

Глаза в глаза с аллергией

Н.Н. Агафонов,
офтальмолог,
Научно-клини-
ческий центр
ФМБА РФ

В ПОСЛЕДНИЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ (АК) СТАНОВИТСЯ ВСЕ БОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ У ДЕТЕЙ. ОДНАКО ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕ ВСЕГДА ВОВРЕМЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ, И, СЛЕДОВАТЕЛЬНО, ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ НЕ ЭФФЕКТИВНО.

Чаще всего аллергические заболевания вызывают пыльцевые (пыльца растений), эпидермальные (пух и перья птиц, перхоть и шерсть домашних животных) и бытовые (клещи домашней пыли) аллергены.

Симптомы

АК имеет сезонный или круглогодичный характер. Его симптомы время от времени бывают обусловлены провоцирующими аллергическую реакцию факторами.

Покраснение глаз, слезотечение, зуд, шелушение краев век появляются практически сразу после контакта с аллергеном; в тяжелых случаях может возникнуть светобоязнь.

В основе развития АК лежат реакции гиперчувствительности немедленного I типа (IgE-опосредованная реакция). В возникновении хронических форм заболеваний, таких как кератоконъюнктивит, свою роль играет реакция гиперчувствительности замедленного II типа (IgG-опосредованная), при этом выявляют наличие тучных клеток, активацию эозинофилов и лимфоцитов.

Очки против контактных линз

Нередко причиной АК, а точнее конъюнктивита с гиперплазией сосочков, становится постоянное ношение контактных линз: реакция на их полимерный материал или антисептики,

которыми они обрабатываются. В связи с этим детям больше подходят очки.

Диагностика

Нередко дети или их родители могут сами указать на факторы, которые привели к развитию АК.

Для правильной диагностики заболевания необходимы консультации офтальмолога и аллерголога-иммунолога. Обязательно проведение аллергологического обследования (кожные пробы и/или *in vitro* тесты).

Перед тем, как поставить маленькому пациенту диагноз АК, необходимо исключить болезни Кавасаки и Лайма (клещевой боррелиоз), ювенильный ревматоидный артрит и синдром Стивенса – Джонсона, т. к. им присущи схожие симптомы. Снижение зрения и светобоязнь также наблюдается при кератите и увеите.

Фармакотерапия

В первую очередь предпринимаются меры по устранению провоцирующего аллергена. Для облегчения состояния маленьких пациентов назначаются холодные компрессы на глаза и кератопротекторы: **гипромеллоза (Дефислэз, Искусственная слеза)**.

При необходимости проведения **симптоматической терапии** назначают антигистаминные препараты (АГП) – блокаторы H1-гистаминовых рецепторов – в форме глазных капель (см. табл. 1). Они быстро купируют воспаление.

Иногда назначают альфа-адреномиметики, оказывающие сосудосуживающее действие (например, глазные капли **тетризолин**

По данным разных авторов, до 70–85% АК сопровождаются назальными симптомами (риноконъюнктивит) или кожными высыпаниями (аллергический дерматит).



(Визин Классический, Монтевизин) с 2-х лет). Во избежание серьезных побочных эффектов (жжение, мидриаз, гиперемия, медикаментозный конъюнктивит) их не следует применять более 4-х дней.

Популярны и комбинированные препараты в форме глазных капель, содержащие сосудосуживающий и противоаллергический компоненты: **нафазолин + антазолин (Санорин-Аналергин), тетризолин + антазолин (Сперсаллерг)**.

При наличии риноконъюнктивита детям с 6-ти лет назначают назальные дозированные спреи: **азеластин (Аллергодил С), левокабастин (Тизин Алерджи, Реактин)**.

Широко используют и пероральные формы АГП (см. табл. 2).

Предпочтительной является комбинированная терапия, схема которой включает применение пероральных и топических форм АГП (например, **цетиризин** в форме сиропа и **азеластин** в форме глазных капель).

Курс лечения топическими блокаторами H1-гистаминовых рецепторов не должен превышать 6-ти недель в связи с риском раздражающего действия на глаза.

При сезонных АК назначают и НПВП в форме глазных капель, например **диклофенак (Диклофенаклонг)**.

Когда показана иммунотерапия

При полиаллергических реакциях проводится **неспецифическая гипосенсибилизирующая иммунотерапия**.

Специфическое гипосенсибилизирующее лечение назначается только в случае невозможности добиться элиминации точно установленных причинных аллергенов и при неэффективности симптоматической фармакотерапии.

Угрозы бактериальных осложнений

Неправильно подобранное лечение АК или отсутствие терапии, а также расчесывания детьми век (из-за зуда) нередко провоцируют развитие вторичной бактериальной инфекции, проявляющееся гнойным отделяемым. В подобных случаях требуется назначение антибактериальных препаратов (АБП).

АБП могут усугубить течение аллергических реакций, поскольку их действующие и вспомогательные вещества раздражают конъюнктиву.

Особо опасен бактериальный конъюнктивит (БК) у детей раннего возраста. Он может стать причиной еще более серьезных осложнений (дакриоцистита, флегмоны слезного мешка). Лечение БК проводят топическими АБП широкого спектра действия: глазные капли **офлоксацин, ципрофлоксацин, хлорамфеникол**, глазная мазь **тетрациклин**.

Присоединение БК к аллергическому поражению глаз, особенно когда первоначальное заболевание не было диагностировано, нередко замыкает порочный круг.

Профилактика

За 3–4 недели до предполагаемого контакта с аллергеном рекомендуется принять все необходимые меры профилактики.

Кроме прочего, для предупреждения АК назначают стабилизаторы мембран тучных клеток в форме глазных капель (**кромоглициевая кислота (Кромогексал, Кром-Аллерг, Аллерго-Комод)**).

Глазные капли для проведения симптоматической терапии АК у детей

Таблица 1

МНН	Торговое наименование	Рекомендовано назначать
Олопатадин	Опатанол	С 3-х лет
Азеластин	Аллергодил	С 4-х лет
Левокабастин	Реактин, Визин Алерджи	С 6-ти лет

Пероральные формы АГП для детей

Таблица 2

МНН	Лекарственная форма	Рекомендовано назначать
Цетиризин	Раствор для приема внутрь	С 1-го года
	Сироп	С 2-х лет
	Таблетки	С 6-ти лет
Дезлоратадин	Раствор для приема внутрь	С 1-го года
	Сироп	С 1-го года
	Таблетки для рассасывания	С 6-ти лет
	Таблетки, покрытые оболочкой	С 12-ти лет
Фексофенадин	Таблетки, покрытые оболочкой	С 12-ти лет