



Современная комплексная фармакотерапия аллергических заболеваний глаз

В.В. Позднякова, Е.С. Вахова

Адрес для переписки: Виктория Викторовна Позднякова, kafedra@igb.ru

Аллергические конъюнктивиты поражают примерно 15% населения и являются частой проблемой в офтальмологии и общей медицинской практике¹. Сезонными аллергическими конъюнктивитами страдают 21% британцев и 20% американцев². По данным эпидемиологических исследований, риноконъюнктивиты наблюдаются в среднем у 16,5% россиян.

Лечение аллергических заболеваний глаз представляется трудной задачей из-за упорно рецидивирующего течения болезни и разнообразия клинических форм, обусловленных множеством этиологических факторов (табл. 1), а также тем, что поражение может захватить любой отдел органа зрения: кожные покровы век, конъюнктиву, роговицу, сосудистую оболочку глаза, сетчатку, зрительный нерв.

Препараты для лечения аллергических заболеваний глаз

В качестве базисной фармакотерапии применяются антигистаминные препараты и средства, тормозящие дегрануляцию тучных клеток.

Антигистаминные глазные капли,

Эпидемиологические исследования во всем мире свидетельствуют о глобальном увеличении частоты аллергических болезней. Актуальность проблемы аллергических заболеваний глаз возрастает по мере появления новых данных о роли аллергических реакций в патогенезе глазных поражений при самых различных заболеваниях глаз инфекционной и неинфекционной природы. В статье приведены схемы фармакотерапии наиболее распространенных клинических форм аллергического конъюнктивита.

Ключевые слова: аллергические заболевания глаз, поллинозный конъюнктивит, весенний катар, атопический кератоконъюнктивит

нередко дополнительно содержащие сосудосуживающий компонент, оказывают наиболее быстрый эффект. При остром аллергическом конъюнктивите такие капли блокируют H_1 -рецепторы к гистамину, уменьшают реакцию тканей на гистамин и оказывают в течение нескольких минут противоаллергическое действие: уменьшают зуд и отек век, слезотечение, гиперемию и отек конъюнктивы. Из этой группы препаратов в России широко применяются французские глазные капли Сперсаллерг (антазолина гидрохлорид + тетразолина гидрохлорид) и отечественные Полинадим (дифенгидрамин + нафазолин).

Глазные капли, тормозящие дегрануляцию тучных клеток (Кромогексал), содержат 2%-ный раствор кромогликата натрия. Кромогликат препятствует высвобождению гистамина и других медиаторов из тучных клеток. Кромогликат обладает профилактическим механизмом действия, терапевтический эффект развивается медленно, но он более длительный, чем таковой при применении антигистаминных глазных капель.

В последние годы используются глазные капли с двойным и тройным механизмом противоаллергического действия. Первые (к ним относится Опатанол (оло-

¹ Friedlander M.H. Current ocular therapy / Ed. by F.T. Frannfelder, F.H. Roy, J. Randall. Philadelphia: W.B. Saunders Comp., 2000. 323 p.

² Bogacka E. Epidemiology of allergic eye diseases // Pol. Merkur. Lekarski. 2003. Vol. 14. № 84. P. 714–715.

Таблица 1. Типы глазных аллергозов в зависимости от причинных факторов

Неинфекционные глазные аллергозы	Инфекционные глазные аллергозы
Поллинозы	Вирусные
Весенний кератоконъюнктивит	Бактериальные
Атопический кератоконъюнктивит	Хламидийные
Лекарственная аллергия	Грибковые
Аллергия: бытовая, пищевая, химическая, косметическая, профессиональная	Паразитарные

патадина гидрохлорид)) селективно блокируют H_1 -рецепторы и стабилизируют тучные клетки конъюнктивы. Вторые (например, Задитен (кетотифена гидрофумарат)) обладают антигистаминной активностью, оказывают стабилизирующее действие на мембраны тучных клеток конъюнктивы и подавляют миграцию эозинофилов. К средствам противоаллергической терапии можно отнести также первые стабильные глазные капли, содержащие генно-инженерный интерферон альфа-2а и высокую концентрацию (0,001 г/мл) антигистаминного средства дифенгидрамина (препарат Офтальмоферон). В терапии аллергических заболеваний важно правильно выбрать дополнительные лекарственные средства: глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты, иммуносупрессанты, слезозаместительные препараты и др.

Глюкокортикостероиды широко применяют местно (капельно, в виде субконъюнктивальных и парабульбарных инъекций), а также системно (внутри и парентерально) для лечения аллергических поражений глаз. Глюкокортикостероиды играют существенную роль в лечении увеитов и склеритов, кератитов и конъюнктивитов. Как правило, эти препараты применяют в терапии аллергических заболеваний, протекающих в форме гиперчувствительности замедленного типа, при неотложных состояниях (анафилактический шок, астматический статус), реакциях отторжения роговичного трансплантата и аутоиммунных заболеваниях. В настоящее время

используется большая группа синтетических глюкокортикостероидов: бетаметазон, дексаметазон, метилпреднизолон, преднизолон, триамцинолон. Доза гормонов, схема и метод введения зависят от тяжести и вида заболевания. Следует отметить, что даже при местном длительном гормональном лечении, помимо противовоспалительных и антиаллергических эффектов, нередко возникают и побочные – повышается внутриглазное давление, обостряются катаракта и офтальмогерпес. Кроме того, велика вероятность развития бактериальных конъюнктивитов и кератитов вследствие супрессии местного иммунитета.

Нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, индометацин) характеризуются выраженным противовоспалительным действием и лишены побочных эффектов, аналогичных тем, которые возникают при применении глюкокортикостероидов. Названные препараты назначают при комплексном лечении тяжелых инфекционных конъюнктивитов, язв роговицы, увеитов, а также тяжелых аллергических кератоконъюнктивитов.

Иммуносупрессанты могут применяться при аллергических поражениях глаз, резистентных к другим видам терапии, а также при аутоиммунных кератитах и увеитах.

Как показали наши наблюдения, аллергические заболевания глаз часто сопровождаются нарушением слезопродукции. Именно поэтому мы рекомендуем с первого дня лечения добавлять к базовой терапии слезозаместительную терапию и продолжать ее длительное время.

При инфекционно-аллергических и аллергических конъюнктивитах, осложненных бактериальной инфекцией, к противоаллергическим средствам добавляют антибактериальные препараты. Однако, как показали наши исследования с применением кожных тестов, у 30% больных с аллергическими конъюнктивитами выявляется повышенная чувствительность к консерванту, входящему в состав антибактериальных глазных капель.

В связи с этим в медицинской практике возрастает роль антисептических глазных капель с более широким по сравнению с антибиотиками спектром антимикробного действия. Некоторые из них не содержат консервантов, например французский препарат Витабакт (пиклоксидина дигидрохлорид) и отечественный Окомистин (мирамистин). Капли Окомистин предназначены для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний глаз. Препарат одновременно действует на вирусы, бактерии, грибы и простейшие. Окомистин – однокомпонентный препарат, не содержит консервантов и отличается хорошей переносимостью.

Схемы терапии аллергических конъюнктивитов

Рассмотрим схемы лечения наиболее распространенных аллергических конъюнктивитов в зависимости от клинической формы.

Поллинозный конъюнктивит

Это сезонное заболевание глаз вызывается пылью в период цветения трав, злаковых, деревьев. Время обострения тесно связано с календарем пыления растений в каждом климатическом регионе. Острое течение поллинозного конъюнктивита (нестерпимый зуд век, жжение глаз, светобоязнь, слезотечение с выраженным отеком и покраснением слизистой оболочки глаз) наблюдается только в 5,2% случаев. В области верхнего хряща отмечается сосочковая гипертрофия. Поллинозный конъюнктивит часто сочетается с ринитом, дерматитом, бронхиальной астмой.



Однако, по нашим наблюдениям, обычно аллергические конъюнктивиты, в том числе поллинозные, протекают в хронической форме (умеренное жжение под веками, незначительное отделяемое, периодически зуд век). Нередко многочисленные жалобы сочетаются с маловыраженной клинической картиной.

Выбор местной базисной терапии поллинозного конъюнктивита определяется течением заболевания: при хроническом течении рекомендуется Опатанол или Лекролин (кромогликат натрия) 2 раза в день, при остром – Полинадим или Офталмоферон 2–3 раза в день (при тяжелом течении их целесообразно сочетать с Опатанолом).

В качестве дополнительной терапии при тяжелом течении поллинозного конъюнктивита следует применять пероральные антигистаминные препараты, а также капли Офтан Дексаметазон (дексаметазона натрия фосфат), Дексапос (дексаметазон-21-сульфобензоат натрия), Дикло-Ф (диклофенак натрия), Индоколлир (индометацин) 3 раза в день; при блефарите – мазь гидрокортизона на веки 2 раза в день; при нарушении слезной пленки – Дефислэз (гипромеллоза), Офтолик (повидон + поливиниловый спирт), Гипромелозу-П (гипромеллоза), Систейн (полидрония хлорид, полиэтиленгликоль и др.), Офтагель (карбомер 974Р) или Хило-Комод (гиалуронат натрия). Для профилактики и/или лечения вторичной бактериальной инфекции рекомендуется Окомистин по 1–2 капли 3 раза в день.

Весенний кератоконъюнктивит (весенний катар)

Заболевание характеризуется выраженной сезонностью: начинается ранней весной (март – апрель), достигает максимума летом (июнь – август), регрессирует осенью (сентябрь – октябрь). Начинается с небольшого зуда в глазах, который прогрессивно нарастает и становится нестерпимым. Характерно значительное усиление зуда к вечеру. Мучительный зуд сопровождается нитевидным отделяемым.

Толстые белые нити слизистого отделяемого способны образовывать спиралевидные скопления под верхним веком, что причиняет особое беспокойство больным. Наиболее характерный клинический признак – сосочковые разрастания на конъюнктиве хряща верхнего века (конъюнктивальная форма). Разрастания мелкие, уплощенные, иногда крупные, деформирующие веко. Реже сосочковые разрастания обнаруживаются вдоль лимба (лимбальная форма). Встречается и смешанная форма. Нередко поражается роговица (эпителиопатия, эрозия роговицы, кератит, язва роговицы, гиперкератоз).

В качестве средства базисной терапии при легком течении весеннего катара используется Лекролин, Кромогексал 3 раза в день в течение 3–4 недель, при тяжелом – Полинадим, Задитен или Опатанол 2 раза в день, препараты дексаметазона (Офтан Дексаметазон или Максидекс) 2–3 раза в день, Дикло-Ф или Индоколлир 2 раза в день.

Дополнительно могут назначаться антигистаминные препараты внутрь. При язве роговицы – Дикло-Ф или Индоколлир и репаративные средства – Баларпан (гликозаминогликаны сульфатированные) или Солкосерил гель глазной (депротеинизированный диализат из крови здоровых молочных телят) 2 раза в день. При нарушении слезопродукции – препараты искусственной слезы (Дефислэз, Офтолик, Гипромелоза-П, Систейн, Хило-Комод или Офтагель). В случае присоединения вторичной инфекции – Окомистин по 1–2 капли 3 раза в день.

Лекарственный аллергический конъюнктивит

Этот вид конъюнктивита аллергического генеза может возникать в острой форме уже после первого применения любого лекарства и даже сопровождаться тяжелыми симптомами общего заболевания. Однако чаще развивается хронический конъюнктивит при длительном применении лекарственного средства, причем аллергическая реакция может появиться и на ос-

Таблица 2. Клинические формы роговичной патологии при атопическом кератоконъюнктивите

Степень тяжести	Роговичные проявления
Легкая	Лимбит Микроэрозии эпителия Эпителиальная кератопатия Поверхностный кератит
Тяжелая	Обширная кератопатия Стромальный кератит с неоваскуляризацией: ■ без изъязвления; ■ с изъязвлением Инфильтраты и язвы роговицы: ■ герпетические; ■ бактериальные (чаще стафилококковые)

новое лекарство, и на консервант. Прежде всего необходимо исключить аллерген (прекратить прием лекарственного средства, вызвавшего аллергическую реакцию). При остром лекарственном аллергическом конъюнктивите применяют Полинадим, Задитен или Опатанол 2–3 раза в день, при хроническом – Лекролин или Кромогексал. При необходимости можно добавить антигистаминные препараты внутрь.

В качестве дополнительной терапии рекомендовано местное применение глюкокортикостероидов – препаратов Офтан Дексаметазон или Максидекс, при нарушении слезной пленки назначают Хило-Комод, Дефислэз, Офтолик, Гипромелозу-П, Систейн.

Атопический кератоконъюнктивит (АКК)

АКК представляет собой двустороннее воспаление век, конъюнктивы и роговицы, четко связанное с атопическим дерматитом. Поражение кожи век может иметь вид экзематозного дерматита, характеризующегося сухой, воспаленной кожей с наличием чешуек. При АКК часто возникают дисфункция мейбомиевых желез, кератинизация, нарушение образования слезной пленки. Возможен отек конъюнктивы с типичной папиллярной реакцией, которая больше проявляется на конъюнктиве нижнего века. Клинические формы изме-



нений роговицы при АКК по степени тяжести приведены в табл. 2. АКК представляет собой тяжелую офтальмопатологию, требующую комплексной терапии, обязательно включающей глюкокортикостероиды, в зависимости от клинического течения, характера осложнений.

При легкой форме АКК рекомендуется закапывать глазные капли Лекролин или Кромогексал 3 раза в день, при тяжелой – Полинадим 2 раза в день в течение 7 дней, Задитен, Опатанол 2–3 раза в день. В случае присоединения вторичной герпетической инфекции назначаются Офтальмоферон 6 раз в день, мазь глазная Зовиракс (ацикловир) 3 раза в день, Валтрекс (валацикловира гидрохлорид) внутрь 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней. При вторичной бактериальной инфекции – антимикробные препараты, содержащие левофлоксацин (Сигницеф, Офтаквикс), тобрамицин (Тобрекс) или Окомистин 3 раза в день, также может проводиться комплексная противовоспалительная и антибактериальная терапия – «дексаметазон + ципрофлоксацин» (Комбинил-Дуо) 3 раза в день или «дексаметазон + тобрамицин» (Тобразон) 3 раза в день.

Дополнительно могут назначаться антигистаминные препараты внутрь; местные глюкокортикостероиды – Офтан Дексаметазон или Максидекс 2–3 раза в день, нестероидные противовоспалительные препараты – Дикло-Ф или Индоколлир 2 раза в день. При язве роговицы показаны репаративные

средства – Баларпан или Солкосерил 2 раза в день, при нарушении слезопродукции – искусственная слеза (Дефислэз, Офтолик, Гипромелоза-П, Систейн, Хило-Комод или Офтагель).

Инфекционный конъюнктивит, осложненный аллергической реакцией

Аллергия играет важную роль в клинической картине многих острых и хронических инфекционных заболеваний. Как показывает многолетний опыт отдела инфекционных и аллергических заболеваний глаз Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, аллергическая реакция – непременная составляющая клинической картины инфекционных конъюнктивитов, и для нее характерны острое или подострое начало, ухудшение в динамике заболевания на фоне лечения, слизисто-гнойное отделяемое, отек век, сужение глазной щели, единичные мелкие фолликулы, сосочковая гипертрофия верхнего века. Применение противоаллергических глазных препаратов следует рассматривать как патогенетическое лечение независимо от того, является ли аллергическая реакция проявлением глазной инфекции или реакцией тканей глаза на токсико-аллергическое воздействие предшествующей длительной терапии.

В качестве средств базисной терапии при герпетической инфекции показаны Офтальмоферон

3–4 раза в день, мазь Зовиракс 3 раза в день, Валтрекс внутрь 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней; при аденовирусной инфекции – Офтальмоферон в виде монотерапии или в комбинации с Окомистином 8–10 раз в день; при бактериальной инфекции – Сигницеф, Офтаквикс, Тобрекс или Окомистин по 1–2 капли 3 раза в день. При тяжелом течении следует назначить антибиотики широкого спектра действия для системного применения. Среди средств противоаллергической терапии рекомендованы Полинадим 2 раза в день в течение 7 дней, Задитен или Опатанол 2–3 раза в день.

Возможно также применение как пероральных антигистаминных, так и нестероидных противовоспалительных препаратов – Дикло-Ф или Индоколлира 2 раза в день. Как и в случае других форм аллергических конъюнктивитов, при инфекционном конъюнктивите, осложненном аллергической реакцией, дополнительно могут применяться репаративные средства (Баларпан или Солкосерил 2 раза в день) и препараты искусственной слезы (Дефислэз, Офтолик, Гипромелоза-П, Систейн, Хило-Комод или Офтагель). Таким образом, лечение аллергических конъюнктивитов независимо от их этиологии, формы и степени тяжести должно быть комплексным и включать воздействие на все звенья патогенеза заболевания. ●

Current comprehensive treatment for allergic eye diseases

V.V. Pozdnyakova, Ye.S. Vakhova

Helmholtz Moscow Research Institute of Eye Diseases

Contact person: Viktoriya Viktorovna Pozdnyakova, kafedra@igb.ru

Global epidemiological studies have demonstrated raising incidence of allergic disorders in all countries. Emerging data about the role of allergic reactions in the pathogenesis of varied infectious and non-infectious eye diseases determined special interest in the treatment of allergic eye diseases. Drug treatment schedules for the most common clinical forms of allergic conjunctivitis are presented.

Key words: allergic eye diseases, pollen conjunctivitis, spring conjunctivitis, atopic keratoconjunctivitis