**Лекролин в лечении хронических аллергических конъюнктивитов**

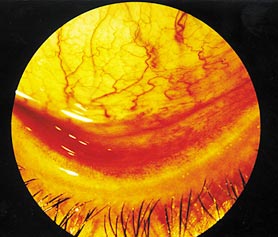
**Х**ронические аллергические конъюнктивиты относятся к числу весьма распространенных заболеваний. Считается, что аллергические конъюнктивиты поражают примерно 15% всего населения [9]. Являясь клиническим проявлением аллергической болезни, они отображают широкую географию аллергозов. Количество больных аллергиями достигает в западных странах в среднем 20% всего населения, в отдельных регионах – до 40–50% [8]. В то же время на примере поллинозов мы могли убедиться, что среди больных с подтвержденной гиперчувствительностью к пыльцевым аллергенам, 91,2% имели глазные поражения [2]. В лечении хронических аллергических конъюнктивитов к наиболее перспективным следует отнести лекарственные средства, тормозящие дегрануляцию тучных клеток [2, 3]. В этой группе центральное место занимают кромогликаты, в том числе – глазные капли лекролин [1, 2, 3] и недавно разрешенные к применению глазные капли лекролин без консерванта [6], хотя преимущество последних мы впервые отметили еще в 1994 г. [5].

Таким образом в офтальмологическую практику в России впервые поступили глазные капли промышленного производства без консерванта (лекролин в тюбик–капельницах без консерванта). Это первый случай, когда можно применять эффективный противоаллергический препарат без опасения побочного действия на глаз консерванта. По требованиям Фармакопеи промышленное изготовление глазных капель в стандартных емкостях 3,5–5,0–10,0 мл предусматривает включение в состав консерванта, обеспечивающего противоинфекционную безопасность глазных капель как при длительном хранении, так и при пользовании открытым флаконом. В качестве консервантов глазных капель в мировой практике используют бензалконий хлорид, нитромерзол, тимерозол, а в России нипагин, борную кислоту и др. Однако любой из консервантов может стать причиной аллергической реакции тканей глаза. В монографии “Аллергические заболевания глаз”, вышедшей в 1983 г. [2], лекарственную аллергию глаз мы поставили на первое место, т.к. на ее долю приходится наибольшее число обращений по поводу глазных аллергозов (30,4%). Последующие годы не только подтвердили высокую распространенность лекарственной аллергии, но и позволили выделить аллергию на лекарственный препарат и на консервант глазных капель. Давно практикующие окулисты подметили, что некоторые наблюдательные пациенты, длительно применяющие один и тот же препарат, например, пилокарпин, предпочитали покупать не глазные капли промышленного производства, а изготовленные в аптеке капли пилокарпина, хотя они и были менее удобными в употреблении (т.к. требовали ухода за пипеткой). По словам больных, эти капли лучше переносятся. Кожные тесты, которые мы ставили больным с хроническими аллергическими конъюнктивитами, подтвердили факт положительной аллергической пробы на глазные капли, содержащие консервант, и в то же время отрицательную пробу на лекролин без консерванта. Эти исследования требуют дополнительных наблюдений.

К группе противоаллергических средств, действующих по принципу торможения дегрануляции тучных клеток. относится и аломид (лодоксамид), имеющий некоторые отличия в механизме действия. Реже при хронических аллергических конъюнктивитах применяют антигистаминные глазные капли (сперсаллерг, аллергофтал), обладающие выраженным и быстрым, но кратковременным эффектом.

Хронический аллергический конъюнктивит

Со времени создания в нашей стране на базе МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца первого глазного аллергологического кабинета (руков. – проф. Ю.Ф. Майчук) накоплен огромный опыт по глазным аллергозам. Уже с первых лет мы обратили внимание на обширное число больных с хроническим аллергическим конъюнктивитом, выделенных сравнительно недавно в самостоятельную группу из числа клинических форм глазных аллергозов [3]. Обычно больные жалуются на жжение в глазах, ощущение присутствия инородного тела под веками, незначительное отделяемое, периодический зуд век. Характерная особенность – многочисленные настойчивые жалобы пациентов на неприятные ощущения не ассоциируются напрямую с клиническими проявлениями, что вызывает недоумение врачей и затрудняет диагностику. При осмотре обнаруживается легкая гиперемия конъюнктивы, иногда незначительное слизистое отделяемое, легкий отек век (рис. 1). Хронический аллергический конъюнктивит чаще регистрируется среди горожан (75%), чаще страдают женщины (60%), больные обращаются преимущественно в зимний период, когда большую часть времени проводят в доме, но обострения могут быть и весной (рис. 2). Нередко конъюнктивит сочетается с бронхиальной астмой, атопией, с аллергозами в семье.



**Рис. 1. Хронический аллергический конъюнктивит со скудной симптоматикой, повышенная чувствительность к домашней пыли**



**Рис. 2. Хронический аллергический поллинозный конъюнктивит с мелкососочковой гипертрофией конъюнктивы верхнего века**

**Основные причинные факторы, вызывающие хронический аллергический конъюнктивит:**

• лекарственные препараты (само лекарственное средство или содержащийся в нем консервант);

• пыльца растений;

• домашняя пыль;

• 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 диагностике наиболее важным является тщательно собранный аллергологический анамнез, который должен отражать: данные о наследственной аллергической отягощенности; особенности течения заболевания; всю совокупность воздействий, способных вызвать аллергическую реакцию; периодичность и сезонность; наличие аллергических реакций, помимо глазных. Важное диагностическое значение имеет естественно возникающая или специально проводимая элиминационная и экспозиционная проба. Первая заключается в “выключении” предполагаемого аллергена, вторая – в повторном воздействии им при стихании клинических проявлений. Такие наблюдения позволяют получить ценные данные для выявления лекарственных аллергозов, но представляют особую ценность и при пищевой аллергии. По нашим наблюдениям, тщательно собранный анамнез позволяет правильно предположить аллергизирующий агент более чем у 70% пациентов [2]. Кожные аллергологические пробы в офтальмологической практике являются наиболее доступными, малотравматичными и в то же время достаточно достоверными. Провокационные аллергические пробы: конъюнктивальная, назальная и подъязычная применяются только в исключительных случаях и требуют большой осторожности [2].

***Лекролин***. Глазные капли, содержащие в качестве лекарственного средства 2% раствор кромогликата натрия. Консервантом является бензалконий хлорид. Флакон 5 мл. В медицинской практике кромогликат натрия используется с 1968 года, но механизм его действия нельзя признать открытым полностью. Считается, что при местном применении кромогликат натрия угнетает IgE–зависимые аллергические реакции за счет предупреждения высвобождения гистамина и других медиаторов тучными клетками.

При хронических подострых аллергических конъюнктивитах, блефаритах, при весеннем катаре лекролин предотвращает дегрануляцию тучных клеток, стабилизируя мембрану, и таким образом предотвращает выход гистамина и других медиаторов аллергической реакции. Тем самым предупреждается развитие таких тягостных клинических проявлений аллергии, как раздражение глаз и отек. В соответствии с механизмом противоаллергического действия клинический эффект лекролина развивается постепенно, но его продолжительность дольше, чем при применении антигистаминных глазных капель. Первые клинические наблюдения, проведенные в аллергологическом центре Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, были опубликованы нами в 1994 г. [5] и охватывали применение лекролина у 50 больных с аллергическими конъюнктивитами и кератоконъюнктивитами. Хороший и отличный терапевтический эффект лекролина был отмечен в 92% при аллергических конъюнктивитах и в 70% при кератоконъюнктивитах. В последних случаях (рис. 3) предпочтительно комплексное лечение, сочетающее применение лекролина с кортикостероидами. Эффективность лекролина в лечении аллергических конъюнктивитов была подтверждена в России и другими исследователями [1, 6].



**Рис. 3. Хронический весенний катар с гипертрофией сосочков на конъюнктиве верхнего века**

***Лекролин без консерванта***. Выпускается в пластиковых емкостях, содержащих 0,3 мл 2% раствора кромогликата натрия. Используется для разового применения, инстилляция 2 раза в день. Наши клинические наблюдения (68 больных) показали его высокую терапевтическую эффективность, впрочем, как и других капель кромогликата, но главное – хорошую переносимость, лучшую, по мнению больных, ранее пользовавшихся глазными каплями с консервантом. Упаковка в виде тюбика–капельницы удобна в употреблении: проще всегда иметь при себе готовую дозу препарата. Отсутствие консерванта исключает побочное токсичное или аллергизирующее действие.

Лекролин без консерванта применяют в лечении различных аллергических заболеваний глаз. Он наиболее эффективен в лечении хронических аллергических конъюнктивитов, где, как правило, типичны стойкое раздражение конъюнктивы и отрицательная реакция при инстилляции любых глазных капель. Причинными факторами хронических аллергических конъюнктивитов у наблюдавшихся больных были пыльца растений, домашняя пыль, перхоть и шерсть животных, косметика, холодовая аллергия.

Другую группу составили больные, страдающие синдромом сухого глаза (рис. 4). При недостатке слезообразования любые лекарственные препараты часто вызывают хроническую аллергическую реакцию. Применение у таких больных препаратов искусственной слезы в сочетании с лекролином (2 раза в день) оказывает положительный терапевтический эффект почти во всех случаях.



**Рис. 4. Сухой кератоконъюнктивит с признаками нитчатого кератита и аллергической реакции**

При весеннем катаре глазные капли лекролин применяли 3–4 раза в день, а при выраженных папиллярных разрастаниях дополнительно назначали глазные капли дексаметазона 2 раза в день.

Лекролин без консерванта оказывает хороший терапевтический эффект в тех случаях, где аллергическая реакция конъюнктивы развивается при ношении контактных линз. Достаточна инстилляция 1–2 раза в день.

Лекролин оказался эффективным также в комплексном лечении хронических и подострых инфекционных конъюнктивитов и кератоконъюнктивитов. Уже давно было отмечено, что аллергическая реакция играет важную роль в клинической картине многих заболеваний глаз инфекционной природы: вирусных (аденовирусный конъюнктивит), бактериальных, хламидийных, грибковых, паразитарных. Это позволило нам обосновать включение в комплексную терапию инфекционных заболеваний глаз противоаллергических средств сначала внутрь (1981), а затем (1996) и местно – глазные капли кромогликата. При острых выраженных инфекционных конъюнктивитах предпочтение отдается антигистаминным каплям, а при хроническом подостром рецидивирующем – глазным каплям, тормозящим дегрануляцию тучных клеток. Следует учитывать и индивидуальную непереносимость препаратов. В любом случае из числа всех антиаллергических глазных капель лекролин в тюбик–капельницах имеет преимущество благодаря отсутствию в его составе консерванта. Лекролин с успехом используется при лечении маленьких детей.

***Лекролин в профилактике аллергических реакций***. Главная особенность лекролина, как и других лекарственных средств, оказывающих противоаллергический эффект путем ингибирования дегрануляции тучных клеток, – его способность предупреждать аллергическую реакцию. Если предполагается, что человек попадет в условия риска, где невозможно исключить контакт с факторами аллергии, к которым он чувствителен (например, пыльца растений), следует начинать закапывать лекролин по одной капле 1–2 раза в день не менее чем за 1–2 недели до контакта. Важно уменьшить, а если возможно, исключить контакты с такими причинными факторами риска аллергии, как домашняя пыль, загрязненность рабочего места, тараканы, домашние животные, сухой корм для рыб, средства бытовой химии, косметические средства. Необходимо помнить, что у больных, страдающих аллергией, глазные капли и мази (особенно антибиотики и противовирусные средства) могут вызвать не только аллергический конъюнктивит, но и общую реакцию в виде крапивницы и дерматита.

**Литература:**

1. Егоров А.Е. //Клиническая офтальмология. 2000. – № 2. – С. 57.

2. Майчук Ю.Ф. Аллергические заболевания глаз. М. – 1983. – 223 С.

3. Майчук Ю.Ф. //Русский медиц. журнал. – 1999. – № 1. – С. 20–22.

4. Майчук Ю.Ф. // Окулист. 2000. № 11/12. – С. 11.

5. Майчук Ю.Ф., Якушина Л.Н. //Новые лекарств. препараты. 1994. – № 11. – С. 3–5.

6. Полунин Г.С., Макаров И.А. // Вестник офтальмол. 1997. №. – С.

7. Рязанцев С.В. // Новости отолярингологии и лоропатологии. 1999. – № 2.– С. 112–114.

8. Хаитов Р.М., Игнатьева Г.А., Сидорович И.Г. Иммунология. М. – 2000. – 430 С.