

Комплексний та мультидисциплінарний підхід у диференційній діагностиці та лікуванні кон'юнктивіту у дітей

Одним із важливих та поширених офтальмологічних захворювань сьогодні є кон'юнктивіт. При своєчасно розпочатій терапії вдається досягти швидкого та повного одужання пацієнта, у той час як пізні звернення до офтальмолога може призвести до розвитку хронічних зтяжних процесів в оці та розвитку небажаних ускладнень. Тому в рамках науково-практичної конференції дитячих офтальмологів та оптометристів України з міжнародною участю «Своє дитинство треба бачити 2020», яка проходила 11-12 червня 2020 року в режимі онлайн-трансляції, було розглянуто важливі питання комплексного мультидисциплінарного підходу в диференційній діагностиці та лікуванні кон'юнктивіту у дітей.



Із доповіддю про алергічний кон'юнктивіт (АК) у практиці лікаря-офтальмолога виступила заслужений лікар України, завідувачка офтальмологічного відділення КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1 виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)», доктор медичних наук, професор кафедри хірургічних хвороб № 2 Київського медичного університету **Наталія Миколаївна Веселовська**.

— Актуальність теми АК зумовлена високою поширеністю алергії серед населення світу. Сьогодні близько 20-40% людей страждають на алергію, з яких 90% мають супутнє ураження очей, що у 90% випадків супроводжується розвитком АК. Витрати охорони здоров'я США на лікування та корекцію АК складають близько 5,9 млрд доларів. Тому раннє виявлення та лікування захворювання дозволяє запобігти прогресуванню патології та розвитку хронічних зтяжних форм АК.

АК — гостре інтермітуюче чи хронічне запалення кон'юнктиви, переважно спричинене алергенами навколишнього середовища. Основними відомими факторами ризику розвитку АК є: пил, домашні тварини, корм для риб, цвітіння квітів, харчові продукти, контактні лінзи, прийом лікарських засобів, хімічні речовини, використання очних протезів та накладені офтальмологічні шви після оперативного втручання. Важливе значення в розвитку АК у дітей також має генетично підвищена чутливість організму до алергенів, пренатальний вплив парацетамолу та коротка тривалість прийому вітаміну D у постнатальному періоді. Клінічні прояви захворювання можуть розвиватися як через 30 хвилин (по типу реакції гіперчутливості негайного типу), так і через 24-48 годин (як наслідок реакції сповільненого типу) після контакту з алергеном. Проте, як правило, АК — це гострий стан, який потребує негайного втручання лікаря-офтальмолога.

Виділяють медикаментозну, atopічну, хронічну цілорічну, полінозну клінічну форму АК, а також весняний та крупнокапілярний кон'юнктивіт.

Медикаментозний кон'юнктивіт може розвиватися як гостро (після первинного введення препарату або внаслідок інстиляції нестероїдних протизапальних лікарських засобів (НПЗП) та антибіотиків в одну кон'юнктивальну порожнину), так і поступово (виникати через тривале лікування).

Хронічний цілорічний кон'юнктивіт зустрічається у людей будь-якого віку та розвивається за наявності домашніх (пиловий кліщ) чи сезонних факторів впливу протягом року. У цієї групи пацієнтів через тривалий проміжок часу на кон'юнктиві верхньої повіки з'являються невеликі сосочки, які надають їй бархатистого вигляду. При тяжкому перебігу захворювання можуть формуватися великі тарзально-кон'юнктивальні сосочки на кон'юнктиві, неоваскуляризація рогики та її подальше рубцювання зі зниженням гостроти зору.

Для весняного кератокон'юнктивіту є характерним утворення на тарзальній частині кон'юнктиви великої кількості квадратних щільних плоских сосочків від блідо-рожевого до сіруватого кольору (вигляд «булижників на бруківці»), які є травматичним фактором для рогики ока. Тому у пацієнта можуть спостерігатися клінічні прояви з боку рогики та лімбальної зони. Неуражена бульбарна частина кон'юнктиви повік має молочно-білий колір. При ураженні кон'юнктиви очного яблука (лімбальна форма) прикорнеальна кон'юнктива гіпертрофована, має сірий колір, виділення стають в'язкими та слизуватими, містять велику кількість еозинофілів. Лікування весняного кератокон'юнктивіту передбачає застосування терапевтичних методів зменшення проявів алергії та захисту рогики від пошкоджуючої дії кон'юнктиви. Така клінічна форма АК часто зустрічається у хлопців від 5 до 20 років та поєднується з екземою, бронхіальною астмою (БА) чи сезонними алергіями. Симптоми захворювання досягають свого піку на початку статевого дозрівання, а потім поступово зменшуються. Для весняного кератокон'юнктивіту характерна сезонність.

Причиною розвитку полінозного сезонного кон'юнктивіту є спори пліснявих грибів, пилок дерев і трав. Пік захворювання — весна, пізні літо і рання осінь, а зникнення симптомів захворювання залежить від життєвого циклу рослини, з якою пов'язане загострення АК.

Крупнокапілярний кон'юнктивіт може розвиватися поступово (у результаті тривалої терапії) та гостро (протягом невеликої кількості часу після первинного введення лікарського засобу). Часто така клінічна форма АК характерна для людей, які використовують контактні лінзи. Тому правильний підбір лінз офтальмологом дозволяє уникнути небажаних наслідків.

Атопічний кон'юнктивіт — мультифакторне захворювання, яке в багатьох випадках виникає при системних імунологічних реакціях та перебігає на фоні БА, кропив'янки чи atopічного дерматиту. Зазвичай ця клінічна форма АК розвивається у людей від 20 до 50 років, які страждають на atopічний дерматит. Характерною ознакою захворювання є легкий чи виражений свербіж та клінічні симптоми в обох очах. У пацієнтів, що страждають на сезонний АК, прояви захворювання залежать від пори року. У випадку atopічного АК необхідним є комплексне лікування за участю лікаря-офтальмолога та інших спеціалістів.

У визначенні первинного діагнозу АК важливим є ретельний збір офтальмологічного анамнезу. Насамперед потрібно детально розпитати пацієнта про частоту та тривалість симптомів АК, зібрати дані про наявність провокувальних факторів та їх зв'язку з порами року чи певною ситуацією (наприклад, передбачуваний початок загострення під час сезону цвітіння квітів, після контакту з тваринами, сіном, пилом, під час тренувань, у певних місцях), сімейний анамнез про atopічні порушення, відповідь організму на попередні спроби лікування. Вік, в якому розвинулося захворювання, може мати важливе значення при БА, оскільки у дітей БА частіше має atopічну природу, а після 30 років — ні.

Важливо також встановити, коли почалося почервоніння очей, слезовиділення та який характер виділень зранку (наприклад, при бактеріальному кон'юнктивіті наявні виділення специфічного білуватого кольору, які не характерні для алергічного чи вірусного кон'юнктивіту).

При об'єктивній оцінці пацієнта можна виявити зміни кон'юнктиви (набряк, гіперемію, гіперплазію сосочків). У разі потреби проводять загальний аналіз крові, визначення рівня IgE (неспецифічний тест) та специфічні шкірні проби. Дуже рідко призначають провокаційні проби на алергени. Зазвичай збір анамнезу є найбільш діагностично значущим для подальшої тактики лікування.

Для АК характерне переважно ураження обох очей з миттєвими або поступовими (протягом 1-2 днів) первинними проявами симптомів захворювання. Частими скаргами пацієнтів є сильний свербіж, печіння, слезовиділення, набряк та гіперемія кон'юнктиви. При тяжкому перебігу розвивається світлобоязнь, блефароспазм, фтоз. На слизовій оболонці можуть візуалізуватися маленькі сосочки чи фолікули. Виділення з очей переважно слизуваті, прозорі, інколи в'язкі, ніткоподібні. При приєднанні бактеріальної інфекції в кутах очей з'являється гнійний секрет. АК часто нагадує хламідійний кон'юнктивіт, тому при його підозрі пацієнта необхідно направити на дообстеження до іншого спеціаліста.

При деяких формах АК (весняному чи atopічному кератокон'юнктивіті) відбувається ураження рогики. При медикаментозній алергії може спостерігатися ураження шкіри повік, рогики, сітківки, судинної оболонки, зорового нерва. Гострий медикаментозний кон'юнктивіт може ускладнюватися анафілактичним шоком, набряком Квінке, гострою кропив'янкою, системним капіляротоксикозом.

АК частіше пов'язаний з проблемами аутоімунного, алергічного чи медикаментозного характеру, тому підхід до лікування таких пацієнтів повинен бути мультидисциплінарним та комплексним. При виборі терапевтичної тактики та лікарських засобів необхідно враховувати тяжкість захворювання та об'єктивні зміни кон'юнктиви. Загальні принципи терапії АК полягають у призначенні симптоматичної терапії, антигістамінних препаратів, НПЗП (необхідно використовувати обережно через їх подразнюючу дію), стабілізатори мембран тучних клітин, місцеві глюкокортикостероїди чи циклоспорин (за наявності у пацієнта на фоні хронічного кон'юнктивіту синдрому сухого ока). Окрім цього, часто призначають антигістамінні препарати та сорбенти.

Якщо АК виникає гостро, потрібно максимально швидко купірувати симптоми захворювання шляхом інфузії стероїдів. Це допоможе згодом зменшити загальну тривалість терапії місцевими глюкокортикостероїдами для попередження розвитку небажаних явищ.

Сьогодні для лікування АК лікарі надають перевагу ефективним лікарським засобам, які впливають на патогенез та сповільнюють розвиток алергічного стану. Одним з таких є **Лекролін** (фармацевтична компанія «Сантен») у вигляді очних крапель. Основою препарату є кромоглікат

натрію, який стабілізує мембрани лаброцитів, пригнічує вивільнення гістаміну та інших медіаторів запалення. Концентрація бензалконію хлориду в очних краплях **Лекролін** у 2 рази менше, ніж в інших подібних лікарських засобах. Кромоглікат натрію має низький ризик розвитку побічних реакцій, тому препарат **Лекролін** добре переноситься пацієнтами при тривалому лікуванні. Ефект настає вже через 2 хвилини після закапування очей, а через 30 хвилин суттєво знижується інтенсивність симптомів. Важливе значення у профілактиці розвитку сезонних проявів хронічних АК (наприклад весняного полінозу) є профілактичне використання препарату **Лекролін** для запобігання розвитку алергічних реакцій при зустрічі з алергеном.

У лікуванні АК важливим також є захист передньої поверхні ока та профілактика розвитку синдрому сухого ока. Тому комплексний підхід полягає у призначенні протиалергічних препаратів та протекторів рогики, які забезпечують бар'єрну функцію і допомагають зменшити дію алергена на поверхню ока.

Компанія «Сантен» є експертом у виробництві препаратів для лікування синдрому сухого ока; на фармацевтичному ринку України представлені такі слезозамінники: **Катіонорм** (містить катіонну емульсію технології Navosorb), **Окутиарз** (0,15% натрієвої солі гіалуронової кислоти), **Офтагель** (0,25% карбомеру).

Наведемо такий клінічний випадок. У дитини 18 років, в анамнезі якої епісклерит, попереднє лікування антибіотиками, кріотерапія та лазерне лікування для купірування неоваскулярного пігментного невоса кон'юнктиви, при огляді виявлено фолікулярний кон'юнктивіт. Призначено закапувати в око 2 рази на день краплі дексаметазону, очні краплі **Лекролін** та **Офтагель**. Через 2 тижні після початку лікування при обстеженні очей ознак запалення виявлено не було. Тобто розвиток епісклериту в цьому випадку був пов'язаний із наявністю у пацієнта фолікулярного кон'юнктивіту, що був основним подразнювальним фактором.

Отже, при первинному зверненні пацієнта зі скаргами на здоров'я очей необхідні ретельний огляд та збір анамнезу для своєчасного виявлення першопричини захворювання та запобігання розвитку ускладнень.



Про терапію складних випадків хронічного та зтяжнього кон'юнктивіту у дітей розповіла **доктор медичних наук, професор кафедри офтальмології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України Ірина Василівна Шаргородська**.

— Сьогодні кон'юнктивіт є частою причиною звернення до офтальмолога. Це захворювання найчастіше зустрічається у дітей молодшого віку. У дівчат бактеріальний кон'юнктивіт розвивається частіше, ніж у хлопчиків, через часте носіння контактних лінз. Наявність супутніх захворювань (цукрового діабету, хронічного захворювання легеневої чи статевої системи) також збільшує ймовірність виникнення кон'юнктивіту.

Найбільш поширеними грамположитивними збудниками захворювань очей є: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Bacillus cereus*, *Enterococcus faecalis*.

Бактеріальний кон'юнктивіт, спричинений *S. aureus* чи *S. pneumoniae*, має більш легкий перебіг порівняно із захворюваннями очей, спричиненими грамнегативними бактеріями, такими як *Pseudomonas*, *Serratia marcescens*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*. Найдовший перебіг має кон'юнктивіт новонароджених, спричинений *S. trachomatis* та *N. gonorrhoeae*. Тому при зверненні пацієнта з невдалою попередньо спробою лікування та рясними гнійними виділеннями в анамнезі, вираженою ін'єкцією кон'юнктиви й хемозом лікар-офтальмолог повинен припустити можливе венеричне походження захворювання.

Відсутність вчасного лікування бактеріального кон'юнктивіту небезпечно для пацієнтів, оскільки може призвести до інфекції рогівки та можливої перфорації протягом 24–48 годин після зараження. Тому такому пацієнту необхідно швидко обрати тактику лікування, щоб запобігти розвитку ускладнень.

При первинному огляді потрібно перш за все оцінити анамнез захворювання (наявність поверхневого захворювання очей — хронічного блефариту; системної патології — цукрового діабету) та можливих факторів ризику (використання контактних лінз, наявність імунodefіцитного стану, травм). Частою причиною виникнення бактеріального кон'юнктивіту є використання контактних лінз під час сну. Ризики бактеріальної інфекції рогівки у користувачів лінз також зростають через неналежну підтримку цілісності та гігієни корпусу контактних лінз.

Під час проведення опитування пацієнта також необхідно уточнити алергологічний анамнез та інформацію щодо прийому лікарських засобів, оскільки почервоніння очей та їх подразнення можуть виникати через будь-який розчин очних крапель або консервант, який вони містять. Необхідно пам'ятати, що універсальний сульфаниламід, який часто використовують у рутинній практиці для лікування кон'юнктивіту, може викликати серйозну алергічну реакцію (синдром Стівенса — Джонсона).

Відомо, що первинним захистом від інфекції є епітеліальний шар, який вкриває кон'юнктиву. Його порушення може призвести до розвитку інфекції. Гематологічні імунні механізми, імуноглобуліни сльозової плівки, лізоцим, а також сльозотеча та миготіння є вторинними захисними механізмами кон'юнктиви. У дітей сльозова залоза секретує більшу кількість сліз порівняно з дорослими, проте епітеліальний бар'єр кон'юнктиви у малюків можуть порушувати інші фактори.

Бактеріальний кон'юнктивіт переважно характеризується гострим початком, мінімальним боєм і наявністю свербежу або дискомфорту в порожнині кон'юнктиви. При огляді у таких пацієнтів виявляють хемоз та набряк кон'юнктиви з вираженою гіперемією, тому необхідно проводити диференційну діагностику з іншими захворюваннями кон'юнктиви. Як правило, хворі з типовим бактеріальним кон'юнктивітом не скаржаться на світлобоязнь, а підвищена чутливість до світла є більш характерною при іриті або порушенні цілісності епітелію рогівки (виявляється при забарвленні флюоресцеїном). Якщо наявні рясні, густі та гнійні виділення з кон'юнктиви, повіки набряклі та їх важко відкрити після сну, офтальмолог повинен припустити, що кон'юнктивіт спричинений *N. gonorrhoeae*. Наявність фолікулів є ознакою вірусної інфекції, а також можливого хронічного АК. Преаурикулярний лімфатичний вузол може бути збільшеним при вірусному кон'юнктивіті та тяжкому бактеріальному кон'юнктивіті, викликаному *N. gonorrhoeae*.

Диференційну діагностику затяжного кон'юнктивіту слід проводити з іншими захворюваннями очей, при яких виникає так званий синдром червоного ока. При опитуванні необхідно звернути увагу

на перебіг захворювання. Для синдрому сухого ока характерний слабоплинний тривалий процес, для АК — сезонний перебіг, для хламідійного кон'юнктивіту — відсутність закономірності у розвитку загострень (М.А. Ковалевская и др., 2019). Диференційну діагностику також необхідно проводити з аденовірусним кон'юнктивітом, для якого характерні інтенсивна сльозотеча, світлобоязнь, дифузна ін'єкція (виражена гіперемія кон'юнктиви з дрібними петехіальними крововиливами), серозні відокремлення, утворення плівок на кон'юнктиві повік та інфільтрати на рогівці. В анамнезі пацієнта також відмічається попередня гостра респіраторна вірусна інфекція чи контакт із вірусноносієм. Складний затяжний кон'юнктивіт потребує диференційної діагностики з епідемічним геморагічним кон'юнктивітом, який супроводжується боєм в очах, слизовими чи гнійно-слизовими виділеннями, помірним набряком повік, інфільтрацією кон'юнктиви рясними крововиливами з можливим ураженням рогівки.

При проведенні диференційної діагностики з синдромом сухого ока у дитини необхідно звернути увагу на наявність провокувальних супутніх захворювань (ревматоїдного артриту, вродженої глаукоми, цукрового діабету, хронічного рецидивуючого увеїту, комп'ютерного зорового синдрому, використання контактних лінз). Затяжний кон'юнктивіт також потрібно відрізняти від весняного кератокон'юнктивіту та полінозу. Проте можуть розвиватися і перехресні захворювання: прояви алергії на фоні бактеріального кон'юнктивіту та навпаки. Диференційну діагностику складного та затяжного кон'юнктивіту необхідно проводити з епісклеритом, дакриоциститом (наявність рефлексу гнійних виділень із сльозової точки при натисканні на ділянку сльозового мішка), офтальмією новонароджених, викликану хламідіями, верхнім лімбічним кератокон'юнктивітом, який у 50% випадків має паралельний перебіг із захворюванням шитоподібної залози.

Лікування хронічного та затяжного кон'юнктивіту рекомендовано розпочинати з використання місцевих антисептиків (розчин мірамістину по 1 краплі 4 рази на день протягом 7 днів) та адекватної антибіотикотерапії з урахуванням найбільш ймовірного збудника та його чутливості до антибактеріальних лікарських засобів, даних щодо антибіотикорезистентності, можливості цього лікарського засобу проникати в органи та тканини та його доведеної ефективності у контрольованих клінічних дослідженнях. Як відомо, найбільш частими збудниками запальних захворювань очей інфекційної природи (у 75% випадків) є грампозитивні мікроорганізми, насамперед стафілококи.

Сьогодні на фармацевтичному ринку України присутні високоефективні очні краплі левофлоксацину 0,5% (Офтаквікс фармацевтичної компанії «Сантен»), які необхідно закапувати по 1 краплі 4 рази на день в уражене око протягом 7 днів. Широке застосування левофлоксацину в офтальмологічній практиці пов'язане з широким спектром його дії відносно більшості бактеріальних штамів, у тому числі метицилін-чутливих штамів *S. aureus*, грамнегативних збудників (*Moraxella catarrhalis*, *N. gonorrhoeae*, *N. meningitidis*, *Clamydophila pneumoniae*, *Clamydya psittaci*, *C. trachomatis*) (Р.С. Козлова, 2016).

Згідно з результатами досліджень S.J. Lichtenstein та співавт. (2003), частота мікробної ерадикації у групі застосування крапель левофлоксацину 0,5% у дітей віком від 2 до 12 років склала 85% та була значно вищою у порівнянні з групою пацієнтів, яким призначили офлоксацин (68%) та плацебо (30%) (р<0,001) (рис.).

Застосування левофлоксацину також супроводжувалося значно вищим рівнем ерадикації збудників *in vitro* порівняно

з використанням офлоксацину відносно групи *Streptococcus viridans* (97,7 і 27,3% чутливих ізолятів відповідно), *S. pneumoniae* (98,4 і 35,8%) та *Pseudomonas aeruginosa* (86,7 і 68,9%).

В одному з найбільших мікробіологічних досліджень антибіотикорезистентності SMART за участю 192 центрів у 54 країнах, що тривало з 2014 по 2016 р., було встановлено, що чутливість синьогнійної палички до левофлоксацину та карбапенемів була однаковою. В іноземній літературі все частіше з'являються дані про зростання рівня резистентності анаеробних мікроорганізмів до моксифлоксацину, який у деяких країнах сягає 25% (С.У. Liu et al., 2008).

У лікуванні складного та затяжного кон'юнктивіту важливим є усунення проявів алергії, які виникають на тлі тривалого перебігу захворювання. Тому до складу комплексного лікування необхідно також включати протиалергічні лікарські засоби місцевої дії (очні краплі Лекроліні) та НПЗП (наприклад, краплі індометацину) на ніч. Комплексне лікування повинно тривати протягом 7 днів, після чого при повторному огляді пацієнта необхідно оцінити продукцію сльози, явище запалення та стабільність сльозової плівки. Ефективними очними краплями, які забезпечують довгострокову зволожувальну та захисну дію при запальних захворюваннях переднього відділу ока, дегенеративних захворюваннях рогівки, при використанні контактних лінз та впливі негативних факторів навколишнього середовища, є гіалуронова кислота надвисокої молекулярної маси (очні краплі Окутиарз).

На українському фармацевтичному ринку сьогодні присутні краплі, створені на основі унікальної нанотехнології Novasorb (Катіонорм), які допомагають ефективно та безпечно усунути прояви синдрому сухого ока у дітей шляхом відновлення ліпідного (вплив на зменшення

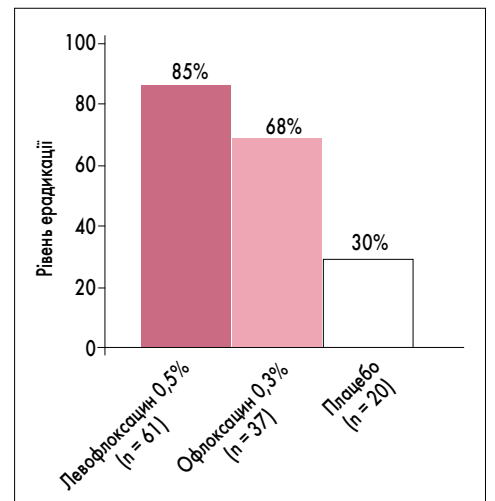


Рис. Частота мікробної ерадикації в групі використання левофлоксацину 0,5%, офлоксацину 0,3% та плацебо при бактеріальному кон'юнктивіті у дітей

випаровування та стабілізацію сльозової плівки), муцинового (лубрикація, біоадгезія, зменшення тертя під час миготіння та захист поверхні ока) та водного (зволоження та осмопротекція) компонентів сльозової плівки.

Після тижневого лікування за наявності залишкового подразнення ока необхідно призначити коротким курсом стероїдний препарат для остаточного усунення всіх проявів запалення. Проте призначати глюкокортикостероїди потрібно з обережністю, оскільки вони можуть спричинити вторинну офтальмогіпертензію, спровокувати розвиток катаракти, глаукоми та кератиту.

Отже, тактика лікування хронічного та затяжного кон'юнктивіту повинна бути комплексною та мультидисциплінарною для забезпечення повного одужання та запобігання розвитку ускладнень.

Підготувала Ірина Неміш



ЕКСПЕРТ В ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ СУХОГО ОКА

Катіонорм®
Катіонна емульсія технології Novasorb

Окутиарз®
Гіалуронова кислота 0,15% надвисокої молекулярної маси

ОФТАГЕЛЬ®
Карбомер 0,25%

Захисні краплі для очей, емульсія Катіонорм®, 10 мл
Катіонорм® — офтальмологічна стерильна гіпотонічна емульсія для очей. Без консервантів. Склад: мінеральні масла, гліцерин, тилоксолан, полоксамер 188, трис гідроксид, триметазин, цетилдимітосіл хлорид (як катіонна речовина), вода. Призначений для усунення симптомів «сухого ока». Зволожує, змащує та захищає поверхню ока. Протипоказання. Алергія на який-небудь із компонентів препарату. Інтервал між закапуваннями кожного наступного препарату повинен становити не менше 5 хвилин. Рекомендовано закапувати останнім. Сумісний з усіма видами контактних лінз. Режим дозування. По 1 краплі 1-4 рази на день. Не застосовувати більше 3 міс. після відкриття флакону. Побічні дії. В дуже рідких випадках короткочасно - подразнення очей, біль в оці, відчуття стороннього тіла, почервоніння очей, поволокання в оці, сльозотеча, відчуття печіння в оці, тимчасова нечіткість зору, запалення повік або набряк повік. Зберігати при температурі не вище 30°С.

Коротка інструкція Окутиарз® краплі очні. Ocutears®
Призначення. Полегшує для при сухому кератокон'юнктивіті, травмах рогівки, ерозіях, хірургічних втручаннях; носінні контактних лінз; гормональних розладках; кондиціонуванні повітря; роботі за монітором; плаванні в хлорованій воді. Склад. Натрієва сіль гіалуронової кислоти 0,15%, NaCl, Na2HPO4, NaH2PO4, марганцю хлорид тетрагідрат, HCl/NaOH до pH 6,8-7,6, вода. Флакон містить 10 мл стерильного розчину. Особливі вказівки. Не застосовувати при алергії на будь-який із компонентів. Інші очні краплі слід закапувати з інтервалом 5 хв. Окутиарз® застосовується останнім. Не застосовувати при інфекціях очей. Гострота зору може бути тимчасово зменшена після закапування. Побічні дії. Можливий слабкий тимчасовий дискомфорт після закапування. Умови зберігання. При температурі 2°С-25°С. Не заморозувати. Не застосовувати більше 6 місяців після відкриття флакону.

Коротка інструкція для медичного застосування лікарського засобу ОФТАГЕЛЬ® (OFTAGEL®)
Склад: 1 г гелю містить 2,5 мг карбомеру 974Р; допоміжні речовини: бензалконію хлорид, сорбіт, лізину моногідрат, натрію ацетат, полівініловий спирт, вода. Фармакокатегорія: група. Штучні замінники слізної рідини. Код АТС S01X A20. Показання. Сухий кератокон'юнктивіт та синдром сухих очей. Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату. Особливості застосування. При одночасному застосуванні кількох препаратів інтервал застосування - 15 хвилин. Офtagель® застосовується останнім. Контактні лінзи знімати перед закапуванням, через 30 хв знову їх одягнути. Не рекомендується призначати дітям. Застосування. По 1 краплі у кожне око 1-4 рази на добу. Побічні ефекти. Можлива тимчасова нечіткість зору, незначне печіння, короткочасне відчуття поволокання або місцеве подразнення очей. Повідомлялося про біль в очах, гіперемію, місцеві реакції гіперчутливості. Термін придатності: 2,5 року. Зберігання після відкриття флакона 1 міс. у захищеному від світла місці, при температурі не вище 25°С. По 10 г у флаконі з крапельницею. Категорія відпуску. Без рецепта.

Уповноважений представник виробника в Україні: Представництво «Сантен Ой» в Україні: 04050, м. Київ, вул. М. Пимоненка, 13, корпус 7, вхід В, офіс 15; телефон: 044 2066885; e-mail: ua.santen@santen.com. Інформація наведена у скороченому вигляді. Перед призначенням і застосуванням препарату, будь ласка, ознайомтеся з повним текстом Інструкції Катіонорм®, Офtagель®, Окутиарз®. Цей матеріал не є рекламою лікарського засобу, містить виключно наукову та медичну довідкову інформацію, призначений для розміщення в спеціалізованих виданнях і персонального використання співробітниками охорони здоров'я. Повідомити про небажане явище, що виникло в період лікування, або пошкоджено на якість препарату ви можете за адресою або телефоном Представництва або на e-mail: ru.ua@biomparas.eu Дата виготовлення: червень 2020. Строк придатності: червень 2022.
PP-OJ-CIS-0005