

В общей сложности в разных странах от аллергии страдает от 4 до 32% населения, а в среднем по России этот показатель составляет 16,5%. Аллергические заболевания обнаруживаются у 10-12% детей. В последние годы заметно возросло количество глазных болезней, имеющих аллергическую природу.

Рост числа аллергических заболеваний вызван загрязнением окружающей среды, химизацией быта, широким и бесконтрольным использованием лекарственных препаратов. Наиболее частой причиной возникновения аллергических поражений глаз является сенсibilизация к пыльце растений. По данным многих авторов, аллергический конъюнктивит пыльцевой этиологии выявляется у 60% детей с полинозом. Почти у всех детей с амброзийным поллинозом в период цветения возникает выраженное поражение переднего отрезка глаз.

Также причиной развития аллергического конъюнктивита может быть пищевая аллергия, вызванная сенсibilизацией к продуктам питания, содержащим консерванты и химические добавки.

В ряде работ, проведенных во Франции, США и в нашей стране, подчеркивается значение сенсibilизации к аллергенам домашней пыли в развитии аллергического конъюнктивита, на основании чего делается вывод о существенной роли ингаляционных аллергенов в развитии аллергических конъюнктивитов.

Большое значение в развитии аллергического конъюнктивита играет сенсibilизация к лекарственным препаратам, особенно к глазным мазям и каплям, причем зачастую сенсibilизацию вызывают консерванты, входящие в их состав.

Полагают, что развитие аллергических изменений глаз чаще всего связано с сенсibilизацией к неинфекционным аллергенам (лекарственным, пыльцевым, бытовым, пищевым).

Возникновение аллергических поражений глаз определяется характером иммунопатологических реакций в организме по отношению к экзогенным аллергенам.

Принято выделять четыре типа аллергических реакций.

Первый тип – опосредованные аллергические реакции, или реагинзависимые, связанные с образованием при экспозиции с экзогенными аллергенами специфических IgE-антител. Эти реакции служат основным звеном в развитии аллергических поражений глаз, связанных с сенсibilизацией к пищевым, бытовым, медикаментозным аллергенам.

Второй тип реакций является цитотоксическим и цитолитическим. Он связан с соединением IgG- или IgM-антител с антигеном, вступившим в прочную связь с мембраной клетки. Эти реакции участвуют в патогенезе аллергических заболеваний, протекающих с присоединением аутоиммунных процессов.

Реакции **третьего типа** – иммунокомплексные – протекают с участием комплемента. Полагают, что эти реакции в развитии аллергической патологии глаз выступают в качестве дополнительного фактора. Они вызваны в основном антигенами белкового происхождения, медикаментозными препаратами.

Четвертый тип аллергических реакций — гиперчувствительность замедленного типа, обусловленная образованием пула сенсibilизированных Т-лимфоцитов. Они участвуют в формировании аллергических заболеваний, связанных с бактериальной, грибковой инфекцией, а также возникающих при развитии гиперчувствительности к химическим соединениям. Не исключается роль иммунопатологических реакций клеточного типа в формировании инфекционно-аллергических заболеваний глаз.

В развитии аллергических заболеваний глаз существенное значение имеют генетические факторы.

В зависимости от причинного фактора различают следующие типы глазных аллергозов:

- глазные аллергозы;
- неинфекционные (весенний катар, лекарственные поллинозы, бытовые, пищевые, химические, косметические, профессиональные);

- инфекционные (бактериальные, вирусные, паразитарные, грибковые).

Чаще всего встречаются сезонные полинозные конъюнктивиты, лекарственная аллергия, весенний кератоконъюнктивит, атопический кератоконъюнктивит, хронический аллергический конъюнктивит, аллергия при синдроме сухого глаза, аллергические проявления при острых инфекционных заболеваниях глаз.

Первые три клинические формы составляют 84% всех глазных аллергозов.

Известны различные классификации этого вида глазной патологии. В одной из них предложено аллергические конъюнктивиты делить на отечные (отекающие) – развиваются остро, связаны с изменениями в гуморальном иммунитете, вызываются чаще всего ингаляционными аллергенами – и фолликулярные формы, связанные с клеточно-опосредованным тканевым механизмом повреждения. К последним относится контактный (лекарственный), эндогенный, микробный, алиментарный.

Острый атопический или аллергический конъюнктивит — основное проявление аллергии глаз.

Полинозные конъюнктивиты относятся к числу сезонных заболеваний. Таким образом, время обострения оказывается тесно связано с календарем опыления в каждом климатическом регионе. Часто сочетаются с насморком, дерматитом, иногда с бронхиальной астмой.

Чаще всего аллергические конъюнктивиты протекают не остро, а носят хронический характер. Умеренное жжение глаз, незначительное отделяемое, периодический зуд век – эти неприятные субъективные ощущения в сочетании с минимальными клиническими проявлениями затрудняют врачам диагностику и лечение.

Лечение аллергической патологии глаз назначается с учетом стадии аллергического процесса. В ходе лечения выделяют три периода:

- 1) лечение острого периода аллергических болезней;

- 2) противорецидивная, превентивная терапия;
- 3) специфическая гипосенсибилизация.

Решающим фактором в лечении аллергии является выявление и устранение причиннозначимых аллергенов, вызывающих развитие аллергической реакции. Аллергическая диагностика строится на основе учета данных тщательно собранного аллергологического анамнеза.

Однако так как на практике затруднительно полностью устранить аллерген, то при всех аллергических поражениях глаз необходимы щадящий режим с соблюдением гипоаллергенной диеты, исключение медикаментозных средств, вызывающих обострение аллергического процесса, уменьшение экспозиции к бытовым, пыльцевым аллергенам, санация хронических очагов инфекции. Для снятия таких симптомов, как светобоязнь, слезотечение, гиперемия конъюнктивы, отек, зуд век, показана лекарственная противоаллергическая терапия. Преимущества местной терапии состоят в более быстром терапевтическом эффекте и меньшей вероятности возникновения побочных действий системного характера.

Все препараты, применяемые при лечении глазных аллергозов, по механизму действия можно разбить на шесть групп.

Средства местной терапии аллергических заболеваний глаз

Основные средства

1. Тормозящие дегрануляцию тучных клеток – кромогликаты, лодоксамид.
2. Антигистаминные – левокабастин.

Дополнительные средства 3. Кортикостероиды – гидрокортизон, дексаметазон, дезонид.

4. Нестероидные противовоспалительные – диклофенак.
5. Иммуносупрессанты – циклоспорин А.
6. Сосудосуживающие.

Тучные клетки конъюнктивы играют важнейшую роль в патогенезе аллергических конъюнктивитов. Они являются источником всего спектра медиаторов аллергии, в том

числе и гистамина.

Эти медиаторы и определяют клиническую картину острого аллергического конъюнктивита: зуд век, светобоязнь, слезотечение, отек и гиперемия конъюнктивы.

Препараты — стабилизаторы тучных клеток (кромгликат натрия, лодоксамид) препятствуют выходу активных медиаторов и таким образом оказывают профилактический и лечебный эффект. 2%-ный кромгликат натрия не вызывает раздражения глаз при инстилляциях, что очень важно в детской практике.

Широкое распространение получили антигистаминные глазные капли – левокабастин (0,05%-ный раствор). Они быстро всасываются и обеспечивают терапевтический эффект до 12 часов.

В остром периоде аллергических поражений переднего отдела глаз, протекающих по типу конъюнктивита, эффективны сосудосуживающие средства и топическое лечение кортикостероидами (КС).

Местное применение КС (0,5%-ная гидрокортизоновая суспензия или мазь; 0,5%-ный кортизон ацетат; 0,3%-ный водный раствор преднизолона; 0,1%-ный раствор дексаметозона) показано при аллергическом поражении кожи век, конъюнктивы (весенний конъюнктивит, фликтенулезный конъюнктивит). Предпочтение нужно отдавать препаратам, не содержащим в качестве консерванта антибиотики. КС при аллергических заболеваниях глаз рекомендуется давать короткими курсами в течение двух суток каждые два часа с постепенной отменой в течение одной-двух недель. Противопоказано местное применение КС в случае инфекционных воспалительных заболеваний глаз в остром периоде без предварительной санации. Имеются данные, что использование комплексных глазных капель, содержащих КС и антибиотики (например, софрадекс), приводит к кратковременному улучшению, за которым следует значительное ухудшение состояния глаз, являющееся результатом аллергической реакции на антибиотики.

Используются также витаминные капли (в составе 10 мл раствора тиамин бромид, рибофлавин, цитрали по 0,002 г; аскорбиновой кислоты 0,02 г, глюкозы 0,2 г).

Большое значение приобретает профилактика аллергических конъюнктивитов. Пациенту, если он попадает в условия возможного контакта с аллергенами, рекомендуется за одну-две недели до предполагаемого контакта проводить инстилляции глазных капель кромгликата натрия. Однако применение левокабастина оказывает немедленное действие и бывает эффективно, даже если контакт с аллергеном уже произошел.

Специальный курс иммуномодулирующей терапии, так называемого десенсибилизирующего лечения с использованием специфических аллергенов, снижает чувствительность к причинным факторам.

Общими мерами профилактики могут служить содержание дома и рабочего места в чистоте, тщательная уборка после мероприятий по уничтожению тараканов.

Применение лекарственных средств, в том числе и глазных, строго по показаниям и в индивидуальных дозах.

А. И. Пугачев
МДКБ, Москва