

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

Шубина Ольга Сергеевна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
ПОЛЛИНОЗОВ СОВРЕМЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ**

5A510106 - Офтальмология

Научный руководитель: **кандидат медицинских наук,
Максудова З.Р.**

Ташкент - 2012 год

СОДЕРЖАНИЕ

Список условных сокращений -----	3
Введение -----	4
Глава I. Обзор литературы -----	8
1.1. Клинические особенности и патогенез аллергических заболеваний глаз -----	8
1.2. Диагностика и клинические формы аллергических конъюнктивитов	
1.3. Вопросы этиопатогенеза и клинические особенности поллинозных конъюнктивитов в Узбекистане-----	15
1.4. Современные методы лечения аллергических поражений глаз -----	19
Глава II. Материал и методы исследования -----	22
2.1. Клиническая характеристика больных -----	23
2.2. Методы исследования -----	25
2.2.1. Офтальмологические методы исследования -----	25
2.2.2. Аллергологические методы исследования -----	27
2.2.3. Оценка степени воспалительных проявлений по трех бальной модифицированной шкале Майчука (институт Гельмгольца)-----	29
Глава III. Клинические проявления и особенности течения аллергических конъюнктивитов у обследованных больных -----	31
3.1. Аллергологический анамнез -----	31
3.2. Клинические проявления аллергических конъюнктивитов -----	32
Глава IV. Результаты лечения больных с аллергическими конъюнктивитами -----	32
4.1. Динамика клинических проявлений аллергических конъюнктивитов в процессе лечения -----	34
Заключение -----	52
Выводы -----	63
Практические рекомендации -----	64
Список литературы -----	65

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АК – Аллергические конъюнктивиты

ВГД – Внутриглазное давление

КПК – Крупнопapиллярный конъюнктивит

ОЗ – Острота зрения

РНСАЦ – Республиканский Нучно-Специализированный

Аллергологический Центр

Ig - Иммуноглобулин

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. По данным статистических исследований в последнее десятилетие отмечается увеличение числа аллергических заболеваний во многих странах земного шара. Наряду с этим, аллергические болезни прогнозируются как самая распространенная форма человеческой патологии в будущем [3,4].

Среди аллергических заболеваний одно из ведущих мест занимают аллергические поражения глаз. Интенсивное развитие производственной сферы, загрязнение окружающей среды, химизация жизни и интенсивное применение лекарственных средств создают потенциальные возможности для возникновения аллергии [2, 5, 32]. По данным Республиканского Научно-Специализированного Аллергологического Центра за 1995-2000 г.г., аллергические заболевания глаз наблюдались у 38,4% всех больных с аллергией [21].

Многофакторная этиология и различные варианты ответа организма на воздействие отрицательных факторов определяет многообразие клинических форм аллергических поражений глаз, диагностика и лечение которых представляют сложную задачу для практических офтальмологов [20, 23].

Тщательное изучение факторов риска, клинических проявлений, особенностей течения и патогенетических моментов развития аллергических поражений глаз позволили бы заметно снизить заболеваемость и разработать эффективные методы лечения этого заболевания.

Основными формами АК являются: поллинозный АК, весенний кератоконъюнктивит, лекарственная аллергия, хронический АК, хронический АК при ношении контактных линз, крупнопиллярный конъюнктивит.

В зависимости от времени возникновения выделяют сезонный АК, обостряющийся весной и летом, и круглогодичный АК, который может возникнуть в любое время года.

Симптомы аллергических конъюнктивитов обусловлены реакцией гиперчувствительности 1 типа. Для АК типичны следующие проявления:

жжение, слезотечение, гиперемия век и конъюнктивы, светобоязнь. В случае перехода в хроническую форму наблюдаются более выраженные изменения тканей.

Основные принципы лечения АК включают: элиминацию аллергена, лекарственную симптоматическую терапию, специфическую иммунотерапию. Элиминация аллергена является самым эффективным и безопасным методом предупреждения и лечения аллергических конъюнктивитов. Метод специфической иммунотерапии проводится в лечебных учреждениях при недостаточной эффективности лекарственной терапии и невозможности исключения провоцирующего фактора.

Местная противоаллергическая терапия занимает основное место в лечении АК. Системное применение препаратов необходимо только в случаях тяжелого течения аллергических конъюнктивитов.

Лечение АК имеет целью воздействие на различные звенья патологического процесса. В настоящее время применяются:

- стабилизаторы мембран тучных клеток (мембраностабилизаторы);
- блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов;
- сосудосуживающие средства;
- кортикостероиды;
- нестероидные противовоспалительные средства.

Все эти группы обладают своими преимуществами и недостатками. Эффект применения блокаторов гистаминовых рецепторов развивается быстро, эти препараты предупреждают взаимодействие медиаторов воспаления со специфическими рецепторами, однако имеют ограничения для длительного применения. Мембраностабилизаторы предупреждают развитие аллергической реакции за счет подавления высвобождения медиаторов воспаления из тучных клеток, но наиболее эффективны при длительном профилактическом применении [6].

Кортикостероидные препараты рекомендованы при тяжелом течении АК, отсутствии эффекта от лечения антигистаминными ЛС в сочетании с

мембраностабилизаторами. Препараты кортикостероидов оказывают выраженное противовоспалительное, десенсибилизирующее и иммуносупрессивное действие. Назначение кортикостероидов имеет свои недостатки: риск развития побочных эффектов местного и системного характера, особенно при длительном применении [34].

Сосудосуживающие и нестероидные противовоспалительные средства являются вспомогательными в лечении АК.

В связи с этим, **целью настоящего исследования** явилась оценка эффективности комплексного лечения противоаллергическими препаратами Айкрол и Нозейлин у больных с поллинозами.

Для достижения поставленной цели необходимо решение следующих **задач**:

1. Изучить влияние противоаллергического препарата Айкрол при лечении больных с поллинозами на основании клинических параметров глаза.
2. Изучить эффективность противоаллергического действия препарата Нозейлин при лечении больных с поллинозами на основании клинических параметров глаза.
3. Изучить эффективность противоаллергического действия препаратов Айкрол и Нозейлин в совокупности при лечении больных с поллинозами.

Научная новизна исследований

На основе изучения клинической эффективности противоаллергического препарата Айкрол в сочетании с Нозейлином при лечении круглогодичных аллергических конъюнктивитов разработана схема лечения аллергических поражений глаз в зависимости от клинических, аллергологических параметров.

Практическая ценность работы

Определен комплекс клинико-аллергологических критериев диагностики аллергических поражений глаз.

Полученные результаты клинико-лабораторных исследований у больных с аллергическими поражениями глаз позволят расширить знания клиницистов о патогенезе и клиническом течении поллинозов.

Разработанный метод комплексной терапии позволит более эффективно лечить больных с глазными проявлениями поллинозов, и способствовать укорочению периода выздоровления больных с данной патологией.

Структура и объем диссертации

Магистерская диссертация состоит из 4-х глав, изложена на 73 страницах компьютерного текста, содержит 19 таблиц, титульный лист, содержание, список сокращений и введение.

Основная часть:

глава I – литературная часть;

глава II – материалы и методы исследования;

глава III – результаты собственных исследований;

глава IV – сравнительный анализ собственных исследований;

заключение; выводы; практические рекомендации; список литературы.

ГЛАВА I

Обзор литературы

1.1. *Клинические особенности и патогенез*

аллергических заболеваний глаз

Аллергический конъюнктивит - это воспалительная реакция конъюнктивы на воздействие аллергенов, характеризующаяся гиперемией и отеком слизистой оболочки век, отеком и зудом век, образованием фолликулов или сосочков на конъюнктиве; иногда сопровождается поражением роговицы с нарушением зрения. Конъюнктивит возникает при повышенной, генетически заложенной чувствительности организма к тому или иному аллергену. Конъюнктивит является наиболее частой локализацией аллергической реакции со стороны органа зрения, составляя до 90% всех аллергозов [10]; реже встречаются аллергический блефарит, дерматит век, еще более редко - аллергический кератит, ирит, увеит, ретинит, неврит. Вместе с тем конъюнктивит обычно обнаруживается при других аллергических поражениях глаз: блефаритах, дерматитах век, кератитах.

Распространенность. Аллергические конъюнктивиты поражают примерно 15% всего населения и являются важной клинической проблемой практической офтальмологии и аллергии - так сформулирована значимость аллергической патологии глаз в современном международном руководстве Current ocular therapy (2000) [11].

Аллергические заболевания глаз, представляя важный аспект современной офтальмологии, относятся к числу широко распространенных патологий, отражая общую заболеваемость аллергией, которой поражено в разных странах в среднем 20% всего населения, местами до 40-50% (Егоров Е.А., 1998). По последним данным, аллергическими конъюнктивитами в мире поражено примерно 15% населения (М.Н. Fridlander, 2000, Ю.Ф. Майчук и др., Ашурова М.Ж., Вахова Е.С., Позднякова В.В. 2001).

Являясь клиническим проявлением аллергической болезни, аллергические конъюнктивиты отображают широкую распространенность

аллергозов. В руководстве по иммунологии Р.М. Хаитова (2000) указывается, что число больных аллергиями достигает в западных странах в среднем 20% всего населения, а в отдельных регионах - до 40-50% [8]. В то же время, по последним данным, 80-90% всех страдающих аллергией имеют поражения глаз [9]. По нашим исследованиям, среди больных с подтвержденной гиперчувствительностью к пыльцевым аллергенам 91,2% имели проявления глазной аллергии [3]. По данным Н.И. Ильиной и С.А. Польшер (2001), заболеваемость риноконъюнктивитами в среднем по России составляет от 12,7 до 24% [1]. Считается, что аллергия развивается в 50% случаев, если оба родителя страдают аллергическими заболеваниями, в 25% - если болен аллергией один из родителей и в 12,5%, если у родителей нет аллергии [4, 6].

Наиболее часто встречаются сезонные поллинозные конъюнктивиты, лекарственная аллергия, весенний катар, атопический конъюнктивит, хронический аллергический конъюнктивит. По данным Ю.Ф. Майчука и соавт. (1998) на первые три клинические формы приходится 84,1% всех глазных аллергозов [20, 24, 31, 32, 33].

Патогенез. Синонимом аллергии является реакция гиперчувствительности. Реакции гиперчувствительности классифицируют на немедленные (развиваются в пределах 30 мин от момента воздействия аллергена) и замедленные (развиваются спустя 24-48 ч или позже после воздействия). Немедленные конъюнктивальные реакции вызываются выбросом в конъюнктиву биологически активных медиаторов из гранул тучных клеток при их активации и дегрануляции. Тучные клетки конъюнктивы играют важнейшую роль в патогенезе аллергических конъюнктивитов. Как клетки-мишени аллергии, они являются источником всего спектра медиаторов аллергии. Число тучных клеток в тканях глаза и придатков - примерно 50 млн [10]. Механизм реакции немедленного типа состоит в последовательно сменяемых друг друга этапах [1]. Реакция запускается взаимодействием аллергена с аллергическими антителами, относящимися к IgE. Последние продуцируются В-клетками, процесс

регулируется цитокинами, которые генерируют Т-клетки. Ведущими цитокинами являются интерлейкины IL-4 и IL-13. При повторном попадании аллергена на конъюнктиву возникает IgE-зависимая активация тучных клеток, что вызывает выброс медиаторов воспаления: гистамина, брадикинина, триптазы, лейкотриенов, простагландинов и др. Выделяющиеся медиаторы вызывают у больного зуд век, светобоязнь, слезотечение, отек и гиперемию слизистой. Если в симптомах острой фазы аллергического конъюнктивита наибольшую роль играет выброс гистамина, то в отсроченной стадии аллергической реакции немедленного типа более важную роль приобретают метаболиты арахидоновой кислоты (простагландин D2, лейкотриены C4, D4, E4) и, возможно, фактор активации тромбоцитов.

1.2. Диагностика и клинические формы аллергических конъюнктивитов

В некоторых случаях типичная картина заболевания или четкая связь его с воздействием внешнего аллергенного фактора не оставляет сомнения в диагнозе. В большинстве же случаев диагностика аллергических заболеваний глаз сопряжена с большими трудностями и нередко требует применения специфических аллергологических методов исследования.

Аллергологический анамнез - наиболее важный диагностический фактор, по нашим данным, позволяет предположить «виновный» аллерген у 70% больных [5]. Важное диагностическое значение имеют естественно возникающие или специально проводимые элиминационная и экспозиционная пробы. Кожные тесты, применяемые в офтальмологической практике (аппликационная, прик-тест, скарификационная, скарификационно-аппликационная), малотравматичны и в то же время достаточно информативны.

Провокационные аллергические пробы (конъюнктивальная, назальная и подъязычная) применяют в исключительных случаях, с большой

осторожностью и только в период ремисии. Лабораторная аллергодиагностика высокоспецифична и возможна в остром периоде заболевания без опасения причинить вред больному. Важное диагностическое значение имеет выявление эозинофилов в соскобе с конъюнктивы.

Наиболее часто встречаются следующие клинические формы аллергических конъюнктивитов, характеризующиеся своими особенностями, которые необходимо учитывать при выборе лечения: поллинозные конъюнктивиты, весенний кератоконъюнктивит, лекарственная аллергия, хронический аллергический конъюнктивит, аллергический конъюнктивит при ношении контактных линз, крупнопиллярный конъюнктивит.

Поллинозные конъюнктивиты. Это сезонные аллергические заболевания глаз, вызываемые пылью в период цветения трав, злаковых, деревьев. Время обострения тесно связано с календарем пыления растений в каждом климатическом регионе. Поллинозный конъюнктивит может начинаться остро: нестерпимый зуд век, жжение под веками, светобоязнь, слезотечение, отек и гиперемия конъюнктивы. Отек конъюнктивы может быть настолько выраженным, что роговица «утопает» в окружающей хемотичной конъюнктиве. В таких случаях появляются краевые инфильтраты в роговице, как правило, в области глазной щели. Более часто поллинозный конъюнктивит протекает хронически с умеренным жжением под веками, периодически возникающим зудом век.

Весенний кератоконъюнктивит (весенний катар). Заболевание обычно возникает у детей в возрасте 5-12 лет, чаще у мальчиков, имеет преимущественно хроническое упорное, изнуряющее течение. Наиболее характерным признаком являются сосочковые разрастания на конъюнктиве хряща верхнего века (конъюнктивальная форма) рисунок 2, обычно мелкие, уплощенные, но могут быть крупными. Реже сосочковые разрастания располагаются вдоль лимба (лимбальная форма). По нашим длительным наблюдениям, нередко поражается роговица: эпителиопатия, эрозия или язва

роговицы, кератит, гиперкератоз рисунок 3 [14, 24, 35, 57].

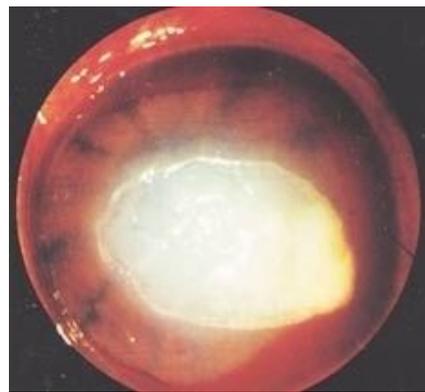


Рис. 2. Весенний кератоконъюнктивит. Рис.3.Весенний кератоконъюнктивит.
Конъюнктивальные сосочки. Гиперкератоз роговицы.

Лекарственный аллергический конъюнктивит. Заболевание может возникнуть остро после первого применения любого лекарства, но обычно развивается хронически при длительном лечении, причем возможна аллергическая реакция как на лекарственное средство, так и на консервант глазных капель. Острая реакция возникает в течение 1 часа после введения препарата (острый лекарственный конъюнктивит, анафилактический шок, острая крапивница, отек Квинке, системный капилляротоксикоз и др.). Подострая реакция развивается в течение суток. Затяжная реакция проявляется в течение нескольких дней и недель, обычно при длительном местном применении лекарственных средств. Глазные реакции последнего типа встречаются наиболее часто (у 90%) и имеют хронический характер. Практически любое лекарственное средство может вызвать аллергическую реакцию глаза. Один и тот же препарат у разных больных может вызвать неодинаковые проявления. Вместе с тем различные препараты могут вызвать схожую клиническую картину лекарственной аллергии. Рисунок 4. [12, 34, 56, 57, 78, 89].

Хронический аллергический конъюнктивит. Аллергические конъюнктивиты наиболее часто имеют хроническое течение: умеренное жжение глаз, незначительное отделяемое, периодически возникающий зуд век. Следует иметь в виду, что нередко многочисленные жалобы на неприятные ощущения сочетаются с незначительными клиническими

проявлениями, что затрудняет диагностику [14, 24, 35, 57].

Среди причин упорного течения могут быть повышенная чувствительность к пыльце, промышленным вредностям, пищевым продуктам, средствам бытовой химии, домашней пыли, перхоти и шерсти животных, сухим кормам для рыб, лекарственным препаратам, косметическим средствам, контактными линзам.

Аллергический конъюнктивит при ношении контактных линз.

Считается, что у 55-65% пациентов, носящих контактные линзы, когда-нибудь обязательно возникнет аллергическая реакция конъюнктивы: раздражение глаз, светобоязнь, слезотечение, жжение под веками, зуд, дискомфорт при вставлении линзы [2]. При осмотре можно обнаружить мелкие фолликулы, мелкие или крупные сосочки на конъюнктиве верхних век, гиперемию слизистой оболочки, отек и точечные эрозии роговицы [14, 24, 35, 57].

Крупнопиллярный конъюнктивит (КПК). Заболевание представляет собой воспалительную реакцию конъюнктивы верхнего века, в течение длительного периода находящегося в контакте с инородным телом. Возникновение КПК возможно при следующих условиях: ношение контактных линз (жестких и мягких), использование глазных протезов, наличие швов после экстракции катаракты или кератопластики, стягивающих склеральный пломб.

Больные жалуются на зуд и слизистое отделяемое. В тяжелых случаях может появиться птоз. Крупные (гигантские - диаметром 1 мм и более) сосочки группируются по всей поверхности конъюнктивы верхних век.

Инфекционно-аллергические конъюнктивиты. Обычно развиваются при хронической бактериальной инфекции конъюнктивы, век, носоглотки, зубов, имеют упорное рецидивирующее течение. Нередко осложняются краевым кератитом. В случаях воспалительных (аллергических) конъюнктивитов и блефаритов, сочетающихся с бактериальной инфекцией, доказанной или предполагаемой в соответствии с клинической картиной

заболеваний, назначают комплексные препараты: декса-гентамицин, макситрол или тобрадекс. Рисунок 5.

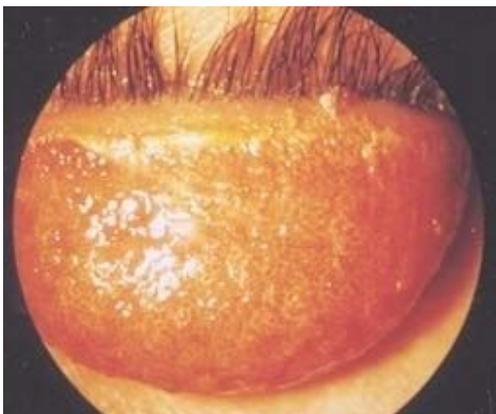


Рис. 4. Лекарственный аллергический конъюнктивит. Хроническое течение с мелкопапиллярной гиперплазией на верхнем веке.



Рис. 5. Инфекционно-аллергический блефароконъюнктивит.

1.3. Вопросы этиопатогенеза и клинические особенности поллинозных конъюнктивитов в Узбекистане.

Поллиноз - одно из самых распространенных аллергических заболеваний, встречается у 2-20% населения. Он возникает у лиц с аллергической предрасположенностью в ответ на повторные ингаляции пыльцевого аллергена. Пыльца является клеткой мужского генетического материала. Пыльцевое зерно состоит из плазматического содержимого, включающего 2 или 3 клетки (одна вегетативная, другая генеративная) и сложной оболочки. Оболочка имеет 2 слоя: наружный – экзина, внутренний – интина. Поверхность экзины имеет разнообразные выросты, шипы, зубчики, которые создают характерные и важные для идентификации вида пыльцевого зерна. Установлено, что пыльца растений имеет фактор проницаемости, необходимый при опылении растений. Он способствует проникновению пыльцы в пестик опыляемого цветка. При попадании пыльцы на слизистую оболочку носа благодаря фактору проницаемости она проходит сквозь эпителий слизистой оболочки.

Пыльца имеет сложный антигенный состав. Наиболее изучены антигенные свойства амброзии и злаковых трав. Пыльца Амброзии содержит не менее 5-10 антигенных компонентов, пыльца злаковых трав – до 7, экстракты пыльцы деревьев – до 3 компонентов. Установлено наличие общих антигенов в пыльце различных видов луговых трав (тимофеевка, овсяница, ежа, райграс). Общих антигенов в пыльце злаковых трав и деревьев не наблюдалось. Установлено наличие общих антигенов в пыльце деревьев – березы, ольхи, орешника. Таким образом, пыльца любого растения содержит как специфические для данного вида антигены, так и общие с другими родственными видами растений.

Антигены пыльцы присутствуют не только в пыльцевых зернах, но и в других частях растений – в стеблях, листьях. Это четко подтверждается клинической картиной. В аллергологическом кабинете мы наблюдали, что около 1/3 больных поллинозом вызванным пылью деревьев, отмечают 2 вспышки заболевания: одну с конца марта до середины апреля, вызываемую пылью, другую – в октябре при листопаде, особенно в сухую и теплую осень, вызываемую пылью сухих листьев.

Поллиноз вызывает не любая пыльца, а только обладающая определенными свойствами, при определенных условиях. Таковыми являются: 1) аллергенные свойства пыльцы; 2) принадлежность пыльцы к роду растений, широко распространенных в стране, она должна обладать летучестью и продуцироваться в значительных количествах, чтобы создавать определенную, довольно высокую, концентрацию в воздухе; 3) размер зерен пыльцы, от которого зависит способность ее проникать в дыхательные пути, пыльца диаметром около 25 мкм проникает глубоко в дыхательные пути и вызывает их сенсibilизацию, пыльца, диаметр которой более 30 мкм, задерживается в верхних дыхательных путях [56].

Попадая на слизистую оболочку глаза, пыльца вызывает острые воспалительные изменения в виде конъюнктивита. Конъюнктивиту чаще всего сопутствует ринит, реже дерматит и бронхиальная астма. Заболевание

начинается внезапно и остро (рисунок 1). Возникают сильный зуд и жжение в глазах. Постепенно отек конъюнктивы увеличивается вплоть до хемоза, а в области хрящей век появляется сосочковая гипертрофия. Лимб расширяется, при этом сосуды становятся расширенными и извитыми [15, 16, 18, 20, 63].

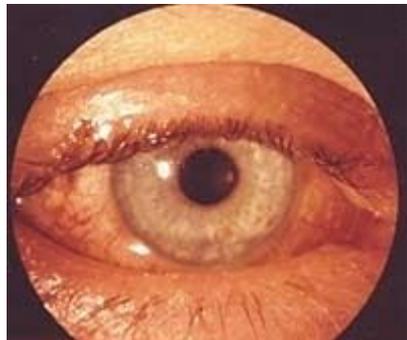


Рис. 1. Острый поллинозный конъюнктивит, хемоз конъюнктивы.

Заболевание имеет четко повторяющуюся сезонность, совпадающую с периодом цветения растений, когда в воздухе резко возрастает количество их пыльцы. Согласно результатам, полученным Назаровым А.А. и соавт. (1987), в Узбекистане аллергенными растениями являются пыльца лебеды, полыни и злаковых растений. Кроме того, такие растения, как хлопчатник, чинара, грецкий орех, тополь, пыльца которых также обладает аллергенными свойствами.

Ф.А. Бахритдинова и соавт. (1988) на основании проведенных исследований в Ташкентском регионе выделяют три основных периода «пыльцевых штормов»:

- **период – весенний**, конец марта – начало апреля, который связан с цветением древесных растений.
- **период – весенне-летний**, вторая половина мая и конец июня, когда основными поставщиками пыльцы являются злаки.
- **период – осенний**, начало августа и конец октября, когда в воздухе определяются пыльца лебеды, полыни и кукурузы [15, 16].

Ф.А.Бахритдинова (1990) на основании изучения 230 больных с поллинозными поражениями глаз составила медико-географическую карту оценки риска заболеваемости населения поллинозными конъюнктивитами и

выделила 5 основных форм этого заболевания:

1. Гиперемия конъюнктивы век;
2. Блефароконъюнктивит;
3. Дерматит кожи век;
4. Фолликулярный конъюнктивит;
5. Острый аллергический отек конъюнктивы.

Автором определена зависимость клинических проявлений поллинозных конъюнктивитов от причинных аллергенов и разработан метод специфической гипосенсибилизации, основанный на введении аллергена в виде конъюнктивальных инсталляций [16, 18, 19].

Особенности кровоснабжения и лимфатической системы органа зрения, специфические, анаболические и физиологические барьеры глаза делают уникальным глазной иммунологический ответ [72, 89, 97]. Глаз высокоактивен и иммунологически располагает возможностями воспроизведения всех типов аллергических реакций. Патогенез поллинозов состоит из следующих компонентов. Первое звено – проникновение пыльцы в организм. Это обусловлено, с одной стороны, наличием в структуре пыльцы «фактора проницаемости», способствующего проникновению пыльцевых зерен через эпителий слизистых оболочек, а с другой нарушению защитных, барьерных функций конъюнктивы глаз. У больных поллинозом «дефекты защиты» передаются по наследству. Это:

- Дефицит секреторного Ig A;
- Нарушение местной защитной функции макрофагов и гранулоцитов;
- Снижение продукции вещества, тормозящего активность фактора проницаемости пыльцы;
- Нарушение функции мерцательного эпителия дыхательных путей (может формироваться из-за воздействия физико-химических раздражителей – этим обусловлена высокая распространенность поллиноза среди жителей промышленных городов, вирусных респираторных инфекций, фактора проницаемости пыльцы) [64, 75, 87, 96].

В результате развития местной аллергической реакции и проникновения растворимых фракций аллергенов в лимфоток и кровоток происходит нарастание уровня сенсибилизации и вовлечение в аллергический процесс тканей, не имеющих прямого контакта с пылью. Проникновение пыльцевых аллергенов индуцирует вторую фазу патогенеза – иммунологическую. У людей с аллергической предрасположенностью отмечается генетически детерминированный повышенный синтез Ig E в ответ на воздействие аллергенов, в том числе и пыльцевых [8].

Фиксация на тучных клетках и базофилах, имеющих на своей поверхности соответствующие рецепторы, комплексов антиген-антитело вызывают цепь биохимических превращений мембранных липидов (патохимическую фазу), следствием которых является секреция медиаторов анафилаксии (гистамина, серотонина, лейкотриенов и др.), активация плазменных кининов [48, 50, 97].

Медиаторы, возбуждая рецепторы органов-мишеней, индуцируют патофизиологическую фазу атонической реакции: отек слизистых оболочек, повышение продукции слизи, спазм гладкой мускулатуры. Эти патофизиологические реакции, реализующиеся через 10-20 минут после разрешающего воздействия аллергена, и определяют клиническую симптоматику аллергоза [35, 36, 40, 73, 99].

Несмотря на обилие литературных источников, характеризующих поражение глаз при аллергии, на сегодняшний день остается актуальным вопрос разработки рационального лечения их, что имеет кардинальное значение в профилактике данной патологии их лечения.

1.3. *Современные методы лечения аллергических поражений глаз*

Лечение аллергических поражений глаз представляет собой сложнейшую задачу. Это связано с тем, что в лечении аллергических заболеваний наиболее важным является полное исключение аллергена, вызывающего аллергическую реакцию. Поэтому лечение больных аллергией

должно быть комплексным, включающим специфическую гипосенсибилизацию, а также местное воздействие лекарственных препаратов. В настоящее время существует ряд методов специфической гипосенсибилизации поллинозов:

- А. Аппликационный метод, при котором пыльцевой аллерген наносят на слизистую оболочку носа и конъюнктивы.
- Б. Метод «кожных квадратов», при котором пыльцевой аллерген наносят на скарифицированную кожу в виде квадратов.
- В. Метод внутрикожных инъекций пыльцевых аллергенов.
- Г. Пероральный метод.

Классический метод профилактической специфической гипосенсибилизации является самым доступным и эффективным. Он заключается в том, что больному до сезона цветения растений, через определенные интервалы времени, подкожно вводят экстракты соответствующих пыльцевых аллергенов в возрастающих дозах (Ю.Ф. Майчук, 1984).

Лечение начинают в осенне-зимний период при отсутствии признаков поллинозов и других интеркурентных заболеваний с наименьшей дозы. Первый курс начинают с самой меньшей концентрации, а последующие с наименьшего разведения, давшего при тестировании немедленную положительную реакцию (++++). Подкожные инъекции аллергена производят ежедневно или через 1-2 дня в зависимости от переносимости. Каждую последующую дозу увеличивают на 0,1-0,2 мл, а при возникших осложнениях повторяют предыдущую дозу или даже предшествующую ей. К средствам неспецифической десенсибилизации относится гистоглобулин. Препарат вводится подкожно через каждые 3 дня в дозе 2 мл для взрослых и 1 мл для детей, всего на курс 12-14 мл для взрослых, и 5-6 мл детям. Однако на практике эти способы иногда оказываются неэффективными. Вот почему при всех аллергических поражениях глаз вне зависимости от причинного фактора необходима лекарственная противоаллергическая терапия для того,

чтобы снять тягостные для больного симптомы: зуд век, светобоязнь, слезотечение, отек, гиперемии конъюнктивы.

Все многообразие применяемых на сегодняшний день при глазных аллергиях препаратов можно свести по механизму действия к 6 группам:

1. Препараты тормозящие дегрануляцию тучных клеток. В эту группу входят противоаллергические глазные капли «Аломид» и «Кромогексал».

Противоаллергическое средство, оказывает мембраностабилизирующее действие, блокирует поступление ионов кальция в тучную клетку, предотвращая её дегрануляцию и высвобождение гистамина, брадикинина, простагландинов, лейкотриенов (в том числе медленно реагирующей субстанции) и других биологически активных веществ. Препарат наиболее эффективен в качестве средства профилактики. Заметный клинический эффект наступает через несколько дней или недель после приема.

2. К медикаментам, обладающим стабилизирующим влиянием на тучные клетки относится Лекролин, Айкрол. Противоаллергическое средство, оказывает мембраностабилизирующее действие, препятствует дегрануляции тучных клеток и выделению из них гистамина, брадикинина, лейкотриенов (в том числе, медленно реагирующей субстанции) и других биологически активных веществ.

2 Антигистаминные глазные капли.

На сегодняшний день широкое распространение получил препарат «Гистимет» (Левакабастин), который наиболее эффективен при острых аллергических реакциях.

4.Кортикостероиды.

Они остаются в арсенале противоаллергических средств благодаря своему противовоспалительному действию. Действие кортикостероидов заключается в подавлении синтеза медиаторов воспаления, ингибировании их высвобождения из тучных клеток и базофилов, уменьшении отека и воспаления, снижении миграции нейтрофилов и эозинофилов в слизистую оболочку. На сегодняшний день из этой группы наиболее эффективным

считается «Максидекс» (дексаметазон на пролонгирующей основе)

5.Нестероидные противовоспалительные препараты эффективны как и стероиды, но не оказывают побочного действия последних.

На сегодняшний день широко применяются препараты Диклофенак. Липосомальные глазные капли иммуносупрессанта циклоспорина («Циклолип») являются перспективными в лечении хронических аллергических конъюнктивитов и других воспалительных заболеваний глаз, в основе которых лежат иммунные нарушения (Ю.Ф. Майчук , 1997).

6.Сосудосуживающие глазные капли также используются для коррекции аллергических поражений глаз.

Вышеперечисленное свидетельствует о том, что лечение аллергических заболеваний глаз представляет собой сложную задачу, требующую систематизированного подхода с учетом специфических особенностей аллергоза. От выбора правильной тактики лечения зависит здоровье. Изобилие лекарственных препаратов для коррекции аллергозов требует четко выработанных критериев и схем лечения с учетом общеклинических, офтальмологических и иммунологических показателей. Методологический подход в этом плане будет способствовать снижению заболеваемости и инвалидности населения в связи с аллергическими заболеваниями глаз.

ГЛАВА II

Материалы и методы исследования

2.1. Клиническая характеристика больных

Клинический материал собран на базе Республиканского Научного Специализированного Аллергологического Центра. За период 2010-2011 годы нами было обследовано 45 больных (90 глаз) с поллинозами.

Среди пациентов мужчины составили 16, женщин 29. Возраст пациентов варьировал от 15 до 60 лет, и в среднем составлял $34,6 \pm 1,5$ лет. Среди обследованных в возрасте от 15 до 20 лет были 4 пациентов, что составило 8,9%, от 21 до 30 лет – 20 (44,4%), от 31 до 40 лет – 12 (26,6%), от 41 до 50 лет - 5 (11,1%), а в возрасте старше 51 года было 4 (8,9%). То есть, основную часть больных составили лица трудоспособного возраста – от 21 до 40 лет (Таблица 1).

Таблица 1.

Распределение больных с АК по полу и возрасту

Пол	Возраст					Общее число (по полу)	%
	15-20	21-30	31-40	41-50	51<		
<i>Мужчины</i>	2	5	3	2	2	14	31,0
<i>Женщины</i>	2	15	9	3	2	31	69,0
Общее число (по возрасту)	4	20	12	5	4	45	100
%	8,9	44,4	26,6	11,1	8,9	100	

Распределение больных по давности течения заболевания показало, что количество пациентов, страдающих аллергическими конъюнктивитами в течение 6 месяцев, составляет 5,0%. Число больных с давностью течения болезни от 6 месяцев до 3 лет составляет 45,0%, от 4 до 6 лет – 30,0%, от 7 до 10 лет – 17,5%, а продолжительность заболевания более 11 лет была зарегистрирована у 2,5% от общего контингента больных (Таблица 2).

Таблица 2.

**Зависимость клинических форм АК
от длительности течения заболевания**

Клинические формы АК	Длительность течения				
	≤ 6 мес.	6 мес. – 3 года	4-6 лет	7-10 лет	≥ 11 лет
Аллергический отек	2	4	-	-	-
Блефароконъюнктивит	-	14	7	-	-
Фолликулярный конъюнктивит	-	2	6	6	-
Сосочковый конъюнктивит	-	-	1	2	1
Всего	2 (4,4%)	20 (44,5%)	14 (31,1%)	8 (17,8%)	1 (2,2%)

Причиной возникновения поллинозов являлась сенсibilизация к пыльце различных видов растений. Этиологическая структура поллиноза представлена в таблице 3.

Таблица 3.

Пыльцевые аллергены	Количество больных	
	абс.число	%
Деревья+сорные+злаки	15	33,3
Деревья+злаки	3	6,7
Сорные+злаки	9	20,0
Злаки	4	8,9
Деревья	1	2,2
Деревья+сорные	5	11,1
Сорные	8	17,8

Как видно, в этиологической структуре поллинозов преобладает полисенсibilизация (71,1%) , высок процент поражения аллергенами

пыльцы сорных трав (82,2%).

Спектр сенсibilизации представлен в таблице 4.

Таблица 4.

Аллергены	Количество больных	
	Абс.число	%
Береза	1	2,2
Тимофеевка	14	31,1
Райграсс	11	24,4
Ольха	1	2,2
Полынь	22	48,8
Ежа сборная	14	31,1
Подсолнечник	9	20,0
Дуб	3	6,6
Лисохвост	6	13,3
Пырей	6	13,3
Лещина	3	6,6
Лебеда	16	35,5
Кукуруза	8	17,7
Одуванчик	6	13,3
Амброзия	1	2,2
Овсяница	11	24,4
Клен	6	13,3
Щавель	4	8,8
Мятлик	3	6,6
Костра	6	13,3
Рожь	4	8,8
Сорго	1	2,2
Мак	3	6,6

Продолжение

Метельник	1	2,2
Ясень пенсильванский	1	2,2
Саксаул	1	2,2
Айлант	3	6,6
Циклохена	1	2,2

Наряду с этим нами отмечено, что поллинозы глаз чаще всего развиваются у лиц с наследственной предрасположенностью к аллергии, на фоне имеющихся хронических воспалительных заболеваний глаз.

При постановке диагноза аллергического заболевания глаз была использована общепринятая классификация аллергических конъюнктивитов, предложенная Ю.Ф. Майчуком в 1983 году (Таблица 5).

Таблица 5.

Распределение больных с АК по клиническим формам заболевания

Клинические формы АК	Группы						Всего в трех группах	
	I группа (n = 15)		II группа (n = 15)		III группа (n=15)			
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Аллергический отек	2	13,3	2	13,3	2	13,3	6	13,3
Блефаро-конъюнктивит	7	46,6	7	46,6	7	46,6	21	46,6
Фолликулярный конъюнктивит	5	33,3	5	33,3	5	33,3	15	33,3
Сосочковый конъюнктивит	1	6,6	1	6,6	1	6,6	3	6,6

После установления диагноза аллергического поражения глаз больные были разделены на 3 группы: *Первую группу* составили 15 больных, получавших в качестве лечения противоаллергический препарат Нозейлин (по 1 капле 6 раз в день в оба глаза) в течение одной недели, на фоне общей противоаллергической терапии, состоящей из применения внутрь таблеток

аналлергина (по 1 таблетке 1 раз в день).

Больные второй группы (15 больных) получали противоаллергическое лечение, первой группы, но вместо Нозейлина использовали препарат Айкрол (4%, по 1 капле 6 раз в день) в течение одного месяца.

Больные третьей группы (15 больных) получали противоаллергическое лечение, включающее комбинированное местное закапывание противоаллергических препаратов Айкрол и Нозейлин. Препарат Нозейлин назначался по 1 капле 6 раз в день в течение 3-4 дней. Айкрол назначался по 1 капле 6 раз в день в течение одного месяца. После снятия острых симптомов АК, таких как: гиперемия конъюнктивы, отек век и зуд, Нозейлин назначался по 1 капле 2 раза в день в течение месяца. Кроме того, назначалось общее лечение в виде перорального приема препарата аналлергин (1 таблетке 1 раз в день).

2.2. Методы исследования

2.2.1. Офтальмологические методы исследования

Контроль основывался на данных офтальмологического исследования в динамике до и после проведенного исследования. Была разработана индивидуальная карта на бумажном и электронном носителе, включающая 18 пунктов. Все пациенты подвергались обычным методам офтальмологического обследования:

1) Выясняли жалобы пациентов для определения таких субъективных симптомов заболевания как покраснение глаз, зуд, чувства «песка» в глазах, светобоязнь и др.

2) Изучали анамнез для выяснения длительности заболевания, определения факторов, ухудшающих его течение, первых признаков заболевания, их периодичность, наследственной предрасположенности, социального статуса, проведенное раннее лечение, вредные привычки, а также наличия сопутствующих болезней или состояний, которые могли

усилить симптомы, информации о приеме медикаментов по поводу сопутствующих заболеваний;

3) Проводили визиометрию (исследование остроты зрения) при помощи проектора М 110 (Carl Zeiss Jena GmbH, Германия). В том случае, если у больного выявлялась аметропия, проводилась необходимая коррекция;

4) Выполнялся наружный осмотр глаза и прилегающих тканей при естественном освещении;

5) Проводили осмотр с фокальным освещением при помощи лупы 13,0 Д ОР-3 и непрямого офтальмоскопа (Загорский оптико-механический завод, СССР);

6) Биомикроскопию роговицы и конъюнктивы проводили с помощью щелевой лампы М 211 (Carl Zeiss Jena GmbH, Германия). На основании 4-, 5-6-го методов выявляли объективные симптомы заболевания: состояние конъюнктивы (отек и инъекция), состояние склеры (цвет, инъекцированность сосудов), состояние роговицы (форма, размер, прозрачность, чувствительность). Осматривали также орбиту, глазное яблоко, переднюю камеру, радужку и хрусталик;

7) Для прямой офтальмоскопии глазного дна применяли электрический офтальмоскоп «Welch Allyn» (Индия)

8) Для выявления суммарной границы периферического поля зрения (СГППЗ) и центральных скотом исследования проводились на **сферопериметре**

2.2.2. Аллергологические методы исследования

1. Аллергологический анамнез, который является важным элементом специфической диагностики поллинозов и состоит из следующих пунктов:

А. Общие сведения. Собирая анамнез, прежде всего, изучали сезонность характерных клинических проявлений или обострений заболеваний, которыми больной страдает на протяжении года. Точное установление к времени и места обострения заболевания.

Б. Специфические особенности аллергии. При сборе аллергологического анамнеза выявляли пищевые, бытовые, аллодермальные, профессиональные аллергены к которым может быть сенсibilизирован больной.

В. Факторы риска. Среди факторов, способствующих сенсibilизации, особое место принадлежит наследственности. Необходимо учесть, что наследуется не определенное аллергическое заболевание, а предрасположенность к аллергическим реакциям вообще. Началу заболевания часто предшествуют перенесенные инфекционные заболевания, травмы, оперативные вмешательства, стрессовые ситуации. Учитывалось, то аллергическими заболеваниями страдают чаще жители промышленных районов, где загрязненность атмосферы влияет на повышение проницаемости слизистых оболочек.

2. Общий осмотр, включающий осмотр кожных покровов и слизистых с установлением характерных для аллергии изменений.

3. Кожная скарификационная проба. При нанесении капли соответствующего аллергена на скарифицированную кожу, в результате аллергической реакции немедленного типа, через 10-15 минут образуется волдырь, окруженный зоной гиперемии. По степени выраженности волдыря гиперемии различают: уртикулярный отек диаметром более 10 мм – резкоположительную (+++), уртикулярный отек диаметром до 10 мм положительную (++) , отек, заметный без натяжения кожи слабopоложительную (+), гиперемия без отека - сомнительную (±) и отрицательную (-) (Майчук Ю.Ф. и соавт., 1989, Егоров Е.А., Муратова Н.В. 1998.).

4. Консультации специалистов: оториноларинголога, аллерголога, дерматолога, терапевта (по показаниям).

2.2.3 Оценка степени воспалительных проявлений по трех бальной модифицированной шкале Майчука (институт Гельмгольца).

Выраженность клинических симптомов	Оценка в баллах
Зуд, жжение, чувство инородного тела:	
легкое, практически незаметное	1
присутствуют, но не отвлекают постоянно	2
постоянно, нестерпимо	3
Слезотечение, фотофобия	
слабо выражены	1
умеренно выражены	2
сильно выражены	3
Сужение глазной щели:	
легкое, практически незаметное	1
умеренное, до 1/3 ширины	2
выраженное от 1/3 до 1/2 ширины	3
Количество и характер отделяемого:	
незначительное, слизистое	1
умеренное, слизисто-гнойное	2
обильное, гнойное	3
Гиперемия конъюнктивы век и глазного яблока:	
незначительная, только нижнего свода и века	1
умеренная глазного яблока и более выраженная нижнего свода	2
выраженная яркая всего глазного яблока, сводов век	3
Отек конъюнктивы:	
слабовыраженный, только в нижнем своде	1

умеренный нижнего века, свода и глазного яблока	2
выраженный всего глазного яблока, сводов век	3
Состояние сосочков конъюнктивы	
незначительно гипертрофированны, поверхность выглядит шероховатой	1
умеренно гипертрофированны, поверхность конъюнктивы рыхлая	2
резко гипертрофированны, визуализируются на поверхности конъюнктивы	3
Воспаление краев век:	
незначительное покраснение и уплотнение краев век	1
выраженное покраснение и уплотнение краев век, у основания ресниц чешуйки	2
у основания ресниц корочки, покрывающие язвочки	3

Шкала оценки степени тяжести

Степень тяжести	Количество баллов
Легкая	до 9
Средняя	от 10 до 19
Тяжелая	от 20 и более

2.2.4. Статистический анализ полученных результатов

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью стандартных методов вариационной статистики с применением t – критерия Стьюдента для оценки достоверности различий с использованием программы «Statgraphics» на компьютере компании Intel модель Pentium Core 2 Duo с помощью программы *Microsoft Excel 2007*. Средние величины представлены в виде $M \pm m$ (средняя арифметическая \pm средняя ошибка средней арифметической). Достоверными считались различия, удовлетворяющие $P < 0,05$, общепринятые для медицинских объектов.

ГЛАВА III

Клинические проявления и особенности течения поллинозных конъюнктивитов у обследованных больных

3.1. Аллергологический анамнез

Для выявления больных с аллергическими заболеваниями мы применили метод сплошного опроса больных по специально разработанной регистрационной карте с последующим обследованием выявленных больных в Республиканском Научном Специализированном Аллергологическом Центре с применением современных методов специфической диагностики аллергических заболеваний. В случае необходимости больным проводилось рентгенологическое, лабораторное, инструментальное обследования, консультации узких специалистов.

Результаты изучения аллергологического анамнеза у больных основной группы показали, что основными жалобами со стороны глаз являются зуд и покраснение, усиливающиеся по мере контакта с аллергеном. Этот симптом встречался у большинства (88,15 %) больных. У части больных (22,2%) эти явления сопровождались чувством инородного тела в глазу, а у 14,8% слезотечением. У 20,0% больных имелись светобоязнь и склеивание век по утрам. Со стороны других органов больные отмечали явления насморка (14,1%) и першения в горле (8,9%). Из общих анамнестических сведений также было установлено, что у 14,8% обследованных наследственность была отягощена аллергическими заболеваниями у родителей, а также у близких родственников.

Из общего числа обследованных 46,7% до проведения настоящего исследования неоднократно обращались к специалистам и в течение длительного времени (от 2 до 8 лет) лечились по поводу аллергических конъюнктивитов. Основными препаратами, использованными для купирования явлений аллергического конъюнктивита, были: 0,05% раствор димедрола в виде глазных капель (33,1%); гидрокортизоновая 0,1% глазная

мазь (46%); кромогликат натрия 0,5% (56,6%); 0,1% раствор дексаметазона (30,7%). Из общих противоаллергических препаратов наиболее часто были использованы кларитин, тавегил, кетотифен, супрастин, диазолин. Согласно опросу больных, используемые препараты: вызывали кратковременный положительный эффект, характеризующийся снижением явлений зуда и покраснения в глазу, но при прекращении их использования в течение короткого времени (от нескольких дней до 2 недель) наблюдались рецидивы заболевания. По утверждению больных, наиболее результативными среди использованных антиаллергических препаратов были 0,1% раствор дексаметазона – глазных капель и таблеток кетотифена. Необходимо отметить, что использование и дозировка препаратов были нерегулярными и не контролировались соответствующими специалистами.

Для установления этиологии патологического процесса в глазу нами были проведены аллергологические тесты для определения вида аллергена (Таблица 6). Рисунок 6.

Таблица 6.

**Показатели аллергических тестов у больных
с аллергическими заболеваниями глаз**

Пыльцевые аллергены	Количество больных	
	абс.число	%
Деревья+сорные+злаки	15	33,3
Деревья+злаки	3	6,7
Сорные+злаки	9	20,0
Злаки	4	8,9
Деревья	1	2,2
Деревья+сорные	5	11,1
Сорные	8	17,8

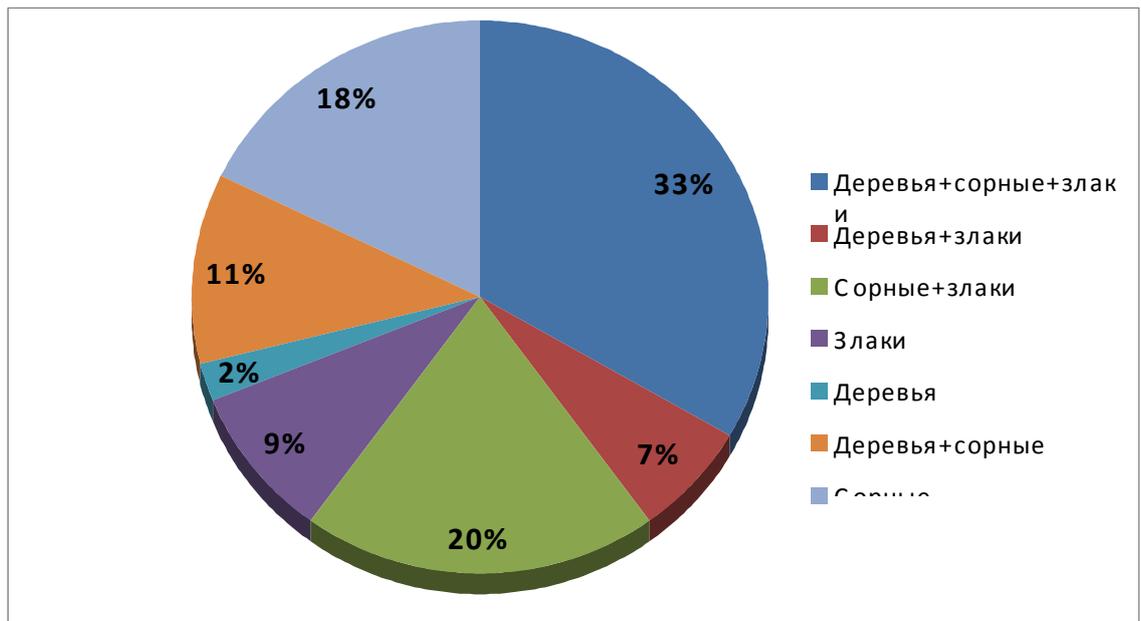


Рисунок 6. Скарификационные пробы.

Для этого были проведены стандартные скарификационные пробы на сорные травы, деревья, злаки. Среди этих больных обнаружены положительные тесты у 17,8% - на сорные травы (в основном на полынь и лебеду), у 2,2% - деревья, у 8,9% - на злаки и у 71,1% - полиаллергия (Деревья + сорные + злаки 33,3%, Деревья + злаки 6,7%, Сорные + злаки 20,0%, Деревья + сорные 11,1%)(Рисунок 7).

Рисунок 7.

Показатели аллергических тестов у больных с аллергическими заболеваниями глаз



Полученные нами результаты анализа анамнестических исследований доказывают определяющую роль этой методики в прогнозировании

этиологии процесса. Тщательно собранный аллергологический анамнез позволяет правильно определить характер поражения глаз, и соответственно, выбор оптимальной схемы корригирующего лечения. Проведенные аллергологические пробы не оставляют сомнений об этиологии процесса.

При наличии полиаллергии выяснение первопричины заболевания основывается на превалировании выраженности кожной реакции на определенный антиген.

Полученные результаты исследований показали, что клинические проявления поллинозных конъюнктивитов различного генеза наиболее выражены при контакте с аллергеном, постоянно затихая в период нахождения вне контакта, что, несомненно, доказывало этиологию процесса.

3.2. Клинические проявления аллергических конъюнктивитов

Наши исследования показали, что, несмотря на идентичность этиологических факторов, течение аллергологического процесса в каждом организме отличается полиморфностью клинической картины. По-видимому, подобное связано с исходным состоянием иммунологической реактивности организма и степенью воздействия аллергологического фактора.

Наши исследования показали, что у больных с аллергическими поражениями органа зрения основными жалобами являются покраснение глаз (до 88,9%), зуд (до 94,4%), чувство «песка» в глазах (75,0%), а также светобоязнь (5,5%). Причем, вышеуказанные жалобы носили постоянный характер. Оно усиливалось во время контакта с аллергеном, достигая своего максимума в первые часы после предотвращения последнего.

Наши исследования по изучению жалоб со стороны больных в зависимости от формы аллергического поражения глаз показали, что покраснение глаз, в основном, встречается у больных с отеком конъюнктивы и блефароконъюнктивитом (66,7% и 88,9% соответственно). А больные с фолликулярной и сосочковой формами заболевания меньше предъявляют подобного рода жалобы (33,3% и 25,0% соответственно). Жалобы на зуд в

глазах также характерны для больных с отеком конъюнктивы, блефароконъюнктивитом и фолликулярной формы АК (66,7%, 94,4% и 66,7% соответственно), тогда как при сосочковой формой заболевания они являются редкостью (25,0%).

Таблица 7.

**Встречаемость основных жалоб больных
с АК в зависимости от клинической формы**

Клинические формы АК	Основные жалобы у больных с АК			
	Покраснение глаз	Зуд	Чувство «песка»	Светобоязнь и слезотечение
Аллергический отек	4(66,7%)	4(66,7%)	1(16,7%)	-
Блефароконъюнктивит	16(88,9%)	17(94,4%)	6(33,3%)	1(5,5%)
Фолликулярный конъюнктивит	4(33,3%)	8(66,7%)	9(75,0%)	2(16,7%)
Сосочковый конъюнктивит	1(25,0%)	1(25,0%)	2(50,0%)	2(50,0%)

Чувство песка в глазу не характерно для больных с отеком конъюнктивы и блефароконъюнктивитом (всего до 16,7% и 33,3% соответственно), но чаще наблюдаются у больных с фолликулярной (75,0%) и сосочковой (50,0%) формами заболевания. Также нами отмечено, что у больных с фолликулярной (16,7%) и сосочковой (50,0%) формами аллергического поражения конъюнктивы появляются жалобы на светобоязнь и слезотечение (Таблица 7).

Исследования показали, что у обследованных больных наблюдаются 4 основные формы аллергических конъюнктивитов, частота и клинические проявления которых были следующими:

1. **Аллергический отек**, характеризующийся быстро нарастающим стекловидным хемозом конъюнктивы век и глазного яблока, сопровождающийся сильным зудом, жжением, обильным слизистым отделяемым встречался у 7 человек, что составило 15,6% из общего

контингента больных.

2. **Блефароконъюнктивит**, проявляющийся сочетанием поражений век и конъюнктивы, когда наблюдаются отек и гиперемия края век с умеренным его утолщением и с закупоркой протоков мейбомиевых желез, встречался у 21 больных (46,6%). При этом отмечалась выраженная инъеция сосудов конъюнктивы век, сочетающаяся с небольшой инъецией сосудов глазного яблока с характерным неравномерным калибром сосудов конъюнктивы и эписклеры, что свидетельствовало об общей сенсibilизации. Субъективные жалобы больных при этом сводились к появлению зуда, рези и жжения в области век и глазного яблока, а иногда появлением явлений дерматита кожи век.

3. **Фолликулярный конъюнктивит** встречался у 13 человек (28,8%) и свидетельствовал об аллергической реакции аденоидной субэпителиальной ткани конъюнктивы. Согласно анамнезу, он развивался сравнительно медленно. Субъективные ощущения были скудны и ограничивались чувством засоренности глаз, без наличия зуда. Фолликулы вначале появлялись в области нижней переходной складки и нижнего хряща. Позднее их можно было обнаружить в области верхней переходной складки.

4. **Сосочковый конъюнктивит** наблюдался у 4 человек (9,0%), являясь самой тяжелой формой аллергического поражения глаз. Этот вид аллергического поражения глаз развивался медленно, прогрессивно нарастал, сопровождаясь зудом и отеком слизистой оболочки.

Изучение зависимости клинического течения процесса от длительности заболевания показало, что аллергический отек конъюнктивы наиболее часто встречается у людей с продолжительностью заболевания от 6 месяцев до 3 лет (66,7%), блефароконъюнктивит у людей с течением заболевания также от 6 месяцев до 3 лет (66,7%), хотя у 33,3% больных подобное поражение встречается при продолжительности заболевания от 4 до 6 лет (Таблица 8).

Фолликулярный конъюнктивит, в основном, встречается у пациентов с продолжительностью заболевания от 4 до 10 лет (83,4%). Сосочковый

конъюнктивит практически не наблюдался у людей с продолжительностью заболевания до 3 лет, в основном, встречаясь у лиц с течением заболевания от 4 до 10 лет (75,0 %).

Таблица 8.

**Зависимость клинических форм АК
от длительности течения заболевания.**

Клинические формы АК	Длительность течения				
	≤ 6 мес.	6 мес. – 3 года	4-6 лет	7-10 лет	≥ 11 лет
Аллергический отек	2	4	-	-	-
Блефароконъюнктивит	-	14	7	-	-
Фолликулярный конъюнктивит	-	2	6	6	-
Сосочковый конъюнктивит	-	-	1	2	1
Всего	2 (4,4%)	20 (44,5%)	14 (31,1%)	8 (17,8%)	1 (2,2%)

Необходимо отметить, что встречаемость вышеуказанных проявлений заболевания вариабельна и, учитывая, что более легкие формы заболевания при длительном течении переходят в тяжелые, некоторые из этих симптомов характерны для всех форм аллергического поражения глаз. Так, отек конъюнктивы встречается у 40,0% больных независимо от формы аллергического конъюнктивита. Гиперемия конъюнктивы различной выраженности и локализации встречается у всех (100%) больных (Таблица 9). У 26,6% больных на фоне гиперемии конъюнктивы имелись единичные, а у 20,0% множественные фолликулы в виде белесоватых, кистоподобных образований, располагающихся неправильными рядами, в основном, в области нижнего века и нижней переходной складки конъюнктивы. Также нами установлено, что у 11,0% больных имеются единичные сосочки, располагающиеся также в области нижнего века, а у

6,6% больных - наблюдались множественные сосочки, в результате чего нижнее веко слегка деформировалось с появлением шероховатости поверхности конъюнктивы с отсутствием естественного блеска. У 11,0% больных отек конъюнктивы распространялся на конъюнктиву глазного яблока, а у 71,0% больных конъюнктивита глазного яблока была гиперемирована (Таблица 10).

Таблица 9.

Отек и гиперемия конъюнктивы у больных с АК (n=45)

Отделы конъюнктивы	Отек	Гиперемия
Конъюнктивa век	18(40,0%)	45(100,0%)
Конъюнктивa глазного яблока	5(11,0%)	32(71,0%)

Таким образом, наиболее частым симптомом аллергического конъюнктивита является гиперемия конъюнктивы, которая встречается у всех больных. Аллергический отек, в отличие от других видов аллергического поражения глаз, встречается меньше, чем у половины больных.

Таблица 10.

Фолликулы и сосочки конъюнктивы у больных с АК (n=45)

Отдел конъюнктивы	Фолликулы		Сосочки	
	Единич.	Множеств.	Единич.	Множеств.
Конъюнктивa век	12(26,6%)	8(20%)	5(11%)	3(6,6%)

Наряду с характерными изменениями со стороны конъюнктивы для больных с аллергическими конъюнктивитами были изменения со стороны век. Так, в группе больных блефароконъюнктивитом 34 человек (84,4%) отмечали утолщение краев век в результате инфильтрации маргинальных слоев воспалительными клетками, у 75,5% больных (34 человек) края век были гиперемированными, причем у 55,5% (25 больных) эти явления

сопровождались отеком кожи и подкожных тканей. В 35,5% (16 больных) случаев присоединялись явления аллергодерматита, когда на фоне выше перечисленных изменений наблюдалось шелушение эпидермиса в виде «перхоти», что вызывало особо выраженный дискомфорт (Таблица 11).

Таблица 11.

Изменения со стороны век у больных с АК (n=45)

Отек	Гиперемия	Утолщение краев век	Шелушение
25(55,5%)	34(75,5%)	38(84,4%)	16(35,5%)

Результаты биомикроскопии показали, что в группе больных с фолликулярным конъюнктивитом в 20% случаев имеются изменения со стороны лимба, которые выражались в виде расширения сосудов лимбальной аркады. Так, у 11,4% больных ширина лимба была в пределах от по 1,5 мм, у 5,7% больных от 1,6 до 2 мм, а у 1 больного (2,9%) лимб был расширен более чем на 2 мм.

В группе больных сосочковым конъюнктивитом у 1 (25,0%) больных наблюдалось расширение лимба до 2 мм, и у 1 (25,0%) больного сосудистая сеть лимба была расширена более 2 мм.

Нами проведен анализ характера отделяемого из глаза у больных с аргическими конъюнктивитами. При этом установлено, что у большинства больных (55,0%), преимущественно с блефароконъюнктивитом и отеком конъюнктивы, имеется слизистое отделяемое, в основном, наблюдаемое в период обострения заболевания.

Наши исследования по изучению состояния рефракции у больных с аллергическими поражениями глаз показали, что миопическая рефракция встречается у 20,0% больных, гиперметропическая – у 15,0%, астигматизм – у 10,0% больных. У остальных (55,0%) рефракция была соразмерной.

Интересными были результаты изучения одной из основных функций органа зрения – остроты зрения – у больных с аллергическими поражениями

глаз. Учитывая наличие различных аномалий рефракции у больных данного контингента, острота зрения определялась без коррекции и с коррекцией необходимыми оптическими линзами. Так, острота зрения без коррекции от 0,1 до 0,3 выявлена у 15,0% больных, а после коррекции всего у 5,0% больных с высокими степенями астигматизма и изменениями глазного дна.

Острота зрения в пределах от 0,4 до 0,6 выявлена также у 15,0%, а с коррекцией всего лишь у 2,5% больных. Относительно высокая острота зрения в пределах 0,7-0,9 обнаружена у 10,0% больных, а с коррекцией она встречается лишь у 2,5%. Нормальная острота зрения обнаружена без коррекции у 60,0% больных. После проведения тщательной соответствующей очковой коррекции острота зрения в пределах 1,0 установлена у 92,5% (37 больных). Можно констатировать, что, несмотря на наличие изменений со стороны переднего отрезка глаза, острота зрения у обследуемого нами больных остается высокой, что свидетельствует об отсутствии изменений со стороны оптических сред и глазного дна.

Таким образом, для аллергических конъюнктивитов наиболее характерна сенсбилизация замедленного типа за счет долговременного действия на организм больного аллергенных факторов и, естественно, в таких случаях процесс протекает более длительно и охватывает более глубокие слои и ткани конъюнктивы и роговицу. Наиболее часто встречающимися формами аллергического поражения глаз являются блефароконъюнктивит (45,0%) и фолликулярный конъюнктивит (30,0%), тогда, как аллергический отек (15,0%) и сосочковая форма конъюнктивитов (10,0%) встречаются намного меньше.

ГЛАВА IV

**Динамика клинических проявлений аллергических конъюнктивитов
в процессе лечения**

Больные были разделены на 3 группы: *Первую группу* составили 15 больных, получавших в качестве лечения противоаллергический препарат Нозейлин (по 1 капле 6 раз в день в оба глаза) в течение одной недели, на фоне общей противоаллергической терапии, состоящей из применения внутрь таблеток аналлергина (по 1 таблетке 1 раз в день).

Больные второй группы (15 больных) получали противоаллергическое лечение, первой группы, но вместо Нозейлина использовали препарат Айкрол (4%, по 2 капле 4 раз в день) в течение одного месяца.

Больные третьей группы (15 больных) получали противоаллергическое лечение, включающее комбинированное местное закапывание противоаллергических препаратов Айкрол и Нозейлин. Препарат Нозейлин назначался по 1 капле 6 раз в день в течение 3-4 дней. Айкрол назначался по 2 капле 4 раз в день в течение одного месяца. После снятия острых симптомов АК, таких как: гиперемия конъюнктивы, отек век и зуд, Нозейлин назначался по 1 капле 2 раза в день в течение месяца. Кроме того, назначалось общее лечение в виде перорального приема препарата аналлергин (1 таблетке 1 раз в день).

Результаты наших исследований показали, что после проведенного комбинированного лечения Айкролом и Нозейлином на фоне общей антигистаминной терапии обострение процесса в основной группе купировалось у всех 100% больных, а к 4-неделе лечения признаки заболевания полностью исчезли у 90,0% человек. На фоне лечения Айкролом признаки аллергического конъюнктивита сохранилось у 5, что составило 11,0%. Это сопровождалось уменьшением основных жалоб со стороны больных, характерных для данной патологии.

**Динамика основных жалоб со стороны больных
с АК в исследуемых группах (сроки в днях)**

Клинические критерии выздоровления	Группы		
	1 группа (n=15)	2 группа (n=15)	3 группа (n=15)
Покраснение глаз	8,1±1,2	11,6±1,2	6,4±1,6*
Зуд	13,7±1,5	17,8±1,3	11,5±1,1*
Чувство «песка»	12,5±1,1	13,7±1,5	8,1±1,2*
Слезотечение	11,5±1,1	12,5±1,1	7,9±1,3*
Светобоязнь	6,4±1,6	5,8±1,6	3,4±1,4*
Длительность лечения	8,1±1,2	12,3±1,2	7,5±1,8*

Примечание: * - достоверность результатов по отношению к данным контрольной группы ($P \leq 0,05$)

Так, половина больных 3 группы уже на 3 день лечения отмечали исчезновение явлений покраснения глаз, тогда, как в 2 группе этот показатель не менялся. Явления слезотечения и светобоязни у больных 3 группы также полностью проходили на 3 день лечения. К концу 1 недели лечения покраснение оставалось всего лишь у 20% больных основной группы. Чувство зуда у подавляющего большинства (95,0%) больных этой группы прекращалось на 10-12 день заболевания. Чувство песка в глазу, связанное с отеком конъюнктивы, проходило на 5-10 день заболевания у 85,0% больных. В 2 группе к концу лечения явления зуда в глазу отмечали лишь 15,0% больных, а чувство песка в глазу – 10,0%. Слезотечение наблюдалось у 5,0% больных. Больные первой группы, получавшие в качестве лечения противоаллергический препарат Нозейлин, уже на 3-4 дни отмечали значительное уменьшение всех симптомов аллергического конъюнктивита, но эти симптомы полностью не исчезали.

Согласно нашим исследованиям, из числа больных 3 группы, получавших в качестве местного комбинированного лечения препаратами Айкролом и Нозейлином, аллергическим отеком страдали 3 больных, что составило 6,7%, блефароконъюнктивит встречался у 9 (20,0%), фолликулярный конъюнктивит у 6 (13,3%) и сосочковым конъюнктивитом страдали 2 (4,4%) больных. В группе больных, получавших препарат Айкрол, аллергический отек встречался у 3, что составило 6,7%, блефароконъюнктивит - у 9 (20,0%), фолликулярный конъюнктивит - у 6 (13,3%) и сосочковый конъюнктивит – у 2 (4,4%) больных. В группе больных, получавших препарат Нозейлин, аллергический отек встречался у 3, что составило 6,7%, блефароконъюнктивит - у 9 (20,0%), фолликулярный конъюнктивит - у 6 (13,3%) и сосочковый конъюнктивит – у 2 (4,4%) больных.

Таблица 13.

**Динамика основных жалоб со стороны больных
с аллергическим отеком в процессе лечения (n=6)**

Группы	Сроки	Основные жалобы у больных с АК		
		Покраснение глаз	Зуд	Чувство «песка»
До лечения		4(66,7%)	4(66,7%)	1(16,7%)
1 группа	2 нед.	2(33,3%)	2(33,3%)	2(33,3%)
	4 нед.	-	1(16,7%)	1(16,7%)
2 группа	2 нед.	2(33,3%)	2(33,3%)	-
	4 нед.	-	-	-
3 группа	2 нед.	-	-	-
	4 нед.	-	-	-

Примечание: * - достоверно результатов по отношению к данным контрольной группы ($P \leq 0,05$)

Таким образом, встречаемость различных форм аллергических поражений глаз в сравниваемых группах была одинаковой.

Таблица 14.

**Динамика основных жалоб со стороны больных
с блефароконъюнктивитом в процессе лечения (n=18)**

Группы	Сроки	Основные жалобы у больных с АК			
		Покраснение глаз	Зуд	Чувство «песка»	Слезотеч.
До лечения		16(88,9%)	17(94,4%)	6(33,3%)	1(5,5%)
1 группа	2 нед.	6(33,3%)	8(44,4%)	2(11,1%)	-
	4 нед.	1(5,5%)	3(16,7%)	1(5,5%)	-
2 группа	2 нед.	8(44,4%)	8(44,4%)	2(11,1%)	-
	4 нед.	3(16,7%)	3(16,7%)	-	-
3 группа	2 нед.	3(16,7%)*	3(16,7%)*	-	-
	4 нед.	-	-	-	-

Примечание: * - достоверно результатов по отношению к данным контрольной группы ($P \leq 0,05$)

Объективный осмотр показал, что после двух недель от начала местного комбинированного лечения препаратами Айкролом и Нозейлином в 3 группе, отек конъюнктивы век сохранился лишь у 15,0% больных, а к концу проводимого курса лечения полностью исчезал. Отек конъюнктивы глазного яблока ко второй неделе лечения купировался полностью. Гиперемия конъюнктивы век ко второй недели лечения наблюдалась у 20,0%, а к концу лечения (4-неделя) полностью исчезал. Со стороны же конъюнктивы глазного яблока этот признак ко второй недели после начала

лечения наблюдался менее чем у половины больных (13,0%), а к концу лечения – исчезал полностью (Таблица 19).

По нашим наблюдениям, в этой группе ко второй недели лечения единичные фолликулы не наблюдались вообще.

Множественные фолликулы, наблюдаемые у 20% больных, к концу второй недели лечения имелись только у 5,0%, а к концу 4 недели – исчезали полностью (Таблица 15).

Таблица 15.

**Динамика основных жалоб со стороны больных
с фолликулярным конъюнктивитом в процессе лечения (n=12)**

Группы	Сроки	Основные жалобы у больных с АК			
		Покраснение глаз	Зуд	Чувство «песка»	Слезотеч.
До лечения		4(33,3%)	8(66,7%)	9(75,0%)	2(16,7%)
1 группа	2 нед.	1(8,3%)*	4(33,3%)	4(33,3%)	1(8,3%)
	4 нед.	-	1(8,3%)	2(16,7%)	-
2 группа	2 нед.	2(16,7%)	4(33,3%)	4(33,3%)	1(8,3%)
	4 нед.	1(8,3%)	1(8,3%)	2(16,7%)	-
3 группа	2 нед.	1(8,3%)*	1(8,3%)*	2(16,7%)*	-
	4 нед.	-	-	1(8,3%)*	-

Примечание: * - достоверно результатов по отношению к данным контрольной группы ($P \leq 0,05$)

Таким образом, нами отмечено обратная зависимость между сроками лечения и интенсивностью распространенности фолликулов на поверхности конъюнктивы. Сосочки конъюнктивы век уменьшались в размере обычно к концу 2 недели лечения и частично рассасывались к окончанию 4 недели, все же оставаясь в виде единичных образований у 5% больных. При этом,

наряду с объективными изменениями конъюнктивы, происходило исчезновение отделяемого из глаза. Так, к концу 1 недели у 55,0% больных, где имелось слизистое отделяемое, отмечалось значительное его уменьшение 10,0% (Таблица 16).

Таблица 16.

Динамика основных жалоб со стороны больных с сосочковым конъюнктивитом в процессе лечения (n=4)

Группы	Сроки	Основные жалобы у больных с АК			
		Покраснение глаз	Зуд	Чувство «песка»	Светобоязнь и слезотеч.
До лечения		1(25,0%)	1(25,0%)	2(50,0%)	2(50,0%)
1 группа	2 нед.	1(25,0%)	1(25,0%)	1(25,0%)	1(25,0%)
	4 нед.	-	-	1(25,0%)	-
2 группа	2 нед.	1(25,0%)	1(25,0%)	1(25,0%)	1(25,0%)
	4 нед.	-	-	1(25,0%)	-
3 группа	2 нед.	-	-	1(25,0%)*	-
	4 нед.	-	-	-	-

Примечание: * - достоверно результатов по отношению к данным контрольной группы ($P \leq 0,05$)

Динамика изучения состояния конъюнктивы век и глазного яблока в процессе лечения Айкролом (2 группа) показала, что отек конъюнктивы век, наблюдавшийся у 40,0% больных, к концу второй недели оставался у 33,0%, а после проведенного лечения сохранялся у 7,0% больных. Отек конъюнктивы глазного яблока к концу 2 недели сохранялся у 7,0% больных, а после лечения исчезал полностью. Гиперемия конъюнктивы век концу 2 недели наблюдалась у 40,0% больных, а после лечения оставалась у 13,0%. Гиперемия конъюнктивы глазного яблока наблюдалась у 86,0% больных, к

концу 2 недели сохранялся у 33,0% больных, а после проведенного лечения исчезала полностью (Таблица 18).

При обследовании состояния конъюнктивы век и глазного яблока в процессе лечения препаратом Нозейлин (1 группа) показала, что отек конъюнктивы век наблюдавшийся у 40,0% больных, к концу второй недели оставался у 13,0%, а после проведенного лечения сохранялся у 7,0% больных. Отек конъюнктивы глазного яблока к концу 2 недели сохранялся у 14,0% больных, а после проведенного лечения сохранялся у 7,0% больных. Гиперемия конъюнктивы век концу 2 недели наблюдалась у 33,0% больных, а после проведенного лечения сохранялся у 10,0% больных. Гиперемия конъюнктивы глазного яблока наблюдалось у 86,0% больных, к концу 2 недели сохранялся у 33,0% больных, а после проведенного лечения сохранялся у 7,0% больных (Таблица 17).

Таблица 17.

**Динамика наличия отека и гиперемии конъюнктивы
у больных с АК во 1 группе (n=15)**

Сроки	Отделы конъюнктивы	Отек	Гиперемия
До лечения	<i>Конъюнктура век</i>	6(40,0%)	15(100,0%)
	<i>Конъюнктура глазного яблока</i>	5(33,0%)	13(86,0%)
2 недели	<i>Конъюнктура век</i>	2(13,0%)*	5(33,0%)*
	<i>Конъюнктура глазного яблока</i>	1(14,0%)*	5(33,0%)*
4 недели	<i>Конъюнктура век</i>	1(7,0%)*	2(13,0%)*
	<i>Конъюнктура глазного яблока</i>	1(7,0%)*	1(7,0%)*

Примечание: * - достоверно результатов по отношению к данным группы до лечения ($P \leq 0,05$)

Таблица 18.

**Динамика наличия отека и гиперемии конъюнктивы
у больных с АК во 2 группе (n=15)**

Сроки	Отделы конъюнктивы	Отек	Гиперемия
До лечения	<i>Конъюнктура век</i>	6(40%)	15(100%)
	<i>Конъюнктура глазного яблока</i>	2(13%)	13(86%)
2 недели	<i>Конъюнктура век</i>	5(33%)*	6(40%)*
	<i>Конъюнктура глазного яблока</i>	1(7%)*	5(33%)*
4 недели	<i>Конъюнктура век</i>	1(7%)*	2(13%)*
	<i>Конъюнктура глазного яблока</i>	-	-

Примечание: * - достоверно результатов по отношению к данным группы до лечения ($P \leq 0,05$)

Таблица 19.

**Динамика наличия отека и гиперемии конъюнктивы
у больных с АК в 3 группе (n=15)**

Сроки	Отделы конъюнктивы	Отек	Гиперемия
До лечения	<i>Конъюнктура век</i>	6(40%)	15(100%)
	<i>Конъюнктура глазного яблока</i>	2(13%)	13(86%)
2 недели	<i>Конъюнктура век</i>	2(13%)*	3(20%)*
	<i>Конъюнктура глазного яблока</i>	-	2(13%)*
4 недели	<i>Конъюнктура век</i>	-	-
	<i>Конъюнктура глазного яблока</i>	-	-

Примечание: * - достоверно результатов по отношению к данным группы до лечения ($P \leq 0,05$)

Единичные фолликулы, имевшие место в 33,0% случаев, к концу 2 недели лечения отмечались у 13,0%, а после проведенной традиционной терапии полностью исчезал. Множественные же фолликулы к середине лечения наблюдались у 13,0% больных и после проведенной терапии - у 7,0%. К концу второй недели лечения единичные сосочки наблюдались у 13,0% больных, а множественные - у 7,0% (Таблица 20).

Таблица 20.

**Динамика наличия фолликулов и сосочек конъюнктивы
у больных с АК в исследуемых группах**

Группы	Сроки	Фолликулы		Сосочки	
		Единич.	Множеств.	Единич.	Множеств.
До лечения		5(33%)	4(27%)	2(13%)	1(7%)
1 группа	2 нед.	2(13%)	2(13%)	2(13%)	1(7%)
	4 нед.	1(7%)*	1(7%)*	1(7%)*	1(7%)*
2 группа	2 нед.	2(13%)	2(13%)	2(13%)	1(7%)
	4 нед.	-	1(7%)*	1(7%)*	-
3 группа	2 нед.	-	1(7%)*	1(7%)*	1(7%)
	4 нед.	-	-	-	-

Примечание: * - достоверно результатов по отношению к данным группы до лечения ($P \leq 0,05$)

Полученные данные свидетельствуют о сравнительно низкой эффективности данного метода лечения при сосочковом и фолликулярном конъюнктивитах по отношению к комбинированной терапии препаратами Айкрол и Нозейлин.

В ходе комбинированного лечения препаратами Айкрол и Нозейлин отмечали выраженную положительную динамику патологического процесса

при блефароконъюнктивите. Как видно из таблицы 21, к концу 2 недели лечения утолщение краев век оставалось у 40,0% больных, гиперемия сохранялась у 33,0%, явления отека век наблюдались только у 13,0% больных, а шелушение практически прекратилось. К концу лечения утолщение краев век наблюдалось только у 13,0% больных, гиперемия – тоже у 13,0%, отек и шелушение век практически не наблюдалось.

Таблица 21.

**Динамика изменений со стороны век у больных с АК
в исследуемых группах**

Группы	Сроки	Отек	Гиперемия	Утолщение краев век	Шелушение
До лечения		8(55%)	11(75%)	13(85%)	5(35%)
1 группа	2 нед.	4(25%)	7(50%)	9(60%)	3(20%)
	4 нед.	1(7%)*	2(13%)*	3(20%)*	1(7%)*
2 группа	2 нед.	4(25%)	7(50%)	9(60%)	3(20%)
	4 нед.	1(7%)*	2(13%)*	3(20%)*	1(7%)*
3 группа	2 нед.	2(13%)*	5(33%)*	6(40%)*	-
	4 нед.	-	2(13%)*	2(13%)*	-

Примечание: * - достоверно результатов по отношению к данным группы до лечения ($P \leq 0,05$)

Таким образом, использование комбинированного лечения препаратами Айкрол и Нозейлин приводило к постепенному купированию патологического процесса в веках у основной массы больных, что указывает на патогенетическую обоснованность применяемого метода.

Использование Айкрола также приводило к уменьшению явлений раздражения век, но при этом динамика процесса протекала медленно. Так, после 2-х недельного курса лечения утолщение краев, которое встречалось у

85,0% больных, оставалось у 60,0% больных. Гиперемия наблюдалась у 50,0%, отек сохранялся у 25,0% больных. Также нами отмечена положительная динамика шелушения кожи век, которая к концу 2 недели лечения сохранилась лишь у 20,0% больных. К концу 4-недели утолщение краев наблюдали у 20,0%, гиперемию – 13,0%, отек и шелушение – 7,0% больных. Несмотря на проводимую терапию, субъективные ощущения больных и объективные симптомы заболевания у 1/3 больных сохранялись, и это послужило поводом для продолжения лечения после 4-х недель.

Использование препарата Нозейлин также приводило к уменьшению явлений раздражения век, но при этом динамика процесса протекала медленно. Так, после 2-х недельного курса лечения утолщение краев, которое встречалось у 85,0% больных, оставалось у 60,0% больных. Гиперемия наблюдалась у 50,0%, отек сохранялся у 25,0% больных. Также нами отмечена положительная динамика шелушения кожи век, которая к концу 2 недели лечения сохранилась лишь у 20,0% больных. К концу 4-недели утолщение краев наблюдали у 20,0%, гиперемию – 13,0%, отек и шелушение – 7,0% больных. Несмотря на проводимую терапию, субъективные ощущения больных и объективные симптомы заболевания у 1/3 больных сохранялись, и это послужило поводом для продолжения лечения после 4-х недель.

Полученные результаты динамического наблюдения за больными в процессе лечения показали сравнительную эффективность противоаллергической терапии комбинированного лечения препаратами Айкрол и Нозейлин по отношению к Айкролу и Нозейлину, использованных по отдельности. Так, если у больных 3 группы к концу первой недели лечения субъективные ощущения исчезали, а к концу второй недели отступали объективные симптомы заболевания, у больных 1 и 2 группы этот процесс затягивался на 1-2 недели, что, несомненно, доказывает преимущественность проводимой комбинированной терапии препаратами Айкрол и Нозейлин.

Таким образом, наши исследования показали, что использование комбинированного лечения препаратами Айкрол и Нозейлин в виде глазных капель в комплексе с общими антиаллергическими препаратами приводит к выраженному и стойкому снижению явлений аллергического воспаления, выражающееся в исчезновении зуда и гиперемии, рассасывании сосочков и фолликулов, что свидетельствует о наступлении ремиссии. Эффективность препаратов доказана результатами гистоморфологических исследований, а также специфических аллергологических проб, использование же схемы лечения (Айкрол + антигистаминные препараты) или (Нозейлин + антигистаминные препараты) хотя и уменьшает клинические проявления аллергических конъюнктивитов, все же не приводит к стойкому и полному блокированию патологического процесса.

Исходя из вышеизложенного, считаем, что применение комбинированного лечения препаратами Айкрол и Нозейлин в виде глазных капель для лечения аллергических конъюнктивитов является высокоэффективным, в связи с чем, должно стать методом выбора при лечении подобных состояний.

Полагаем, что внедрение в практику здравоохранения полученных нами данных улучшит качество лечения больных с аллергическими конъюнктивитами, что является немаловажным фактором в системе мероприятий по улучшению работы аллергологической и офтальмологической служб здравоохранения Республики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным статистических исследований в последнее десятилетие отмечается увеличение числа аллергических заболеваний во многих странах земного шара. Наряду с этим, аллергические болезни прогнозируются как самая распространенная форма человеческой патологии в будущем [3,4].

Среди аллергических заболеваний одно из ведущих мест занимают аллергические поражения глаз. Интенсивное развитие производственной сферы, загрязнение окружающей среды, химизация жизни и интенсивное применение лекарственных средств создают потенциальные возможности для возникновения аллергии [2, 5, 32]. По данным Республиканского Научно-Специализированного Аллергологического Центра за 1995-2000 г.г., аллергические заболевания глаз наблюдались у 38,4% всех больных с аллергией [21].

Многофакторная этиология и различные варианты ответа организма на воздействие отрицательных факторов определяет многообразие клинических форм аллергических поражений глаз, диагностика и лечение которых представляют сложную задачу для практических офтальмологов [20, 23].

Тщательное изучение факторов риска, клинических проявлений, особенностей течения и патогенетических моментов развития аллергических поражений глаз позволили бы заметно снизить заболеваемость и разработать эффективные методы лечения этого заболевания.

Основными формами АК являются: поллинозный АК, весенний кератоконъюнктивит, лекарственная аллергия, хронический АК, хронический АК при ношении контактных линз, крупнопапиллярный конъюнктивит.

В зависимости от времени возникновения выделяют сезонный АК, обостряющийся весной и летом, и круглогодичный АК, который может возникнуть в любое время года.

Симптомы аллергических конъюнктивитов обусловлены реакцией гиперчувствительности 1 типа. Для АК типичны следующие проявления: жжение, слезотечение, гиперемия век и конъюнктивы, светобоязнь. В случае перехода в хроническую форму наблюдаются более выраженные изменения

тканей.

Поллинозные конъюнктивиты - Это сезонные аллергические заболеваний глаз, вызываемые пылью в период цветения трав, злаковых, деревьев. Время обострения тесно связано с календарем пыления растений в каждом климатическом регионе. Поллинозный конъюнктивит может начинаться остро: нестерпимый зуд век, жжение под веками, светобоязнь, слезотечение, отек и гиперемия конъюнктивы. Отек конъюнктивы может быть настолько выраженным, что роговица «утопает» в окружающей хемотичной конъюнктиве. В таких случаях появляются краевые инфильтраты в роговице, как правило, в области глазной щели. Более часто поллинозный конъюнктивит протекает хронически с умеренным жжением под веками, периодически возникающим зудом век.

Основные принципы лечения АК включают: элиминацию аллергена, лекарственную симптоматическую терапию, специфическую иммунотерапию. Элиминация аллергена является самым эффективным и безопасным методом предупреждения и лечения аллергических конъюнктивитов. Метод специфической иммунотерапии проводится в лечебных учреждениях при недостаточной эффективности лекарственной терапии и невозможности исключения провоцирующего фактора.

Местная противоаллергическая терапия занимает основное место в лечении АК. Системное применение препаратов необходимо только в случаях тяжелого течения аллергических конъюнктивитов.

Лечение АК имеет целью воздействие на различные звенья патологического процесса. В настоящее время применяются:

- стабилизаторы мембран тучных клеток (мембраностабилизаторы);
- блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов;
- сосудосуживающие средства;
- кортикостероиды;
- нестероидные противовоспалительные средства.

Все эти группы обладают своими преимуществами и недостатками.

Эффект применения блокаторов гистаминовых рецепторов развивается быстро, эти препараты предупреждают взаимодействие медиаторов воспаления со специфическими рецепторами, однако имеют ограничения для длительного применения. Мембраностабилизаторы предупреждают развитие аллергической реакции за счет подавления высвобождения медиаторов воспаления из тучных клеток, но наиболее эффективны при длительном профилактическом применении [6]

Кортикостероидные препараты рекомендованы при тяжелом течении АК, отсутствии эффекта от лечения антигистаминными ЛС в сочетании с мембраностабилизаторами. Препараты кортикостероидов оказывают выраженное противовоспалительное, десенсибилизирующее и иммуносупрессивное действие. Назначение кортикостероидов имеет свои недостатки: риск развития побочных эффектов местного и системного характера, особенно при длительном применении [34].

Сосудосуживающие и нестероидные противовоспалительные средства являются вспомогательными в лечении АК.

На сегодняшний день существует потребность в лекарственном средстве, которое обладает высокой, превосходящей другие препараты противоаллергической эффективностью, влияет на различные механизмы развития аллергической реакции, быстро устраняет ее симптомы (зуд, краснота, слезотечение, хемоз, отек век), оказывает минимальное влияние на качество жизни пациента и безопасно при длительном применении.

В последнее время в Республике Узбекистан появились новые противоаллергические офтальмологические препараты Айкрол (кромогликат натрия) и Нозейлин (в 1 мл содержится 0,5 мг нафазолина гидрохлорид и 0,5 мг хлорфенирамина малеат) фармацевтической компании World Medicine. Препарат Айкрол (4% глазные капли), обладает способностью стабилизировать мембраны тучных клеток и антигистаминным действием, блокирует вход ионов кальция в тучную клетку, предотвращает её дегрануляцию и высвобождение медиаторов аллергии и других биологически активных

веществ. Нозейлин - комбинированный препарат для местного применения в офтальмологии. Альфа-адреномиметик нафазолин, входящий в состав препарата, оказывает выраженное длительное сосудосуживающее действие, уменьшает отек, гиперемию. Хлорфенирамин - блокатор H₁-гистаминовых рецепторов, оказывает противоаллергическое действие, уменьшает выраженность местных экссудативных проявлений, отек и гиперемию конъюнктивы, устраняет зуд в глазах, слезотечение.

Благодаря сочетанию разнонаправленных механизмов воздействия на патогенез аллергии, оба препарата применяются как для купирования острых проявлений аллергического конъюнктивита (АК), так и для лечения хронических АК и профилактики обострений.

В связи с этим, **целью настоящего исследования** явилась оценка эффективности комплексного лечения противоаллергическими препаратами Айкрол и Нозейлин у больных с поллинозами.

Для достижения поставленной цели необходимо решение следующих **задач**:

1. Изучить влияние противоаллергического препарата Айкрол при лечении больных с поллинозами на основании клинических параметров глаза.
2. Изучить эффективность противоаллергического действия препарата Нозейлин при лечении больных с поллинозами на основании клинических параметров глаза.
3. Изучить эффективность противоаллергического действия препаратов Айкрол и Нозейлин в совокупности при лечении больных с поллинозами.

Клинический материал собран на базе Республиканского Научного Специализированного Аллергологического Центра. За период 2010-2011 годов нами было обследовано 45 больных (90 глаз) с поллинозами.

Среди пациентов мужчины составили 16, женщин 29. Возраст пациентов варьировал от 15 до 60 лет, и в среднем составлял $34,6 \pm 1,5$ лет.

Среди обследованных в возрасте от 15 до 20 лет были 4 пациентов, что составило 8,9%, от 21 до 30 лет – 20 (44,4%), от 31 до 40 лет – 12 (26,6%), от 41 до 50 лет - 5 (11,1%), а в возрасте старше 51 года было 4 (8,9%). То есть, основную часть больных составили лица трудоспособного возраста – от 21 до 40 лет.

Распределение больных по давности течения заболевания показало, что количество пациентов, страдающих аллергическими конъюнктивитами в течение 6 месяцев, составляет 5,0%. Число больных с давностью течения болезни от 6 месяцев до 3 лет составляет 45,0%, от 4 до 6 лет – 30,0%, от 7 до 10 лет – 17,5%, а продолжительность заболевания более 11 лет была зарегистрирована у 2,5% от общего контингента больных.

После установления диагноза аллергического поражения глаз больные были разделены на 3 группы: *Первую группу* составили 15 больных, получавших в качестве лечения противоаллергический препарат Нозейлин (по 1 капле 6 раз в день в оба глаза) в течение одной недели, на фоне общей противоаллергической терапии, состоящей из применения внутрь таблеток аналлергина (по 1 таблетке 1 раз в день).

Больные второй группы (15 больных) получали противоаллергическое лечение, первой группы, но вместо Нозейлина использовали препарат Айкрол (4%, по 1 капле 6 раз в день) в течение одного месяца.

Больные третьей группы (15 больных) получали противоаллергическое лечение, включающее комбинированное местное закапывание противоаллергических препаратов Айкрол и Нозейлин. Препарат Нозейлин назначался по 1 капле 6 раз в день в течение 3-4 дней. Айкрол назначался по 1 капле 6 раз в день в течение одного месяца. После снятия острых симптомов АК, таких как: гиперемия конъюнктивы, отек век и зуд, Нозейлин назначался по 1 капле 2 раза в день в течение месяца. Кроме того, назначалось общее лечение в виде перорального приема препарата аналлергин (1 таблетке 1 раз в день).

Для выявления больных с аллергическими заболеваниями мы применили метод сплошного опроса больных по специально разработанной регистрационной карте с последующим обследованием выявленных больных в Республиканском Научном Специализированном Аллергологическом Центре с применением современных методов специфической диагностики аллергических заболеваний. В случае необходимости больным проводилось рентгенологическое, лабораторное, инструментальное обследования, консультации узких специалистов.

Результаты изучения аллергологического анамнеза у больных основной группы показали, что основными жалобами со стороны глаз являются зуд и покраснение, усиливающиеся по мере контакта с аллергеном. Этот симптом встречался у большинства (88,15 %) больных. У части больных (22,2%) эти явления сопровождались чувством инородного тела в глазу, а у 14,8% слезотечением. У 20,0% больных имелись светобоязнь и склеивание век по утрам. Со стороны других органов больные отмечали явления насморка (14,1%) и першения в горле (8,9%). Из общих анамнестических сведений также было установлено, что у 14,8% обследованных наследственность была отягощена аллергическими заболеваниями у родителей, а также у близких родственников.

Для установления этиологии патологического процесса в глазу нами были проведены аллергологические тесты для определения вида аллергена.

Для этого были проведены стандартные скарификационные пробы на сорные травы, деревья, злаки. Среди этих больных обнаружены положительные тесты у 17,8% - на сорные травы (в основном на полынь и лебеду), у 2,2% - деревья, у 8,9% - на злаки и у 71,1% - полиаллергия.

Результаты наших исследований показали, что после проведенного комбинированного лечения Айкролом и Нозейлином на фоне общей антигистаминной терапии обострение процесса в основной группе купировалось у всех 100% больных, а к 4-неделе лечения признаки заболевания полностью исчезли у 90,0% человек. На фоне лечения Айкролом

признаки аллергического конъюнктивита сохранилось у 5, что составило 11,0%. Это сопровождалось уменьшением основных жалоб со стороны больных, характерных для данной патологии.

Так, половина больных 3 группы уже на 3 день лечения отмечали исчезновение явлений покраснения глаз, тогда, как в 2 группе этот показатель не менялся. Явления слезотечения и светобоязни у больных 3 группы также полностью проходили на 3 день лечения. К концу 1 недели лечения покраснение оставалось всего лишь у 20,0% больных основной группы. Чувство зуда у подавляющего большинства (95,0%) больных этой группы прекращалось на 10-12 день заболевания. Чувство песка в глазу, связанное с отеком конъюнктивы, проходило на 5-10 день заболевания у 85,0% больных. В 2 группе к концу лечения явления зуда в глазу отмечали лишь 15,0% больных, а чувство песка в глазу – 10,0%. Слезотечение наблюдалось у 5,0% больных. Больные первой группы, получавшие в качестве лечения противоаллергический препарат Нозейлин, уже на 3-4 дни отмечали значительное уменьшение всех симптомов аллергического конъюнктивита, но эти симптомы полностью не исчезали.

Согласно нашим исследованиям, из числа больных 3 группы, получавших в качестве местного комбинированного лечения препаратами Айкролом и Нозейлином, аллергическим отеком страдали 3 больных, что составило 6,7%, блефароконъюнктивит встречался у 9 (20,0%), фолликулярный конъюнктивит у 6 (13,3%) и сосочковым конъюнктивитом страдали 2 (4,4%) больных. В группе больных, получавших препарат Айкрол, аллергический отек встречался у 3, что составило 6,7%, блефароконъюнктивит - у 9 (20,0%), фолликулярный конъюнктивит - у 6 (13,3%) и сосочковый конъюнктивит – у 2 (4,4%) больных. В группе больных, получавших препарат Нозейлин, аллергический отек встречался у 3, что составило 6,7%, блефароконъюнктивит - у 9 (20,0%), фолликулярный конъюнктивит - у 6 (13,3%) и сосочковый конъюнктивит – у 2 (4,4%) больных.

Таким образом, встречаемость различных форм аллергических поражений глаз в сравниваемых группах была одинаковой.

Объективный осмотр показал, что после двух недель от начала местного комбинированного лечения препаратами Айкролом и Нозейлином в 3 группе, отек конъюнктивы век сохранился лишь у 15,0% больных, а к концу проводимого курса лечения полностью исчезал. Отек конъюнктивы глазного яблока ко второй неделе лечения купировался полностью. Гиперемия конъюнктивы век ко второй недели лечения наблюдалась у 20,0%, а к концу лечения (4-неделя) полностью исчезал. Со стороны же конъюнктивы глазного яблока этот признак ко второй недели после начала лечения наблюдался менее чем у половины больных (13,0%), а к концу лечения – исчезал полностью.

По нашим наблюдениям, в этой группе ко второй недели лечения единичные фолликулы не наблюдались вообще.

Множественные фолликулы, наблюдаемые у 20% больных, к концу второй недели лечения имелись только у 5,0%, а к концу 4 недели – исчезали полностью.

Таким образом, нами отмечено обратная зависимость между сроками лечения и интенсивностью распространенности фолликулов на поверхности конъюнктивы. Сосочки конъюнктивы век уменьшались в размере обычно к концу 2 недели лечения и частично рассасывались к окончанию 4 недели, все же оставаясь в виде единичных образований у 5% больных. При этом, наряду с объективными изменениями конъюнктивы, происходило исчезновение отделяемого из глаза. Так, к концу 1 недели у 55,0% больных, где имелось слизистое отделяемое, отмечалось значительное его уменьшение (10,0%).

Динамика изучения состояния конъюнктивы век и глазного яблока в процессе лечения Айкролом (2 группа) показала, что отек конъюнктивы век, наблюдавшийся у 40,0% больных, к концу второй недели оставался у 33,0%, а после проведенного лечения сохранялся у 7,0% больных. Отек

конъюнктивы глазного яблока к концу 2 недели сохранялся у 7,0% больных, а после лечения исчезал полностью. Гиперемия конъюнктивы век к концу 2 недели наблюдалась у 40,0% больных, а после лечения оставалась у 13,0%. Гиперемия конъюнктивы глазного яблока наблюдалась у 86,0% больных, к концу 2 недели сохранялся у 33,0% больных, а после проведенного лечения исчезала полностью.

При обследовании состояния конъюнктивы век и глазного яблока в процессе лечения препаратом Нозейлин (1 группа) показала, что отек конъюнктивы век наблюдавшийся у 40,0% больных, к концу второй недели оставался у 13,0%, а после проведенного лечения сохранялся у 7,0% больных. Отек конъюнктивы глазного яблока к концу 2 недели сохранялся у 14,0% больных, а после проведенного лечения сохранялся у 7,0% больных. Гиперемия конъюнктивы век к концу 2 недели наблюдалась у 33,0% больных, а после проведенного лечения сохранялся у 10,0% больных. Гиперемия конъюнктивы глазного яблока наблюдалась у 86,0% больных, к концу 2 недели сохранялся у 33,0% больных, а после проведенного лечения сохранялся у 7,0% больных.

Полученные данные свидетельствуют о сравнительно низкой эффективности данного метода лечения при сосочковом и фолликулярном конъюнктивитах по отношению к комбинированной терапии препаратами Айкрол и Нозейлин.

В ходе комбинированного лечения препаратами Айкрол и Нозейлин отмечали выраженную положительную динамику патологического процесса при блефароконъюнктивите. К концу 2 недели лечения утолщение краев век оставалось у 40,0% больных, гиперемия сохранялась у 33,0%, явления отека век наблюдались только у 13,0% больных, а шелушение практически прекратилось. К концу лечения утолщение краев век наблюдалось только у 13,0% больных, гиперемия – тоже у 13,0%, отек и шелушение век практически не наблюдалось.

Таким образом, использование комбинированного лечения

препаратами Айкрол и Нозейлин приводило к постепенному купированию патологического процесса в веках у основной массы больных, что указывает на патогенетическую обоснованность применяемого метода.

Использование Айкрола также приводило к уменьшению явлений раздражения век, но при этом динамика процесса протекала медленно. Так, после 2-х недельного курса лечения утолщение краев, которое встречалось у 85,0% больных, оставалось у 60,0% больных. Гиперемия наблюдалась у 50,0%, отек сохранялся у 25,0% больных. Также нами отмечена положительная динамика шелушения кожи век, которая к концу 2 недели лечения сохранилась лишь у 20,0% больных. К концу 4-недели утолщение краев наблюдали у 20,0%, гиперемия – 13,0%, отек и шелушение – 7,0% больных. Несмотря на проводимую терапию, субъективные ощущения больных и объективные симптомы заболевания у 1/3 больных сохранялись, и это послужило поводом для продолжения лечения после 4-х недель.

Использование препарата Нозейлин также приводило к уменьшению явлений раздражения век, но при этом динамика процесса протекала медленно. Так, после 2-х недельного курса лечения утолщение краев, которое встречалось у 85,0% больных, оставалось у 60,0% больных. Гиперемия наблюдалась у 50,0%, отек сохранялся у 25,0% больных. Также нами отмечена положительная динамика шелушения кожи век, которая к концу 2 недели лечения сохранилась лишь у 20,0% больных. К концу 4-недели утолщение краев наблюдали у 20,0%, гиперемия – 13,0%, отек и шелушение – 7,0% больных. Несмотря на проводимую терапию, субъективные ощущения больных и объективные симптомы заболевания у 1/3 больных сохранялись, и это послужило поводом для продолжения лечения после 4-х недель.

Полученные результаты динамического наблюдения за больными в процессе лечения показали сравнительную эффективность противоаллергической терапии комбинированного лечения препаратами Айкрол и Нозейлин по отношению к Айкролу и Нозейлину, использованных

по отдельности. Так, если у больных 3 группы к концу первой недели лечения субъективные ощущения исчезали, а к концу второй недели отступали объективные симптомы заболевания, у больных 1 и 2 группы этот процесс затягивался на 1-2 недели, что, несомненно, доказывает преимущественность проводимой комбинированной терапии препаратами Айкрол и Нозейлин.

Таким образом, наши исследования показали, что использование комбинированного лечения препаратами Айкрол и Нозейлин в виде глазных капель в комплексе с общими антиаллергическими препаратами приводит к выраженному и стойкому снижению явлений аллергического воспаления, выражающееся в исчезновении зуда и гиперемии, рассасывании сосочков и фолликулов, что свидетельствует о наступлении ремиссии. Эффективность препаратов доказана результатами гистоморфологических исследований, а также специфических аллергологических проб, использование же схемы лечения (Айкрол + антигистаминные препараты) или (Нозейлин + антигистаминные препараты) хотя и уменьшает клинические проявления аллергических конъюнктивитов, все же не приводит к стойкому и полному блокированию патологического процесса.

Исходя из вышеизложенного, считаем, что применение комбинированного лечения препаратами Айкрол и Нозейлин в виде глазных капель для лечения аллергических конъюнктивитов является высокоэффективным, в связи с чем, должно стать методом выбора при лечении подобных состояний.

Полагаем, что внедрение в практику здравоохранения полученных нами данных улучшит качество лечения больных с аллергическими конъюнктивитами, что является немаловажным фактором в системе мероприятий по улучшению работы аллергологической и офтальмологической служб здравоохранения Республики.

ВЫВОДЫ

1. У больных, получавших в качестве лечения местное закапывание противоаллергического препарата Айкрол, отмечалось медленное и длительное купирование всех симптомов острого АК.
2. Больные, получавшие в качестве лечения противоаллергический препарат Нозейлин, уже на 3-4 дни отмечали значительное уменьшение всех симптомов аллергического конъюнктивита, но эти симптомы полностью не исчезали.
3. На 4-неделе лечения аллергических конъюнктивитов у больных поллинозами с помощью комбинированного местного закапывания противоаллергических препаратов Айкрол и Нозейлин на фоне общей противоаллергической терапии, признаки заболевания полностью исчезли у 90,0% больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- Использование противоаллергических препаратов Айкрол (4% кромогликат натрия) и Нозейлин (в 1 мл содержится 0,5 мг нафазолина гидрохлорид и 0,5 мг хлорфенирамина малеат) фармацевтической компании World Medicine, в комплексном лечении, являются эффективными и безопасными препаратами и могут быть рекомендованы к широкому применению у пациентов аллергических заболеваний глаз различной этиологии.
- При лечении аллергических конъюнктивитов у больных поллинозами рекомендуется использовать разработанную нами схему: инсталляции глазных капель Нозейлин назначался по 1 капле 6 раз в день в течение 3-4 дней. Айкрол назначался по 2 капли 4 раз в день в течение одного месяца. После снятия острых симптомов АК, таких как: гиперемия конъюнктивы, отек век и зуд, Нозейлин назначался по 1 капле 2 раза в день в течение месяца на фоне базисного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдурашитов А.В. Экспериментальный аллергический конъюнктивит. - В кн.: Диагностика и лечение глазных болезней. Казань, 1976. - С. 179-180.
2. Адо А.Д. Общая аллергология. - М.: Медицина, 1978. - 464 с.
3. Адо А.Д. Современные проблемы аллергических реакций. // Вестник АМН СССР.- 1979.-№ 1.-С.43-52.
4. Артыгалиева Д.Н., Испаева Ж.Б. Эффективность специфической алерговакцинации при лечении поллинозов у детей. //Сборник тезисов Второй Международной конференции «Аллергические болезни у детей». - Алматы.- 2000. - С. 7.
5. Багаева Л.В. Характеристика Ig E-продуцирующих клеток в Ig E ответе у больных поллинозом. Дисс. . . канд. мед. наук. - М. - 1992. - 176 с.
6. Бакулева Н.С. Исследование аллергенных свойств хлопковой пыли в кожных пробах. // «Охрана и укрепление здоровья текстильщицы»: сборник научных трудов. -Иваново. - 1990. - С. 47-50.
7. Барсегян Л.Г., Карапетян Р.Э. Применение Пирогенала в комплексном лечении весеннего катара.//Тез. докл. девятого съезда офт. Украины. - Одесса.-1996.-С.15-16.
8. Бахритдинова Ф.А. Клинические формы поллинозных конъюнктивитов в условиях Узбекистана // Материалы конференции аллергологов Узбекистана. - Ташкент. - 1998. - С. 7.
9. Бахритдинова Ф.А. Особенности клинических проявлений и лечение поллинозных конъюнктивитов в условиях Узбекистана. Авт. дисс... к.м.н. -М.- 1990.-25 с.
10. Бахритдинова Ф.А., Закиров А.У. О перспективе создания новых офтальмологических препаратов с противовоспалительной активностью.//Актуальныевопросы офтальмологии.: Материалы Всеросс. науч.-пр. конф.-Москва. - 2000. - 4.2. - С. 11-12.

11. Бахритдинова Ф.А., Назаров А.А. Особенности клинического течения поллинозов в условиях Узбекистана Мед. журнал Узбекистана. - 1988. - №11. - С. 37-40.
12. Бахритдинова Ф.А., Майчук Ю.Ф. Содержание иммуноглобулина Е в сыворотке больных поллинозным поражением глаз в условиях Узбекистана // Актуальные вопросы офтальмоиммунологии. - М. - 1989. - С. 50-53.
13. Бокелавадзе К.Р. Клинико-иммунологическая и аллергологическая характеристика специфической иммунотерапии поллинозов новыми отечественными очищенными конъюгированными аллергенами. Дисс. .к.м.н. - М. - 1993. - 141 с.
14. Брусиловский Е.С. Клинические лекции по аллергологии. - Киев.: Вища школа.- 1977. - 343 с.
15. Вартамян А.Г. Клинико-иммунологическая диагностика и лечение различных форм весеннего катаракта. Дисс. . . канд. мед. наук. - Ереван. - 1986.- 156 с.
16. Вахова Е.С., Позднякова В.В. Противоаллергическая терапия в комплексном лечении глазных инфекций. В сб.: Актуальные вопросы воспалительных заболеваний глаз. М., 2001. С. 220-224.
17. Волков В.В., Семенов Д.Н. Некоторые данные к изучению иммунологических сдвигов в организме у больных хроническим конъюнктивитом. // Офтальм. журнал.- 1971. - С. 346-349.
18. Волоховская З.П. Значение актинического эластола в патогенезе лимбальной формы весеннего катаракта.// Патология оптических сред глаза.: Тез.докл. конф.-Ашгабат.-1992.-С116-118.
19. Волоховская З.П., Кадырова М.Я. Структурные изменения конъюнктивы под влиянием антилимфоцитарного гамма-глобулина при весеннем катаракте
// Здравоохранение Туркменистана. - 1990. - №12. - С. 29-31.

20. Волоховская З.П., Непесова Д.Б. К вопросу о трактовке аллергической реакции при весеннем катаре.// Тез. докл. V-Всес. съезда офт.-1979.-Т.4.- С.26-28.
21. Волоховская З.П., Оразалиева А.М. Фотореактивные изменения конъюнктивы и мембраны Бруха в естественных условиях высокого уровня инсоляции.// Тезисы I-международной конференции офтальмологов. - Ашхабад. - 2000. - С. 136-138.
22. Волоховская З.П., Сахатов М.Я. К вопросу о морфогенезе актинического эластоза конъюнктивы глаза.// Патология оптических сред глаза.: Тез.докл. конф.-Ашгабат.-1992.-С. 149-151.
23. Волоховская З.П., Кадырова М.Я. Морфологическая характеристика тучноклеточной реакции в патогенезе весеннего катара. //Здравоохранение Туркменистана. 1991. - №2. - С. 28-31.
24. Гиренко В.В. Влияние общих сульфидных ванн и УВЧ-магнитотерапии в реабилитации больных с хроническими аллергическими дермато-конъюнктивитами.//Тез.докл. IX-ую Всесоюз. съезда дермато-вен.-Алма-Ата.-1991.-С.174-175.
25. Глазные капли Визин в лечении аллергических конъюнктивитов. /Майчук Ю.Ф., Белоусов Ю.Б., Горячкнна Л.А., Серебрякова Т.В., Ненашева Н.М., Хайтова К.Н., Якушина Л.Н., Буданов СВ. //Иммунология. - 1995. - №2. - С. 36-37.
26. Гургенидзе Г.В., Телия А.З., Гамкрелидзе А.Г. Исследование общего иммуноглобулина Е при некоторых аллергических заболеваниях у детей.// Актуальные вопросы педиатрии. - М.-1983.-С. 96-110.
27. Гюллинг З.В., Гремяков В.А., Кузнецова Л.В. Влияние микроволновой иммуномодуляции на эффективность специфической гипосенсибилизации при поллинозе. //Иммунология и аллергия: Респ. межвед. Сб.МЗ УССР. -Киев. - 1991. -Вып. 25. - С. 39-41.

28. Дегтяренко Т.В. Адаптационное значение иммунного гомеостаза при глазных заболеваниях. // Офтальмологический журнал. - Одесса. - 1997. - №1.-С. 1-4.
29. Дмитриев М.А. О фолликулярном конъюнктивите. - Красноярск. 1962.- 54с.
30. Дмитриев М.А. Об аллергических конъюнктивитах. - В кн.: Болезни век и конъюнктивы. - Красноярск. - 1962.-С.45-57.
31. Егоров А.Е. Лекролин и его роль в лечении аллергических заболеваний глаз // Клиническая офтальмология. - М. - 2000. - Т.1. - №2. - С. 57-58.
32. Егоров Е.А., Егоров А.Е. Лечение аллергических заболеваний переднего отрезка глаза // Клиническая офтальмология. - М. - 2000. - Т. 1. - №2. - С. 52-54.
33. Зайцева Н.С., Стукалов СЕ. Иммунологические и аллергологические процессы в патологии зрения (программный доклад). // Тез. докл.. V-Всес. съезда офт.-1979.-Т.4.-С.3-11.
34. Иманбаева С.С. Изучение гормонального, иммунного статуса и комплексное лечение больных весенним катаром. Дисс... к.м.н. - М. - 1991.- 123 с.
35. Исхаки Ю.Б. Состояние и перспектива изучения аллергических заболеваний в Таджикской ССР. - Актуальные проблемы аллергологии и иммунологии. - Душанбе.-1993.-С. 22-24.
36. Кадырова М.Я. Весенний катар в Туркменистане: Эпидемиология, клиника и лечение иммунокорректирующими средствами. Авт. дисс. . . канд. мед. наук. -М. - 1991. - 28с.
37. Калугина О.Л., Балаболкин И.И., Ковалевский Е.И. Аллергические заболевания глаз у детей. //Педиатрия. - М. - 1993. - №3. - С. 49-53.
38. Камалова Д.Н. Кеналог в комплексной терапии больных весенним катаром. //Актуальные вопросы офтальмологии: Сб. науч. трудов. - Ташкент.- 1988.-С. 17-19.

39. Камилов Х.М., Рустамов М.С. Куклам катарии касаллигини замонавий таснифини жорий этилиш лоихаси.// Узбекистон тиббиет журнал и. - 2000. - №4. - С. 78-79.
40. Каримова М.Х., Бахритдинова Ф.А. Зависимость клинических проявлений воспалительных заболеваний глаз от некоторых индивидуальных особенностей организма.//Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.26-28.
41. Каспаров Е.А. Лекролин в лечении аллергического конъюнктивита, аденовирусного кератоконъюнктивита и кератоконуса. // Клиническая офтальмология. - М. - 2000. - №2. - С. 55-56.
42. Ковалевский Е.И., Калугина О.Л., Балаболкин И.И. Аллергические заболевания глаз у детей и взрослых : (Обзор литературы).//Вестник офтальмологии. - Москва. - 1990. - №5. - С. 68-76.
43. Кролевская И.И. Значение состояния иммунной системы в патогенезе весеннего катара. // Офтальм. журн. -1988.-№3.-С. 180-183.
44. Кролевская И.И., Тринчук В.В. Эффективность иммунокоррекции весеннего катара антилимфоцитарным гаммаглобулином.//Тезисы докладов III-Всесоюзной конференции по актуальным вопросам детской офтальмологии (23-24 января 1989 г.). - 1989 - С. 152-154.
45. Курьязов И.К. Клинические особенности поллинозных конъюнктивитов, осложненных бактериальной инфекцией. // Мед.журн. Узбекистана.- 1992.- №1.-С.76-78.
46. Майчук Ю.Ф. Современные аспекты фармакотерапии аллергических конъюнктивитов. В сб.: Актуальные вопросы воспалительных заболеваний глаз. М., 2001. С.214-220.

47. Майчук Ю.Ф. Успехи и проблемы фармакотерапии инфекционных и аллергических заболеваний глаз. //Русский офтальм. журнал. - Москва. - 2000. - №1. - С 13-17.
48. Майчук Ю.Ф. Эпидемический геморрагический конъюнктивит - пикорнавирусная пандемия./Вестник офтальмологии. - 1974. - № 5. - С. 84-87.
49. Майчук Ю.Ф., Бахритдинова Ф.А., Хаитова К.Н. Диагностика, клиника и лечение поражений глаз при полинозах. Метод, рекомендации. -М.- 1989.- 14 с.
50. Майчук Ю.Ф., Хаитова К.Н., Гришакова М.Б. Применение глазных капель «Аломид» в лечении аллергических конъюнктивитов и кератоконъюнктивитов // Вестник офтальмологии.-М.-1998. - Т. 114. - № 4.-С.43-44.
51. Мельников В.Я., Гашева Т.А., Кравец Д.А. Лекролин в комплексном лечении больных после кератопластики. // VII-съезд офтальмологов России.:Тез докл.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.320-321.
52. Менлимуратов П.Т. Полинозы в условиях Южного Приаралья: (Каракалпак. АССР). - Авт. дисс. к.м.н... - Алма-Ата. - 1989. - 23с.
53. Назаров А.А., Разикова И.С. Эффективность Аллергодила при лечении сезонных аллергических ринитов // Материалы конференции аллергологов Узбекистана. - Ташкент. - 1998. - С. 6.
54. Назирова С.Х. Особенности клинического течения и иммунологического статуса у детей с аллергическими конъюнктивитами при атопической форме бронхиальной астмы в Узбекистане.//Актуальные вопросы офтальмологии.:Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.- Ч.2.-С.83-84.

55. Олейникова Е.А., Кладова Л.А. Вопросы аллергологии в офтальмологии. Вопросы диагностики, лечения и профилактики внутренних болезней. - Саранск.- 1976. - С. 123-127.
56. Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Аромасова А.В. Аллергические заболевания. - М. - 1984. - 272 с.
57. Султанов Р.Т. Состояние и перспективы развития аллергологической помощи в Узбекистане. // Материалы конференции аллергологов Узбекистана. - Ташкент. - 1998. - С. 1-2.
58. Хакбердыев М.М., Давидьян А.А. Краевые особенности поллинозов в Узбекистане. -Ташкент: Медицина. -1982. - 73 с.
59. Хакбердыев М.М., Обидов СБ. Аллергическая заболеваемость населения Ташкента. - Т .- 1993. - 103 с.
60. Якушина Л.Н. К выбору глазных капель при аллергических конъюнктивитах // Иммунология.-1995.-№6.-С.46-47.
61. Abelson M.B. Evaluation of olopatadine, a new ophthalmic antiallergic agent with dual activity, using the conjunctival allergen challenge model.// Ann Allergy Asthma Immunol.- 1998.-Sep.81 (3) :211-8.
62. Abelson M.B., Spitalny L. Combined analysis of two studies using the conjunctival allergen challenge model to evaluate olopatadine hydrochloride, a new ophthalmic antiallergic agent with dual activity. // Am. J. Ophthalmology.- 1998.-125 (6) : 797-804.
63. Abelson MB, Madiwale N, Weston JH. Conjunctival eosinophils in allergic ocular disease Arch Ophthalmol 1983; 101: 555-556.
64. Allansmith MR, Baird RS, Greiner JV. Vernal conjunctivitis and contact lens-associated giant papillary conjunctivitis compared and contrasted. //Am J. Ophthalmol .-1979.-87: 544-555.
65. Allansmith MR, Ross RN. Giant papillary conjunctivitis // International J Ophthalmology Clinics .-1988.- 28(4): 309-316.

66. Bonini S. Allergic conjunctivitis and keratitis. Postgraduate courses and practical workshops. Syllabus. 16 (римские) european congress of allergology and clinical immunology, Madrid - Spain.- 1995. - P. 5-10.
67. Bonini Se, Bonini St, Bucci MG. Allergen dose response and late symptoms in human model of ocular allergy. J Allergy Clin Immunol 1990. - № 86. - P. 869-876.
68. Ciprandi G., Buscaglia S., Pesce G.P., Lotti R. Effects of conjunctival hyperosmolar challenge in allergic subjects and normal controls // Int Arch Allergy Appl Immunol. - 1994. - № 1. - P. 104.
69. Ciprandi G., Buscaglia S., Pesce G.P., Villagio D. Allergic subjects express Intercellular Adhesion Molecule 1 (ICAM-1 or CD54) on epithelial cells of conjunctiva after allergen challenge // J Allergy Clin Immunol. - 1993. - № 91.-P. 783-792.
70. Doxanas M.T. Minimally invasive lower eyelid blepharoplasty . //J. Amer. Acad, of Ophthalm.-V. 101 .-№8.-1994.-P. 1327-1332.
71. Edgar D.F. An overview of the current drugs scene // Ophthalmic Physiol. Opt. -1998.- Vol. 18.-P. 97-102.
72. Elmer.Y.Tu, William W. Culbertson, Stephen C. Hflugfelder, Andrew Huang, James C. Chodosh. Therapy of nonnecrotizing anterior scleritis with subconjunctival corticosteroid injection. //J. Amer. Acad, of Ophthalm.-V.102.- №10.-1995.-P.718-724.
73. Galli SJ, Austen KF, eds. Mast cell and basophil differentiation and function in health and disease // New York: Raven Press.- 1989. - P. 3.
74. Gleich GJ, Frigas E. Loegering DA, Wassom DL, Steinmuller D. Cytotoxic properties of the eosinophil major basic protein // J. Immunol. - 1979. - Vol. 123.-P. 567.
75. Kadrmas E.F., Bartley G.B. Superior limbic keratoconjunctivitis : A prognostic sign for severe graves ophthalmopathy. //J. Amer. Acad, of Ophthalm.-V. 102.- № 10.-1995 .-P. 1472-75.

76. Kazuo Tsubota, Ikiko Toda, Hiroshi Saito, Naoshi Shinozaki, Jun Shimazaki. Reconstruction of the corneal epithelium by limbal allograft transplantation for severe ocular surface disorders. //J. Amer. Acad, of Ophthalm.-V. 102.-№10.-1995.-P. 1486-96.
77. Machida H., Nakagami T., Watanade I. Local ocular immunotherapy for experimental allergic conjunctivitis.// Jpn. J. Ophthalmol.-2000.-44 (6): 634-8.
78. MacLeod J.D. Mitomycin-C and vernal conjunctivitis. // Ophthalmj1.-2000.-107 (12):2127. 225..
79. Morgan SJ, Williams J, Walls AF, Church MK, Holgate ST, McGill JI. Mast cell numbers and staining characteristics in the normal and allergic conjunctiva.- 1991. - 87:111-116.
80. Mortan P. Inflammatory mediators and markers in ocular allergy. Postgraduate courses and practical workshops. Syllabus. // XIV european congress of allergology and clinical immunology.- Madrid - Spain.- 25-30 June 1995. - P. 11-16.
81. Munoz-Lopez F. New administration routes in immunotherapy.// Allergol. Immunopathol. (Madr.).-2000.-Nov-Dec.-28 (6):295-300. 231.
82. Ruggieri M.L., Scorcia G. Двойное слепое групповое сравнительное исследование глазной мази из натрия кромогликата и плацебо при лечении аллергических заболеваний глаз.// Ann. allergy. - 1987. - Vol. 58, №2.-P. 109-112.
83. Sompolinsky D, Samra Z, Zavaro A, Barishak R. A contribution to the immunopathology of vernal keratoconjunctivitis. // Documenta Ophthalmologica.- 1982.- 53: 61-92. 240.
84. Sosnovicova L., Khanferyan R. Protective effect of Azelastine eye drops against allergen-induced conjunctival provocation // Allergy. -Munksgaard. Copenhagen. -Supplement 52. - Vol. 54. - 1999. - P. 155. 241.
85. Stefan D. Trocme, Anthony J. Aldave. The eye and eosinophil. //Survey of ophthalmology. - 1994. - Vol. 39.- № 3. - P. 241-249. 242.

86. Tabbara K.F. Tear triptase in vernal keratoconjunctivitis. /Arch. Ophthalmol.-2001.-119 (3): 338-42.