

Лечение пациентов с воспалением век и конъюнктивы: клинический опыт



Г.А. Азаматова^{1,2} Г.Р. Алтынбаева³ Л.Н. Зиннатуллина²

¹ ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ул. Ленина, 3, Уфа, 450000, Российская Федерация

² Филиал ООО «Клиника Будь Здоров»
проспект Октября, 6/1, Уфа, 450001, Российская Федерация

³ ГБУЗ Республики Башкортостан «Городская клиническая больница № 5»
ул. Пархоменко, 93, Уфа, 450005, Российская Федерация

РЕЗЮМЕ

Офтальмология. 2025;22(2):414–421

Конъюнктивит и блефароконъюнктивит являются распространенной патологией в структуре воспалительных заболеваний глаз. В статье описывается опыт лечения воспаления век и конъюнктивы инфекционной и аллергической этиологии в условиях амбулаторного приема. Под наблюдением офтальмологов поликлинического звена находились 64 пациента с вышеописанными диагнозами, в схему терапии которых включали современные местные лекарственные препараты в зависимости от этиологии и выраженности воспаления. Согласно действующим клиническим рекомендациям Российской ассоциации врачей-офтальмологов в лечебную практику включены следующие группы лекарственных препаратов: антибактериальные, антисептические, антигистаминные, глюкокортикостероидные, нестероидные противовоспалительные. В нашей клинической практике лечения блефароконъюнктивита инфекционной природы успешно применялся комбинированный препарат «Руброденс», содержащий антибиотик (тобрамицин) и кортикостероид (дексаметазон). Данная комбинация продемонстрировала высокую терапевтическую эффективность благодаря синергическому действию компонентов: тобрамицин обеспечивал выраженное антибактериальное действие в отношении широкого спектра патогенов, в то время как дексаметазон способствовал быстрому купированию воспалительного процесса и сопутствующей симптоматики. В условиях нарастающей антибиотикорезистентности этиологически значимой микрофлоры нами был использован препарат «Нсафлом®» (0,05 % моксифлоксацин) для терапии бактериального конъюнктивита. Клинические наблюдения подтвердили высокую эффективность моксифлоксацина в отношении полирезистентных штаммов возбудителей. Глазные капли 0,05 % моксифлоксацина (Нсафлом®) показали высокую эффективность, безопасность и хорошую переносимость при лечении бактериального конъюнктивита в условиях наблюдаемого роста антибиотикорезистентности этиологически значимой микрофлоры. В купировании симптомов сезонного аллергического блефароконъюнктивита эффективность и безопасность продемонстрировал препарат нового поколения антигистаминных средств двойного механизма действия эпинастин 0,05 % (Эпинепта®).

Ключевые слова: лечение конъюнктивита, лечение, блефароконъюнктивит, тобрамицин, моксифлоксацин, эпинастин

Для цитирования: Азаматова Г.А., Алтынбаева Г.Р., Зиннатуллина Л.Н. Лечение пациентов с воспалением век и конъюнктивы: клинический опыт. *Офтальмология*. 2025;22(2):414–421. <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2025-2-414-421>

Прозрачность финансовой деятельности: никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Конфликт интересов отсутствует.



Treatment of Patients with Inflammation of the Eyelids and Conjunctiva: Clinical Experience

G.A. Azamatova^{1,2}, G.R. Altynbaeva³, L.N. Zinnatullina²

¹ Bashkir State Medical University
Lenina str., 3, Ufa, 450000, Russian Federation

² Branch of Clinic "Bud Zdorov"
Oktyabrya ave., 6/1, Ufa, 450001, Russian Federation

³ Clinical Hospital No. 5
Parkhomenko str., Ufa, 450005, Russian Federation

ABSTRACT

Ophthalmology in Russia. 2025;22(2):414–421

Conjunctivitis and blepharoconjunctivitis are common pathologies in the structure of inflammatory eye diseases. The article describes the experience of treating inflammation of the eyelids and conjunctiva of infectious and allergic etiology in an outpatient setting. Under the supervision of ophthalmologists, there were 64 patients with the above diagnoses, the treatment regimen of which included modern topical drugs, depending on the etiology and severity of inflammation. In accordance with the clinical recommendations developed by the Russian Association of Ophthalmologists, the following groups of drugs are recommended for use: antibacterial, antiseptic, antihistamines, glucocorticosteroids, non-steroidal anti-inflammatory. In the treatment of infectious blepharoconjunctivitis, a combined drug containing an antibacterial drug (tobramycin) and a corticosteroid (dexamethasone) — Rubrodex was successfully used. 0.05% moxifloxacin (Xaflom ®) eye drops have shown high efficacy, safety and good tolerability in the treatment of bacterial conjunctivitis in the context of an observed increase in antibiotic resistance of etiologically significant microflora. In relieving the symptoms of seasonal allergic blepharoconjunctivitis, efficacy and safety were demonstrated by the use of a new generation of dual-mechanism antihistamines epinastin 0.05% (Epinesta ®).

Keywords: conjunctivitis treatment, blepharoconjunctivitis treatment, tobramycin, moxifloxacin, epinastine

For citation: Azamatova G.A., Altynbaeva G.R., Zinnatullina L.N. Treatment of patients with inflammation of the eyelids and conjunctiva: Clinical experience. *Ophthalmology in Russia*. 2025;22(2): 414–421. <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2025-2-414-421>

Financial Disclosure: no author has a financial or property interest in any material or method mentioned.

There is no conflict of interests.

Воспалительные заболевания век и конъюнктивы и их лечение занимают ведущую позицию среди проблем практической офтальмологии. Неоспоримым фактом является высокая частота обращения пациентов с конъюнктивитом на первичный амбулаторный прием офтальмолога, что составляет более половины всех случаев воспалительной патологии глаз [1–4]. Чаще всего воспаление век и конъюнктивы имеет инфекционную или аллергическую этиологию¹ [1, 5, 6]. Для лечения воспаления век и конъюнктивита в зависимости от этиологии и степени выраженности воспаления рекомендовано применять следующие группы лекарственных препаратов: антибактериальные, антисептические, антигистаминные, глюкокортикостероидные, нестероидные противовоспалительные². В современном мире имеется достаточно широкий арсенал данных лекарственных средств, пополняемый с каждым годом. На сегодняшний день врачу-офтальмологу необходимо формировать

схему персонализированной терапии при различных формах воспаления конъюнктивы и век в соответствии с направленным действием и фармакологической особенностью лекарственного препарата³. Известно, что лучшим подтверждением качества лекарственного препарата является клинически доказанная эффективность. В связи с этим сформулирована цель настоящей работы: оценить клиническую эффективность современных местных препаратов в лечении воспаления век и конъюнктивы инфекционной и аллергической этиологии в условиях амбулаторного приема.

Под нашим наблюдением находились 64 пациента в возрасте от 18 до 67 лет с конъюнктивитом и блефароконъюнктивитом. Из этих пациентов у 34 человек воспаление век и конъюнктивы имело инфекционную природу и у 30 человек — аллергическую. Пациенты предъявляли схожие жалобы, характерные для данных нозологий: на покраснение глаз, дискомфорт, чувство рези и ощущение инородного тела в глазах, светобоязнь,

¹ Глазные болезни. Учебник / Под ред. проф. В.Г. Копаевой. М.: «Офтальмология», 2018. 495 с. Воспалительные заболевания конъюнктивы: учебное пособие для студентов / Сост.: М.Т. Азнабаев, С.Р. Авхадеева, Г.А. Азаматова, Г.Я. Гайсина, 2022. Уфа: ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2022. 92 с. Клинические рекомендации. Конъюнктивиты. 2024. URL: <https://diseases.medelement.com/disease/конъюнктивиты-кр-рф-2024/18183> (дата обращения: 03.03.2025).

² Клинические рекомендации. Конъюнктивиты. 2024. (Электронный ресурс) URL: <https://diseases.medelement.com/disease/конъюнктивиты-кр-рф-2024/18183> (дата обращения: 03.03.2025).

³ Майчук Ю.Ф. Конъюнктивиты. Современная лекарственная терапия: краткое пособие для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ТеаФарма, 2014. 56 с.

Офтальмология: национальное руководство / Под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахиди. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 904 с.
Тактика врача-офтальмолога: практическое руководство / Под ред. В.В. Нероева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 296 с.

отек век, отделяемое из конъюнктивальной полости и др. Всем пациентам проводили стандартное офтальмологическое обследование. Лечение в каждом конкретном случае назначали исходя из этиологии и степени выраженности воспаления в соответствии с клиническими рекомендациями, разработанными Российской ассоциацией врачей-офтальмологов. Стоит отметить, что 18 пациентов до обращения к офтальмологу проводили самостоятельное лечение без выраженного клинического эффекта. Пациентам с инфекционным конъюнктивитом и блефароконъюнктивитом лечение осуществляли комбинированным препаратом, содержащим антибиотик (тобрамицин) и кортикостероид (дексаметазон) — Рубродекс — либо фторхинолоном четвертого поколения — моксифлоксацином 0,05% (Ксафлом®). Пациентам с аллергическим воспалением век и конъюнктивы (30 человек) назначали препарат многокомпонентного механизма действия: блокирование гистаминовых рецепторов и стабилизация мембраны тучных клеток — эпинестин 0,05% (Эпинепта®). Эффективность лечения оценивали по купированию субъективных проявлений конъюнктивита/блефароконъюнктивита и нормализации клинической картины: отсутствие воспалительной реакции со стороны век и слизистой оболочки с исчезновением отделяемого. Выраженность субъективных ощущений и клинической картины конъюнктивального воспаления оценивалась в динамике лечения. В течение первых 3–5 дней отмечалась выраженная положительная клиническая симптоматика во всех случаях; в последующие дни — постепенное уменьшение, а затем и полное отсутствие жалоб пациентов, окончательный регресс воспалительной реакции со стороны век и конъюнктивы. Полный регресс всех клинических симптомов воспаления тканей глаза в среднем наступал через 7–10 дней.

В качестве демонстрации клинического ведения и обоснования тактики лечения пациентов с воспалением век и конъюнктивы приведем несколько наших наблюдений.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ № 1

Пациент И., 1989 г.р., обратился на консультацию к офтальмологу 20.01.2025 с жалобами на дискомфорт и тяжесть в веках, покраснение обоих глаз, ощущение инородного тела в глазах, периодическое затуманивание зрения и наличие «корочек» на ресницах

по утрам. В ходе сбора анамнеза выявлено, что данное состояние глаз началось с небольшого дискомфорта в веках с начала января 2025 года, однако симптомы постепенно усилились. Лечение не проводил. Офтальмологический статус: острота зрения OD 1,0; OS 1,0. Внутриглазное давление (ВГД): OD 12 мм рт. ст., OS 13 мм рт. ст. (пневмотонометрия). Объективная картина при биомикроскопии OU: веки отечны, ресничный край утолщен, устья мейбомиевых желез заполнены салным секретом, салные пробки, резкая гиперемия конъюнктивы, хемоз; роговица прозрачная, поверхность ее не окрашивается флуоресцеином; глубже лежащие структуры глазного яблока без особенностей (рис. 1).

В результате анализа жалоб, данных анамнеза и клинической картины пациенту был поставлен диагноз: OU Блефароконъюнктивит с дисфункцией мейбомиевых желез. Учитывая анамнез, состояние век и конъюнктивы, было принято решение использовать в схеме лечения комбинированные лекарственные средства, содержащие в своем составе антибактериальный препарат и кортикостероид. Антибиотик обеспечивает широкий спектр антимикробной активности, а кортикостероид — противовоспалительное и антиаллергическое действие. Назначена следующая терапия: инстилляции в конъюнктивальную полость препарата «Рубродекс» по 1 капле 4 раза в сутки, гигиена век с применением очищающих средств. На повторном приеме через 5 дней пациент отметил значительное улучшение состояния глаз. При биомикроскопической оценке состояния глазной поверхности: отек век и конъюнктивы, гиперемия конъюнктивы купированы, устья единичных мейбомиевых желез заполнены салным секретом, единичные салные пробки; роговица и глубже лежащие структуры глазного яблока без особенностей (рис. 2).

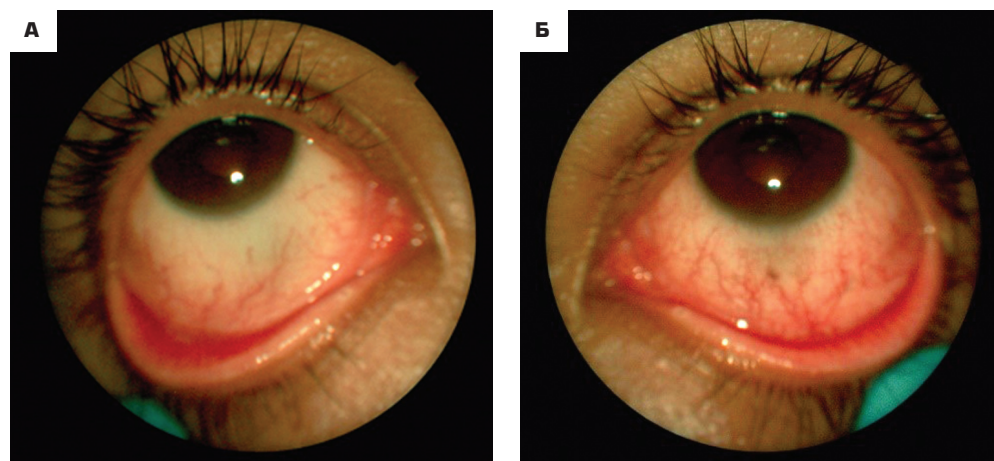


Рис. 1. Состояние век и конъюнктивы правого (А) и левого (Б) глаза пациента И. до лечения: веки отечны, ресничный край утолщен, устья мейбомиевых желез заполнены салным секретом, салные пробки, резкая гиперемия конъюнктивы, хемоз

Fig. 1. Patient I., condition of the eyelids and conjunctiva of the right (A) and left (B) eyes before the treatment: the eyelids are edematous, the ciliary margin is thickened, the mouths of the meibomian glands are filled with sebaceous secretions, sebaceous plugs, conjunctival hyperemia, chemosis

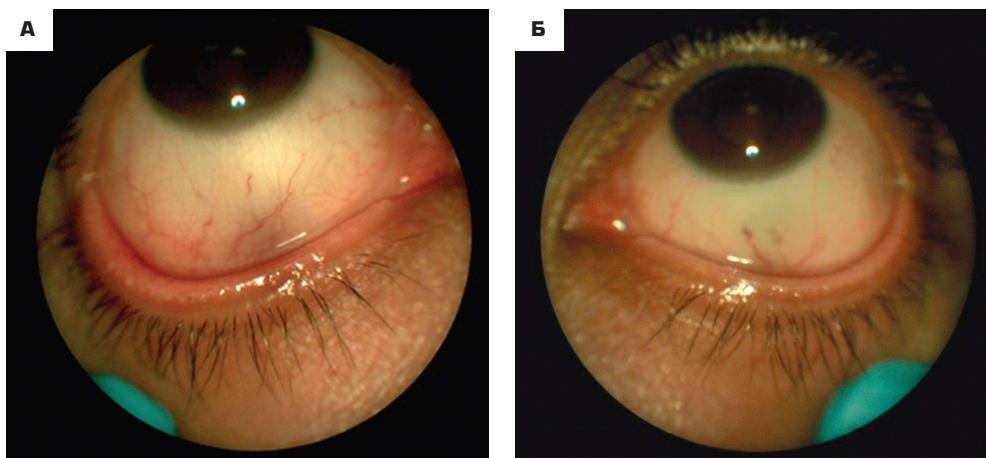


Рис. 2. Состояние век и конъюнктивы правого (А) и левого (Б) глаза пациента И. на фоне лечения (инстилляций в конъюнктивальную полость препарата «Рубродекс»): отек век и конъюнктивы, гиперемия конъюнктивы купированы, устья единичных мейбомиевых желез заполнены салным секретом, единичные салные пробки

Fig. 2. Patient I., condition of the eyelids and conjunctiva of the right (A) and left (B) eyes during the treatment (instillation into the conjunctival of Rubrodex): edema of the eyelids and conjunctiva, conjunctival hyperemia were stopped, the mouths of single meibomian glands were filled with sebaceous secretions, single sebaceous plugs

Данные визометрии: OD 1,0; OS 1,0. Были даны рекомендации: продолжить лечение (инстилляций в конъюнктивальную полость препарата «Рубродекс» по 1 капле 4 раза в сутки). В схему лечения также включили применение глазных капель, содержащих липиды, оказывающие положительное влияние на стабильность слезной пленки; проведение гигиены век с использованием очищающих средств с последующим самомассажем век. На следующем повторном приеме (через 5 дней) пациент отмечал значительное улучшение состояния глаз и век.

При биомикроскопии: веки и конъюнктива спокойны, единичные салные пробки; роговица и глубже лежащие структуры глазного яблока без особенностей. Рекомендовано продолжить проведение гигиены век и инстилляций препаратов «искусственной» слезы.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ № 2

Пациентка Ю., 47 лет, обратилась на консультацию к офтальмологу 20.10.2024 с жалобами на покраснение левого глаза, ощущение инородного тела, дискомфорт и наличие «гноя». В ходе сбора анамнеза выявлено, что данные жалобы беспокоят с 13.10.2024. Пациентка отмечает, что подобное состояние глаз возникает периодически по несколько раз в год, проводит само-

пациентки, «раньше помогал». Офтальмологический статус: острота зрения OD 0,5 с sph. $-1,5D = 1,0$; OS 0,4 с sph. $-1,5D = 1,0$. Внутриглазное давление (ВГД): OD 16 мм рт. ст., OS 15 мм рт. ст. (пневмотонометрия). Объективная картина при биомикроскопии OU: веки спокойны; конъюнктива гиперемирована, умеренный хемоз, наличие слизисто-гнойного отделяемого желтого цвета в небольшом количестве; роговица прозрачная; глубже лежащие структуры глазного яблока без особенностей (рис. 3).

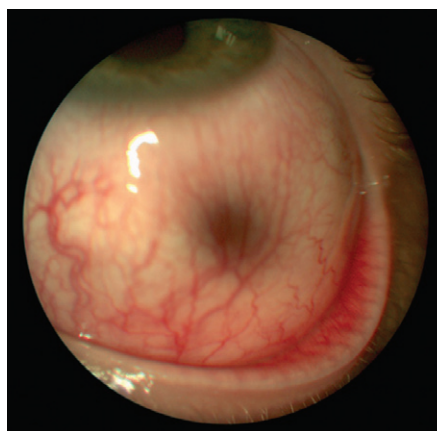


Рис. 3. Состояние переднего отрезка левого глаза пациентки Ю. до лечения: конъюнктива гиперемирована, умеренный хемоз, слизисто-гнойное отделяемое желтого цвета в небольшом количестве

Fig. 3. Patient Yu., anterior segment of the left eye before the treatment: conjunctiva hyperemic, moderate chemosis, mucopurulent discharge yellow in a small amount

В результате анализа жалоб, данных анамнеза и клинической картины пациенту был поставлен диагноз: OS Инфекционный (бактериальный) конъюнктивит. Для лечения инфекционного воспаления органа зрения наиболее эффективным считается относительно новая группа антибактериальных препаратов — фторхинолоны [2, 7, 8]. Данные лекарственные средства активны в отношении не только основных грамотрицательных и грамположительных аэробных бактерий, но и возбудителей с внутриклеточной локализацией: хламидий, микоплазм, легионелл, и имеют наилучший профиль чувствительности [1, 3, 9–11]. Несомненным плюсом фторхинолонов является то, что они обладают постантибиотическим эффектом, то есть не только бактерицидным

свойством, но и предотвращают размножение микроорганизмов в течение 2–6 часов после воздействия [12].

Нельзя не отметить, что в современном мире наблюдается тенденция к повышению резистентности к антибиотикам этиологически значимой микрофлоры. К росту антибиотикорезистентности приводят высокая частота самолечения без консультации врача, нерациональное использование антибиотиков, применение антибиотиков при воспалении вирусной этиологии, применение неадекватных доз и/или необоснованное сокращение или удлинение курса лечения антибиотиками и т.п. [13–16]. На сегодняшний день фторхинолон четвертого поколения — моксифлоксацин сохраняет практически 100%-ную чувствительность к основным возбудителям инфекционных заболеваний глазной поверхности [17–19]. Учитывая тот факт, что пациентка проводила лечение антибиотиком без должного эффекта, нами было принято решение заменить используемый антибиотик на препарат с более высокой бактериальной чувствительностью. В соответствии с клиническими рекомендациями, разработанными Российской ассоциацией врачей-офтальмологов, были назначены инстилляции в конъюнктивальную полость левого глаза 0,05 % моксифлоксацина (Ксафлом®) по 1 капле 3 раза в сутки. Рекомендована также консультация гастроэнтеролога.

На повторном приеме через 3 дня на фоне проводимого консервативного лечения пациентка отмечала положительную динамику в виде исчезновения ощущения инородного тела, дискомфорта и «гноя» в левом глазу. При биомикроскопической оценке состояния глазной поверхности наблюдались остаточные явления конъюнктивальной инъекции, легкий отек конъюнктивы; роговица и глубже лежащие структуры глазного яблока без особенностей (рис. 4).

Данные визометрии: OD 0,5 с sph. -1,5D = 1,0; OS 0,5 с sph. -1,5D = 1,0. Было рекомендовано продолжить назначенную терапию, так как, согласно клиническим рекомендациям и принципам антибиотикотерапии, лечение конъюнктивита необходимо проводить до исчезновения клинических симптомов¹. На следующем по-

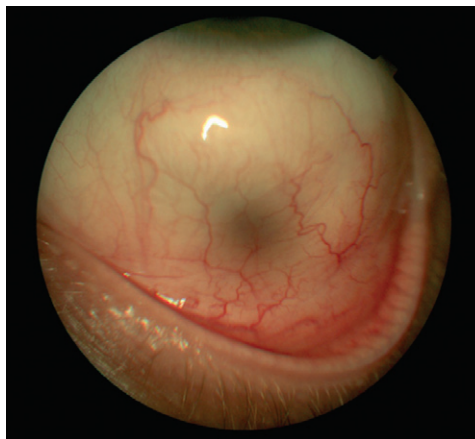


Рис. 4. Состояние переднего отрезка левого глаза пациентки Ю. на фоне лечения (инстилляций в конъюнктивальную полость 0,05 % моксифлоксацина [Ксафлом®]): остаточные явления конъюнктивальной инъекции, легкий отек конъюнктивы

Fig. 4. Patient Yu., anterior segment of the left eye during the treatment (instillation into the conjunctiva of 0.05% moxifloxacin [Xaflom®]): residual conjunctival injection, mild conjunctival edema

вторном приеме через 7 дней наблюдалось полное купирование воспаления конъюнктивы правого глаза. В связи с достижением терапевтического эффекта лечение и дальнейшее наблюдение прекратили.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 3

Пациентка Р., 1998 г.р., обратилась на консультацию к офтальмологу 06.05.2024 с жалобами на сильный отек век обоих глаз, который не дает полностью открыть глаза, зуд и ощущение жжения в веках, зуд и ощущение инородного тела в обоих глазах, покраснение глаз, слезотечение. В ходе сбора анамнеза оказалось, что данные жалобы возникли за день до обращения к офтальмологу; имеется выявленный и лабораторно подтвержденный

сезонный аллергический конъюнктивит на пыльцу березы, полыни, ольхи, дуба, одуванчика, лебеды, злаковых, конопли и др., однако подобный отек век пациентка наблюдает впервые. Офтальмологический статус: острота зрения OD 0,9–1,0, OS 0,9–1,0. Внутриглазное давление (ВГД): OD 17 мм рт. ст., OS 18 мм рт. ст. (пневмотонометрия). Объективная картина при биомикроскопии OU: веки резко отечны, слегка гиперемизированы; глазная щель сужена, конъюнктива век гиперемизирована, выраженный хемоз, фолликулярная реакция конъюнктивы нижнего свода; роговица прозрачная, поверхность ее не окрашивается флуоресцеином; глубже лежащие структуры глазного яблока без особенностей (рис. 5А).



Рис. 5. Состояние переднего отрезка обоих глаз пациентки Р.: А — до лечения: веки резко отечны, слегка гиперемизированы; конъюнктива век гиперемизирована, выраженный хемоз; Б — на фоне лечения: улучшение состояния век и конъюнктивы

Fig. 5. Patient R., anterior segment of both eyes: A — before the treatment: eyelids are sharply swollen, slightly hyperemic; the conjunctiva of the eyelids is hyperemic, pronounced chemosis; B — during the treatment: improvement in the condition of the eyelids and conjunctiva

¹ Глазные болезни. Учебник / Под ред. проф. В.Г. Копачевой. М.: «Офтальмология», 2018. 495 с. Воспалительные заболевания конъюнктивы: учебное пособие для студентов / Сост.: М.Т. Азнабаев, С.Р. Авхадеева, Г.А. Азаматова, Г.Я. Гайсина, 2022. Уфа: ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2022. 92 с. Клинические рекомендации. Конъюнктивиты. 2024. URL: <https://diseases.medelement.com/disease/конъюнктивиты-кр-рф-2024/18183> (дата обращения: 03.03.2025).

Были проанализированы жалобы, данные анамнеза и клинической картины и поставлен диагноз: ОУ Сезонный аллергический блефароконъюнктивит.

При выборе препарата для эффективного лечения данной пациентки руководствовались тем, что для купирования аллергического воспаления наиболее эффективными являются противоаллергические средства двойного механизма действия, которые способны одновременно блокировать гистаминовые рецепторы и стабилизировать мембраны тучных клеток. Подобные препараты зарекомендовали себя наиболее эффективными для быстрого снятия симптомов аллергического воспаления, в том числе отека век. Всеми перечисленными качествами обладает 0,05% раствор эпинастина (Эпинепта®) [1, 6, 20, 21]. Таким образом, в качестве основной терапии был назначен эпинастин 0,05% (Эпинепта®), учитывая выраженность аллергического отека век у пациентки и необходимость быстрого начала действия лекарственного средства, а также собственный положительный опыт применения данного препарата в лечении пациентов с САК [22]. В дополнение к инстилляциям в конъюнктивальную полость эпинастина 0,05% (Эпинепта®) по 1 капле 2 раза в день (такой режим дозирования препарата несомненный плюс, повышающий комплаенс пациента) было рекомендовано смазывание кожи век глазной мазью гидрокортизона 0,5%, а также пероральный прием препарата дезлоратадин 1 раз в день, по возможности максимальное ограничение контакта с аллергенами, гипоаллергенная диета.

На повторном приеме (через 3 дня) пациентка отметила значительное улучшение состояния век и обоих глаз: отек век, зуд и ощущение жжения в веках прошли, покраснение глаз значительно уменьшилось, слезотечение прекратилось, сохранялись легкий зуд и незначительное ощущение инородного тела в глазах. При объективной оценке состояния век и глазной поверхности зарегистрирована нормализация состояния век; конъюнктивит век и глазного яблока слегка гиперемирован, легкий отек конъюнктивы; роговица и глубже лежащие структуры глазного яблока без особенностей (рис. 5Б). Учитывая динамику состояния тканей органа зрения на фоне применяемой терапии, была проведена коррекция схемы лечения: пероральный прием дезлоратадина и смазывание кожи век глазной мазью гидрокортизон 0,5% отменены, рекомендовано продолжить закапывание в конъюнктивальный мешок обоих глаз эпинастина 0,05% (Эпинепта®) по 1 капле 2 раза в день.

При последующем повторном осмотре (через 10 дней) у пациентки отсутствовали жалобы со стороны органа зрения. Биомикроскопия переднего отрезка глаз: веки, конъюнктивит век и глазного яблока спокойны; роговица прозрачная. Принимая во внимание отсутствие как субъективных, так и объективных признаков аллергического воспаления переднего отрезка глаз и окончание периода цветения березы, препарат эпинастин 0,05% был отменен.

Пациентка в течение месяца по окончании лечения повторно к офтальмологу не обращалась.

Данное клиническое наблюдение продемонстрировало эффективность и безопасность применения эпинастина 0,05% (Эпинепта®) в купировании симптомов сезонного аллергического блефароконъюнктивита.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наш клинический опыт и анализ литературных данных об особенностях действия фармакологических препаратов, применяемых для лечения воспаления конъюнктивы и век инфекционного и аллергического генеза, позволил определить некоторые рекомендации. Тщательный анализ жалоб пациента, целенаправленный сбор анамнестических данных, оценка состояния структур органа зрения являются важными этапами для постановки диагноза для последующего правильного выбора эффективного лечения. Индивидуальный подбор средств терапии в зависимости от этиологии, степени тяжести воспаления, данных анамнеза позволяют наиболее эффективно купировать у пациентов симптомы воспаления век и конъюнктивы. При лечении хронических и подострых блефароконъюнктивитов более целесообразно использовать комбинированные препараты, содержащие антибиотик и кортикостероид; так как подобные средства обладают антибактериальным, противовоспалительным, иммуносупрессивным и противоаллергическим действием. Немаловажным является то, что при необходимости назначения нескольких препаратов комбинированные лекарственные средства сокращают кратность использования, что повышает приверженность пациента лечению и минимизирует негативное влияние на воспаленную глазную поверхность консервантов, содержащихся в препаратах. Инстилляции в конъюнктивальную полость препарата комбинированного состава «Рубродекс» в лечении инфекционного конъюнктивита и блефароконъюнктивита у наблюдаемых нами пациентов привели к успешному купированию воспаления. За весь период наблюдения не были зарегистрированы какие-либо побочные эффекты, в том числе аллергические реакции на данное лекарственное средство. В ходе нашего клинического наблюдения выявлено, что применение глазных капель 0,05% моксифлоксацин (Ксафлом®) в качестве этиотропного лечения инфекционного конъюнктивита позволяет добиться быстрого терапевтического эффекта. Данный препарат также продемонстрировал хорошую субъективную переносимость пациентами вне зависимости от сроков лечения: случаев раздражающего действия 0,05% моксифлоксацина (Ксафлом®) не отмечалось. При наличии аллергического воспаления век и конъюнктивы у пациентов для быстрого и эффективного лечения целесообразнее использовать препарат многокомпонентного механизма действия, например эпинастин 0,05% (Эпинепта®), применение которого убедительно

продemonстрировало в ходе наших собственных наблюдений высокую терапевтическую эффективность при лечении сезонного аллергического конъюнктивита и блефароконъюнктивита. Наряду с выраженным противоаллергическим действием данное лекарственное средство обладает хорошей переносимостью и отсутствием неприятных ощущений и дискомфорта при его использовании даже у пациентов с признаками синдрома «сухого глаза». В работе практикующих офтальмологов ключевым моментом также является то, что вышеописанные препараты включены в клинические рекоменда-

ции по лечению конъюнктивита¹ в качестве препаратов выбора для лечения воспаления слизистой оболочки глаза.

УЧАСТИЕ АВТОРОВ:

Азаматова Г.А. — существенный вклад в замысел и дизайн работы, сбор, анализ и интерпретация данных, написание текста, редактирование статьи, окончательное одобрение варианта статьи для опубликования.

Алтынбаева Г.Р. — сбор, анализ и интерпретация данных; написание текста, редактирование статьи;

Зиннатуллина Л.Н. — сбор, анализ и интерпретация данных; написание текста, редактирование статьи.

¹ Клинические рекомендации. Конъюнктивиты. 2024. URL: <https://diseases.medelemment.com/disease/конъюнктивиты-кр-рф-2024/18183> (дата обращения: 03.03.2025).

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Трубилин ВН, Полунина ЕГ, Кожухов АА, Куренков ВВ, Морева НВ, Трубилин АВ. Медикаментозная терапия конъюнктивитов. Литературный обзор. The EYE GLAZ. 2023;25(3):225–233. doi: 10.33791/2222-4408-2023-3-225-233.
2. Трубилин ВН, Полунина ЕГ, Кожухов АА, Куренков ВВ, Морева НВ, Трубилин АВ. Medical therapy for conjunctivitis. Literature review. The EYE GLAZ. 2023;25(3):225–233 (In Russ.). doi: 10.33791/2222-4408-2023-3-225-233.
3. Бабушкин АЭ. Местная антибиотикотерапия бактериальных инфекционно-воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза. Точка зрения. Восток — Запад. 2021;2:89–93. doi: 10.25276/2410-1257-2021-2-89-93.
4. Babushkin AE. Local antibiotic therapy of bacterial infections and inflammatory diseases of the anterior segment of the eye (literature review). Point of view. East-West. 2021;2:89–93. doi: 10.25276/2410-1257-2021-2-89-93.
5. Прыгунова ГН. Результаты использования Сигницефа (Левовфлоксацин 0,5%, глазные капли) при лечении бактериального конъюнктивита. Современные технологии в офтальмологии. 2016;2:223–225.
6. Prygunova G.N. Results of using Signicef (Levofloxacin 0.5%, eye drops) in the treatment of bacterial conjunctivitis. Modern technologies in ophthalmology. 2016;2: 223–225.
7. Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. JAMA. 2013;310(16):1721–1729. doi: 10.1001/jama.2013.280318.
8. Бржеский ВВ. Аллергический конъюнктивит: путеводитель для офтальмолога амбулаторного звена. РМЖ. Медицинское обозрение. 2018;1(II):74–79.
9. Brzhesky VV. Allergic conjunctivitis: a guide for the outpatient ophthalmologist. RMJ. Medical Review. 2018;1(II):74–79 (In Russ.).
10. Яни ЕВ. Применение нового противоаллергического препарата Эпинепта® в терапии сезонного аллергического конъюнктивита. Клинические случаи. Российский офтальмологический журнал. 2023;16(4):141–146. doi: 10.21516/2072-0076-2023-16-4-141-146.
11. Yani EV. Using a new antiallergic drug Epinepta® in the treatment of seasonal allergic conjunctivitis. Clinical cases. Russian ophthalmological journal. 2023;16(4):141–146 (In Russ.). doi: 10.21516/2072-0076-2023-16-4-141-146.
12. Воронцова ТН, Прозорная ЛП. Особенности терапии бактериальных конъюнктивитов у детей. Офтальмология. 2014;11(4):87–93. doi: 10.18008/1816-5095-2014-4-87-93.
13. Vorontsova TN, Prozornaya LP. Treatment of bacterial conjunctivitis in children. Ophthalmology in Russia. 2014;11(4):87–93 (In Russ.). doi: 10.18008/1816-5095-2014-4-87-93.
14. Майчук ЮФ, Позднякова ВВ, Селиверстова КЕ. Левовфлоксацин в новой лекарственной форме глазных капель. Катарактальная и рефракционная хирургия. 2011;11(3):54–56.
15. Maychuk Yu.F., Pozdnyakova V.V., Seliverstova K.E. Levofloxacin in a new dosage form of eye drops. Cataract and Refractive Surgery. 2011; 11(3):54–56.
16. Марных СА, Евсегнеева ИВ. Офтальмикс в лечении бактериальных и хламидийных конъюнктивитов. Рефракционная хирургия и офтальмология. 2009;9(2):50–54.
17. Marnych SA, Evsegneeveva IV. Oftalmiks for the treatment of bacterial and chlamydial conjunctivitis. Refractive surgery and ophthalmology. 2009;9(2):50–54 (In Russ.).
18. Сайдашева ЭИ, Буяновская СВ, Ковшов ФВ, Гудимова ИВ, Фанта ЕА, Четверная ЛН, Дубок НП. Современные фторхинолоны в терапии бактериальных инфекций глаз у детей раннего возраста. Российская педиатрическая офтальмология. 2015;10(1):22–25.
19. Saidasheva EI, Buyanovskaya SV, Kovshov FV, Gudimova IV, Fanta EA, Chetvernaya LN, Dubok NP. The application of modern fluoroquinolones for the treatment of bacterial eye infections in the young children. Russian Pediatric Ophthalmology. 2015;10(1):22–25 (In Russ.).
20. Астахов СЮ, Вохмяков АВ. Офтальмологические фторхинолоны в лечении и профилактике глазных инфекций. Клиническая офтальмология. 2008;9(1):28–30.
21. Astakhov SYu, Vokhmyakov AV. Ophthalmic fluoroquinolones in the treatment and prevention of eye infections. Clinical ophthalmology. 2008;9(1):28–30 (In Russ.).
22. Кац ДВ. Ципромед в лечение инфекционных заболеваний глаз. Клиническая офтальмология. 2007;8(3):128–130.
23. Katz DV. Cipromed in the treatment of infectious eye diseases. Russian Journal of Clinical Ophthalmology. 2007;8(3):128–130 (In Russ.).
24. Данилов АИ, Жаркова ЛП. Антибиотикорезистентность: аргументы и факты. Клиническая фармакология и терапия. 2017;26(5):6–9.
25. Danilov AI, Zharkova LP. Antimicrobial resistance: arguments and facts. Clin. Pharmacol. Ther. 2017;26(5):6–9 (In Russ.).
26. Seppala H, Al-Juhaish M, Jarvinen H. Effect of prophylactic antibiotics on antimicrobial resistance of viridans streptococci in the normal flora of cataract surgery patients. J. Cataract. Refract. Surg. 2004;30(2):307–315.
27. Recchia FM, Busbee BG, Pearlman RB., Carvalho-Recchia CA, Ho AC.. Changing trends in the microbiologic aspects of postcataract endophthalmitis. Arch. Ophthalmol. 2005;123(3):341–346. doi: 10.1001/archophth.123.3.341.
28. Намазова-Баранова ЛС, Баранов АА. Антибиотикорезистентность в современном мире. Педиатрическая фармакология. 2017;14(5):341–354. doi: 10.15690/pf.v14i5.1782.
29. Namazova-Baranova LS, Baranov AA. Antibiotic resistance in modern world. Pediatric pharmacology. 2017;14(5):341–354 (In Russ.). doi: 10.15690/pf.v14i5.1782.
30. Самуйло ЕК. Резистентность к антибиотикам бактериальных возбудителей инфекционных заболеваний глаз в России. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2013;15(2):106–114.
31. Samuylo EK. Antimicrobial resistance among bacterial pathogens causing ocular infections in Russia. Clinical microbiology and antimicrobial chemotherapy. 2013;15(2):106–114.
32. Гайсина ГЯ, Азаматова ГА. Изучение антибиотикочувствительности наиболее частых возбудителей послеоперационных воспалительных инфекционных осложнений в офтальмохирургии. Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2014;2:47–52.
33. Azamatova GA, Gaysina GYA. Study of antibiotic sensitivity of the most prevalent pathogens of postoperative inflammatory infectious complications in ophthalmic surgery. Bulletin of the Bashkir State Medical University. 2014;2:47–52.
34. Гайсина ГЯ. Изучение чувствительности наиболее частых возбудителей послеоперационных воспалительных инфекционных осложнений в офтальмохирургии к современным антибиотикам. Медицинский вестник Башкортостана. 2015;10(1):83–86.
35. Gaysina GYA. Susceptibility of most frequent pathogens of infectious postoperative inflammatory complications in ophthalmic surgery to modern topical antibiotics. Bashkortostan medical journal. 2015;10(1):83–86.
36. Abelson MB, Gomes P, Crompton HJ, Schiffman RM, Bradford RR, Whitcup SM. Efficacy and tolerability of ophthalmic epinastine assessed using the conjunctival antigen challenge model in patients with a history of allergic conjunctivitis. Clin Ther. 2004;26(1):35–47. doi: 10.1016/s0149-2918(04)90004-59-2025-25-1-8.
37. Bielory L, Lien KW, Bigelsen S. Efficacy and tolerability of newer antihistamines in the treatment of allergic conjunctivitis. Drugs. 2005;65(2):215–228. doi: 10.2165/00003495-200565020-00004.
38. Азаматова ГА, Алтынбаева ГР. Лечение пациента с аллергическим конъюнктивитом: опыт офтальмолога амбулаторного звена. Клиническая офтальмология. 2025;25(1):54–59. doi: 10.32364/2311-7729-2025-25-1-8.
39. Azamatova GA, Altynbaeva GR. Treatment of patients with allergic conjunctivitis: experience of an outpatient ophthalmologist. Russian Journal of Clinical Ophthalmology. 2025;25(1):54–59 (In Russ.). doi: 10.32364/2311-7729-2025-25-1-8.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Азаматова Гульнара Азаматовна
кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры офтальмологии;
врач-офтальмолог
<https://orcid.org/0000-0001-8158-8333>

ABOUT THE AUTHORS

Azamatova Gulnara A.
PhD, Docent, Docent of Ophthalmology chair,
ophthalmologist
<https://orcid.org/0000-0001-8158-8333>

Г.А. Азаматова, Г.Р. Алтынбаева, Л.Н. Зиннатуллина

Контактная информация: Гямджян Карине Karine.Gyamdzhyan@sunpharma.com

Лечение пациентов с воспалением век и конъюнктивиты: клинический опыт

Алтынбаева Гульназ Рифовна
кандидат медицинских наук, врач-офтальмолог 3-го поликлинического
отделения
<https://orcid.org/0000-0002-0870-4630>

Altynbaeva Gulnaz R.
PhD, ophthalmologist of the 3-rd Polyclinic department
<https://orcid.org/0000-0002-0870-4630>

Зиннатуллина Лилия Наилевна
врач-офтальмолог
<https://orcid.org/0009-0006-6833-704X>

Zinnatullina Lilia N.
ophthalmologist
<https://orcid.org/0009-0006-6833-704X>