



# Аллергический ринит и аллергический конъюнктивит у детей: от теории к практике

Современным подходам к диагностике и лечению детей с аллергическим конъюнктивитом была посвящена встреча специалистов в области педиатрии, аллергологии и иммунологии – Елены Александровны ВИШНЕВОЙ, д.м.н., профессора РАН, заместителя руководителя по науке, врача аллерголога-иммунолога Научно-исследовательского института педиатрии и охраны здоровья детей Научно-клинического центра № 2 Российского научного центра хирургии им. акад. Б.В. Петровского, профессора кафедры факультетской педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, и Веры Геннадьевны КАЛУГИНОЙ, к.м.н., врача аллерголога-иммунолога, научного сотрудника Научно-исследовательского института педиатрии Российского научного центра хирургии им. акад. Б.В. Петровского, ассистента кафедры факультетской педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова. Эксперты обсудили новые подходы к дифференциальной диагностике и лечению аллергического конъюнктивита у детей, провели разбор клинических случаев из реальной практики.

В начале беседы профессор Е.А. Вишнева отметила, что за последние десятилетия в мире возросла распространенность аллергических заболеваний. Накопленные данные свидетельствуют о том, что на формирование аллергической реакции у человека в равной степени влияют как внутренние, так и внешние факторы. К внутренним факторам относят отягощенную наследственность по аллергическим заболеваниям, мутации гена филагтрина, нарушение целостности кожного барьера. Закономерным образом вероятность развития аллергии повышается под воздействием внешних факторов – климата, загрязнения окружающей среды, пассивного курения, стресса. Известны факторы, играющие протективную роль в профилактике развития сенсibilизации и прогрессирования аллергических заболеваний. Среди

них – грудное вскармливание, рациональное питание, использование про- и пребиотиков в качестве пищевых добавок, эмолентов для ухода за кожей, а также проживание вне крупных мегаполисов в экологически чистой среде.

В клинической практике часто наблюдаются ситуации, когда к первично манифестировавшему аллергическому заболеванию впоследствии присоединяются другие аллергические состояния. Ранее этот процесс назывался атопическим маршем, в настоящее время более правильным считается определение «формирование атопической мультиморбидности». Однако подобная этапность развития спектра сенсibilизации, изменений клинических проявлений аллергии для каждого пациента индивидуальна. Так, у одного пациента бронхиальная астма сопровождается аллергическим ринитом (АР), у другого – атопическим дер-

матитом (АтД); АР в большинстве случаев сопровождается аллергическим конъюнктивитом (АК)<sup>1</sup>.

Выделяют несколько направлений для формирования атопической мультиморбидности, которые, по данным последних исследований, устанавливаются преимущественно в период от 10 до 17 лет. Одним из важных факторов риска развития атопии в подростковом возрасте считается курение.

Несомненно, периоды как раннего детства, так и пубертата считаются важными критическими этапами развития атопических заболеваний и в то же время имеют значительный потенциал для профилактики и своевременной патогенетической терапии аллергии<sup>2</sup>. На клиническом примере В.Г. Калугина рассмотрела особенности течения аллергических заболеваний и формирования мультиморбидности в раннем детском возрасте.

<sup>1</sup> Maiello N., Comberiat P., Giannetti A., et al. New directions in understanding atopic march starting from atopic dermatitis. Children (Basel). 2022; 9 (4): 450.

<sup>2</sup> Forster F., Ege M.J., Gerlich J., et al. Trajectories of asthma and allergy symptoms from childhood to adulthood. Allergy. 2022; 77 (4): 1192–1203.



*Мальчик, 1 год 11 месяцев 14 дней.* Наследственность по аллергическим болезням в семье отягощена – у матери АР. Домашних животных нет, бытовые условия удовлетворительные. С трех месяцев у ребенка отмечались проявления умеренно тяжелого АТД. В качестве терапии использовались эмоленты, топические глюкокортикоиды (ГК) частыми курсами. К полутора годам проявления АТД были минимальны, явной пищевой аллергии не выявлено. С середины апреля 2024 г. родители начали беспокоить симптомы ринита, ринореи у ребенка. Педиатр, консультировавший родителей ребенка, расценил симптомы как острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ). Ребенок получал местную терапию – промывание носа солевыми растворами и деконгестантами. Симптомы не купировались, наблюдалась отрицательная динамика. Спустя десять дней (с конца апреля 2024 г.) возникли зуд глаз и носа, покраснение и отек век глаз, единичный влажный кашель по утрам. При осмотре в клинике зафиксированы отек век и пастозность лица, гиперемия конъюнктивы глаз, водянистое отделяемое, заложенность носа. Передняя риноскопия показала отек носовых раковин с бледной слизистой оболочкой. Аускультативно в легких – пуэрильное дыхание, хрипов нет. По остальным органам и системам – без особенностей. С учетом отягощенного наследственного анамнеза по аллергическим болезням, наличия АТД до момента обращения было высказано предположение о последовательном присоединении к аллергическому заболеванию другой атопической патологии. Выставлен предварительный диагноз: сезонный АР, обострение; сезонный АК, обострение.

Назначена терапия: системные антигистаминные препараты (дезоратадин), глазные капли – 0,2%-ный раствор олопатадина (Визаллергол), курс – 10–14 дней. На фоне терапии через два дня у ребенка отмечалось выраженное улучшение, исчезли зуд, покраснение и отечность слизистой оболочки глаз. На сегодняшний день Визаллергол – единственный препарат данного класса, который можно назначать детям с двух лет. Эксперт подчеркнула, что АР – значимая мультидисциплинарная проблема для современного здравоохранения. АР относится к наиболее распространенным заболеваниям, частота заболеваемости постоянно возрастает, а поздняя диагностика АР приводит к серьезным осложнениям, снижению качества жизни пациентов и значительным материальным расходам. При этом у большинства пациентов АР сопровождается симптомами АК, формируя клиническую картину риноконъюнктивального синдрома. Аллергены, воздействуя на слизистую оболочку полости носа и конъюнктивы глаз, провоцируют развитие клинических симптомов. Однако ситуация осложняется тем, что пациенты с жалобами на симптомы ринита и конъюнктивита (заложенность носа, зуд, слезотечение, воспаление, отек и покраснение слизистой оболочки глаз) обращаются к врачам различных специальностей. Поэтому актуальным остается повышение осведомленности специалистов о важности ранней диагностики аллергии и своевременном назначении патогенетической терапии. Именно своевременно назначенная терапия позволяет предотвратить развитие осложнений и ухудшение качества жизни пациентов с аллергическими заболеваниями.

В продолжение темы профессор Е.А. Вишнева представила результаты систематического обзора и анализа 22 исследований (2012–2022), в которых оценивали распространенность АР в детской популяции<sup>3</sup>. Согласно данным, общая распространенность АР, диагностированного врачом, составила 10,48%, а общая распространенность текущего (по данным за последние 12 месяцев) АР – 18,12%. Общая распространенность АР в течение жизни, о котором сообщали сами пациенты, составила 19,93%. Анализ распространенности АР с течением времени показал тенденцию к росту числа случаев АР, диагностированного врачом (8,38% в 2012–2015 гг. против 19,87% в 2016–2022 гг.), что позволило авторам исследования констатировать значимое увеличение распространенности АР со временем. В то же время в исследовании распространенности аллергического риноконъюнктивита и более тяжелых поражений ткани глаза в разных регионах мира у детей подросткового возраста<sup>4</sup> был сделан вывод, что региональные различия в распространенности АК обусловлены сопутствующими заболеваниями, социально-экономическими условиями и факторами окружающей среды. Кроме того, авторы в очередной раз подтвердили значимую связь между АР и АК. Данные о заболеваемости АК в Российской Федерации представлены в разделе «Болезни глаза, его придатков» или разделе, касающемся проявлений поллиноза (в соответствии с правилами сбора статистических данных по форме статистического наблюдения № 12), в сведениях об общей заболеваемости детского населения России в сборнике Минздрава России. Следует отметить, что средние показатели заболеваемости АК в нашей стране ниже, чем в других странах.

<sup>3</sup> Licari A., Magri P., De Silvestri A., et al. Epidemiology of allergic rhinitis in children: a systematic review and meta-analysis. J. Allergy Clin. Immunol. Pract. 2023; 11 (8): 2547–2556.

<sup>4</sup> Miyazaki D., Fukagawa K., Okamoto S., et al. Epidemiological aspects of allergic conjunctivitis. Allergol. Int. 2020; 69 (4): 487–495.



## Мнение эксперта

В исследовании S.Y. Zhang и соавт. показана взаимосвязь между АК и качеством жизни у детей<sup>5</sup>: полученные авторами данные свидетельствуют о том, что АК негативно влияет на качество жизни детей и их родителей, особенно если речь идет о весеннем (сезонном) или атопическом кератоконъюнктивите.

В соответствии с определением, представленным в отечественных клинических рекомендациях, в основе АК лежит воспалительная реакция конъюнктивы, которая развивается под воздействием на ткани глаза различных аллергенов. АК характеризуется такими симптомами, как гиперемия, отек слизистой оболочки век и конъюнктивы, зуд, гиперемия кожи век, образование фолликулов или сосочков на конъюнктиве. Иногда проявления АК сопровождаются поражением роговицы и нарушением зрения. По характеру течения конъюнктивит подразделяют на острый и хронический.

АК может быть сезонным (возникает в период цветения причинно-значимых ветроопыляемых растений) и круглогодичным. Сезонный конъюнктивит может сопровождаться тарзальными проявлениями, гипертрофией прелимбальной конъюнктивы, реализовываться в виде лимбита и других поражений ткани глаза (микропаннус, эрозия роговицы, точечный эпителиальный кератит, щитовидная язва роговицы, гиперкератоз роговицы).

Еще одной важной проблемой является лекарственный конъюнктивит – контактный конъюнктивит, воспаление конъюнктивы, возникающее как аллергическая или псевдоаллергическая реакция на действие лекарственных средств при местном (90,1% случаев), реже – системном применении (9,9% случаев). Факторами риска лекарственного конъюнктивита считаются полипрагмазия, самолечение, отсутствие информации

о нежелательных явлениях препаратов, а также повторное применение препаратов.

Среди симптомов лекарственного конъюнктивита отмечают преобладание одного из признаков: отека, гиперемии, сосочковой гипертрофии или фолликулярного конъюнктивита.

Согласно современной классификации, глазную гиперчувствительность подразделяют на непосредственно глазную аллергию и глазную неаллергическую гиперчувствительность. Глазная аллергия может быть IgE-опосредованной – следствием реакции, в реализации которой принимают участие специфические иммуноглобулины класса E, и не-IgE-опосредованной. К IgE-опосредованной глазной аллергии относят сезонный и круглогодичный АК, весенний кератоконъюнктивит и атопический кератоконъюнктивит. При не-IgE-опосредованной глазной аллергии также могут развиваться весенний и атопический кератоконъюнктивит, контактный блефароконъюнктивит.

В свою очередь глазная неаллергическая гиперчувствительность характеризуется развитием крупнопиллярного конъюнктивита, раздражающего конъюнктивита, блефарита и других пограничных форм.

Клинически АК в первые минуты и часы после контакта с аллергеном манифестирует зудом, слезотечением, эритемой и отеком. При длительном воздействии триггера, сохранении и частом рецидивировании симптомов АК может происходить поверхностное повреждение тканей глаза. Если проявления заболевания беспокоят пациента в течение нескольких месяцев или лет, повреждение и воспаление могут стать причиной нарушений зрения.

Проявления глазной гиперчувствительности имеют свои особенности и различаются характером те-

чения, степенью тяжести, объемом поражения, механизмами, лежащими в основе развития этих заболеваний, наличием сопутствующей патологии, в том числе атопии.

Важным условием ведения пациента с глазной гиперчувствительностью является мультидисциплинарный подход – участие команды специалистов, обязательно включающей аллерголога-иммунолога и офтальмолога. «Совместное ведение пациента – залог успеха дальнейшей терапии и хорошего прогноза для ребенка с аллергическим конъюнктивитом», – подчеркнула профессор Е.А. Вишнева. Диагностический процесс у пациента с подозрением на АК, кератоконъюнктивит начинается с осмотра. Следует отметить, что признаки АК на приеме может обнаружить педиатр, врач общей практики. При этом практикующим врачам необходимо помнить, что вовлечение в воспалительный процесс век, глубоких тканей глаза не всегда сопровождается выраженными симптомами. Важно дифференцировать АК от других заболеваний, сопровождающихся поражением и воспалением конъюнктивы и век. Так, покраснение конъюнктивы характерно не только для АК, но и для неаллергического конъюнктивита, кератита, увеита. Гигантские сосочки конъюнктивы выявляются также у пациентов с крупнопиллярным конъюнктивитом. Воспаление, отек и экзема век встречаются при дерматозах, себорейном дерматите, псориазе.

Диагностический процесс при подозрении на наличие АК включает тщательный сбор и анализ анамнестических данных пациента для определения сроков возникновения и длительности заболевания, уточнения эпидемиологических сведений, определения первичного или повторного эпизода болезни. Физикальный осмотр крайне важен для дифференциальной диагностики конъюнктивитов и по-

<sup>5</sup> Zhang S.Y., Li J., Liu R., et al. Association of allergic conjunctivitis with health-related quality of life in children and their parents. JAMA Ophthalmol. 2021; 139 (8): 830–837.



## Мнение эксперта

зволяет определить изменения состояния кожи лица, век, наличие отеков, асимметрии, лимфаденопатии.

В диагностике АК используют лабораторные исследования для определения сенсibilизации, исключения инфекции (по показаниям, при наличии дополнительных симптомов). Аллергообследование предусматривает кожное тестирование и/или определение специфических IgE.

Кожное тестирование (прик-тесты) является распространенным и экономически выгодным методом. Однако на результаты кожных тестов на аллергены могут влиять качество сырья, стандартизация аллергенов, возраст пациентов. У пациентов в возрасте младше двух лет и старше 60 лет интерпретировать результаты следует с осторожностью. Кроме того, при выполнении кожных тестов иногда возникают сложности из-за различных методик оценки ответа и проблем с наличием ланцетов для прик-тестов.

Диагностика сенсibilизации с определением аллергенспецифических IgE к экстрактам аллергенов и компонентам (молекулам) аллергенов может осуществляться с применением моноплексных и мультиплексных методов. Наиболее распространенными моноплексными методами являются ImmunoCAP и Immulite 2000, доступные на сегодняшний день мультиплексные методы представлены аллергочипом ISAC, включающим 112 аллергокомпонентов из 51 экстракта аллергенов, и аллергочипом ALEX-2, позволяющим определить чувствительность к 180 аллергокомпонентам и 120 экстрактам аллергенов, а также общий IgE. Дополнительными показаниями к проведению такого тестирования являются тяжелые реакции в анамнезе пациента, связанные с пищевыми продуктами, определение риска развития тяжелых реакций на пищу, поиск возможных перекрестных аллергенов, установление истинной

сенсibilизации и прогноз эффективности аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ).

У взрослых возможно проведение провокационных тестов, патч-тестов, однако данные методики пока не распространены в отечественной практике.

В диагностике АК важнейшую роль играет врач-офтальмолог, который с помощью визометрии может определить остроту зрения, оценить клиническое состояние век, конъюнктивы, роговицы, передней камеры, радужки и зрачка. При необходимости и по показаниям специалист выполняет диагностические пробы и тесты для анализа показателей изменения слезопродукции.

В.Г. Калугина продолжила тему диагностики АК у детей разных возрастных групп, представив клинический случай.

*Девочка, 16 лет.* Обратилась с жалобами на покраснение, шелушение, небольшой зуд кожи век (преимущественно верхнего) обоих глаз с разной интенсивностью в течение трех месяцев в зимний период. Из анамнеза известно, что по аллергическим болезням наследственность не отягощена, бытовые условия удовлетворительные, домашних животных нет. Ранее у ребенка проявлений АтД, пищевой аллергии не отмечалось, наличие симптомов круглогодичного или сезонного ринита отрицает. Девочка неоднократно консультировалась у дерматолога, аллерголога. Проведено исследование специфических IgE к пищевым аллергенам – сенсibilизации не выявлено. Уровень общего IgE в норме.

В терапии применялись различные эмоленты с мочевиной, без положительного эффекта, с тенденцией к ухудшению. Был также назначен топический ингибитор кальциневрина (такролимус), который вызывал жжение. Временный положительный эффект зафиксирован на фоне применения комбинированного препарата, содержащего ГК.

Девочка находилась на диете с исключением гистаминолибераторов – без видимого эффекта.

При осмотре отмечены небольшая гиперемия конъюнктивы, эритематозно-сквамозные высыпания на веках, шелушение, небольшая пастозность век без выраженного отека. Пациентке провели дополнительное аллергообследование, исключили сенсibilизацию к клещам домашней пыли, плесени и аллергенам животных.

Установлен диагноз: АтД, локальная форма, обострение. Заподозрен контактный дерматит, аллергический конъюнктивит.

Пациентке рекомендовано на область высыпаний наносить пимекролимус два раза в день в течение 20 дней, далее один раз в день прерывистым курсом, не пользоваться косметикой, мицеллярной водой, применять эмоленты для периорбитальной области. Для снижения выраженности проявлений конъюнктивита пациентке назначили олопатадин (Визаллергол) по одной капле один раз в день. Рекомендована консультация офтальмолога для определения дальнейшей тактики лечения. При осмотре через 14 дней у пациентки наблюдалось улучшение состояния, значительно уменьшилась выраженность симптомов, купировалась гиперемия конъюнктивы, отсутствовали высыпания на веках и шелушение. Лечение продолжено.

По мнению профессора Е.А. Вишневой, в большинстве случаев тактика ведения пациентов детского возраста с выраженными симптомами конъюнктивита должна определяться педиатром совместно с различными специалистами, в частности офтальмологом и дерматологом. Мультидисциплинарный подход позволяет подобрать оптимальную схему лечения для конкретного пациента, своевременно предотвратить распространение патологического процесса, которое может привести к нарушениям зрения.



## Мнение эксперта

Профессор представила схему терапии АК: первая линия лечения подразумевает исключение триггера, ставшего причиной проявлений АК. На этом этапе может быть рекомендовано применение холодных компрессов и слезозаместительной терапии препаратами искусственной слезы. При АК у пациентов детского возраста на второй ступени терапии (базисная терапия) основными препаратами выступают местные антигистаминные средства, а также топические лекарственные средства множественного действия. Помимо них возможно использование стабилизаторов мембран тучных клеток, нестероидных противовоспалительных препаратов. Топические ГК и АСИТ составляют третью линию лечения. Такие препараты, как циклоспорин, такролимус, антагонисты цитокинов, анти-IgE-препарат, при АК не имеют зарегистрированных показаний к применению. Назначение этих лекарственных средств рассматривается врачебной комиссией индивидуально, для конкретного клинического случая.

Важно, что консультация офтальмолога абсолютно необходима при любых стойких жалобах на симптомы конъюнктивита, а также при рассмотрении вопроса о назначении сильнодействующих ГК для местного применения или при выборе системной терапии.

Таким образом, препаратами первой помощи у пациентов с АК являются топические антигистаминные препараты в форме глазных капель. Среди препаратов этой группы следует отметить олопатадин 0,2% (Визаллергол), который хорошо известен и широко используется для лечения АК. Так, с 2007 г. накоплен положительный опыт его эффективного и безопасного применения как у детей, так и у взрослых. Препарат разрешен к использованию с двух лет, отличается удобством применения – один раз в сутки.

Олопатадин (Визаллергол) характеризуется доказанными высокой

эффективностью и быстротой действия: уже через три минуты после использования пациенты в исследованиях отмечали отсутствие зуда в области глаз. То есть купирование симптомов АК происходит уже в первые минуты после применения олопатадина. К преимуществам препарата относится возможность безопасного применения в течение длительного периода времени (до четырех месяцев).

Терапевтическая эффективность олопатадина обусловлена уникальным двойным механизмом действия его молекулы: блокированием H1-гистаминовых рецепторов и ингибированием высвобождения противовоспалительных медиаторов тучными клетками конъюнктивы.

Препарат отличается высоким уровнем безопасности и хорошей переносимостью, в том числе у детей: нежелательные явления (синдром сухого глаза, ощущение инородного тела, покраснение, повышенная чувствительность, боль и зуд в глазах) на фоне применения Визаллергола в исследованиях практически отсутствовали или были сопоставимы с таковыми при использовании плацебо.

В качестве базисной противоаллергической терапии Визаллергол в исследованиях продемонстрировал высокую эффективность по сравнению с другими топическими противоаллергическими препаратами. В группе пациентов с АК, получавших Визаллергол, быстрее наступал терапевтический эффект: купирование зуда, жжения, дискомфорта, исчезновение отека, гиперемии. Кроме того, резорбция фолликулярной реакции в группе Визаллергола регистрировалась раньше, чем при использовании других противоаллергических препаратов.

Следует отметить результаты исследования восприятия терапии олопатадином. Так, по мнению 93,2% пациентов, применявших глазные капли в течение 28 дней, именно препарат Визаллергол был удобнее и комфортнее для применения

по сравнению с другими топическими средствами.

Обсуждая эффективность других препаратов, зарегистрированных для лечения АК, профессор Е.А. Вишнева отметила, что некоторые из них, например стабилизаторы мембран тучных клеток, имеют свои особенности. Они давно используются в клинической практике, их эффективность подтверждена, но ряд особенностей, прежде всего замедленное действие, необходимость использования до четырех доз в течение суток, дискомфорт при использовании, снижают приверженность лечению и ограничивают возможности применения. К основным побочным эффектам препаратов из группы стабилизаторов мембран тучных клеток относят чувство жжения, покалывания в области глаз, иногда размытость зрения.

Необходимо отметить, что конъюнктивит у детей может развиваться при ряде других состояний, в частности заболеваниях верхних дыхательных путей. В таких случаях крайне важно разобраться в этиологии возникшей клинической ситуации. Как известно, конъюнктивит представляет собой воспалительную реакцию конъюнктивы на различные воздействия. Воспаление конъюнктивы глаз, сопровождающееся появлением отделяемого, наличием соответствующих жалоб, может быть признаком различных глазных болезней и требует пристального внимания специалистов.

Накопленные данные свидетельствуют о широкой распространенности вирусного и бактериального конъюнктивита как у детей, так и у взрослых. Метаанализ 32 исследований, проведенный зарубежными авторами для определения относительной распространенности вирусного и бактериального конъюнктивита у детей и взрослых, а также для выявления ключевых симптомов и признаков, характерных для вирусной или бактериальной этиологии, показал,



## Мнение эксперта

что бактериальный конъюнктивит распространен у детей в большей степени, чем вирусный. Симптомы и признаки, связанные с более высокой вероятностью вирусного конъюнктивита у взрослых и детей, включали сопутствующий фарингит, увеличение преаурикулярного узла и недавний контакт в анамнезе с другим человеком с покраснением глаз. С более высокой вероятностью бактериального конъюнктивита ассоциировалось наличие слизисто-гнойного отделяемого и среднего отита<sup>6</sup>.

Таким образом, при дифференциальной диагностике конъюнктивита следует учитывать, что симптомами бактериального конъюнктивита являются острое двустороннее или одностороннее гнойное отделяемое зеленоватого или желтоватого оттенка. Проявлениями вирусного конъюнктивита могут быть острое жжение или ощущение песка в глазах, часто сопровождающееся продромальными симптомами, такими как лихорадка, кашель, ринорея. При осмотре отмечаются водянистое отделяемое и фолликулы на конъюнктиве.

В.Г. Калугина на клинических примерах наглядно продемонстрировала особенности проведения дифференцированной диагностики конъюнктивита у детей разного возраста.

*Девочка, 5 лет.* Родители обратились с жалобами на симптомы ринита и конъюнктивита у ребенка. Наследственность отягощена (у отца поллиноз). Домашних животных нет, ребенок посещает детский сад. С пяти месяцев отмечался АТД легкого течения, в настоящее время – ремиссия. С трех лет у ребенка проявления поллиноза в апреле – мае. Проведена алергодиагностика. Выявлена сенсibilизация к аллергену пыльцы березы. С 25 февраля 2024 г. у девочки наблюдаются явления небольшого ринита, спустя три дня – покрас-

нение сначала правого, затем левого глаза. Матерью данное состояние расценено как поллиноз. В терапии использовались системные антигистаминные препараты и глазные капли с кромоглицеиновой кислотой – без выраженного эффекта. Лихорадки, болей в горле нет.

При осмотре – гиперемия конъюнктивы обоих глаз, на ресницах – гнойное отделяемое, носовое дыхание затруднено в легкой степени, слизисто-гнойное отделяемое из носа, зев розовый, на миндалинах небольшой беловатый налет. По другим системам и органам – без патологии.

Установлен предварительный диагноз: ОРВИ легкого течения (аденовирусная инфекция). Вирусный конъюнктивит.

Как известно, аденовирус – наиболее частая причина вирусных конъюнктивитов. Девочке назначено лечение: туалет носа, глаз. Антигистаминные препараты и кромоглицеиновую кислоту рекомендовано отменить. Родители получили подробную информацию об аденовирусной инфекции у детей, о том, что симптомы конъюнктивита при ОРВИ могут сохраняться длительно (до 20 дней) и в отсутствие ухудшения не требуют специальной терапии.

По словам профессора Е.А. Вишневой, иногда самолечение конъюнктивита осложняет клиническую ситуацию. Поэтому важным условием эффективной терапии является обращение за медицинской помощью при возникновении первых симптомов болезни.

При диагностике АК на приеме следует обращать внимание на характер и локализацию симптомов. К основным признакам АК относят симметричный характер симптомов: двусторонний зуд глаз зачастую сопровождаются иными проявлениями аллергии, симптоматика обычно хроническая, иногда сезонная. По данным осмотра выявляются водянистое отделя-

емое из глаз, хемоз и фолликулы на конъюнктиве. При сильном зуде ребенок расчесывает кожу в области глаз, что может привести к присоединению бактериальной инфекции. В таких случаях обязательна консультация офтальмолога и совместное ведение ребенка для исключения осложнений.

Следующий клинический случай, представленный В.Г. Калугиной, продемонстрировал опыт дифференциальной диагностики АК.

*Девочка, 14 лет.* Обратилась с жалобами на покраснение и зуд глаз с разной интенсивностью в течение трех месяцев. Наследственность по аллергическим болезням в семье отягощена (у отца бронхиальная астма). В раннем возрасте отмечался АТД легкого течения, с двух лет – ремиссия. Из домашних животных – кот (на момент рождения девочки уже присутствовал). За последний год девочка перенесла несколько респираторных инфекций с длительным кашлем. Хрипы в легких не выслушивались. С марта 2024 г. отмечались выраженное затруднение носового дыхания, чихание, периодически зуд и покраснение глаз. Консультирована аллергологом по месту жительства; предположительный диагноз – поллиноз. Рекомендации: в глаза кромоглицеиновая кислота три раза в день, системный антигистаминный препарат (цетиризин). На фоне терапии наблюдалось улучшение, однако периодически отмечалось ощущение песка в глазах, иногда зуд и заложенность носа.

Терапию ребенок получал до конца июня, после отмены лечения симптомы ринита и конъюнктивита возобновились.

При осмотре зафиксированы умеренная гиперемия конъюнктивы глаза, заложенность носа, при передней риноскопии – отек слизистой оболочки носа с цианотичным оттенком. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

<sup>6</sup> Johnson D., Liu D., Simel D. Does this patient with acute infectious conjunctivitis have a bacterial infection?: the rational clinical examination systematic review. JAMA. 2022; 327 (22): 2231–2237.



## Мнение эксперта

С учетом клинической картины в диагностических целях пациентке назначено проведение мультиплексной алергодиагностики с применением алергочипа ALEX-2. По результатам исследования, сенсibilизации к пыльце деревьев не обнаружено, однако выявлена высокая сенсibilизация к кошачьим алергенам.

Проведено дополнительное обследование: изучена функция внешнего дыхания – показатели в норме, проба с бронхолитиком положительная. В клиническом анализе крови – эозинофилия 1000 кл/мкл. Продолжая комментировать клинический случай, В.Г. Калугина подчеркнула важность адекватного сбора анамнеза. Так, при уточнении анамнеза была получена информация, что в феврале этого года у девочки дома появилась вторая кошка. Эскалация алергической нагрузки могла стать причиной развития выраженных симптомов у пациентки.

Девочке поставлен диагноз: АР, персистирующая форма, обострение, АК. Следует отметить, что имеется риск развития бронхиальной астмы.

Ребенку и родителям рекомендовано в первую очередь исключить постоянный контакт с кошками. Назначена терапия: системный левоцетиризин, в глаза – капли Визаллергол один раз в день длительно, в нос – топический интраназальный ГК (мометазона фураат) две дозы утром, длительно. Учитывая достаточно выраженные и длительные симптомы алергического ринита, продолжающийся контакт с причинно-значимым алергеном, выявленную гиперреактивность бронхов, девочке назначили монтелукаст 5 мг, курсом не менее трех месяцев.

Профессор Е.А. Вишнева остановилась на вопросах диагностики и лечения конъюнктивита, вызванного инородным телом. Конъюнктивит, обусловленный попаданием в глаз инородного тела, часто встречается в детской популяции и требует дифферен-

цирования с другими конъюнктивитами алергической, вирусной, бактериальной этиологии. Клиническими симптомами этого вида конъюнктивита являются острая боль в глазу, ощущение инородного тела и повышенная чувствительность к свету. При подозрении на попадание инородного тела в глаз ребенка необходимо незамедлительно направить к офтальмологу для проведения осмотра, визуализации инородного тела и/или ссадины роговицы (при окрашивании флуоресцеином), его извлечения и назначения лечения. Типичный клинический пример конъюнктивита, обусловленного попаданием в глаз инородного тела, прокомментировала В.Г. Калугина. *Мальчик, 12 лет.* Обратился с жалобами на проявления конъюнктивита, выраженного асимметричного отека глаз (больше справа). Несколько дней назад был в гостях у друга, играл с кошкой. После этого появились острая ринорея, зуд, покраснение глаз. После приема антигистаминных препаратов эффект отсутствовал, отек правого глаза усилился. Из анамнеза известно, что у ребенка с трех лет диагностирована алергия на кошек. Домашних животных нет. При осмотре спустя двое суток после манифестации симптомов сохранялись отек конъюнктивы (хемоз), выраженный зуд, выраженное покраснение (больше справа), светобоязнь. Мальчик жаловался на субъективные ощущения инородного тела в правом глазу. Пациент направлен на консультацию к офтальмологу, проведен осмотр.

Диагноз: инородное тело глаза (кошачий волос), острый АК.

Инородное тело удалено, назначена фармакотерапия: ципрофлоксацин гидрохлорид + дексаметазон (Комбинил) по две капли три раза в день в течение пяти дней – в глаз, левоцетиризин в течение 5–7 дней – внутрь. На фоне терапии на вторые-третьи сутки симптомы конъюнктивита купировались. После курса терапии для

стабилизации состояния конъюнктивы пациенту было рекомендовано применение топических антигистаминных препаратов.

Эксперт отметила, что антибактериальное и противовоспалительное действие препарата Комбинил обусловлено входящими в его состав компонентами (ципрофлоксацин гидрохлорид + дексаметазон). Препарат характеризуется широким спектром противомикробной активности, быстрым началом бактерицидного эффекта, выраженным противовоспалительным действием, хорошей переносимостью. Комбинил отличается безопасностью и удобством применения, отсутствием ототоксичности.

Подводя итог, профессор Е.А. Вишнева подчеркнула, что конъюнктивит остается распространенной проблемой, в том числе в педиатрической практике. Зуд глаз – наиболее распространенный симптом АК. Однако надо помнить, что тяжесть клинических симптомов и данные осмотра при АК не всегда коррелируют. Неспецифические проявления, такие как сухость глаз, часто обусловлены персистирующими формами АК и требуют лечения.

Для раннего установления диагноза при тяжелых формах АК и своевременного назначения терапии необходим мультидисциплинарный подход. Выявление алергена и предотвращение контакта с триггером – эффективный способ купирования симптомов конъюнктивита. Пациентам с АК может быть назначена АСИТ, особенно в случаях, когда симптоматическое лечение не способно уменьшить симптомы и улучшить качество жизни пациентов.

На сегодняшний день доказана эффективность местных антигистаминных препаратов при АК. Использование в терапии АК современных препаратов двойного или множественного действия для местного применения (Визаллергол) позволяет быстро и эффективно купировать симптомы алергии и повысить качество жизни пациентов. ✪