



## ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ ПО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ГЛАЗА

УДК 617.713

### Особенности клинического течения и комплексной терапии весеннего катара (клинический случай)

Д.Ю. Майчук, А.О. Лошкарева, Н.В. Аперьян

ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Москва

#### РЕФЕРАТ

**Цель.** Оценить возможности медикаментозного ведения поражения конъюнктивы без механической деструкции фолликулов.

**Материал и методы.** Произведен анализ литературы, показан алгоритм современной диагностики и терапии весеннего катара.

**Результаты.** На фоне применения противоаллергического лечения, глюкокортикостероидов в низкой концентрации, 0,05% Циклоспорино А в сочетании с слезозаместительной терапией удалось получить регресс симптомов заболевания.

**Заключение.** На основании современных представлений об иммуномодулирующей местной терапии сделан выбор в пользу терапевтического ведения тяжелой патологии конъюнктивы.

**Ключевые слова:** весенний катар, конъюнктивит, аллергия, антигистаминные препараты, циклоспорин.

**Авторы не имеют финансовых или имущественных интересов в упомянутых материале и методах.**

Офтальмохирургия.– 2016.– № 4.– С. 79–82.

#### ABSTRACT

### Features of clinical course and combined therapy of vernal keratoconjunctivitis (A case report)

D.Y. Maychuk, A.O. Loshkareva, N.V. Aperia

The S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Institution, the Therapeutic Ophthalmology Department, Moscow

**Purpose.** To estimate a possibility of therapeutic management of conjunctiva lesion without mechanical destruction of follicles.

**Material and methods.** The article performs an analysis of literature showing an algorithm of the up-to-dated diagnosis and treatment of patient with vernal keratoconjunctivitis.

**Results.** Treatment with antiallergic drugs, glyco-corticosteroids in a low concentration, 0.05% Cyclosporine A in combination with the artificial tears therapy enabled to obtain a regression of symptoms.

**Conclusion.** On the basis of modern concepts of local immunomodulatory therapy the choice was made in favor of the therapeutic management of severe pathology of the conjunctiva.

**Key words:** vernal keratoconjunctivitis, conjunctiva, allergy, antihistamines, cyclosporine.

**No author has a financial or proprietary interest in any material or method mentioned.**

The Fyodorov Journal of Ophthalmic Surgery.– 2016.– No. 4.– P. 79–82.

Весенний катар (весенний кератоконъюнктивит; ВКК) – это хроническое двустороннее аллергическое воспаление глазной поверхности, поражающее прежде всего конъюнктиву и роговицу. В тяжелой форме ВКК может сопровождаться потерей зрения. Данное заболевание имеет выраженную весенне-летнюю сезонность обострений [2, 4, 8]. Весенний катар дебю-

тирует в школьном возрасте, преимущественно у мужчин в соотношении 4:1-3:1. Пациенты же в возрасте старше 20 лет в равной степени подвержены ВКК независимо от половой принадлежности [5].

Заболеваемость круглогодичным весенним катаром преобладает в регионах с жарким климатом. Для холодных широт более характерен рецидивирующий тип ВКК со вспыш-

ками в весенне-летний период. Так, в Западной Европе распространенность весеннего кератоконъюнктивита составляет 3,2 случая на 10000 населения. При этом в Италии было зарегистрировано 27,8 случаев на 10000 населения, а в Норвегии – 1,9 на 10000 [3].

В клинической картине весеннего катара преобладают зуд, слезотечение, раздражение, краснота, иногда свето-

боязнь. У большинства пациентов выражены только глазные симптомы, но в некоторых случаях им сопутствуют ринит и бронхиальная астма [6].

Различают три основные формы ВКК: тарзальную, лимбальную или парабульбарную и смешанную. На осмотре можно выявить гиперемии бульбарной и тарзальной конъюнктивы, а также слизистое, вязкое или даже гнойное отделяемое. На внутренней поверхности верхнего века можно обнаружить конъюнктивальные сосочки различного размера (от десятых миллиметра до нескольких миллиметров), местами напоминающие «бульжную мостовую». Поверхность сосочков может быть как гладкой, так и с язвенным дефектом. Лимб покрыт желеобразной инфильтративной эозинофильной субстанцией. Степень тяжести ВКК определяется на основании размера сосочков и конъюнктивальной гиперемии [2, 4].

В постановке диагноза большое значение имеет раннее начало заболевания, в среднем в период от 4 до 10 лет, а также хроническое, рецидивирующее течение, часто с выраженной сезонностью проявлений. В большинстве случаев (до 90%) ВКК сочетается с другими аллергическими патологиями. В отличие от семейного анамнеза атопического кератоконъюнктивита у больных ВКК наследственный аллергологический анамнез не отягощен в 85% случаев [1]. При цитологическом исследовании соскоба конъюнктивы или слезной жидкости обнаруживаются лейкоциты и эозинофильная инфильтрация [2, 6].

Лечение весеннего катара начинается с ограничения контакта пациента как с аллергеном, так и с провоцирующими факторами, использования солнечных очков и очков для плавания, исключения глазных капель растительного происхождения [6].

Медикаментозное лечение ВКК включает в себя такие группы препаратов, как стабилизаторы тучных клеток, антигистамины, кортикостероиды и циклоспорин. Антигистамины (левокабастин, эмедастин)

являются препаратами короткого действия и не могут быть препаратом монотерапии ВКК. Стабилизаторы тучных клеток (кромоглициевая кислота, недокромил, пемироласт) имеют отдаленный, но продолжительный эффект, используются в комбинации с препаратами других групп. Кортикостероиды (дексаметазон, бетаметазон, десонид, римексолон, лотепреднол), составляющие основу современной терапии тяжелых форм ВКК, хоть и обладают выраженным противовоспалительным действием, но их побочные эффекты не допускают их долговременного использования и требуют врачебного контроля [4, 6, 8].

Также в лечении ВКК используют комбинированные препараты, такие как Олопатадин. Помимо антигистаминового действия, он является стабилизатором мембран тучных клеток. В экспериментальном исследовании было показано, что Олопатадин ингибирует высвобождение гистамина, триптазы и провоспалительного цитокина TNF2 из тучных клеток конъюнктивы. Сложный механизм торможения дегрануляции тучных клеток Олопатадином не до конца изучен, но считается, что препарат ограничивает миграцию таких клеток, как эозинофилы, к месту аллергической реакции [4, 12]. Данный препарат также хорошо проявляет себя в лечении ВКК при комбинировании его с ГКС [7].

Альтернативой применению ГКС при тяжелом течении ВКК являются препараты циклоспоринов. Их применение у детей в длительной терапии не вызывает значимых побочных эффектов, а улучшение наступает через 2 недели и держится до 3 мес. с постепенным уменьшением клинических проявлений заболевания [10, 11]. Циклоспорин эффективен в монотерапии, но при необходимости хорошо комбинируется как со стабилизаторами мембран тучных клеток, так и с ГКС [7].

## ЦЕЛЬ

Оценить возможности медикаментозного ведения поражения конъюнктивы без механической деформации фолликулов при весеннем катаре у ребенка.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Пациент М., 7 лет, направлен в клинику ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» с диагнозом: ОУ – конъюнктивит.

Анамнез: эмметроп, травм и операций глаз не было. Со слов родителей пациента – поллиноз с 4 лет, начало заболевания – май 2015 г. С системными воспалительными заболеваниями состояние глаз не связывает. По месту жительства неоднократно проведены курсы антибактериальной, противовоспалительной и противоаллергической терапии. Отмечает положительную динамику, возникающую при применении инстилляций Офтальмоферона, Дексаметазона, однако жалобы не купировались полностью и усиливались после окончания курса инстилляций препарата.

Во время первичного приема предъявлял жалобы на дискомфорт, зуд, боль ОУ. На момент первичного осмотра лечение не получал.

Визометрия: Vis OD=1,0,  
Vis OS=1,0

Пневмотонометрия:

OD=14 мм рт.ст., OS=15 мм рт.ст.

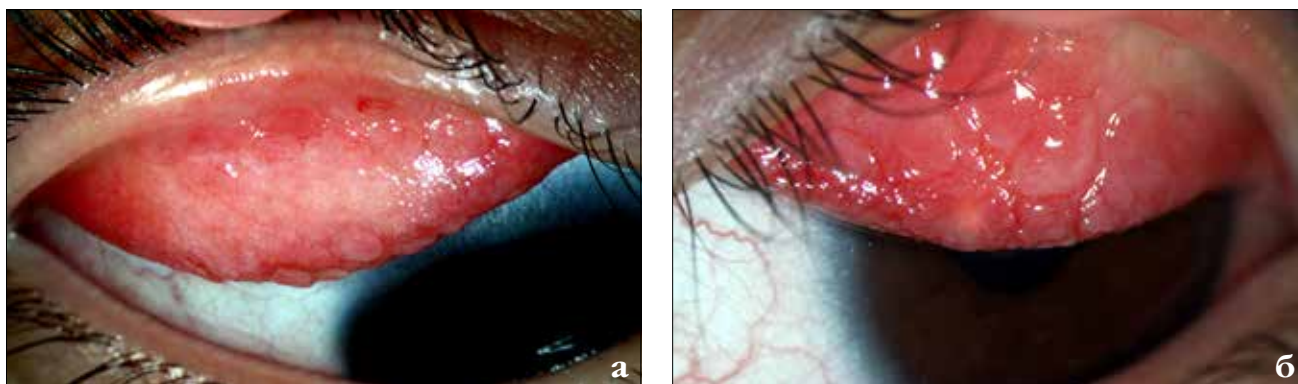
Объективно: ОУ – слабая конъюнктивальная инъекция, конъюнктивальная нижнего века и переходной складки спокойна, на конъюнктиве верхнего века выраженная фолликулярная реакция по типу «бульжной мостовой», фолликулы гладкие, без изъязвлений, на OS более выраженная реакция, чем OD (рис. 1а, б). На левом глазу в верхней трети роговицы определялись незначительные признаки эпителиопатии.

Дополнительные методы исследования: по результатам микробиологического исследования материала конъюнктивы не было определено роста патогенных микроорганизмов ОУ. По результатам иммуноферментного анализа крови на антитела к возбудителям в крови пациента не было выявлено антител к Herpes Simplex 1, 2, Цитомегаловирусу, Toxoplasma gondii и Chlamidia trachomatis.

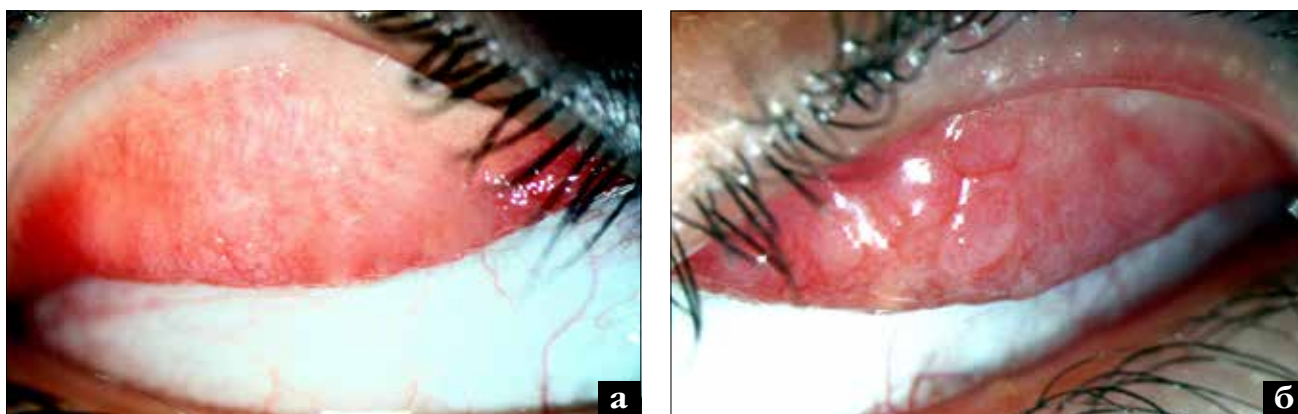
Совокупность анамнеза, клинической картины и данных дополнительных методов исследования позволили поставить диагноз: ОУ – весенний катар, и назначить противоаллергич-

## Для корреспонденции:

Майчук Дмитрий Юрьевич, докт. мед. наук,  
зав. отделом терапевтической офтальмологии  
E-mail: maychuk@mail.ru



**Рис. 1.** Пациент М., биомикроскопия, состояние конъюнктивы верхнего века на момент первичного приема, визуализируется фолликулярная реакция по типу «булыжной мостовой»: а) правый глаз, б) левый глаз



**Рис. 2.** Пациент М., биомикроскопия, состояние через 2 мес. терапии, снижение фолликулярной реакции конъюнктивы верхнего века: а) правый глаз, б) левый глаз

ческую, противовоспалительную, противоотечную терапию: 1 – Олопатадин 0,2% 1 раз в день на 1,5 мес.

Учитывая наличие в составе Олопатадина повидона, дополнительная слезозаместительная и репаративная терапия не назначалась.

Вследствие детского возраста пациента, а также наличия у Дексаметазона побочного эффекта в виде повышения внутриглазного давления, было принято решение о целесообразности применения разведения препарата в более низкой концентрации последовательно по убывающей схеме: 2 – Дексаметазон 0,02% – по убывающей схеме: 1-я неделя – 4 раза в день, 2-я неделя – 3 раза в день, 3-я неделя – 2 раза в день, 4-я неделя – 1 раз в день, затем Дексаметазон 0,01% по убывающей схеме: 1-я неделя – 4 раза в день, 2-я неделя – 3 раза в день.

Учитывая большой размер фолликулов и высокий риск травми-

зации фолликулами эпителия роговицы, что в большом проценте случаев приводит к хроническим эрозиям, а иногда к формированию щитовидной язвы, встал вопрос о выборе метода терапии, направленной на уменьшение размеров фолликулов.

Наиболее частыми способами лечения является хирургия. К хирургическому лечению ВКК прибегают при стойком тяжелом течении заболевания, а также при неэффективности медикаментозной терапии. Выраженное разрастание сосочков является показанием для хирургического вмешательства с инстилляциями препаратов Циклоспорина в послеоперационном периоде. Однако иссечение и криодеструкция сосочков могут вызвать обострение воспалительного процесса и спровоцировать рубцевание [8].

Учитывая возможности антипролиферативного эффекта Циклоспо-

рина, было принято решение о медикаментозной тактике ведения. Пациенту был назначен Циклоспорин А 0,05% – 2 раза в день.

На фоне применения назначенной терапии через 1,5 мес. отмечалась положительная динамика с уменьшением фолликулярной реакции конъюнктивы верхнего века ОУ (рис. 2а, б).

Пациент продолжил инстилляцию Дексаметазона 0,01% 1-я неделя – 2 раза в день, 2-я неделя – 1 раз в день, Олопатадина 0,2% – 1 раз в день на 2 мес., Циклоспорина А 0,05% – 2 раза в день, в качестве дополнительной терапии была назначена слезозаместительная терапия – повидон в монодозах (Офтолик БК) – 3 раза в день.

На основании положительной динамики на этапе 3 мес. от начала лечения было принято решение не проводить механическую деструкцию фолликулов и продолжить ин-

стилляции Циклоспорина 0,05% 2 раза в день и повидона в монодозах (Офтолик БК) 3 раза в день до 1 года.

Внутриглазное давление оставалось в пределах нормы на протяжении всего срока наблюдения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время выделяют 3 основные формы заболевания: 1 – конъюнктивальную (пальпебральную, тарзальную) форму; 2 – лимбальную (бульбарную) форму; 3 – смешанную форму.

Конъюнктивальная форма заболевания, представленная в настоящем клиническом случае, при классическом течении не представляет трудностей в диагностике. Она характеризуется наличием фолликулов различных размеров на конъюнктиве верхнего века по типу «бульжной мостовой», при этом нет вовлечения в процесс конъюнктивы других отделов.

Однако, в случае наличия стертой формы заболевания, необходимо проводить дифференциальную диагностику с другими формами фолликулярных конъюнктивитов – хламидийного, вирусного генеза.

Подробный сбор анамнеза, сведений о цикличности и этапности развития заболевания, в сочетании с дополнительными методами исследования, среди которых значительную роль играет иммуноферментный анализ крови на иммуноглобулины М, G к Herpes Simplex 1, 2, Цитомегаловирусу, Toxoplasma gondii и Chlamidia trachomatis, являются важными для правильной постановки диагноза.

В терапии весеннего катара целесообразно назначение комбини-

рованного противоаллергического препарата. Олопатадин 0,2% обладает комбинацией антигистаминного и мембраностабилизирующего действия. Благодаря наличию в составе антигистаминного компонента достигается купирование острой реакции, при этом происходит накопленное эффекта препарата вследствие наличия мембраностабилизирующего компонента. Концентрация в 0,2% позволяет проводить инстилляции 1 раз в день. Наличие в составе Олопатадина 0,2% повидона обеспечивает дополнительную защиту поверхности глаза и увеличивает продолжительность контакта раствора препарата с глазной поверхностью.

Применение глюкокортикостероидов в составе комплексной терапии позволяет снизить воспалительную реакцию за счет угнетения действия фермента Фосфолипазы А2.

Циклоспорин А 0,05% обладает способностью подавления продукции Интерлейкина 2 Т-лимфоцитами, подавляя их активацию, таким образом так же снижая воспалительную реакцию, обладая при этом накопительным эффектом.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение длительного курса Циклоспорина А 0,05% позволило отказаться от механической деструкции крупных фолликулов конъюнктивы верхнего века и купировало сезонное обострение весеннего катара.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лорткипанидзе М.Н. Особенности клиники и современная терапия атопиче-

ского кератоконъюнктивита: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 119 с.

2. Майчук Ю.Ф. Аллергические болезни глазной поверхности // Синдром «красного глаза»: Практ. рук. для врачей-офтальмологов / Под. ред. Д.Ю. Майчука. – М., 2010. – 108 с.

3. Bremond-Gignac D., Donadieu J., Leonardi A. et al. Prevalence of VKC: a rare disease? // Br. J. Ophthalmol. – 2008. – Vol. 92, № 8. – P. 1097-1102.

4. Çoban-Carataş M., Özkale Y., Altan-Yaycıoğlu R. et al. Efficacy of topical 0.05% cyclosporine treatment in children with severe vernal keratoconjunctivitis // Turk. J. Pediatr. – 2014. – Vol. 56. – P. 410-417.

5. Cook E.B., Stabl J.L., Barney N.P. et al. Olopatadine inhibits anti-immunoglobulin E-stimulated conjunctival mast cell upregulation of ICAM-1 expression on conjunctival epithelial cells // Ann. Allergy Asthma Immunol. – 2001. – Vol. 87. – P. 424-429.

6. Freeman N., MBChB FC Ophth. Vernal Keratoconjunctivitis // Curr. Allergy Clin. Immunol. – 2006. – Vol. 19, № 2. – P. 43-52.

7. Leonardi A., Busca F., Motterle L. et al. Case series of 406 vernal keratoconjunctivitis patients: a demographic and epidemiological study // Acta Ophthalmol. Scand. – 2006. – Vol. 84. – P. 406-410.

8. Leonardi A. Management of vernal keratoconjunctivitis // Ophthalmol. Ther. – 2013. – Vol. 2, № 2. – P. 73-88.

9. Jina M., Amar L. Combination of azelastine and mometasone for nasal administration. United States Patent 8937057.

10. Kumar G.S., Kumar A., Verma A. et al. Treatment of VKC comparison between topical Cyclosporine 0.05% and Fluorometholone 0.1% in terms of efficacy and safety // Ind. J. Clin. Exp. Ophthalmol. – 2015. – Vol. 1, № 1. – P. 22-28.

11. Pucci N., Novembre E., Cianferoni A. et al. Efficacy and safety of CSA eyedrops in vernal keratoconjunctivitis // Ann. Allergy Asthma Immunol. – 2002. – Vol. 89, № 3. – P. 298-303.

12. Yanni J.M., Gamache D.A., Spellman J.M. et al. Comparative effects of topical ocular anti-allergy drugs on human conjunctival mast cells // Ann. Allergy Asthma Immunol. – 1997. – Vol. 79. – P. 541-545.

Поступила 14.10.2016.



Препарат для стимулирования  
продукции естественных слез

Офтальмологи знают, как лучше всего «сделать» слезы

Местнодействующий иммуномодулятор,  
направленный на повышение секреции  
естественной слезной жидкости у пациентов  
с синдромом «сухого глаза»

Получить дополнительную информацию, сообщить о нежелательной реакции при применении, а также направить претензию к качеству продукции можно по адресу: ООО «Аллерган СНГ С.А.РЛ» Российская Федерация, 115191, г. Москва, Холодильный переулок, д. 3, корп. 1, стр. 4.  
по телефону: 8-800-250-98-25 (звонок по России бесплатный); по факсу: 8-800-250-98-26  
по электронной почте: MW-MedInfo@Allergan.com

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению

Рестасис® - ЛП-000583, Аллерган Инк., США  
ООО «Аллерган СНГ САРЛ»: 109004, г. Москва, ул. Станиславского, дом 21, строение 2,  
тел.: +7 (495) 974 03 53, факс: +7 (495) 974-0354.  
[www.allergan.ru/www.allergan.com](http://www.allergan.ru/www.allergan.com)

RU/0604/2014

