

# АЛЕРГИЧНИ КОНЮНКТИВИТИ



В последните 20-30 години се отбелязва рязко нарастване честотата на алергичните заболявания. Около 45% от хората в света имат някаква алергия, а у 20% тя протича с очно засягане. При очна алергия най-често се засяга конюнктивата.



д-р Каролина  
Телбизова, гм

СБАЛОБ „ЗОРА“,  
гр. София

Алергичните конюнктивити обикновено се асоциират с фамилна обремененост и с повишена чувствителност към редица вещества (алергени): полени (цветен прахец), акари в домашен прах, плесени, храни, латекс, медукаменти, козметика, жилещи насекоми, животински косми и други. Причината за честото засягане на конюнктивата от подобни реагенти е нейното богато кръвоснабдяване и наличието на множество имунни клетки – мастоцити (ранна реакция) и еозинофили (късна реакция), които при среща с описаните алергени водят до освобождаването на биологично активни медиатори: хистамини, простагландини, левкотриени, цитокини и други. Те от своя страна причиняват характерните за алергичните конюнктивити симптоми: сърбеж, зачервяване, съзене, фотофобия, подуване на клепачите, паре-

не.  
Н а -  
б л о г а в а  
се оток на ко-  
нюнктивата, наличие  
на фоликули и папили.

## Видове алергични конюнктивити

### Остър алергичен риноконюнктивит

Има две форми:

- *Сезонен* – той е най-често срещаната форма на алергично очно заболяване. Развива се през пролетта и лятото по време на цъфтене на някои растения. Дължи се на реак-

ция  
н а  
свръхчувствителност тип I и обикновено се причинява от полени на треви, дървета и др. Субективното усещане е парене, сърбеж, зачервяване, оток на конюнктивата, съзене, хрема при част от пациентите (*Фиг. 1*). Тези оплаквания се повтарят по едно и също време всяка година.

- *Целогодишен* – дължи се на реакция на свръхчувствителност към акари в домашен прах, плесени, животински косми. Клиничното

протичане е с подобна симптома-тика, но с по-леко изразени оплаквания.

### **Вернален кератоконюнктивит (пролетен катар)**

Той е билатерален, засяга деца между 5 и 17-годишна възраст (по-често момчета) и с настъпването на пубертета спонтанно изчезва. Има сезонен характер, обостря се през пролетта и лятото, но понякога оплакванията са целогодишни. Най-вероятно се причинява от алергия към ултравиолетовите лъчи. Симптомите са: гразнене от светлина, зачервяване, съзене, интензивен сърбеж, мукозен секрет. Наблюдава се и често мигане. Бива палпебрален (тарзален) и лимбален.

При *палпебралната форма* се засяга конюнктивата на горния клепач, която след преходна хиперемия и хемоза започва да оформя типични полигонални папили, подредени като павета. Между тях може да има мукозен секрет (*Фиг. 2*).

*Лимбалната форма* засяга по-често чернокожото население. Папилите се разполагат перилимбално и имат заоблена форма. Понякога върху и около папилите се наблюдават безлезникови точки – точки на Tranta, които представляват струпвания на еозинофили (*Фиг. 3*).

*Кератопатия* – засягане на роговицата. Наблюдава се по-често при палпебралната форма. Пациентите се оплакват от замъглено зрение, може да се появи кератитис пунктата суперфициалис, епителна язва на роговицата, мукозни плаки, субепителна цикатризация (*Фиг. 4*).

### **Атопичен кератоконюнктивит**

Рядко, но сериозно хронично заболя-

ване, водещо до значителни роговични увреждания. По-често засяга млади мъже, страдащи от атопичен дерматит. Клепачите обикновено са засегнати от стафилококов блефарит с множество крусти и фисури. *Основни симптоми:* съзене, подути клепачи, гразнене, загуба на мигли, умерен сърбеж. Наблюдават се папили, хиперемия и хемоза на конюнктивата с фиброзни изменения (*Фиг. 5*). Роговицата се засяга с поява на пунктиформна епителопатия, кератит. Това може да доведе до персистиращи епителни дефекти, цикатризация и неоваскуларизация на роговицата. Налице е и предразположение към развитие на кератоконус.

### **Гигантопапиларен конюнктивит**

Свързва се най-често с носене на меки контактни лещи, но може да се развие вследствие гразнене от шевове или от очна протеза. Симптоми: зачервяване, секрет, съзене, но основното, което ще види очният лекар е разрастване на гигантски папили по вътрешната повърхност на клепачите (*Фиг. 6*).

Диагностицирането на алергичния конюнктивит не представлява трудност, но е редно да се извърши от офталмолог, тъй като при самолечение или неправилно лечение алергичната реакция може да се влоши.

Диференциална диагноза трябва да се прави с други заболявания, които също протичат с „червено“ око: кератит, иридоциклит, еписклерит, остър глаукомен пристъп, друг вид конюнктивит, сухо око. Всички те изискват различни терапии.

*Нота бене:* Много често сухото око се диагностицира като алергичен

конюнктивит, в резултат на което пациентът се лекува дълго време с кортикостероидни капки без да има необходимост от това.

Основните насоки за лечение на алергичните конюнктивити са:

- Отстраняване на алергена, което не винаги е възможно, дори и когато алергенът е известен.
- Стимулиране на имунната система
- Потискане на химичните вещества, отговорни за възникване на алергичната реакция.

Лечението се провежда от офталмолог. То е индивидуално и зависи от вида на алергичния конюнктивит, придружаващите клинични симптоми, степента на засягане, съпътстващите очни или общи заболявания.

Лекарствените средства, които се използват при лечението на алергичните конюнктивити са три основни групи:

### **Антихистаминови препарати (H1 блокери)**

Чрез инхибиране на хистамина или блокиране на хистаминовите рецептори, антихистаминовите препарати съществено намаляват сърбежа и зачервяването. Те успокояват симптомите на очната алергия, но не спират алергичната реакция.

### **Стабилизатори на мастоцитите**

Инхибират дегранулацията на мастоцитите и предотвратяват освобождаването на химичните медиатори, отговорни за поява на очната симптоматика. Те могат да се из-

**фигура 1:**

Хиперемия и оток на конюнктивата при остър алергичен конюнктивит



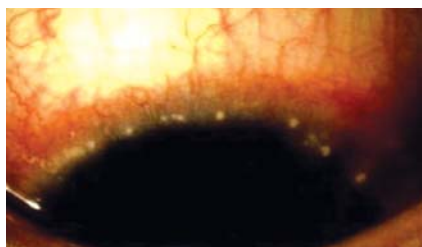
**фигура 2:**

Гигантски папили с мукозен секрет при вернален конюнктивит – паллебрална форма



**фигура 3:**

Перилимбални папили с точки на Транта при вернален конюнктивит – лимбална форма



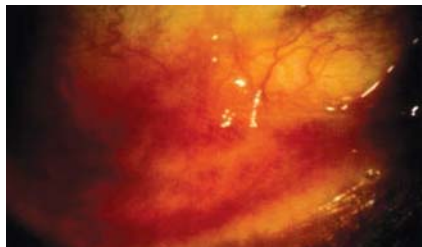
**фигура 4:**

Епителна язва на роговицата при вернален кератоконюнктивит



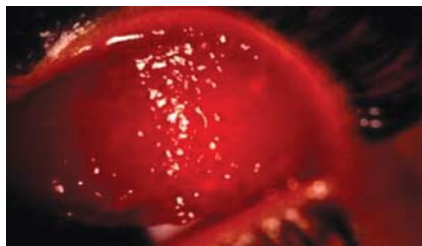
**фигура 5:**

Фиброза на конюнктивата – скъсяване на форникса при атопичен конюнктивит



**фигура 6:**

Гигантски папили при гигантопапиларен конюнктивит



ползват за активно лечение и профилактично – за предотвратяване на алергичната реакция. Изискват честа апликация и дълъг период до поява на ефект.

### Кортикостероиди

Принципът на лечение при очна алергия е използване на възможно най-малка доза, за кратък период, при положение че не сме успели с друг медикамент да потиснем симптомите. Инхибират продукцията на някои медиатори, вкл. цитокини, левкотриени, простагландини. Те са незаменими за лечение на вернален и атопичен кератоконюнктивит. Необходимо е пациентът да бъде проследен с оглед страничните ефекти на кортикостероидите – вторична инфекция, повишаване на вътреочното налягане, катаракта и други.

*Прилагат се също:*

### Комбинирани препарати

Антихистамини + стабилизатори на мастоцитите, които действат като потискат химичните вещества (простагландини, левкотриени и хистамин) и повишават стабилността на мастоцитите. Блокират H1 рецепторите, потискат освобождаването на хистамин от мастоцитите чрез стабилизиране на мастоцитната мембрана, инхибират синтеза на левкотриени. Значително повлияват сърбежа, гразненето, зачервяването и сълзенето в сравнение с други медикаменти. Могат да се прилагат и при деца над 3-годишна възраст. При известен причинител на алергичната реакция (напр. при сезонен конюнктивит) на капването се препоръчва да започне 2 седмици преди проява на симптомите като профилактична мярка.

### Нестероидни противовъзпалителни средства

Инхибират синтеза на простагландини. Няма страничните действия на кортикостероидите, но са с по-слаб ефект.

### Вазоконстриктори (α-адренергични агонисти)

Намаляват хемозата и хиперемията на конюнктивата чрез активиране на алфа-адренергичните рецептори на кръвоносните съдове. Приложими са при по-слабо изразени симптоми. Лечението изисква проследяване поради тахифилаксия.

### Изкуствени слъзи

Те намаляват концентрацията на алергена в слъзния филм, както и количеството на медиаторите на алергичното възпаление. Чрез добавянето им към лечението се постига допълнително облекчаване на симптомите на гразнене и повишаване на комфорта на пациента.

Лекуващият офталмолог е този, който преценява какъв локален препарат или комбинация от медикаменти са подходящи за конкретния клиничен случай.

При по-тежко протичане и наличие на други прояви на алергия, може да се прибави и общо лечение с орални антихистамини.

Поради нарастване на честотата на алергичните конюнктивити, те се очертават като много сериозен проблем в конзервативната офталмология. В лечението на тези състояния най-важно е тясното сътрудничество между лекаря и пациента. ■