авторы рекомендуют его как монотерапию при лечении конъюнктивитов и поверхностных кератитов разной этиологии. Не отмечено каких-либо случаев отрицательного либо побочного действия препарата.

В. Н. Сакович, Е. А. Барина, О. В. Забияка и соавт. (Днепропетровская медицинская академия, Днепропетровская областная офтальмологическая больница, ГБ № 1, № 3, Никополь, Украина) провели клиническое исследование эффективности препарата «Окомистин» при бактериальных кератитах.

Под наблюдением находились 56 больных (56 глаз) от 18 до 76 лет с бактериальными кератитами. Основная группа состояла из 30 больных, контрольная — из 26. Проводили исследования микрофлоры конъюнктивальной полости и ее чувствительности к антибиотикам методом диффузии в агаре с применением булавочных дисков.

В 28 % случаев посев на микрофлору роста не дал. Это объясняется тем, что больные до поступления в стационар принимали лечение по месту жительства. У больных с тяжелым течением заболевания в 42 % случаев преобладала грамотрицательная микрофлора (синегнойная палочка, протей, энтеробактер).

Всем больным была назначена антибактериальная, десенсибилизирующая, осмо- и витаминотерапия. Кроме того, больным основной группы закапывали Окомистин 6 раз в день. Отмечена хорошая переносимость препарата. Через 2–3 дня после начала применения капель намечалась стабилизация и регрессия воспалительного процесса независимо от сроков заболевания. Пациенты ощущали уменьшение боли в глазу, светобоязни, слезотечения.

Включение Окомистина в комплексное лечение бактериальных кератитов значительно улучшало клинические показатели: ускорило рассасывание инфильтратов на 3,3 дня, эпителизацию роговой оболочки — на 3,5 дня, стихание воспалительного процесса — на 4,5 дня. Вследствие этого значительно сокращалось время пребывания больного на койке (на 3,8 дня меньше в основной группе по сравнению с контрольной).

Улучшение остроты зрения до 0,5 после лечения в основной группе больных достигнуто у 63 %, в контрольной — у 37 %.

Окомистин хорошо переносился больными, не вызывал побочных реакций, способствовал устранению боли, слезотечения, светобоязни, а также быстрому купированию воспалительного процесса, эпителизации роговицы, рассасыванию ее инфильтрации, сокращению сроков пребывания больного в стационаре.

Степень тяжести инфекционного процесса роговой оболочки зависит от характера микрофлоры, вызывающей заболевание. Особенно тяжело протекают кератиты, вызванные грамотрицательной микрофлорой.

Высокая терапевтическая эффективность Окомистина, малая токсичность и коммерческая доступность дают основания рекомендовать его для лечения бактериальных кератитов в клинической и амбулаторной практике.

Окомистин — современный препарат для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний глаз. Действующее вещество Окомистина — *бензилдиметил[3-(мириситоламино)-пропил]аммоний хлорид моногидрат* — отечественный антисептик широкого спектра действия с иммуномодулирующими свойствами. В основе антимикробной активности препарата лежит прямое взаимодействие его молекулы с белково-липидными комплексами мембран микроорганизмов. При этом часть молекулы Окомистина погружается в липофильный слой мембраны, разрывает ее и повышает проницаемость для крупномолекулярных веществ, изменяет энзиматическую активность микробной клетки, ингибируя ферментные системы, что приводит к угнетению жизнедеятельности микроорганизмов и их разрушению. В отличие от других препаратов, Окомистин обладает высокой избирательностью действия в отношении микроорганизмов и не повреждает клеточные мембраны тканей человека. Данный эффект связан с различием структур клеточных мембран человека и микроорганизмов.

Окомистин оказывает выраженное антимикробное действие в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий в виде монокультур и микробных ассоциаций, включая госпитальные штаммы с полирезистентностью к антибиотикам; действует, в том числе, на стрептококки, стафилококки, коринебактерии, бациллы, энтеробактерии, псевдомонады, вибрионы, спирохеты, гонококки, бледные трепонемы, трихомонады, хламидии, а также на вирусы герпеса, гриппа.

Установлено, что у больных основной группы, которые получали Окомистин, воспалительные явления купировались, эпителизация роговицы наступала на 3–4-й день лечения, резорбция инфильтрата — на $4,3 \pm 0,02$ сут. В контрольной группе сроки эпителизации роговицы удлинялись до 4–6 дней, резорбция инфильтрата происходила на $5,4 \pm 0,03$ сут. Клиническими наблюдениями установлено, что в группе больных с поверхностными поражениями роговицы, которые получали Окомистин, полная эпителизация роговицы наступала на 3–4-й день лечения, резорбция инфильтрата — на $4,3 \pm 0,02$ сут. В контрольной группе сроки эпителизации роговицы удлинялись до 4–6 дней, резорбция инфильтрата происходила на $5,4 \pm 0,03$ сут. В одном случае наблюдалось распространение воспалительного процесса в глубокие слои.

Результаты клинических наблюдений у пациентов с конъюнктивитами и кератитами показали, что уже в первые дни применения Окомистина у большинства пациентов отмечалось значительное улучшение состояния глаз, которое проявлялось в уменьшении либо исчезновении зуда, чувства «инородного тела», светобоязни, отделяемого из конъюнктивальной полости. Полная регрессия признаков воспаления (покраснение, отек, отделяемое) наблюдалась уже к 3–4-му дню, в то время как у пациентов, получавших традиционную терапию (0,25 % раствор Левомецетина), эти симптомы сохранялись до 12–14 дней. Продолжительность лечения пациентов, получавших Окомистин, в среднем сокращается на 20–30 % по сравнению с пациентами, получающими традиционную терапию.

Клиническими наблюдениями установлено, что в основной группе пациентов с поверхностными поражениями роговицы, которые получали Окомистин, полная эпителизация роговицы в среднем наступает на 3–4-й день лечения, а резорбция инфильтрата — на 4-е сутки. В контрольной группе (0,25 % раствор Левомецети-

на) сроки эпителизации роговицы удлинились до 6 дней, резорбция инфильтрата происходила на 5-е сутки, у отдельных пациентов наблюдалось распространение воспалительного процесса в глубокие слои роговицы.

Острота зрения зависит, в первую очередь, от локализации инфильтрата на роговице и от глубины ее поражения. При поверхностных кератитах улучшение остроты зрения до 0,6–1,0 с коррекцией в основной группе пациентов, которые получали Окомистин, достигнуто в 100 % случаев, что привело к полному восстановлению трудоспособности, а в контрольной группе — в 90 % случаев.

Таким образом, использование глазных капель «Окомистин» в комплексной терапии больных с конъюнктивитами, блефаритами и

кератитами способствует купированию воспалительных явлений, ускорению эпителизации роговицы и снижению частоты ее осложнений, сокращению сроков пребывания больного в стационаре, улучшению результатов лечения.

Окомистин повышает чувствительность бактерий, грибов и простейших к действию антибиотиков, уменьшает число рецидивов, вызывает пролонгацию ремиссий при хронических процессах, повышает местный иммунитет. При применении Окомистин не вызывает болезненных ощущений и жжения.

Учитывая высокую клиническую эффективность, препарат «Окомистин» в виде глазных капель рекомендован в монотерапии, комплексном лечении и профилактике воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза.

Литература

1. Южаков А. М., Быков В. П., Зюрняева И. Д., Гогодзе М. Г. Новые перспективы в лечении внутриглазной инфекции // Вестн. офтальмол. 2000. № 2. С. 20.
2. Майчук Ю. Ф. Терапия инфекционных заболеваний глаз // Офтальмол. журн. 1996. № 4. С. 193–199.
3. Майчук Ю. Ф. Основные тенденции развития современной офтальмологии. М., 1995. С. 41–48.
4. Кански Дж. Дж. Клиническая офтальмология (пер. с англ.). М.: Логосфера, 2006.
5. Клиническая офтальмология: Учеб. пособие / Под ред. Е. Н. Комаровской. Ростов н/Д: Феникс; Красноярск: Издат. проекты, 2007.
6. Применение мирамистина в офтальмологии: Пособие для врачей / Сост. Е. А. Егоров, З. А. Гундорова, Ю. С. Кривошеин и др. М.: Мед. информ. агентство, 2004.
7. Иванова Н. В., Боброва Н. Ф., Кривошеин Ю. С. Клиническая эффективность применения мирамистина в комплексном лечении больных с хроническими конъюнктивитами // Офтальмол. журн. 1999. № 3. С. 163–170.
8. Криворутченко Ю. Л., Кирсанова М. А., Постникова О. Н., Гришковец В. И. Чувствительность к мирамистину, амфотерицину В и таурозиду // Biomed. Biol. Anthropol. 2010. № 15. С. 144–149.
9. Боброва Н. Ф., Венгер Г. Е., Маликова М. В. и др. Профилактика и лечение воспалительных заболеваний глаз бактериальной, грибковой и вирусной природы с помощью мирамистиновых глазных капель // В сб.: Клинические исследования лекарственных средств: Тез. докл. I Междунар. конф. М., 2001.
10. Применение окомистина в офтальмологии: Пособие для врачей / Сост. З. А. Гундорова, Е. А. Егоров, Ю. С. Кривошеин и др. М., 2003.
11. Применение Окомистина в лечении кератоуевитов и язв роговицы / Сост. П. А. Бездетко, Н. В. Панченко, А. Ю. Савельева, И. Г. Дурас. Харьков: ХГМУ, 2003.
12. Егоров Е. А., Харькова Л. В., Рудько А. П., Кривошеин Ю. С. Результаты клинических испытаний эффективности и безопасности глазных мирамистиновых капель // В сб.: Клинические исследования лекарственных средств: Тез. докл. I Междунар. конф. М., 2001.

V. A. Reytuzov

S. M. Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg

Application of Okomistinum for infectious inflammatory eye diseases treatment and prophylaxis

Actual problem of ophthalmology — inflammatory eye diseases (conjunctivitis, blepharitis, keratitis). Antimicrobial action of Okomistinum eye drops in treatment of anterior eye parts infectious processes. Okomistinum application in complex treatment led to inflammatory phenomena stopping and corneal epithelization occurred 3–4 days earlier than with traditional methods of treatment. Treatment duration was shortened, and local immunity increased.

Key words: ophthalmology, conjunctivitis, blepharitis, keratitis, antibiotics, Okomistinum