

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ

ГБОУ ВПО КРАСГМУ ИМ. ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО МЗ и СР РФ

кафедра «Кафедра офтальмологии имени профессора М.А.Дмитриева с
курсом ПО»

РЕФЕРАТ

Аллергический конъюнктивит

Выполнила:
Глушенко А.А, ординатор
1 года обучения
Проверила: ассистент
кафедры Кох И. А.

Красноярск 2023

Оглавление

Эпидемиология.....	3
Определение болезни.....	3
Патогенез и причины конъюнктивита	3
Клиническая картина	4
Диагностика аллергического конъюнктивита.....	9
Лечение.....	9
Список литературы	11

Эпидемиология

Конъюнктивиты находятся в числе наиболее широко распространенных поражений глаз, они составляют более 60% воспалительных заболеваний глаз.

Неонатальный конъюнктивит – самая распространенная инфекция в первый месяц жизни, ее частота варьирует от 1% до 24%.

Определение болезни

Конъюнктивит — это воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия, характеризующаяся гиперемией и отеком век, слизистой оболочки глаза, характерным отделяемым в конъюнктивальной полости, образованием фолликулов и/или сосочков.

Патогенез и причины конъюнктивита

По характеру течения:

1. Острый конъюнктивит
2. Хронический конъюнктивит

Патогенез острого конъюнктивита. При патогенном воздействии на конъюнктиву развивается острая воспалительная реакция, характеризующаяся отеком (хемозом) различной степени выраженности, возникающим при транссудации и экссудации белка и клеток плазмы конъюнктивальных капилляров в интерстициальное пространство соединительной ткани. Отек конъюнктивы чаще локализуется в переходной складке и в области бульбарной конъюнктивы. Под воздействием медиаторов воспаления происходит дилатация конъюнктивальных сосудов с развитием инъекции различной степени выраженности. Экссудат при аллергических конъюнктивитах содержит эозинофилы и базофилы. Экссудат при острых конъюнктивитах состоит в основном из полинуклеаров, образующих скопления вокруг сосудов и в подэпителиальном слое конъюнктивы. В поздних периодах инфильтрация характеризуется примесью лимфоцитов, эозинофилов и плазматических клеток. Для аллергических конъюнктивитов особенно характерна местная эозинофилия, помимо инфильтрации, в

воспаленной ткани конъюнктивы отмечаются пролиферативные изменения в соединительнотканых элементах.

Патогенез хронического конъюнктивита. Хронический конъюнктивит характеризуется патологическими изменениями структуры эпителиальных клеток с повышением численности бокаловидных клеток, развитием эпителиальной гиперплазии и метаплазии, ксероза, лимфоцитарной и плазмоцитарной инфильтрации. Субэпителиальные изменения носят характер реактивной лимфоидной гиперплазии – скопление лимфоцитов с формированием паралимбальных фликтен, чаще всего образуются при хронических аллергических конъюнктивитах.

По этиологии конъюнктивиты делятся на следующие группы:

1. Бактериальный
2. Вирусный
3. Хламидийный
4. Аллергический
5. Конъюнктивит при синдроме «сухого глаза»

Аллергический конъюнктивит (АК) - воспалительная реакция конъюнктивы, развивается в результате воздействия на ткани глаза различных аллергенов.

Клиническая картина

Аллергический конъюнктивит — это воспалительная реакция конъюнктивы на воздействие аллергенов, характеризующаяся гиперемией и отеком слизистой век, отеком, зудом и гиперемией кожи век, образованием фолликулов или сосочков на конъюнктиве, иногда сопровождается поражением роговицы с нарушением зрения.

Глаза могут быть мишенью для развития аллергической реакции при многих системных иммунологических расстройствах. Аллергическая реакция играет важную роль в клинической картине инфекционных заболеваний глаз.

Аллергический конъюнктивит развивается как следствие IgE-опосредованной аллергии и чаще бывает сезонный, реже круглогодичный. Запускающим фактором аллергического конъюнктивита является контакт соответствующего аллергена с конъюнктивой, что вызывает дегрануляцию тучных клеток, приводит к ранней фазе клинического ответа и последующей аллергической воспалительной реакции.

Наиболее часто выявляют следующие клинические формы аллергических конъюнктивитов, характеризующиеся своими особенностями в выборе лечения:

- поллинозные конъюнктивиты
- весенний кератоконъюнктивит
- крупнопапиллярный конъюнктивит
- лекарственный конъюнктивит
- хронический круглогодичный аллергический конъюнктивит.

Поллинозный конъюнктивит - сезонный аллергический конъюнктивит, сенная лихорадка, пыльцевая аллергия. Это сезонные аллергические заболевания глаз, вызываемые пылью в период цветения трав, злаковых, деревьев. Время обострения связано с календарем опыления растений в каждом климатическом регионе. В средней полосе России выявлено три периода заболеваний поллинозами: весенний, летний, летне-осенний.

При часто возникающих рецидивах проводят специфическую иммунотерапию в период ремиссии конъюнктивита, ее эффективность составляет до 96,6%.

В основе патогенеза поллинозного конъюнктивита лежит аллергическая реакция I типа. Первая фаза патогенеза - проникновение пыльцы в конъюнктиву. Фактор проницаемости обеспечивает проникновение пыльцевых зерен через эпителий конъюнктивы, где они и реализуют свое аллергенное действие. Проникновение пыльцевых аллергенов к тканям-мишеням индуцирует вторую фазу патогенеза поллиноза - иммунологическую. Соединение аллергена с IgE вызывает секрецию медиаторов: гистамина, серотонина, лейкотриенов и др. Медиаторы, возбуждая рецепторы органов-мишеней, индуцируют патофизиологическую фазу атопической реакции, проявляющуюся отеком и зудом век, гиперемией конъюнктивы, светобоязнью, слезотечением, слизистым отделяемым. Клинически заболевание начинается остро: нестерпимый зуд век, жжение под веками, светобоязнь, слезотечение, выраженный отек и гиперемия конъюнктивы, могут возникать краевые инфильтраты в роговице, чаще в области глазной щели. Очаговые поверхностные инфильтраты, расположенные вдоль лимба, могут сливаться и изъязвляться, образуя эрозии или поверхностные язвы роговицы. Более часто поллинозный конъюнктивит протекает хронически, с умеренным жжением под веками, незначительным отделяемым, периодически возникающим зудом век, легкой гиперемией конъюнктивы, мелкими фолликулами.

Весенний кератоконъюнктивит - весенний катар, весенний конъюнктивит. Весенний катар - воспалительное сезонное заболевание, всегда двустороннее. Преимущественно поражаются дети, чаще мальчики из семей с аллергической наследственностью. Весенний катар встречается в различных районах мира, наиболее часто в странах с жарким климатом. Болезнь, как правило, проявляется клинически с 4–5 лет, продолжается несколько лет, обостряясь в весенне-летний период. Анамнез жизни — регистрация особенностей аллергостатуса у родителей и ближайших родственников.

Протекает в виде трех клинических форм:

- Весенний конъюнктивит - тарзальный конъюнктивит, гипертрофия прелимбальной конъюнктивы;
- Весенний лимбит.
- Весенний кератоконъюнктивит - микропаннус, эрозия роговицы, точечный эпителиальный кератит, щитовидная язва роговицы, гиперкератоз роговицы

Обострение начинается с небольшого зуда, который возрастает и становится нестерпимым. Ребенок постоянно трет глаза руками, к вечеру зуд усиливается.

Для тарзальной формы весеннего катара характерно образование в пределах конъюнктивы хряща верхнего века плоских сосочков бледно-розового цвета, так тесно прилегающие друг к другу, что похожи на булыжную мостовую. Иногда они достигают крупных размеров. На поверхности конъюнктивы обнаруживается типичное нитеобразное вязкое отделяемое. Толстые белые нити слизистого отделяемого могут образовывать спиралевидные скопления под верхним веком, что причиняет особое беспокойство пациентам, усиливая зуд. Удаляются нити ватным тампоном, не всегда легко из-за их клейкости, но при этом не нарушается целостность эпителия слизистой оболочки.

Весенний лимбит характеризуется изменением прелимбальной конъюнктивы глазного яблока, когда вышеописанные разрастания наблюдаются у лимба, возникают в виде отдельных возвышений или, сливаясь, охватывают валиком окружность лимба. Имеется внешнее сходство с фликтенами, но в отличие от них сосочки никогда не изъязвляются. Часто встречается смешанная клиническая форма, сочетающая тарзальные и лимбальные поражения. Поражения роговицы при весеннем катаре обнаруживаются почти у всех больных.

Крупнопиллярный конъюнктивит - это воспалительная реакция конъюнктивы с образованием крупных плоских сосочков на слизистой верхнего века, возникающая на фоне длительного контакта с инородным телом.

Крупнопиллярный конъюнктивит был впервые описан в связи с ношением мягких контактных линз. Факторами риска развития крупнопиллярного конъюнктивита могут быть также жесткие контактные линзы, глазные протезы, швы после экстракции катаракты, швы после кератопластики, стягивающие склеральные пленки, кальциевые отложения в роговице, другие инородные тела, с которыми верхнее веко контактирует длительное время. Пациенты предъявляют жалобы на чувство инородного тела под веком, на потерю толерантности к линзам, зуд и слизистое отделяемое. В тяжелых случаях может появиться птоз. Конъюнктивита гиперемирована, отечна, на конъюнктиве верхних век формируются мелкие, но более типичны крупные (гигантские — диаметром 1 мм и более), сосочки. Клиническая картина крупнопиллярного конъюнктивита очень похожа на тарзальную форму весеннего конъюнктивита, вместе с тем есть ряд существенных отличий: возраст любой, зуд незначительный, лимб не поражен, другие аллергические реакции не типичны.

Лекарственный конъюнктивит - контактный конъюнктивит, лекарственная аллергия глаз - это воспаление конъюнктивы, возникающее как аллергическая или псевдоаллергическая реакция на воздействие лекарственных средств при местном, реже при системном применении. Лекарственный конъюнктивит считается одним из наиболее частых проявлений аллергических болезней глаз.

Аллергическая или токсико-аллергическая реакция со стороны глаз возникает чаще на лекарственные средства, но может быть и на консервант глазных капель или лекарственную основу. Аллергический конъюнктивит может возникать остро, подостро или приобретает хроническое течение.

Острая реакция возникает в течение 1 ч 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 (90%) и имеют хронический характер.

Характерными признаками острого аллергического конъюнктивита являются гиперемия, отек век и конъюнктивы, слезотечение, иногда кровоизлияния. Хроническому воспалению свойственны зуд век, гиперемия слизистой оболочки, умеренное отделяемое, образование фолликулов.

Хронический круглогодичный аллергический конъюнктивит — это хроническое воспаление конъюнктивы с минимальными клиническими проявлениями, но упорными жалобами на умеренное жжение глаз, незначительное отделяемое, периодически возникающий зуд век.

Основными причинными факторами, вызывающими хронический круглогодичный аллергический конъюнктивит, являются:

- домашняя пыль;
- лекарственные препараты (лекарственное средство или консервант);
- пыльца растений;
- промышленные загрязнения;
- косметические и парфюмерные изделия;
- средства бытовой химии;
- перхоть и шерсть животных, перо, пух;
- пищевые продукты;
- контактные линзы (и растворы для их обработки);
- факторы холодовой аллергии.

В развитии хронического аллергического конъюнктивита основное значение имеет аллергическая реакция замедленного типа (тип IV). Особенность клинических проявлений хронического аллергического конъюнктивита, заключается в том, что в большинстве случаев настойчивые жалобы на неприятные ощущения сочетаются с незначительными симптомами, что ставит в затруднение врачей при постановке диагноза.

Клиническая картина хронического круглогодичного аллергического конъюнктивита отличаются менее выраженными клиническими

проявлениями – незначительным отеком, гиперемией конъюнктивы, слабой фолликулярной реакцией, наличием серозного или слизистого отделяемого.

Диагностика аллергического конъюнктивита

Диагностические исследования детям/взрослым с конъюнктивитом проводятся в следующем порядке:

1. Сбор анамнестических данных для определения срока возникновения и длительности заболевания, уточнения эпидемиологических данных, определения первичного или повторного заболевания.
2. Физикальный осмотр производится для определения изменений состояния кожи лица, век, наличия отеков, асимметрий, лимфаденопатии.
3. Визометрия производится для определения остроты зрения до и после лечения.
4. При биомикроскопии производится оценка клинического состояния век, конъюнктивы, роговицы, передней камеры, радужки, зрачка.
5. Лабораторные исследования производятся с целью определения инфицирования бактериальной, хламидийной, вирусной инфекцией, а также наличия изменений, характерных для аллергических реакций.
6. Диагностические пробы и тесты производятся для определения показателей изменения слезопродукции (определение стабильности прекорнеальной слезной пленки. Для этого осуществляется постановка пробы Норна)

Лечение

- Всем пациентам при остром аллергическом конъюнктивите рекомендуется совместное назначение:

- системной противоаллергической терапии.

- слезозаместительной терапии препаратами из группы искусственные слезы и прочие индифферентные препараты с первого дня лечения, так как аллергические заболевания глаз почти всегда сопровождаются в той или иной степени выраженности нарушением слезопродукции.

Комментарии: Антиаллергические препараты (исключая глюкокортикостероиды) при острой аллергической реакции блокируют H1-рецепторы, уменьшают реакцию тканей на гистамин и обеспечивают в течение нескольких минут противоаллергическое действие: уменьшаются зуд и отёк век, слёзотечение, гиперемия и отёк конъюнктивы.

Глазные капли, тормозящие дегрануляцию тучных клеток – содержат 2% раствор кромоглициевой кислоты.

Не менее важным моментом в терапии аллергических заболеваний глаз является правильный выбор дополнительных лекарственных препаратов лечения, к которым относятся глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), искусственные слезы и прочие индифферентные препараты.

Глюкокортикостероиды широко применяют для лечения аллергических поражений глаза. Их используют местно (в виде глазных капель, субконъюнктивальных и парабульбарных инъекциях), а также системно (внутрь и парентерально). Поэтому рекомендуется с первого дня лечения добавлять слезозаместительную терапию.

- При легком и умеренно-тяжелом аллергическом конъюнктивите назначается монотерапия одним из следующих лекарственных препаратов в форме глазных капель:
 - дифенгидрамин+нафазолин — инстилляцией в конъюнктивальный мешок 1–3 раза в сутки по 1–2 кап.;
 - кромоглициевая кислота - 2 раза в сутки;
 - олопатадин 0,1%, 0,2%, левокабастин - 2 раза в сутки.

- При тяжелом аллергическом конъюнктивите рекомендовано назначение комбинированной терапии с использованием глюкокортикостероидов (ГКС) от 2 до 4 раз в сутки в зависимости от тяжести клинической картины и одного из следующих лекарственных препаратов в форме глазных капель:
 - кромоглициевая кислота** - 2 раза в сутки;
 - олопатадин 0,1% или 0,2%;
 - левокабастин - 2 раза в сутки

Список литературы

1. Клинические рекомендации общероссийской общественной организации Ассоциация врачей-офтальмологов, 2021 г.
2. Клиническая офтальмология. Систематизированный подход / Джек Дж. Кански. — Логосфера, 2006.
3. Деев Л. А., Ярцева Н. С. Заболевания роговой оболочки глазного яблока // Российская офтальмология онлайн № 3. — 2011.
4. Шутьпина Н. Б., Краснова М. Л. Терапевтическая офтальмология. М.: Медицина, 1985.