

ТЕРАПИЯ И ХИРУРГИЯ



УДК 615.03:617.711

СИНДРОМ «КРАСНОГО ГЛАЗА»: САМОЛЕЧЕНИЕ, АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ

Г.А.Антропова, Т.И.Оконенко

Институт медицинского образования НовГУ, ime-farm@yandex.ru

Проведено анонимное анкетирование 40 родителей, посетивших врача-окулиста с больным ребенком, и 30 взрослых с синдромом «красного глаза» с целью анализа проблем и условий лечения. Рассмотрены причины, влияющие на распространение процесса самолечения, необходимость оказания больным качественной фармацевтической помощи.

Ключевые слова: синдром «красного глаза», острый конъюнктивит, самолечение, ответственное самолечение, фармацевтическая помощь

Anonymous questioning of 40 parents of children who suffered from acute conjunctivitis and 30 adults with the «red eye» syndrome was carried out. The goal of the questioning was to analyze the problems and therapy conditions. The causes influencing spreading of self-treatment process and the necessity of providing the patients with the qualified pharmaceutical aid were regarded.

Keywords: «red eye» syndrome, acute conjunctivitis, self-treatment, self-responsible self-treatment, pharmaceutical care

Серьезной социальной проблемой практической офтальмологии остаются воспалительные заболевания глаз, являющиеся причиной слепоты в 10-30% [1].

Заболевания конъюнктивы относятся к наиболее часто встречающейся патологии глаза (до 30%) и более чем в 40% случаев являются причиной, по которой пациенты обращаются за помощью к врачу-офтальмологу [2]. Любой из широко известных возбудителей гнойной инфекции может вызвать заболевание органа зрения. Круг микроорганизмов, специфичных только для поражения глаз, очень незначителен: *Kochweeks bacillus*, *Moraxella lacunata*, *Corynebacterium xerosis*. Зато перечень бактерий, вызывающих воспаление глаза наряду с другими органами, достигает 40, хотя обычно называется не более 10 [1,3]. В последние два десятилетия наметилась тенденция в изменении видового состава конъюнктивальной флоры в сторону увеличения процентного содержания условно патогенной [2]. Причин тому много. Это и внедрение новых врачебных манипуляций на глазу в стационаре и на амбулаторном приеме, и появление большого количества новых антибактериальных средств, неоправданно назначаемых офтальмологическим больным, и рост количества вторичных иммунодефицитов в популяции в связи со сложными экономическими и экологическими проблемами. С другой стороны, нехватка врачей-окулистов в поликлиниках делает проблематичной возможность своевременного посещения специалиста, что ведет к самолечению больных, бесконтрольному применению ими местных антибактериальных и гормональных средств, свободно продающихся в аптечных учреждениях. В результате всего названного мы имеем рост хронических конъюнктивитов, появление антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, нарушение местного иммунитета.

Целью нашей работы был анализ проблем и условий лечения больных с синдромом «красного глаза», в частности конъюнктивита, влияние самолечения больных и роли фармацевтической помощи на процесс выздоровления.

Материалы и методы

Очень часто при проявлении тех или иных симптомов раздражения слизистой оболочки органов зрения пациенты субъективно оценивают свое состояние. И такие симптомы, как покраснение глаза, незначительный отек, зуд или жжение, не служат поводом для посещения врача. В основном пациенты ограничиваются визитом в аптеку, где сегодня представлен достаточно широкий ассортимент безрецептурных препаратов, применяемых в офтальмологической практике. Тем не менее пациентам всегда следует напоминать, что при прогрессировании или присоединении новых симптомов со стороны органа зрения им необходимо проконсультироваться со специалистом. Одним из важнейших факторов в терапии любых заболеваний является рациональное использование лекарственных средств (ЛС).

Наличие необходимых медикаментов в ближайшей аптечной организации и их свободный, безрецептурный отпуск являются одним из критериев доступности медицинской помощи в ситуации самолечения.

Для анализа проблем и условий лечения больных с острым конъюнктивитом в первые 3-5 суток мы провели анонимное анкетирование 40 родителей, посетивших врача-окулиста салона ООО «Оптика» с больным ребенком, и 30 взрослых с синдромом «красного глаза». Выбор анкетлируемых определялся их готовностью заполнить специально составленную анкету, включавшую ряд вопросов:

1. На какой день от момента покраснения глаза Вы обратились к врачу?

2. Если не сразу, то по какой причине?

3. Какие препараты Вы закапывали в глаз до момента посещения окулиста?

4. Почему Вы начали лечение именно с этих препаратов?

5. Сколько раз в день Вы закапывали в глаз применяемые Вами препараты?

6. Как долго Вы считаете нужным закапывать в глаз используемые Вами лекарственные средства, чтобы не вызвать осложнений со стороны органа зрения?

7. Как правильно закапывать глазные капли?

8. Применяете ли Вы два вида глазных капель?

9. С каким интервалом Вы их применяете?

Анализ анкет показал, что 78,6% респондентов обратились к специалисту на третий-седьмой день заболевания, когда проводимое «самолечение» не дало эффекта. Мотивируя тем, что к врачу-офтальмологу поликлиники записаться на прием очень сложно, по совету провизоров 41% обратившихся за помощью начали закапывать в глаз 0,25% раствор левомицетина, 20% раствор сульфацил-натрия, 2% больным в аптеке порекомендовали препараты искусственной слезы. Семнадцать человек (24,3%) имели в анамнезе ту или иную форму перенесенного конъюнктивита и, следуя прежним рекомендациям, по старым рецептам начали закладывать за веко глазную тетрациклиновую мазь (10 человек), инстиллировать офтан-ИДУ (3 человека) или 0,1% раствор дексаметазона (4 человека). Каждый десятый последовал советам рекламы или друзей, не имеющих отношения к медицине, и стал применять визин, а 1 пациент — гидрокортизоновую глазную мазь. И лишь 15 человек (21%) заболевших сразу же обратились к специалисту и начали проводить соответствующее лечение.

Пациенты, лечившиеся первые дни самостоятельно и не получившие положительного результата, закапывали капли в глаз 2-4 раза в сутки, что в настоящее время считается малоэффективным и ведет лишь к возникновению антибиотикорезистентной флоры. Действительно, отсутствие улучшения заставило этих пациентов все-таки обратиться к врачу.

Согласно современным медицинским регламентам при возникновении острого воспаления конъюнктивы инстилляции лекарственных препаратов проводят через каждые 2 часа, и такое лечение должно продолжаться не менее 5-7 дней, что и объяснялось каждому пациенту на приеме.

Технику закапывания капель в глаз 95% респондентов описали более или менее правильно, а вот о том, что интервал между двумя вводимыми препаратами должен составлять не менее 4 минут, знали лишь 10% опрошенных.

Если обозначить знаком плюс (+) обратившихся к врачу в первый день заболевания, а знаком минус (–) в последующие дни (статистическая обработка с помощью критерия знаков), то с вероятностью от 99 до 99,5% можно считать, что основная часть опрошенных родителей занимается самолечением, ис-

пользуя свободный доступ к лекарственным препаратам, советы друзей, провизоров, ранее выписанные рецепты. Достоверным остается факт безграмотного применения глазных лекарственных форм, особенно содержащих антибиотики (Р от 95 до 97,5%), гормональные препараты.

При обработке статистических талонов, заполненных окулистом детской поликлиники по поводу острого конъюнктивита, выяснилось, что 88,4% больных посетили врача только один раз, что свидетельствует о том, что проведение лечения, контроль его эффективности и сроки его прекращения во всех случаях определяли сами пациенты либо родители.

Исходя из того, что родители берут на себя контроль лечения конъюнктивита у детей, им был задан вопрос: когда следует прекращать лечение заболевания?

85% из них ответили, что как только исчезнет гнойное отделяемое и покраснение слизистой глаза, а точнее через 2-3 дня; если этого не происходит, то следует обращаться к врачу.

В настоящее время в регионах необходимо принимать более выраженные меры к преодолению негативных тенденций к ухудшению здоровья населения. Кроме влияния на здоровье плохой экологической обстановки, экономической ситуации, социальной напряженности, важным является безответственное отношение большинства людей к собственному здоровью. Нужны меры по усилению положительного отношения людей к своему здоровью, медицинской активности, профилактике, к ответственному самолечению. Неотъемлемой частью государственной системы мер по реализации прав граждан на охрану их здоровья является фармацевтическая помощь, качество оказания которой в значительной степени зависит от квалификации фармацевтического персонала аптекных организаций.

Согласно определению ВОЗ под фармацевтической помощью понимается философия практики общения с пациентом и общественностью в аптеке как первом звене многоуровневой системы здравоохранения. Данная философия положена в основу концепции *надлежащей аптечной практики*, утвержденной Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1996 г. Одним из основных положений ее является принятие фармацевтическими специалистами доли ответственности за исход лечения наряду с другими работниками здравоохранения и пациентами. В каждой стране устанавливаются свои стандарты с учетом национальных особенностей. В РФ основным документом по установлению требований к правилам отпуска лекарственных средств, требований к персоналу, оборудованию, помещениям, системе управления качеством в аптеке, процедурам приемки, хранения и отпуска ЛС является Отраслевой стандарт ОСТ 91500.05.0007-2003 «Правила отпуска (реализации) лекарственных средств в аптечных организациях. Основные положения», утвержденный приказом Минздрава РФ от 4 марта 2003 г. №80. В главе II, п. 2.5 ОСТа оговаривается, что аптеки и аптечные пункты могут «оказывать консультативную помощь населению в целях обеспечения ответственного самолечения».

Понятие «ответственное самолечение», определяемое ВОЗ как «разумное применение пациентами ЛС, находящихся в свободной продаже, с целью профилактики или лечения легких расстройств здоровья», в настоящее время является одним из наиболее проблемных аспектов отечественного здравоохранения. Обеспечить осознанность и подконтрольность самолечения — сложная задача для разных структур здравоохранения и законодательных институтов страны, которые призваны создать четкую и всестороннюю правовую систему регулирования этого процесса [4].

Документы по фармацевтической практике в РФ нуждаются в приведении в соответствие с международными требованиями [5].

При регламентировании требований к фармацевтическому персоналу имеется ряд проблем [6,7]. Среди них такие, как: несоответствие утвержденной номенклатуры должностей нормативным документам в сфере образования и фактически выполняемым работам; отсутствие четкой дифференциации видов фармацевтических работ и занимаемых должностей для специалистов в зависимости от уровня образования. Прослеживается также несоответствие номенклатуры фармацевтических специальностей фактическому функциональному разделению труда специалистов; отсутствие единых требований к набору профессиональных компетенций фармацевтического персонала аптечных организаций и профилированию их должностей и др.

Пациенты, обращающиеся в аптеку за консультацией провизора с целью приобретения безрецептурного препарата, могут относиться либо к категории больных, которым потребуются обязательная консультация врача в ближайшее время, либо к категории больных, не требующих таковой. В первом случае симптом может быть полностью устранен с помощью препаратов безрецептурного отпуска. Во втором случае безрецептурные средства могут облегчить состояние больного для того, чтобы он смог самостоятельно пойти на прием к врачу. При этом важно помнить, что любой симптом может быть как проявлением незначительного нарушения со стороны здоровья, так и началом серьезного заболевания или признаком обострения хронического, имеющегося у данного человека.

Таким образом, большое место в профессиональной деятельности провизора приобретает консультативно-информационная работа, «фармацевтическая опека» пациентов [8]. При отпуске безрецептурных препаратов провизор должен установить симптом, для лечения которого больной приобретает ЛС; затем на основании опроса пациента определить необходимость вмешательства врача. Далее нужно определить фармакотерапевтическую группу ЛС для лечения данного симптома и выбрать лекарственный препарат. Необходимым является объяснение больному условий применения ЛС и предоставление ему надлежащей информации о действии ЛС, побочных эффектах, условиях рационального приема; важным является предупреждение о соблюдении дозировок, курса приема и необходимости обращения к врачу

при отсутствии улучшения в течение определенного времени.

Например, при осуществлении фармацевтической опеки пациентов с «синдромом красного глаза» нужно обратить внимание на следующие моменты:

- в рамках самолечения, для облегчения симптомов конъюнктивита, следует применять антисептические глазные капли (альбуцид, витабакт, борно-цинковые капли). Лечение глазными мазями требует консультации врача;

- лицам, пользующимся контактными линзами, при применении глазных капель линзы обязательно следует снимать, а во время покраснения глаза их вообще не рекомендуется носить;

- глазные капли, содержащие антибиотики, не рекомендуется применять без назначения врача из-за опасности развития резистентных штаммов микроорганизмов;

- глазные капли, применяемые для лечения вирусного конъюнктивита, не следует применять более 10 дней;

- при приеме антиаллергических капель могут иногда возникать нарушения зрения (затуманивание, двоение в глазах), поэтому при использовании этих ЛС не рекомендуется водить автомобиль;

- противоаллергические препараты из группы симпатомиметиков не следует применять лицам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, щитовидной железы, при беременности и кормлении грудью, и не следует применять такие ЛС более 4-5 дней;

- глазные капли, содержащие кортикостероиды, можно применять только по рекомендации врача. При длительном применении комбинированных глазных капель, содержащих кортикостероиды, высока вероятность развития глаукомы, присоединения вторичной инфекции, перфорации роговицы.

При ответственном отношении потребителя к применению безрецептурных ЛС провизор из пассивного посредника между врачом и пациентом превращается в активную и даже во многом ключевую фигуру в системе рациональной и контролируемой фармакотерапии. Необходимо создавать условия в процессе последипломной подготовки фармацевтических специалистов с целью выработки у них навыков клинико-фармацевтического менеджмента, для того, чтобы они могли взять на себя ответственность за осуществление фармацевтической опеки пациента, за предоставление информированной и объективной консультативной помощи по ЛС и их использованию населением.

Выводы

1. Проведенное анкетирование однозначно показало, что существующий недостаток врачей-офтальмологов в поликлинической сети и возникающие в связи с этим трудности попадания к ним на прием способствуют распространению среди населения методов самолечения, далеко не всегда приводящих к желаемому эффекту.

2. Население в своем большинстве имеет низкую степень ответственности за собственное здоровье, относится к нему легкомысленно, не думая о

возможных неблагоприятных последствиях, слепо доверяет друзьям и рекламе.

3. Следует обратить внимание и на недопустимость безрецептурного отпуска антибактериальных и гормональных фармацевтических препаратов даже для местного применения, т.к. население применяет эти ЛС бесконтрольно, формируя антибиотикоустойчивую микрофлору и нарушая нормальный биоценоз конъюнктивальной полости.

4. Необходимо продолжить работу по формированию стандартов информационного обслуживания больных, по порядку обмена конфиденциальной информацией о назначениях ЛС между врачами и фармацевтическими работниками, по сбору сведений со стороны больных о терапии, о побочных действиях ЛС.

1. Майчук Ю.Ф. // Справочник поликлинического врача. 2005. №4. С.73-76.
2. Егоров Е.А., Алексеев В.Н., Астахов Ю.С. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии: Рук. для практикующих врачей / Под общ. ред. Е.А. Егорова. М.: Литтерра, 2004. 954 с.
3. Steinert R.F. // Am. J. Ophthalmol. 1991. Vol.112. P.10.
4. Сулейманов С.Ш., Кирпичникова Н.В. // Российские аптеки. 2008. №13. С.8-10.
5. Сбоев Г.А., Краснюк И.И. // Ремедиум. 2006. № 8. С.38-43.
6. Федина Е.А. // Новая аптека. 2007. №2. С.45-48; №3. С.49-54.
7. Солонина А.В. // Фармацевтический вестник. №36. 2008. С.34.
8. Зупанец И.А., Черных В.П., Попов С.Б., Сахарова Т.С., Бездетко Н.В., Безуглая Н.П., Болотная Л.А., Гринцов Е.Ф., Налетов С.В. Фармацевтическая опека: Курс лекций для провизоров и семейных врачей / Под ред. В.П.Черных, И.А.Зупанца. Х.: Фармитэк. 2006. 536 с.