

DOI: 10.32364/2311-7729-2025-25-1-8

Лечение пациента с аллергическим конъюнктивитом: опыт офтальмолога амбулаторного звена

Г.А. Азаматова¹, Г.Р. Алтынбаева²¹ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Российская Федерация²ГБУЗ РБ ГКБ № 5 г. Уфа, Уфа, Российская Федерация

РЕЗЮМЕ

Аллергические конъюнктивиты (АК) относятся к числу распространенных заболеваний органа зрения. Выделяют несколько групп лекарственных средств, применяемых при АК: антигистаминные, мембраностабилизирующие, сосудосуживающие, кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные, репаративные, кератопротективные, слезозаместительные, иммуностропные, антисептические препараты и др. Выбор оптимального препарата для быстрого и эффективного купирования проявлений аллергической реакции конъюнктивы является одной из актуальных задач в офтальмологической практике.

В статье представлен опыт применения антигистаминного препарата двойного механизма действия эпинастина 0,05% в лечении пациентов с АК сезонного течения. Под наблюдением находилось 30 человек (24 женщины, 6 мужчин) в возрасте от 19 до 56 лет, которые обратились к офтальмологу с различными проявлениями сезонного АК, в схему лечения которого включали данный препарат. Кроме того, подробно описаны клинические наблюдения, демонстрирующие разнообразие АК в практике офтальмолога амбулаторного звена. Назначение эпинастина 0,05% таким пациентам подтвердило эффективность препарата в купировании субъективных и объективных признаков сезонного АК. Пациенты отмечали хорошую переносимость, отсутствие неприятных ощущений и дискомфорта, в том числе на фоне изменений глазной поверхности в виде синдрома «сухого глаза».

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: аллергический конъюнктивит, сезонный конъюнктивит, поллинозный конъюнктивит, лечение конъюнктивита, эпинастин.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Азаматова Г.А., Алтынбаева Г.Р. Лечение пациента с аллергическим конъюнктивитом: опыт офтальмолога амбулаторного звена. *Клиническая офтальмология.* 2025;25(1):54–59. DOI: 10.32364/2311-7729-2025-25-1-8

Treatment of patients with allergic conjunctivitis: experience of an outpatient ophthalmologist

G.A. Azamatova¹, G.R. Altynbaeva²¹Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation²City Clinical Hospital No. 5 of the city of Ufa, Ufa, Russian Federation

ABSTRACT

Allergic conjunctivitis (AC) is one of the common eye diseases. To treat it, several groups of medications such as antihistamines, membrane stabilizers, vasoconstrictors, corticosteroids, non-steroidal anti-inflammatory drugs, reparative agents, keratoprotective products, tear supplements, immunotropic and antiseptic drugs, etc. are used. In ophthalmological practice, one of the vital issues is to choose the best possible drug for rapid and efficient relief of allergic conjunctivitis.

The paper reports a therapeutic approach involving epinastine 0.05%, an antihistamine with a dual mechanism of action, to treat seasonal AC. The observation included 30 subjects (24 females, 6 males) aged 19 – 56 years who consulted an ophthalmologist with various manifestations of seasonal AC, and the drug was added to the therapy regimen. Besides, the paper details clinical cases demonstrating diversity of allergic conjunctivitis in the practice of an outpatient ophthalmologist. The clinical efficacy of epinastine 0.05% was proven to relieve signs and symptoms of seasonal allergic conjunctivitis in the subjects. They reported good tolerability, as well as absence of unpleasant sensations and discomfort including those associated with ocular surface alterations (i.e., "dry eye" syndrome).

KEYWORDS: allergic conjunctivitis, seasonal conjunctivitis, pollinosis conjunctivitis, conjunctivitis treatment, epinastine.

FOR CITATION: Azamatova G.A., Altynbaeva G.R. Treatment of patients with allergic conjunctivitis: experience of an outpatient ophthalmologist. *Russian Journal of Clinical Ophthalmology.* 2025;25(1):54–59 (in Russ.). DOI: 10.32364/2311-7729-2025-25-1-8

ВВЕДЕНИЕ

Аллергические заболевания глаз являются важной клинической проблемой практикующего офтальмолога, особенно в условиях роста распространенности данной патологии в течение последних лет [1–5]. Устойчивый рост аллергических реакций ученые объясняют изменениями окружающей среды и образа жизни людей: сменой мирового климата, загрязнением окружающей среды, пассив-

ным курением и др. [5–7]. Аллергические реакции органа зрения чаще проявляются в виде воспаления конъюнктивы. Из всех клинических форм аллергического конъюнктивита (АК) наиболее часто встречается поллинозный конъюнктивит (сезонный АК (САК), пыльцевая аллергия, сенная лихорадка) [1, 8]. Для поллинозного конъюнктивита характерна четкая сезонность рецидивирующих клинических проявлений. В условиях климата средней полосы России

выделяют следующие периоды всплеска аллергических реакций, которые связаны с сезоном цветения трав, злаковых и деревьев: *весенний* (апрель — май) — береза, ольха, дуб, орешник и др.; *летний* или «злаковый» (июнь — июль) — тимopheевка, мятлик, пырей, овсяница, ежа, лисохвост и др.; *летне-осенний* (август — октябрь) — сложноцветные и маревые, полынь, лебеда, амброзия [1, 9–11]. Данный вид АК характеризуется острым началом: зудом и чувством жжения в обоих глазах, слезотечением, гиперемией и выраженным хемозом конъюнктивы обоих глаз, образованием фолликулов или сосочков на конъюнктиве, вовлечением роговицы со снижением остроты зрения в редких случаях [1]. Лечение поллинозного конъюнктивита включает в себя элиминацию аллергена, применение адекватного медикаментозного лечения и аллергенспецифическую иммунотерапию [11]. Основную терапию обеспечивают две группы лекарственных средств — блокирующие гистаминовые рецепторы и тормозящие дегрануляцию тучных клеток. Антагонисты H1-рецепторов, конкурентно их блокируя, обеспечивают противоаллергическое действие уже в течение нескольких минут. Средства, тормозящие дегрануляцию тучных клеток, препятствуют выходу гистамина и других медиаторов воспаления из тучных клеток за счет стабилизации мембраны клеток; их терапевтический эффект развивается медленнее, но длится дольше, чем при применении блокаторов гистаминовых рецепторов. Они обладают в основном профилактической направленностью действия [1, 8, 12]. Наиболее эффективным с точки зрения патогенетического воздействия является новое поколение антигистаминных средств двойного механизма действия, одновременно блокирующих гистаминовые рецепторы и стабилизирующих мембраны тучных клеток. С 2022 г. в арсенале российских врачей-офтальмологов появился новый противоаллергический препарат двойного действия — эпинастин 0,05% (Эпинепта®) [13]. Отличительной особенностью эпинастина является высокое сродство к H1-гистаминовым рецепторам. Так, в экспериментальном исследовании K. Grubaker et al. [14] при инкубации эпинастина, олопатадина, азеластина и кетотифена с гистамином в культурах клеток только эпинастин дозозависимо ингибировал гистаминный ответ, в то время как другие антигистаминные препараты блокировали ответ только частично. Экспериментальные исследования свидетельствуют о том, что эпинастин 0,05% практически не связывается с M3-мускариновыми рецепторами, тогда как другие антигистаминные препараты двойного действия — олопатадин и азеластин — блокируют этот вид рецепторов с минимальной 50% ингибирующей концентрацией (IC50), равной 14,39 и 13,9 нМ соответственно. Отсутствие у эпинастина антихолинэргической активности обеспечивает минимальное влияние препарата на продукцию слезной жидкости и снижает риск развития синдрома «сухого глаза» (ССГ) [15–17]. Начало действия эпинастина 0,05% регистрируется в течение 3 мин, продолжительность терапевтического эффекта — не менее 8 ч после однократного закапывания [18, 19]. Несомненный плюс препарата — его режим дозирования (по 1 капле 2 р/сут), способствующий повышению уровня compliance пациентов.

Учитывая вышеописанное, мы предположили, что эпинастин 0,05% является оптимальным выбором для купирования аллергической реакции при САК. Под нашим наблюдением находилось 30 человек (24 женщины, 6 мужчин) в возрасте от 19 до 56 лет, которые обратились к офталь-

мологу в рамках амбулаторного приема с симптомами АК. Методы исследования включали стандартное офтальмологическое обследование. У всех пациентов в ходе осмотра был выявлен САК. Пациентам был назначен эпинастин 0,05% (Эпинепта®) по 1 капле 2 р/сут. Лекарственное средство назначали либо в качестве монотерапии, либо в составе комплексной терапии, включающей системные (антигистаминные) и местные (противовоспалительные, слезозаместительные, репаративные) препараты. Оценка состояния конъюнктивы век и глазного яблока в процессе лечения показала, что к 5–7-му дню применения эпинастина 0,05% у всех пациентов наблюдалось значительное улучшение клинической картины: у большинства (87%) пациентов полностью исчезал зуд глаз, уменьшались дискомфорт в глазах, слезотечение, покраснение и отек конъюнктивы. Пациенты отмечали отсутствие зуда в глазах уже через 3 мин после использования глазных капель. Кратность повторных осмотров зависела от динамики воспалительного процесса органа зрения. Курс лечения завершали после разрешения симптомов и нормализации состояния глазной поверхности. У всех пациентов переносимость терапии была удовлетворительной, системных и местных побочных эффектов от применения данных глазных капель отмечено не было. Оценка объективной клинической картины и субъективного восприятия пациентов показала терапевтическую эффективность эпинастина 0,05% в лечении проявлений глазной аллергии.

В качестве иллюстрации приводим несколько клинических наблюдений.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 1

Представленное наблюдение ярко демонстрирует так называемую «классическую» картину САК, которую мы фиксировали у большинства наблюдаемых нами пациентов.

Пациентка Б., 1998 г. р., обратилась на консультацию к офтальмологу 19.06.2024 с жалобами на зуд и ощущение инородного тела в обоих глазах, покраснение глаз, слезотечение. В ходе сбора анамнеза выявлено, что данные жалобы беспокоят с 16.06.2024. Пациентка отмечает, что подобное состояние глаз повторяется в весенне-летний период ежегодно, начиная с 2018 г. Имеется выявленная и лабораторно подтвержденная аллергия на пыльцу березы, полыни, ольхи, дуба, одуванчика, лебеды, злаковых, конопли и др. В 2024 г. в начале мая было обострение, пациентка применяла олопатадин 0,1%, но выраженного облегчения не заметила, в связи с чем при очередном обострении решила обратиться к офтальмологу.

Офтальмологический статус: острота зрения OD 0,9–1,0, OS 0,9–1,0. Внутриглазное давление (ВГД): OD 12 мм рт. ст., OS 13 мм рт. ст. (пневмотонометрия). Объективная картина при биомикроскопии OU: веки отечны, слегка гиперемированы, края век гиперемированы (возможно, связано с частым трением глаз пациенткой); конъюнктив гиперемирована, выраженный отек конъюнктивы, фолликулярная реакция конъюнктивы нижнего свода; роговица прозрачная, поверхность ее не окрашивается флуоресцеином; глубжележащие структуры глазного яблока без особенностей (рис. 1А).

В результате анализа жалоб, данных анамнеза и клинической картины пациентке был выставлен диагноз: OU Поллинозный конъюнктивит. Назначена следующая терапия: эпинастин 0,05% (Эпинепта®) по 1 капле 2 р/сут.

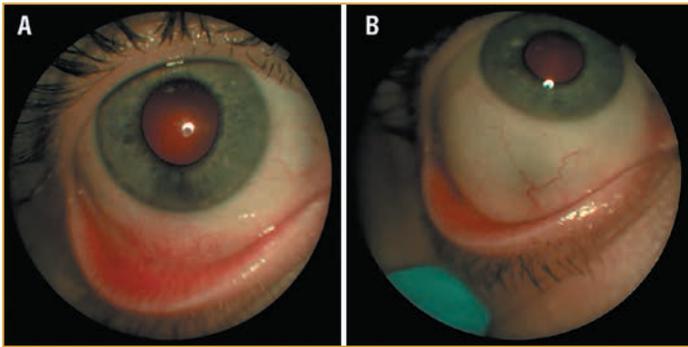


Рис. 1. Состояние переднего отрезка правого глаза пациентки Б.: А — до лечения: конъюнктивита гиперемирована, выраженный хемоз; В — на фоне лечения: улучшение состояния конъюнктивы

Fig. 1. Patient B., anterior segment of the right eye: A — before the treatment (hyperemic conjunctiva, severe chemosis); B — during the treatment (improved condition of the conjunctiva)

На повторном приеме через 5 дней пациентка отметила облегчение состояния глаз: зуд и ощущение инородного тела в глазах, покраснение глаз значительно уменьшились, слезотечение прекратилось. При биомикроскопической оценке состояния век и глазной поверхности зарегистрирована нормализация состояния век; конъюнктивита век и глазного яблока слегка гиперемирована, легкий отек конъюнктивы; роговица и глубже лежащие структуры глазного яблока без особенностей (рис. 1В).

Было рекомендовано продолжить назначенную терапию, так как лечение конъюнктивита необходимо проводить до исчезновения клинических симптомов. С целью профилактики формирования вторичного ССГ при АК пациентке был назначен препарат искусственной слезы жидкостного типа, не содержащий консервант, так как средства данного типа способствуют вымыванию аллергена с глазной поверхности, не создавая вязкую пленку, а благодаря отсутствию консерванта не вызывают дополнительного повреждения клеток глазной поверхности. Слезозаместительную терапию целесообразно назначать на 5–7-й день терапии антигистаминными препаратами с положительной динамикой; более раннее назначение препаратов искусственной слезы не рекомендовано в связи с риском возникновения дополнительной аллергической реакции [20]. На следующем повторном приеме (через 7 дней) у пациентки отсутствовали жалобы со стороны органа зрения. Биомикроскопия переднего отрезка глаз: веки не изменены, конъюнктивита век и глазного яблока спокойна; роговица прозрачная. Учитывая отсутствие жалоб и состояние глазной поверхности при осмотре, препарат эпинастина 0,05% пациентке отменили и рекомендовали продолжить применение препаратов искусственной слезы 2–3 р/сут в течение 1 мес. В ходе беседы с пациенткой о методах профилактики даны рекомендации максимально возможно ограничить контакт с аллергенами. Безусловно, полностью исключить контакт с пыльцевыми аллергенами — задача сложновыполнимая. Однако в период цветения растений и деревьев необходимо: по возможности применять воздухоочистители и пылесосы, ограничить выходы из дома (особенно в утренние часы, на которые приходится максимальная концентрация пыльцы в воздухе) и выезды в загородную зону, закрывать окна на ночь [9]. В профилактических целях, согласно рекомендациям ве-

дущих клиницистов, рекомендовано применение местных антигистаминных препаратов перед началом сезона цветения [1].

Клиническое наблюдение 2

Пациентка М., 44 года, жительница г. Уфы, обратилась на амбулаторный прием к офтальмологу в мае 2024 г. с жалобами на боли, зуд и жжение в обоих глазах, покраснение глаз, ощущение инородного тела в глазах. Из анамнеза известно, что данные жалобы возникли около 2 дней назад, лечение не проводилось. До этого пациентка неоднократно обращалась с жалобами на слезотечение в холодное время года, покраснение глаз, отделяемое в виде белесоватых тянущихся нитей, преимущественно по утрам. У пациентки установленный диагноз ССГ легкой степени, в связи с чем она вынуждена регулярно использовать увлажняющие капли, содержащие гиалуроновую кислоту.

Офтальмологический статус на момент осмотра: острота зрения OD 1,0, OS 1,0. ВГД: OD 20 мм рт. ст., OS 19 мм рт. ст. (пневмотонометрия). Тест Ширмера: OD 18 мм, OS 21 мм (данные показатели обусловлены гиперсекрецией слезы на фоне АК). Проба Норна: OD 7 с, OS 6 с. Объективно: OU — веки правильной формы и окраски, конъюнктивита гиперемирована, на всем протяжении конъюнктивы гиперплазия сосочкового слоя, особенно в конъюнктиве сводов; роговица прозрачная (рис. 2А). Глазное дно без особенностей. Со слов пациентки, к дерматологам и аллергологам не обращалась. Однако зуд и жжение в глазах отмечает периодически в весенний период; у детей установлены диагнозы «аллергический ринит» и «аллергический дерматит».

Пациентке был поставлен диагноз: OU Сезонный аллергический конъюнктивит. Синдром «сухого глаза» легкой степени. Пресбиопия. Учитывая наличие у пациентки ССГ, было важно подобрать противоаллергический препарат, который не усугубил бы состояние глазной поверхности. Известно, что молекула эпинастина не влияет на слезопродукцию из-за отсутствия сродства к мускариновым рецепторам [14, 16, 17]. С учетом вышеизложенного данной пациентке было назначено консервативное лечение в виде

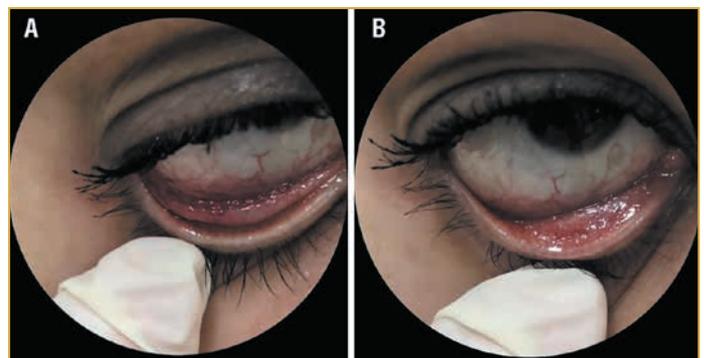


Рис. 2. Состояние переднего отрезка правого глаза пациентки М.: А — до лечения: конъюнктивита гиперемирована, выраженный хемоз, гиперплазия сосочкового слоя конъюнктивы; В — на фоне лечения: улучшение состояния конъюнктивы

Fig. 2. Patient M., anterior segment of the right eye: A — before the treatment (hyperemic conjunctiva, severe chemosis, hyperplasia of the papillary layer of the conjunctiva), B — during the treatment (improved condition of the conjunctiva)

противоаллергических капель, содержащих эпинастин 0,05% (Эпинепта®) 2 р/сут и увлажняющих капель. Рекомендована консультация аллерголога.

На повторном приеме через 5 дней пациентка отметила облегчение состояния глаз: боли, зуд и ощущение инородного тела в обоих глазах прошли, сохраняется покраснение глаз. При биомикроскопической оценке состояния глазной поверхности: конъюнктив вех и глазного яблока слегка гиперемирована, легкий отек конъюнктивы, роговица прозрачная (рис. 2В). Тест Ширмера: OD 12 мм, OS 13 мм, стабильность слезной пленки возросла до 9 с на правом глазу и до 8 с — на левом.

На следующем повторном приеме (через 7 дней) у пациентки отсутствовали жалобы на состояние глаз. Биомикроскопия переднего отрезка глаз: веки не изменены, конъюнктив вех и глазного яблока слегка гиперемирована, что характерно для ССГ; роговица прозрачная. Рекомендовано продолжить регулярное закапывание в конъюнктивальную полость препаратов искусственной слезы.

Данное клиническое наблюдение подтвердило эффективность и безопасность применения эпинастина 0,05% в лечении АК у пациентов с фоновыми изменениями поверхности глаза в виде ССГ.

Клиническое наблюдение 3

Пациентка Е., 1973 г. р., обратилась на консультацию к офтальмологу 09.10.2024 с жалобами на зуд и покраснение правого глаза, «припухлость» век правого глаза.

Офтальмологический статус пациентки: острота зрения: OD 0,4 с sph. -1,5=1,0; OS 0,6 с sph. -1,25=1,0. ВГД: OD 16 мм рт. ст., OS 16 мм рт. ст. (пневмотонометрия). Объективная картина при биомикроскопии OD: веки слегка отечны, слегка гиперемированы, конъюнктив гиперемирована, отек конъюнктивы; роговица прозрачная, поверхность не окрашивается флуоресцеином (рис. 3А); OS: веки не изменены, конъюнктив вех и глазного яблока спокойная; роговица прозрачная; OU: передняя камера средней глубины, зрачок круглый, хрусталик прозрачный; глазное дно: диски зрительных нервов (ДЗН) бледно-розовые с сероватым оттенком в центре, границы четкие; артерии слегка сужены, вены расширены, сетчатка прилежит.

В ходе сбора анамнеза выявлено, что данные жалобы беспокоят 2 нед., более ощутимый дискомфорт и покраснение правого глаза наблюдаются в утренние часы. Пациентка закапывала препарат с содержанием интерферона человеческого рекомбинантного по рекомендации знакомого офтальмолога. На фоне закапываемых капель наблюдалось незначительное улучшение состояния глаз; после прекращения лечения интерфероном прежние ощущения в правом глазу возвращались. Учитывая длительность воспаления, отсутствие эффекта от лечения, время года, не характерное для вирусных конъюнктивитов, мы исключили вирусную этиологию конъюнктивита у данной пациентки и продолжили сбор анамнеза. Выявили, что пациентка страдает поллинозным риноконъюнктивитом как реакцией на пыльцу березы, ольхи, дуба; также имеется аллергическая реакция в виде кожной сыпи на куриный белок. Обострения поллинозного риноконъюнктивита беспокоят с 2016 г., последнее обострение было в начале мая 2024 г., для купирования обострения пациентка закапывала эпинастин 0,05% с положительным клиническим эффектом. Однако, учитывая односторонний процесс

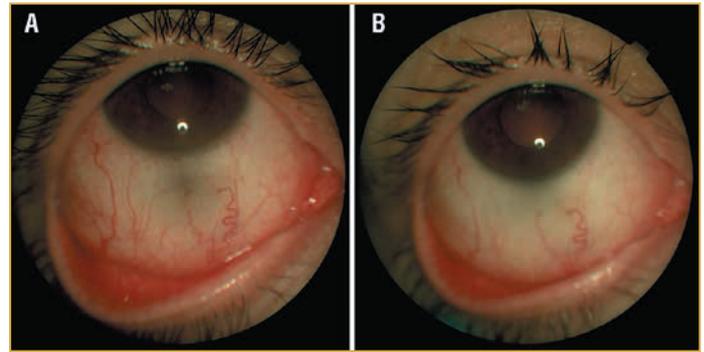


Рис. 3. Состояние переднего отрезка правого глаза пациентки Е. А — до лечения: гиперемия, отек конъюнктивы; В — на фоне лечения: улучшение состояния конъюнктивы

Fig. 3. Patient E., anterior segment of the right eye: A — before the treatment (hyperemic conjunctiva, conjunctival edema), B — during the treatment (improved condition of the conjunctiva)

и месяц, не характерный для цветения вышеуказанных деревьев, мы продолжили поиск причин и выяснили, что пациентка около 1 мес. назад с целью борьбы с бессонницей начала спать на подушке, в составе которой следующие компоненты: кедровая стружка, лаванда, мята перечная, пустырник, чабрец, листья малины, листья смородины. Также в ходе беседы выявлено, что пациентка практически всю ночь спит на правом боку.

В результате сопоставления жалоб, данных анамнеза и клинической картины пациентке был выставлен диагноз: OD Контактный аллергический конъюнктивит. OU Поллинозный конъюнктивит, вне обострения. Миопия слабой степени. Ангиопатия сетчатки (вертеброгенная). Были даны рекомендации по замене подушки на синтетическую. Назначена следующая терапия: закапывание в конъюнктивальную полость правого глаза эпинастина 0,05% (Эпинепта®) по 1 капле 2 р/сут.

На повторном приеме через 7 дней пациентка отметила значительное улучшение состояния правого глаза: «припухлость» век, зуд и покраснение правого глаза разрешились. При осмотре состояния век и конъюнктивы правого глаза зарегистрирована нормализация структур глазной поверхности (рис. 3В). Учитывая отсутствие жалоб, картину глазной поверхности правого глаза при осмотре и элиминацию аллергена, препарат Эпинепта® пациентке отменили. Проведена беседа с пациенткой о создании гипоаллергенной среды и минимизации контакта с возможными аллергенами (учитывая аллергологический анамнез).

Клиническое наблюдение 4

Пациентка М., 51 год, обратилась на прием в ГКБ № 5 г. Уфы в октябре 2024 г. с жалобами на выраженный зуд в обоих глазах, покраснение и шелушение кожи век из-за частого их трения. Из анамнеза известно, что пациентка в течение 12 мес. использует гипотензивные препараты для лечения глаукомы с консервантом (аналог простагландина и фиксированный препарат, содержащий β-блокатор + ингибитор карбоангидразы), на которые отмечает аллергическую реакцию со стороны глаз. Пациентка неоднократно обращалась к офтальмологам, ей были назначены разные противоаллергические капли (кромогликат натрия, олопатадин), мази, содержащие гидрокортизон, однако такая терапия к успеху не привела. При попытке отмены ги-

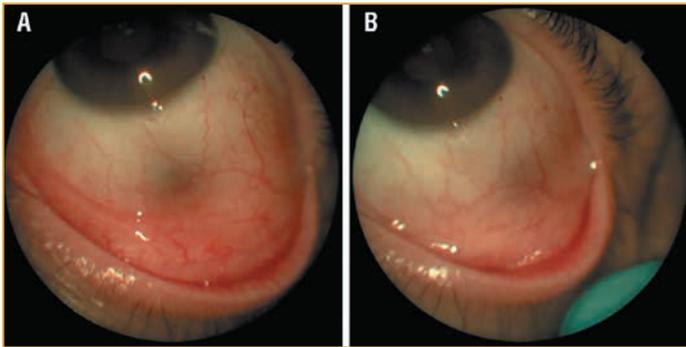


Рис. 4. Состояние переднего отрезка левого глаза пациентки М.: А — до лечения: конъюнктивита гиперемирована, выраженный хемоз; В — на фоне лечения: улучшение состояния конъюнктивы

Fig. 4. Patient M., anterior segment of the left eye: A — before the treatment (hyperemic conjunctiva, severe chemosis), B — during the treatment (improved condition of the conjunctiva)

потензивной терапии для снижения аллергической реакции у пациентки наблюдалось повышение ВГД до 33 мм рт. ст., для купирования которого назначался системный ингибитор карбоангидразы. Однако прекращение приема препарата возобновляло глазную гипертензию. Также из анамнеза известно, что у пациентки установленный диагноз поллинозного конъюнктивита на пыльцу березы, тополя (подтвержден положительными кожными пробами). Офтальмологический статус на момент осмотра: острота зрения OD 0,4–0,5 с коррекцией +1,25=0,7; OS 0,3 с коррекцией +1,75=0,8. ВГД: OD 20 мм рт. ст., OS 21 мм рт. ст. Пахиметрия: OD 525 мк, OS 516 мк. Объективно: OU веки отечные, со складками, края век местами гиперемированные и с шелушением кожи, конъюнктивита гиперемирована, выраженный хемоз, роговица прозрачная, радужка — частичная атрофия пигментной каймы (рис. 4А). Хрусталики — факосклероз. Картина глазного дна: ДЗН бледно-розовый, экскавация расширена, сосуды среднего калибра, сетчатка прилежит. Пациентке был установлен диагноз: аллергический (лекарственный) конъюнктивит. Сезонный аллергический конъюнктивит. Реактивный отек век. Гиперметропия слабой степени. Первичная открытоугольная глаукома 2А. С учетом реакции на препарат и необходимости достижения целевого ВГД принято решение о замене терапии на фиксированный бесконсервантный гипотензивный препарат (аналог простагландина + β -адреноблокатор) и назначении противоаллергического препарата эпинастина 0,05% 2 р/сут для купирования аллергической реакции.

На осмотре через 5 дней пациентка отметила снижение зуда, отека и гиперемии век. ВГД OD 16 мм рт. ст., OS 19 мм рт. ст. При биомикроскопии: OU конъюнктивита — легкая гиперемия сохраняется, единичные фолликулы на своде конъюнктивы и пальпебральной поверхности, роговица прозрачная, радужка — частичная атрофия пигментной каймы (рис. 4В). Хрусталики — факосклероз. ДЗН бледно-розовый, экскавация расширена, сосуды среднего калибра, сетчатка прилежит. Пациентке предложено продолжить назначенную терапию.

На следующем осмотре через 7 дней у пациентки отсутствовали жалобы на состояние глаз. ВГД: OD 15 мм рт. ст., OS 17 мм рт. ст. При биомикроскопии наблюдалась нормализация состояния век и конъюнктивы.

Таким образом, переход на бесконсервантные формы антиглаукоматозных глазных капель исключил воздействие аллергена, а применение эпинастина 0,05% нивелировало воспалительную реакцию и позволило продолжить необходимую гипотензивную терапию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наш собственный опыт применения эпинастина 0,05% (Эпинепта®) в лечении САК показал, что данный препарат обладает выраженным противоаллергическим действием и высокой терапевтической эффективностью. Применение исследуемого лекарственного средства позволило добиться быстрого и стойкого уменьшения слезотечения, зуда, дискомфорта в глазах, покраснения глаз, а также нормализации клинического состояния конъюнктивы у всех наблюдаемых нами пациентов. Представленные клинические наблюдения продемонстрировали, что данный препарат двойного механизма действия высокоэффективен при купировании как субъективных симптомов, так и объективных признаков АК. Также стоит отметить хорошую переносимость препарата пациентами и отсутствие неприятных ощущений и дискомфорта при его использовании, в том числе у пациентов с ксеротическими изменениями глазной поверхности.

Важным моментом для практикующего офтальмолога является то, что эпинастин 0,05% включен в клинические рекомендации по лечению конъюнктивитов¹ в качестве базисной терапии АК у взрослых и детей старше 12 лет. В данном нормативном документе прописаны доза и длительность приема: по 1 капле 2 р/сут, курс лечения — до исчезновения клинических симптомов конъюнктивита, не более 8 нед. ▲

Литература / References

- Бржеский В.В. Аллергический конъюнктивит: путеводитель для офтальмолога амбулаторного звена. *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2018;1(II):74–79. Brzhesky V.V. Allergic conjunctivitis: a guide for the outpatient ophthalmologist. *RMJ. Medical Review*. 2018;1(II):74–79 (in Russ.).
- Нероев В.В., Вахова Е.С. Аллергические конъюнктивиты. В кн.: Офтальмология: Национальное руководство. Под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой и др. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. Neroyev V.V., Vahova E.S. Allergic conjunctivitis. In: *Ophthalmology: National Guidelines*. Avetisov S.E., Egorov E.A., Moshetova L.K. et al. 2nd ed., revised and enlarged. M.: GEOTAR-Media; 2018 (in Russ.).
- Dupuis P., Prokopich C., Hynes A. et al. A contemporary look at allergic conjunctivitis. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2020;16:5. DOI: 10.1186/s13223-020-0403-9
- Leonardi A., Castegnarò A., Valerio A.L. et al. Epidemiology of allergic conjunctivitis: clinical appearance and treatment patterns in a population-based study. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2015;15(5):482–488. DOI: 10.1097/ACI.0000000000000204
- Miyazaki D., Fukagawa K., Okamoto S. et al. Epidemiological aspects of allergic conjunctivitis. *Allergol Int*. 2020;69(4):487–495. DOI: 10.1016/j.alit.2020.06.004
- Аллергический ринит и аллергический конъюнктивит у детей: от теории к практике. *Эффективная фармакология*. 2024;20(17):34–40. Allergic Rhinitis and Allergic Conjunctivitis in Children: from Theory to Practice. *Effective Pharmacotherapy*. 2024;20(17):34–40 (in Russ.).
- Miyazaki D., Fukagawa K., Fukushima A. et al. Air pollution significantly associated with severe ocular allergic inflammatory diseases. *Sci Rep*. 2019;9:18205. DOI: 10.1038/s41598-019-54841-4
- Егоров А.Е., Захарова М.А. Лечение пациента с аллергическим конъюнктивитом: рекомендации офтальмологу амбулаторного звена. *РМЖ. Клиническая офтальмология*. 2017;2:111–114. Egorov A.E., Zakharova M.A. Treatment of a patient with allergic conjunctivitis: recommendations to the outpatient ophthalmologist. *RMJ. Clinical ophthalmology*. 2017;2:111–114 (in Russ.).
- Княжеская Н.П., Фабрика М.П. Сезонные проявления аллергии: некоторые подходы к лечению сезонного аллергического ринита и сезонного аллергического конъюнктивита. *Фарматека*. 2012;5(238):20–25.

¹ Клинические рекомендации. Конъюнктивиты. 2024. (Электронный ресурс.) URL: <https://diseases.medelement.com/disease/конъюнктивиты-кр-рф-2024/18183> (дата обращения: 26.01.2025).

- Knyazheskaya N.P., Fabrika M.P. Seasonal Manifestations Of Allergy: Some Approaches To The Treatment Of Seasonal Allergic Rhinitis And Seasonal Allergic Conjunctivitis. *Farmateka*. 2012;5(238):20–25 (in Russ.).
10. Нероев В.В., Вахова Е.С. Заболевания конъюнктивы. Национальное руководство по офтальмологии. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017.
- Neroev V.V., Vakhova E.S. Diseases of the conjunctiva. National Guide for Ophthalmology. M.: GEOTAR-Media; 2017 (in Russ.).
11. Ковалевская М.А., Майчук Д.Ю., Бржеский В.В. Синдром «красного глаза»: Практическое руководство для врачей-офтальмологов. М.; 2010.
- Kovalevskaya M.A., Maychuk D.Yu., Brzhesky V.V. "Red eye" syndrome. A practical guide for ophthalmologists. M.; 2010 (in Russ.).
12. Яни Е.В., Позднякова В.В., Селиверстова К.Е. Новые возможности терапии лекарственных офтальмоаллергозов. *Российский офтальмологический журнал*. 2017;10(3):108–112.
- Jani E.V., Pozdnyakova V.V., Seliverstova K.E. New opportunities of the therapy of medicinal ophthalmic allergies. *Russian Ophthalmological Journal*. 2017;10(3):108–112 (in Russ.). DOI: 10.21516/2072-0076-2017-10-3-108-112
13. Яни Е.В. Применение нового противоаллергического препарата Эпинепта® в терапии сезонного аллергического конъюнктивита. Клинические случаи. *Российский офтальмологический журнал*. 2023;16(4):141–146. DOI: 10.21516/2072-0076-2023-16-4-141-146
- Yani E.V. Using a new antiallergic drug Epinepta® in the treatment of seasonal allergic conjunctivitis. Clinical cases. *Russian ophthalmological journal*. 2023;16(4):141–146 (in Russ.). DOI: 10.21516/2072-0076-2023-16-4-141-146
14. Brubaker K., Yerxa B.R. In vitro Analysis of the Antagonism of the Histamine H1 Receptor by Epinastine: A Kinetic Comparison With Other Marketed Compounds. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2006;47(13):4975.
15. Pradhan S., Abhishek K., Mah F. Epinastine: Topical ophthalmic second generation antihistamine without significant systemic side effects. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2009;5(9):1135–1140. DOI: 10.1517/17425250903117284
16. Bielory L., Lien K.W., Bigelsen S. Efficacy and tolerability of newer antihistamines in the treatment of allergic conjunctivitis. *Drugs*. 2005;65(2):215–228. DOI: 10.2165/00003495-200565020-00004
17. Wolf S.C., Brubaker K., Navrátil T. Evaluation of muscarinic receptors antagonism by antihistamines. *Allergy*. 2007;62:138.
18. Abelson M.B., Gomes P., Crampton H.J. et al. Efficacy and tolerability of ophthalmic epinastine assessed using the conjunctival antigen challenge model in patients with a history of allergic conjunctivitis. *Clin Ther*. 2004;26(1):35–47. DOI: 10.1016/s0149-2918(04)90004-5
19. Майчук Д.Ю., Чилингарян Л.Б., Пронкин И.А. и др. Слезозаместительная терапия при аллергических состояниях глаз. *Офтальмология*. 2012;9(2):72–76. DOI: 10.18008/1816-5095-2012-2-72-76
- Maychuk D.Yu., Chilingaryan L.B., Pronkin I.A. et al. Use of artificial tears in cases of allergic conjunctivitis. *Ophthalmology in Russia*. 2012;9(2):72–76 (in Russ.). DOI: 10.18008/1816-5095-2012-2-72-76
20. Villareal A.L., Farley W., Pflugfelder S.C. Effect of topical ophthalmic epinastine and olopatadine on tear volume in mice. *Eye Contact Lens*. 2006;32(6):272–276. DOI: 10.1097/01.icl.0000224360.10319.b1

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Азаматова Гульнара Азаматовна — к.м.н., доцент, доцент кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России; 450008, Россия, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3; ORCID iD 0000-0001-8158-8333

Алтынбаева Гульназ Рифовна — к.м.н., врач-офтальмолог 3-го поликлинического отделения ГБУЗ РБ ГКБ № 5 г. Уфа; 450005, Россия, г. Уфа, ул. Пархоменко, д. 93; ORCID iD 0000-0002-0870-4630

Контактная информация: Азаматова Гульнара Азаматовна, e-mail: azamatova_g@mail.ru

Прозрачность финансовой деятельности: никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Конфликт интересов отсутствует.

Статья поступила 16.12.2024.

Поступила после рецензирования 12.01.2025.

Принята в печать 30.01.2025.

ABOUT THE AUTHORS:

Gulnara A. Azamatova — C. Sc. (Med.), Assistant Professor, Assistant Professor of the Department of Ophthalmology, Bashkir State Medical University; 3, Lenin str., Ufa, 450008, Russian Federation; ORCID iD 0000-0001-8158-8333

Gulnaz R. Altynbaeva — C. Sc. (Med.), Ophthalmologist, Outpatient Department no. 3, City Clinical Hospital No. 5 of the city of Ufa; 93, Parkhomenko str., Ufa, 450005, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-0870-4630

Contact information: Gulnara A. Azamatova, e-mail: azamatova_g@mail.ru

Financial Disclosure: the authors have no a financial or property interest in any material or method mentioned.

There is no conflict of interest.

Received 16.12.2024.

Revised 12.01.2025.

Accepted 30.01.2025.