



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 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;



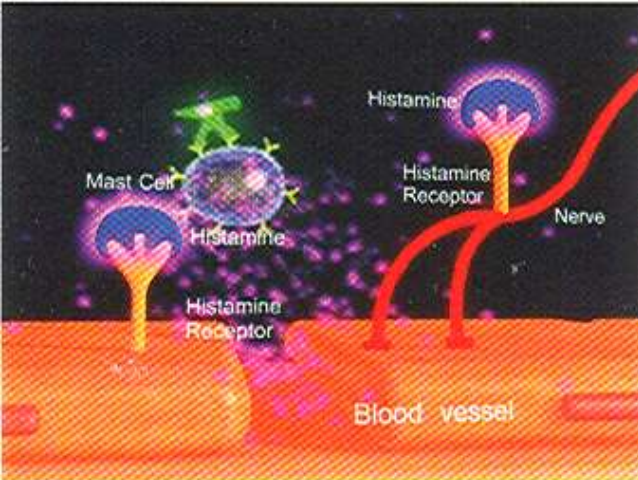
✓ третий (*начало июня*) совпадает с началом пыления злаковых трав и пиком пыления сосны и ели;

✓ 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*



- 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):

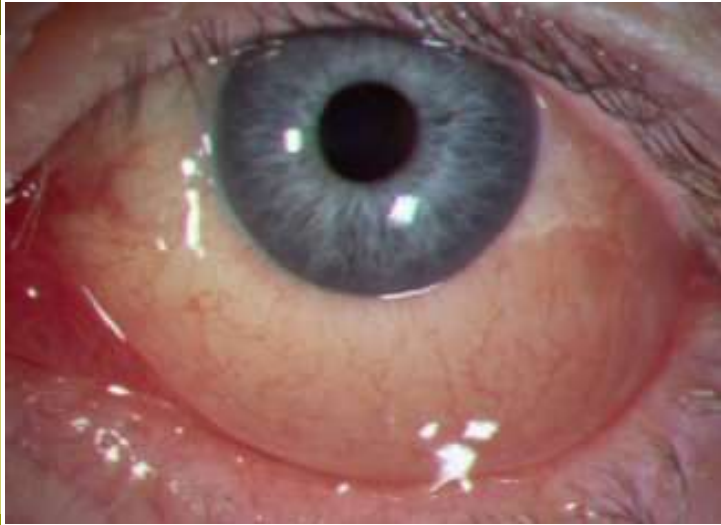
- нестерпимый зуд век,
- жжение под веками,
- светобоязнь,
- слезотечение,
- отек и гиперемия конъюнктивы.





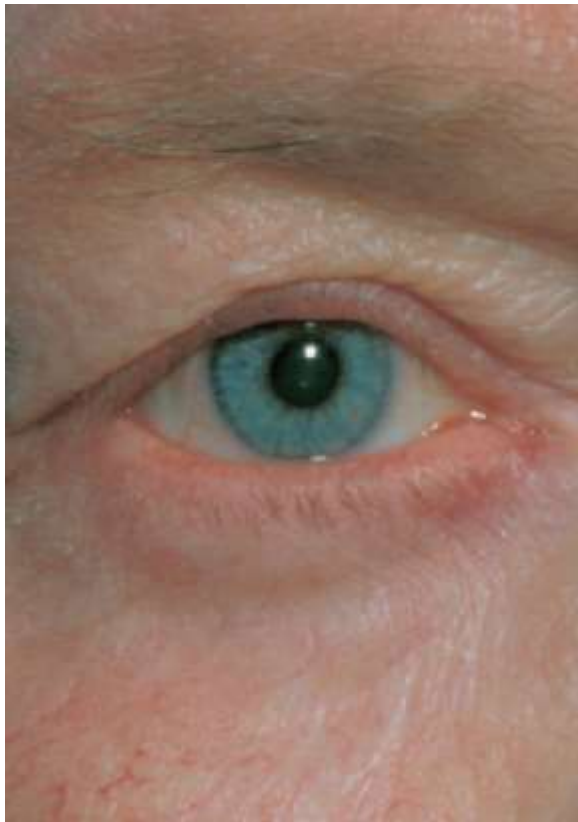
- Чаще поллинозный конъюнктивит протекает хронически с умеренным жжением под веками, незначительным отделяемым, периодически возникающим зудом век.
- Очковый синдром (кожа век более отечна, чем мацерирована).
- Отделяемое тяжами

✓ 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.)

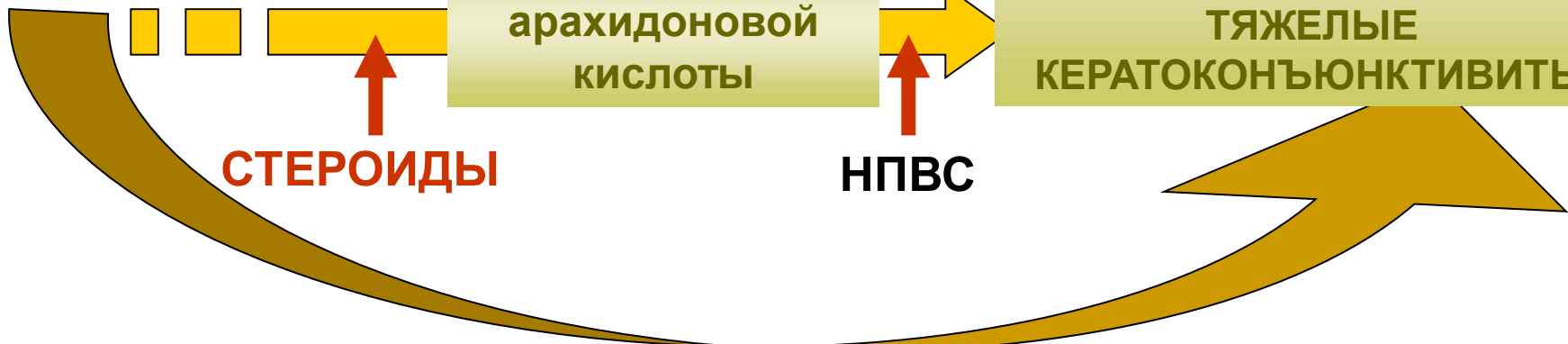
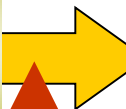
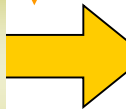
Высвобождение
арахидоновой
кислоты

КОНЪЮНКТИВИТЫ СО
СЛАБОВЫРАЖЕННЫМИ
СИМПТОМАМИ

ТЯЖЕЛЫЕ
КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТЫ

СТЕРОИДЫ

НПВС





Полинадим (дифенгидрамин + нафазолин) — комплексный препарат, являющийся селективным ингибитором Н₁-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