

Пиклоксидина гидрохлорид (ВИТАБАКТ) в антибактериальной терапии в офтальмологии

Материал предоставлен компанией Novartis Pharma S.A.S.

Борьба с инфекцией глаза и его вспомогательного аппарата является одной из главных проблем современной офтальмологии. Несмотря на появление новых лекарственных препаратов и антибиотиков в том числе, проблема не потеряла своей актуальности в наши дни.

Вопросы профилактики обязательно возникают, в частности, при синдроме сухого и красного глаза, глазных аллергиях, операционных вмешательствах и травмах. В последнее время в литературе всё чаще появляются данные о резком повышении роли контактных линз в возникновении язвенных поражений роговицы. Считается, что в США от 27 до 33% всех бактериальных кератитов связано с ношением контактных линз [1]. По мнению S. Pflugfelder, вероятность риска бактериального кератита при ношении контактных линз составляет 0,21% в год, увеличиваясь в 10-15 раз у тех, кто оставляет линзы на ночь [2]. По другим данным, из 1500 носивших контактные линзы язва роговицы возникала у 0,8% [3]. Соотношение возбудителей язвенных поражений в наибольшей достоверности выражают следующие цифры: стафилококк - 45%, стрептококк - 12%, синегнойная палочка - 10%, грибы - 7%, акантамебы - 1,6% [20], а при язвах роговицы у детей: стафилококк - 43,7%, стрептококк - 18,8%, синегнойная палочка - 9,4%, грибы - 17,2%, акантамебы - 1,6% [4].

Проф. Майчук Ю.Ф. (НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, Москва) отмечает сдвиг в сторону увеличения удельного веса грамотрицательных возбудителей. Так, по данным исследований, проведённых в США, соотношение грамположительных и грамотрицательных возбудителей бактериальных кератитов с 81,8%/18,2% в 1993 г. изменилось до 51,4%/48,6% в 1997 г. [5, 6].

Другой особенностью бактериальных язв роговицы является большое число штаммов возбудителей, устойчивых к аминогликозидам: так, по некоторым данным, 63,6% возбудителей были устойчивы к гентамицину [7]. Особую тревогу вызывают сведения о

нарастании устойчивости к новым антибиотикам хинолоновой группы. По результатам исследований в США, число штаммов стафилококка, устойчивых к цiproфлоксацину возросло с 5,8% в 1993 г. до 35% в 1997 г., а к офлоксацину соответственно с 4,7 до 35% [5]. В Индии было выделено 22 штамма синегнойной палочки, устойчивых к цiproфлоксацину [7]. Интересно, что из них 90,9% были чувствительны к амикацину. Считается, что широкое применение внутрь цiproфлоксацина в общей медицинской практике привело к скачку числа устойчивых возбудителей до 76-82% [5].

Учитывая всё вышесказанное, лечение инфекционных заболеваний глаз представляет определённые сложности, связанные с подбором адекватного лечения антибактериальными препаратами с учётом чувствительности, потенциальной опасностью возникновения резистентности возбудителей тяжёлых глазных инфекций к антибиотикам и риском нежелательных явлений. В связи с этим, огромное значение приобретает адекватная профилактика, предусматривающая применение эффективных антисептических препаратов.

ВИТАБАКТ (Пиклоксидина гидрохлорид) - бактерицидный антисептик широкого спектра действия, относящийся к классу амидинов, к подклассу бигуанидов, выпускается в виде 0,05% глазных капель, во флаконе-капельнице 10 мл.

Пиклоксидин отличается широким спектром антибактериального действия. Было установлено, что минимальная ингибирующая концентрация этого препарата примерно соответствует таковой аминогликозидов (гентамицин) при воздействии на золотистый стафилококк, *Sarcina lutea*, кишечную палочку. Кроме того, есть литературные данные об эффективности пиклоксидина против хламидийной инфекции.

ВИТАБАКТ хорошо комбинируется с другими антибактериальными глазными средствами. Особенностью механизма действия пиклоксидина является то, что он действует

бактерицидно на микроорганизмы сразу после инстилляций в конъюнктивальный мешок. Важно, что он может применяться у детей. Препарат не влияет на состояние и окраску мягких контактных линз при их ношении.

Основные показания для применения ВИТАБАКТА в офтальмологии - это инфекционные бактериальные заболевания переднего отдела глаза (конъюнктивиты, кератоконъюнктивиты), послеоперационное ведение больных, травмы и инородные тела глаза.

Уместно привести данные проф. Егорова Е.А. (Кафедра глазных болезней Российского государственного медицинского университета, Москва). В исследовании препарат использовался у 94 больных (125 глаз) с инфекционными заболеваниями переднего отдела глаза и для профилактики инфекции в послеоперационном периоде после внутриглазных вмешательств [8]. Курс местного лечения включал инстилляцию ВИТАБАКТА 4-8 раз в день, дополнительно по показаниям назначались мидриатики и кортикостероиды. Курс лечения не превышал 3 недель. При отсутствии выраженного эффекта после этого срока назначали другое лечение. В послеоперационном периоде дополнительно к ВИТАБАКТУ назначали глазные капли с нестероидным противовоспалительным препаратом диклофенаком натрия 3 раза в день. Курс лечения после экстракции катаракты (пиклоксидин + диклофенак) для профилактики инфекции и кистозного макулярного отека (синдром Ирвин-Гаса) составлял 1 мес. В группе больных с бактериальными конъюнктивитами установлен выраженный эффект ВИТАБАКТА, который проявлялся уже в 1-е сутки после назначения препарата. В большинстве случаев клиническое выздоровление наступило через 3-5 дней после начала лечения.

Применение ВИТАБАКТА позволило сократить курс лечения больных с фолликулярными конъюнктивитами до 10-15 дней. Фолликулёз уменьшался, переставали беспокоить жжение, зуд и ощущение песка в глазах.

У больных с бактериальными кератоконъюнктивитами (34 глаза) препарат оказывал существенное антибактериальное действие. Эпителизация роговицы в основном завершилась к 5-7-му дню после начала лечения. На одном глазу пиклоксидин оказался недостаточно эффективен и на 5-й день дополнительно были назначены 8 раз в день инстилляций 0,3% раствора ципрофлоксацина. После этого наступило клиническое улучшение.

ВИТАБАКТ оказывает выраженное профилактическое антибактериальное действие у больных в пред- и послеоперационном периоде при внутриглазных вмешательствах (экстракция катаракты и клапанная трабекулотомия). Ни в одном случае из 38 не было отмечено инфекционного воспаления в послеоперационном периоде.

Изучение возможных побочных реакций местного и общего характера на применение глазной формы пиклоксидина показало его хорошую местную и общую переносимость и отсутствие каких-либо серьезных осложнений. Препарат не вызывает неприятных ощущений при инстилляциях. Это отличительное от других антисептиков качество позволяет широко применять его в педиатрической практике.

Антисептические глазные капли ВИТАБАКТ являются эффективным бактерицидным антибактериальным препаратом широкого спектра действия при лечении инфекционных заболеваний переднего отдела и придаточного аппарата глаза без существенных побочных эффектов.

ВИТАБАКТ (пиклоксидин) рекомендуется как препарат выбора для комплексной терапии конъюнктивитов, кератоконъюнктивитов, склеритов, эписклеритов, дакриоциститов, в том числе и у детей, в послеоперационном периоде после различных хирургических вмешательств, травмах глаза и ношении контактных линз.

Пиклоксидин - Витабакт (торговое название) Novartis Pharma S.A.S.

Литература

1. Terry A.C., Lemp M.A., Margolis T.P. et al. Bacterial keratitis. A.A.O. San Francisco. 1995; 19.
2. Pflugfelder S. Cornea, external diseases and anterior segment trauma. LEO. San Francisco. 1996; 17.
3. Cavallaro N., Cavallaro F., Ott J.P. et al. Int. Conf. on Ocular infection. Jerusalem. 1995; 45.
4. Kunimoto D.Y., Sharma S., Reddy M.K. et al. Ophthalmology. 1998; 105 (2): 252-62.
5. Goldstein M.N., Kowalski R.P., Gordon Y.J. Ophthalmology. 1999; 106 (7): 1313-8.
6. Майчук Ю.Ф. Инфекции глаза. В кн. "Практическое руководство по инфекционной химиотерапии (под ред. Л.С. Страчунского) М. 2002:225-230.
7. Garg P., Sharma S., Rao G.N. Ophthalmology. 1999; 106 (7): 1319-20.
8. Егоров Е.А. Пиклоксидина гидрохлорид и возможности его применения для антибактериальной терапии в клинике глазных болезней. РМЖ. 2000; 1 (1): 26