



ГОО ВПО
«Донецкий национальный медицинский
университет»
Кафедра офтальмологии ФИПО

*Поллинозные сезонные
конъюнктивиты :
особенности клиники и
лечения*



*Доц. Голубов К.Э.,
Доц. Смирнова А.Ф.*



■ Поллинозные сезонные конъюнктивиты (ПСК) — это сезонные аллергические заболевания глаз, вызываемые пылью в период цветения трав, злаковых, деревьев.



■ В литературе можно встретить еще такие названия:

- ✓ сенная конъюнктивальная лихорадка,
- ✓ пыльцевая аллергия,
- ✓ сезонный аллергический конъюнктивит



Первое упоминание о поллинозном конъюнктивите найдено в трудах Галена, которые относятся к II веку н.э.

В XVI веку Botallus описал больных, страдавших патологической невосприимчивостью запаха роз.

В 1873 г. Blackley впервые указал на роль пыльцы некоторых растений в этиологии этого заболевания.



- Аллергические реакции на растительную пыльцу у человека отличаются четкой, из года в год повторяющейся сезонностью, связанной с цветением определенных растений.
- В основе развития поллинозов лежит аллергическая реакция повышенной чувствительности первого типа

Аллергологи выделяют несколько периодов проявления поллинозов:



✓ первый (*середина – конец апреля*) связан с пылением ольхи, орешника, березы, вяза, ивы;



✓ второй (*начало – середина мая*) обусловлен пылением березы, тополя, сосны и ели;

✓ третий (*начало июня*) совпадает с началом пыления злаковых трав и пиком пыления сосны и ели;

✓ четвертый (*август–сентябрь*) связан с пылением полыни, лебеды и других представителей семейства сложноцветных



На распространенность оказывают влияние множество факторов:

- ✓ ухудшение экологической ситуации, что сопровождается снижением иммунитета, при котором происходит трансформация иммунных реакций в аллергические;
- ✓ изменения климатических условий;
- ✓ загрязнение окружающей среды, что может удлинять сроки полликации растений;
- ✓ изменения антигенной структуры пыльцы;
- ✓ повышение сенсibilизации организма;
- ✓ появление новых химических веществ и порой бесконтрольное применение их



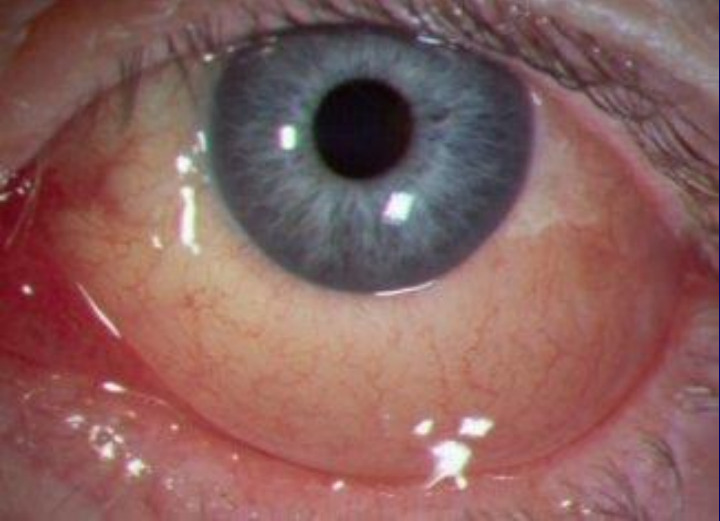
Заболевание может начинаться
остро (в 5,2% случаев):

- ✓ нестерпимый зуд век,
- ✓ жжение под веками,
- ✓ светобоязнь,
- ✓ слезотечение,
- ✓ отек и гиперемия
КОНЬЮНКТИВЫ.





- Чаще поллинозный конъюнктивит протекает хронически с умеренным жжением под веками, незначительным отделяемым, периодически возникающим зудом век.
- Очковый синдром (кожа век более отечна, чем мацерирована).
- Отделяемое тяжами

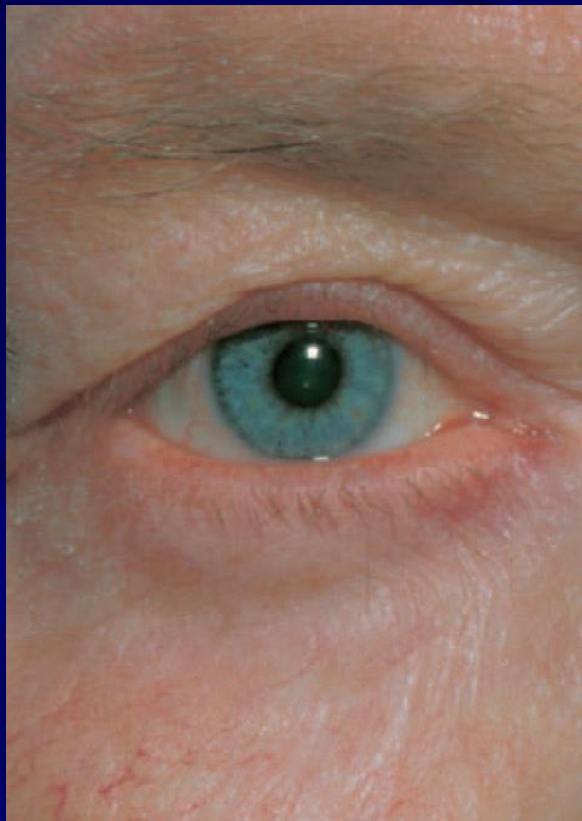


✓ Отек конъюнктивы может быть настолько выраженным, что роговица «утопает» в окружающей конъюнктиве (хемоз).

✓ В таких случаях появляются краевые инфильтраты в роговице, чаще — в области глазной щели.

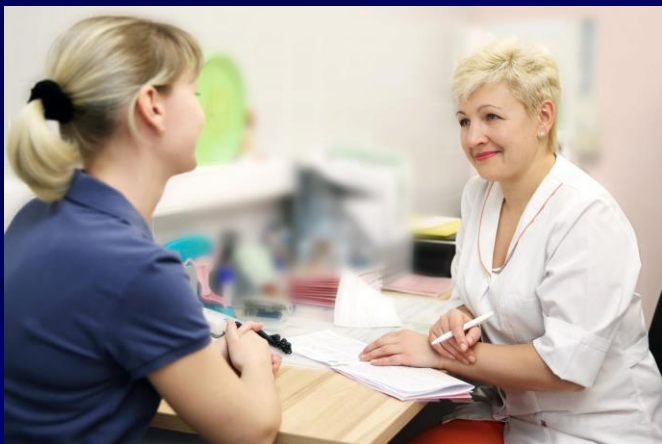


✓ Полупрозрачные очаговые поверхностные инфильтраты, расположенные вдоль лимба, могут сливаться и изъязвляться, образуя эрозии или поверхностные краевые язвы роговицы.



- Поллиноз может быть причиной упорных рецидивирующих блефаритов и блефароконъюнктивитов





■ Диагностика

Анамнез имеет особое диагностическое значение:

- ✓ наследственная аллергическая отягощенность,
- ✓ особенности течения заболевания,
- ✓ сезонность.



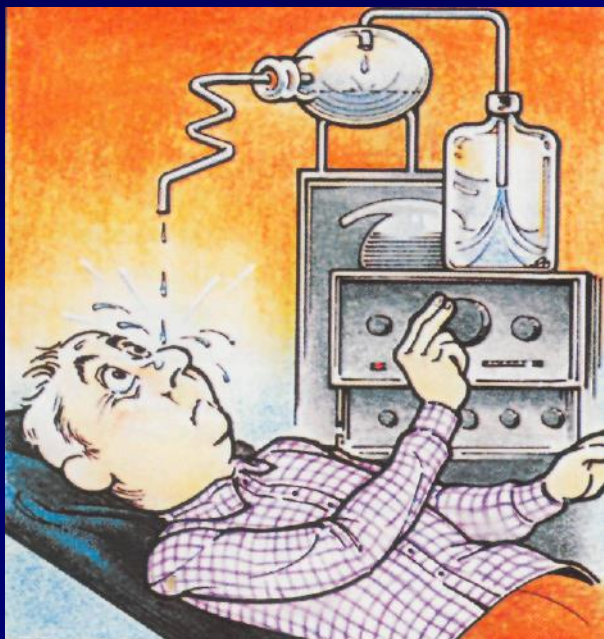
Конъюнктивит часто сочетается с другими проявлениями поллиноза:

- ✓ ринит,
- ✓ дерматит
- ✓ бронхиальная астма.

Характерно поражение обоих глаз.



- При упорном рецидивирующем течении для определения причинного аллергена выполняются специальные аллергологические тесты.
- Кожные пробы являются наиболее доступными, но не применяются в период острой атаки.
- Лабораторная аллергодиагностика высоко специфична и возможна в остром периоде заболевания без опасения причинить вред больному.
- Важное диагностическое значение имеет выявление эозинофилов в соскобе с конъюнктивы.



▣ Лечение

Комплексное лечение

Общее лечение:

- противоаллерг. средства
- НПВС
- иммуномодуляторы
- гормонал.препараты (по показаниям)
- энтеросорбенты и др.

Местное лечение:

- НПВС
- противоаллерг.средства
- антибиотики и противовирусн.препараты (по показаниям)
- кортикостероиды
- препараты слезозаместительной терапии
- препараты трофического и репаративного действия



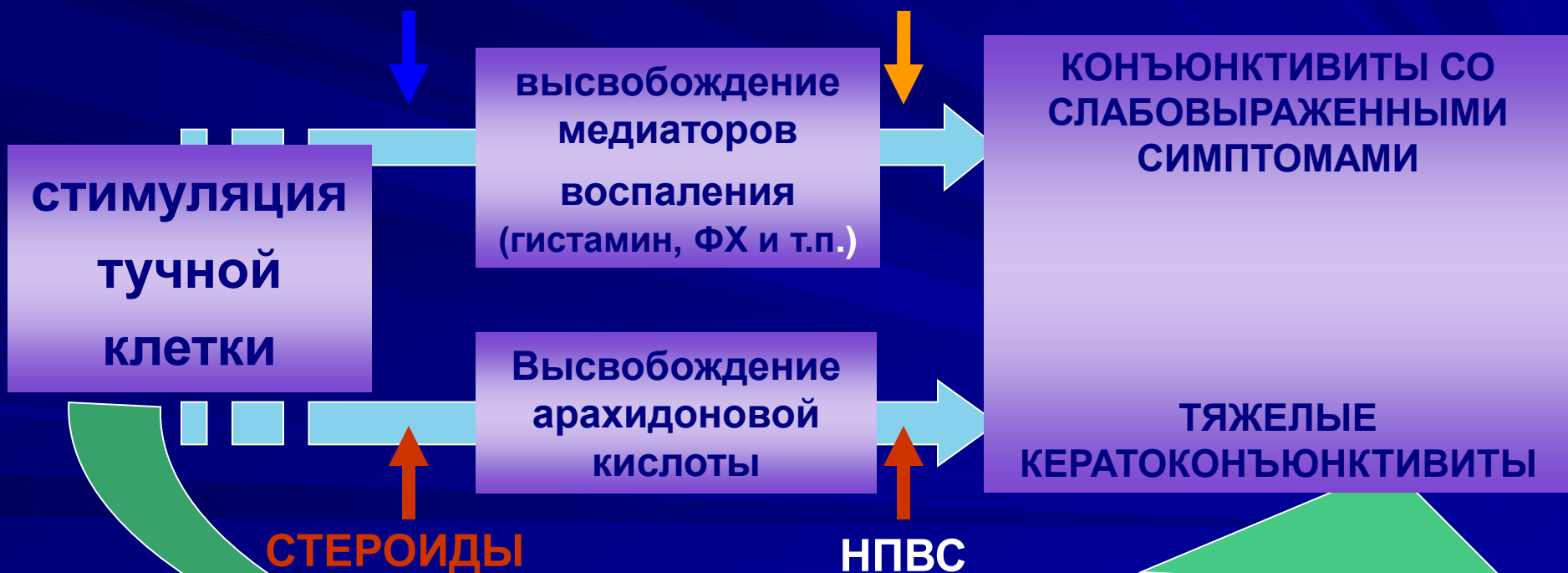
- **Фармакотерапия больных СК**
использование 4 групп лекарственных средств:
 - антигистаминные препараты (АГП);
 - стабилизаторы мембран тучных клеток;
 - сосудосуживающие препараты;
 - глюкокортикостероиды (ГКС).



Выбор рациональной фармакотерапии

АНТИАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ

АНТИГИСТАМИННЫЕ





Полинадим (дифенгидрамин + нафазолин) — комплексный препарат, являющийся селективным ингибитором H₁-гистаминных рецепторов и оказывающий сосудосуживающее действие.



Капли Полинадим применяют:
при острой форме - 1 капля в 3 часа
капается в конъюнктивальный
мешок до того момента, когда
начнет спадать отечность и разд-
ражение в глазах, а затем -
1 капля трижды в день, рекомен-
дуется до полного исключения всех
клинических симптомов,
в детском возрасте (после 2-х лет) - 1
капля в сутки.



■ *Антигистаминные препараты*

применяют
до 3 месяцев
(острый период)



■ *Визин алерджи*

(левокабастмин 0,05%)

По 1 капле 2раза



Алергодил

(азеластин 0,05%)

по 1 капле 3-4 раза в
сутки



■ *Кромогликаты*

применяют
до 6 месяцев



Кромогексал (кромоглициевая кислота) стабилизирует клеточную мембрану тучных клеток и тормозит высвобождение медиаторов аллергической реакции (гистамина, лейкотриенов и других медиаторов воспаления). Наибольшая терапевтическая эффективность достигается при профилактическом применении



■ *Антигистаминные
средства+
кромогликаты*

применяют
до 6 месяцев



■ Опатанол 0,1%

(олапатадин
гидрохлорид)



■ Визаллергол 0,2%

(олопатадин 0,2% +
поливидон)

Инстилляциии один раз в
день

Назначается с 3 лет

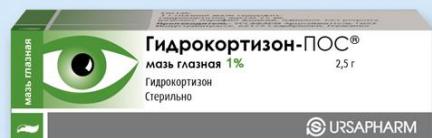


В острый период АКК
эффективны
сосудосуживающие
средства

- тетризолин,
- нафазолин



■ *Другие
противоаллергические
препараты*



- Дексаметазон 0,1%
- Гидрокортизон ПОС 1,0%
- Гидрокортизонт ПОС 2,5%
- Oftalmoferron
- Allergoferon



Благодарю за
внимание !