



ФГБОУВО  
«Донецкий государственный  
медицинский университет» МЗРФ  
Кафедра офтальмологии  
ФНМФО



*Особенности течения  
поллинозного  
конъюнктивита у детей*

*Доц.Голубов К.Э.,доц.Смирнова А.Ф.,  
асс.Котлубей Г.В.,асс.Голубов Т.К.*



- В течение последних десятилетий отмечается значительное увеличение распространенности аллергических заболеваний, как среди взрослого населения, так и среди детей.
- Согласно «Европейской белой книге аллергии», в настоящее время каждый третий европейский ребенок страдает аллергией.
- Международное исследование по аллергии у детей выявило, что частота атопии в странах с «западным» образом жизни, в том числе и в России, на порядок выше, чем в развивающихся странах.

✓ Многолетние клинико-эпидемиологические исследования, проведенные в течение последних десятилетий, установили, что распространение аллергических заболеваний в разных регионах России колеблется от 15 до 35%, причем среди заболевших увеличивается число детей раннего возраста.

✓ Нередко у детей атопический дерматит может перерасти в «аллергический марш» — с развитием аллергического ринита, аллергического конъюнктивита и других аллергических заболеваний





- В свою очередь, аллергические заболевания существенно снижают качество жизни ребенка и способствуют физической и эмоциональной дезадаптации как пациента, так и членов его семьи .
- В связи с вышесказанным особую актуальность приобретает проблема профилактики и лечения аллергической патологии



- ❑ *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 веке 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:



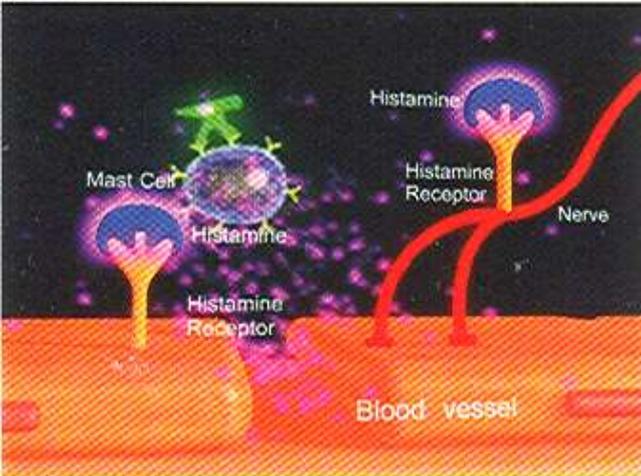
- ✓ первый (*середина – конец апреля*) связан с пылением ольхи, орешника, березы, вяза, ивы;
- ✓ второй (*начало – середина мая*) обусловлен пылением березы, тополя, сосны и ели;
- ✓ третий (*начало июня*) совпадает с началом пыления злаковых трав и пиком пыления сосны и ели;
- ✓ четвертый (*август–сентябрь*) 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*

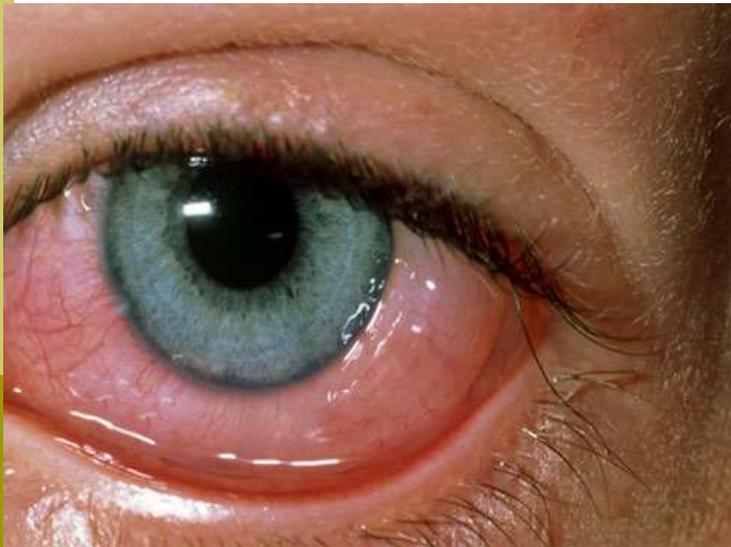


- Запускающим фактором аллергического конъюнктивита является контакт соответствующего аллергена с конъюнктивой, что вызывает **дегрануляцию тучных клеток**, приводит к ранней фазе клинического ответа и последующей аллергической воспалительной реакции.
- Степень тяжести заболевания и его течение связано с концентрацией аллергена в окружающей среде и реактивностью организма. Гистамин - основной медиатор, высвобождаемый тучными клетками и влияющий на развитие симптомов аллергического конъюнктивита, таких как зуд, слёзотечение, краснота, отёчность век и конъюнктивы



Заболевание может начинаться остро (в 5,2-6,9% случаев):

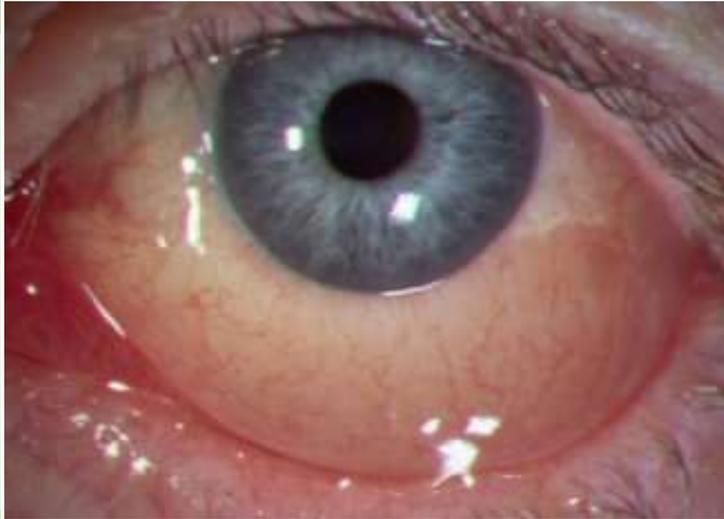
- ❑ нестерпимый зуд век,
- ❑ жжение под веками,
- ❑ светобоязнь,
- ❑ слезотечение,
- ❑ отек и гиперемия конъюнктивы.





- 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:

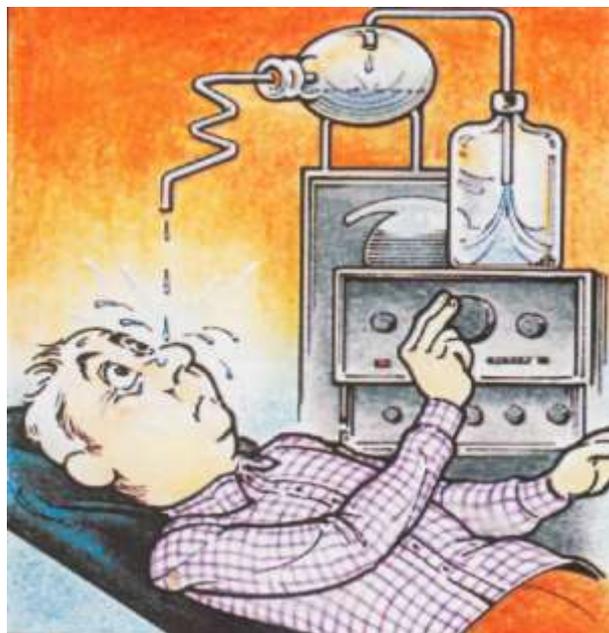
- ✓ ринит,
- ✓ дерматит
- ✓ бронхиальная астма.

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 алергодиагностика 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

Антигистаминные препараты в зависимости от наличия или отсутствия побочных эффектов делятся на три основных типа:

---

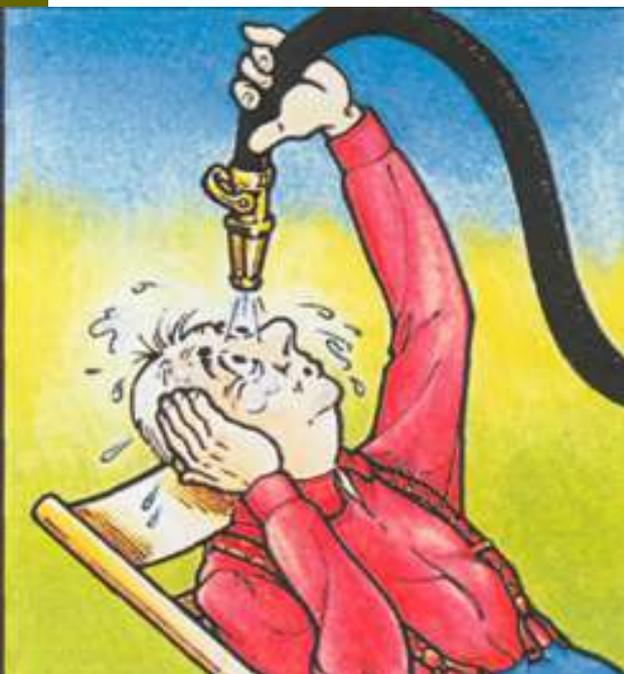


*первого поколения* — тавегил, супрастин, димедрол, пипольфен, диазолин;

*второго поколения* — семпрекс, кларитин, цетрин, зиртек;

*третьего поколения* — телфаст, сепракор.

Новейший класс противоаллергических препаратов включает агенты двойного действия, которые сочетают в себе выраженную антигистаминную активность и свойство стабилизации тучных клеток, что обеспечивает быстрое облегчение симптоматики



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



## Выбор рациональной фармакотерапии

**АНТИАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ**

**АНТИГИСТАМИННЫЕ**

СТИМУЛЯЦИЯ  
ТУЧНОЙ  
КЛЕТКИ

высвобождение  
медиаторов  
воспаления  
(гистамин, ФХ и т.п.)

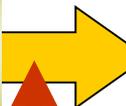
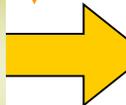
Высвобождение  
арахидоновой  
кислоты

КОНЪЮНКТИВИТЫ СО  
СЛАБОВЫРАЖЕННЫМИ  
СИМПТОМАМИ

ТЯЖЕЛЫЕ  
КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТЫ

**СТЕРОИДЫ**

**НПВС**





Полинадим (дифенгидрамин + нафазолин) — комплексный препарат, являющийся селективным ингибитором Н<sub>1</sub>-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 раздражение в глазах, а затем - 1 капля трижды в день, рекомендуется 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 аллерджи*

(левокабастмин 0,05%)

По 1капле 2раза



*Аллергодил*

(азеластин 0,05%)

по 1капле 3-4 раза в  
сутки



□ *Кромогликатy*

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)

Инстилляции 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%
  - Офтальмоферон
  - Аллергоферон



- *Тактика наблюдения детей с сезонным конъюнктивитом*



## Первый осмотр (за 2-3 недели до назначения сезона)

- визаллергол 1 раз в сутки до конца сезона
- комбинированный препарат(а/б+гормон)-7дней
- антигистаминный препарат внутрь

### *Повторый осмотр*

Если наступило ухудшение:

- антигистаминный препарат до 4 раз в сутки
- кортикостероид
- антигистаминный спрей в нос



## □ Второй осмотр(10-12 день)

-контроль

-продлонгация местной противоаллергической терапии до 2 месяцев

-при необходимости продлонгация кортикостероидов

Купирование синдрома сухого глаза

Повторные осмотры при стабилизации процесса каждые две недели. Сохранение протиаллергической терапии до конца сезона



**Благодарю за внимание**