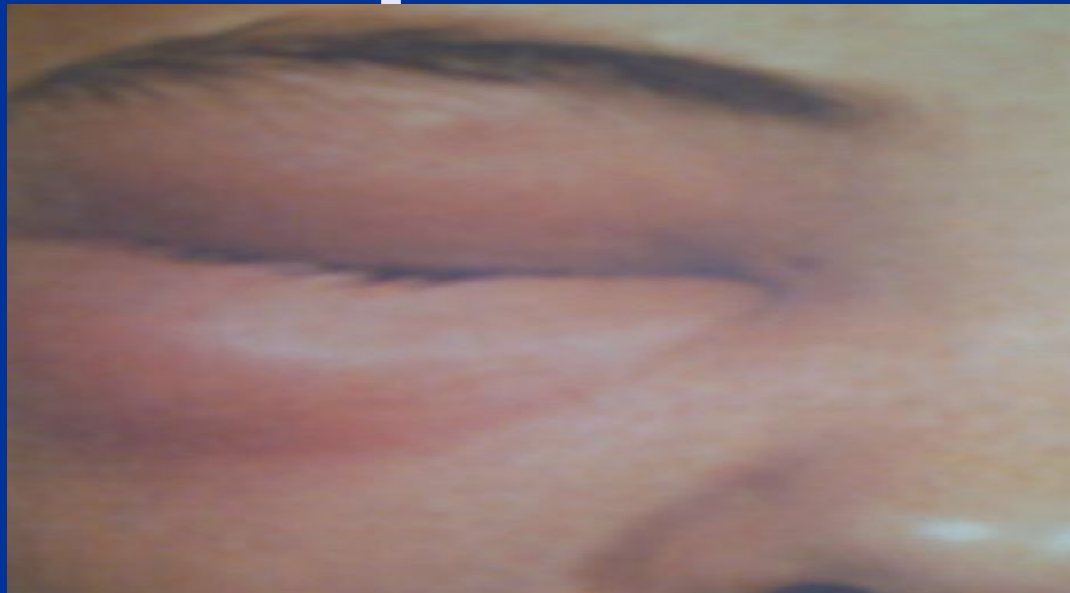


Государственный медицинский университет г.Семей

# Аллергические заболевания органа зрения



Составитель: доцент дисциплины офтальмологии,  
к.м.н., доцент Гиря Л.Г.

В настоящее время аллергические заболевания встречаются всё чаще. Они развиваются у лиц с повышенной чувствительностью к различным веществам (аллергенам), как экзогенным, так и эндогенным. В частности, распространённый в стоматологической практике пародонтоз, являющийся следствием сосудистой и нервно – трофической патологии на фоне болезней обмена, авитаминозов и эндокринных расстройств, **остеомие – лит челюстей, стоматогенный сепсис** и т.д. нередко вызывают на фоне их лечения осложнения со стороны глаз, проявляющиеся в виде аллер-

гических заболеваний различных отделов органа зрения.

## АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК:

отёк Квинке – по мнению большинства физиологов и аллергологов, является ангиневротическим отёком, связанным с конституциональными особенностями больного и наследственной предрасположенностью к болезни. Клиника развивается неожиданно – утром после сна в области век обнаруживается *выраженная безболезненная «водянистая» припухлость*, *бледность кожи*, иногда больной не может открыть глаза и пугается этого состояния; отмечается *отёк и сглажен-*

*ность кожных складок, углублений* на верхнем веке. *Длится* часами, днями. *Исчезает* также *неожиданно*, как и появился, при полном здоро-  
вье. Возможны *рецидивы* без определённой за-  
кономерности. Лечение: основной причины и устранение отёков – регуляцией вегетативной и центральной нервной системы (по рекомендаци-  
ям невропатолога), целесообразно *внутривенное*  
введение *новокаина*, приём *дибазола*; внутрь и  
парентерально назначение десенсибилизирующих  
препаратов (димедрола, супрастина, тавегила, кла-  
ртина и др.), ангиопротекторов (глюконата каль-  
ция, аскорбиновой кислоты, дицинона, этамзилата

натрия); кортикостероидов. Из пищевого рациона должны быть исключены вещества-аллергены (шоколад, яйца и др.).

Токсидермии век по генезу могут вызываться медикаментами, применяемыми местно, внутрь или парентерально. При местном применении медикаментозных средств развиваются т.н. лекарственные дерматиты век — возникающие чаще при длительном использовании таких глазных капель, как *антибиотики, атропин, дионин, витаминные, эзерин, йод* и другие. Воздействие различных косметических средств вызывает эту патологию, а также химических веществ

на токсических производствах (брома, сульфаниламидов, фенолфталеина, ртути, хинина, мшьяка и др.) и общие заболевания.

Клиника: *отёк век, гиперемия, зуд, мелкие пузырьки на коже*, которые *лопаются* с выделением серозной жидкости. Воспалительная реакция может *распространяться* на кожу щеки, виска, лба. Нередки и *общие явления* (лихорадка, бессонница, рвота и т.д.). Диагностика патологии обычно не вызывает трудностей (по анамнезу, клинике). В практике дерматологами широко применяются кожные диагностические пробы для определения повышенной реактивности на

на тот или иной раздражитель. Они могут быть успешно использованы также и при аллергических заболеваниях кожи век. Лечение: немедленное *прекращение применения* медикаментов или других веществ, вызывающих аллергию, *устранение контакта* с производственными вредностями, использование *защитных очков* и *резиновых перчаток*; назначение внутри или парентерально десенсибилизирующих препаратов, а местно – кортикостероидов в *каплях* (дексаметазона 0,1%, максидекса, эмульсии гидрокортизона) или *мазей* (гидрокортизоновой 0,5%, пренацида), десенсибилизирующих средств в *кап.*

(димедрола 0,2-0,5% 3-4 раза в день, хлористого кальция 3%, динафа, эмадина, сперсаллерга, аллергодила); неспецифических противовоспалительных средств (наклофа, дикло-Ф); сосудосуживающих препаратов в *кап.* (октилии, акулара 0,025%, нафкона А 0,05% и др.). В тяжёлых случаях – назначаются *кортикостероиды - в/в, внутрь* по схеме; *мочегонные*.

Очень близка по генезу и клинически к токсидермии крапивница – аллергическая реакция организма на такие экзогенные и эндогенные факторы, как укусы насекомых, тепло, свет, пищевые



вещества, интоксикации и др. Поражая кожу век, сопровождается значительным *отёком* их и появлением сильно *зудящих волдырей*, которые *бесследно исчезают* через несколько часов, но могут *вновь появляться*. Иногда становится *хронической* с ежедневными приступами в течение нескольких недель.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ КОНЪЮНКТИВИТЫ – вос – паление слизистой оболочки век и глазного яблока. Все они, независимо от этиологического фактора, имеют общие *клинические* признаки.

К субъективным симптомам относятся жа — лобы на чувство засоренности, «песка» в глазах, жжение или зуд, слезотечение, покраснение глаз, слизистое отделяемое на ресницах. Объективно наблюдается гиперемия конъюнктивы век и переходных складок (сводов), а на склере — поверхностная или конъюнктивальная инъекция. Помня о нормальных свойствах конъюнктивы, стоматолог может в практике поставить правильный этиологический диагноз, а значит, и назначить адекватное этиотропное лечение, выработать верную тактику. Патогномоничными для аллергиче-

СКИХ КОНЪЮНКТИВИТОВ *симптомами* являются: сезонность обострения (чаще весной и осенью) и изменение *поверхности конъюнктивы* вследствие разрастания **сосочков** в виде разнокалиберных папиллом из-за чего она может приобретать вид «булыжной мостовой». Принципом неотложной терапии таких конъюнктивитов является: назначение местного этиотропного лечения в виде *капель и мазей* (например, в каплях димедрол 1% или хлористый кальций 3% до 6-8 раз в день и мазь гидрокортизоновая 0,5% до 3 р. В день), показаны и общие десенсибилизирующие средства.

■ К аллергическим КЕРАТИТам (воспаление ро-

говой оболочки) относится токсико-аллергический туберкулёзный кератит. *Клинически* он характеризуется, как и любой другой этиологии кератит, *жалобами* на роговичный синдром (светобоязнь, блефароспазм, слезотечение), чувство инородного тела в глазу, в одном месте, острые колющие боли под веком - это субъективные признаки заболевания. Характерно, что при данном кератите они наиболее *резко выражены* (больной прячет глаза, лицо от света). К объективным симптомам роговичного синдрома относится глубокая (перикорнеальная) инъекция или смешанная инъекция склеры. К объективным клиническим признакам кератитов относятся, кро -

ме роговичного синдрома, наличие помутнения на роговице - инфильтрата (тусклого т.е. не блестящего и с шероховатой поверхностью). Инфильтрат (*фликтена*) имеет характерные особенности – небольшое, округлое помутнение, к которому тянется пучёк сосудов («хвост кометы»); локализуется вначале у лимба (один крупный очаг – солитарный или несколько мелких - миллиарных), но затем перемещается на противоположную сторону роговицы (блуждающая фликтена), втягивая за собой сосуды и обуславливая *васкуляризацию* роговицы. Это ведет к формированию помутнения в виде диагональной ленты. Инфильтрат часто изъязвляется. *Развивается* заболевание на фоне

первичного туберкулеза легких, лимфоузлов и др., вызывается не микобактерией, а *аллергенами продуктов её обмена*. Принципы неотложной терапии включают: 1) этиологическое комплексное /т.е. общее и местное/ лечение. Например, в глаз – в виде *капель* стрептомицин, салюзид, их же и *под конъюнктиву, в/м*; в каплях хлористый кальций 3%, гидрокортизоновую мазь 0,5%; лечение фтизиатра; 2) патогенетическое, симптоматическое лечение: а) физиотерапию; б) неспецифическую противовоспалительную терапию; в) десенсибилизирующие; г) при изъязвлениях – регенерирующие средства.

# Крапивница (после укуса насекомого)



# Токсидермия (лекарственный блефароконъюнктивит)



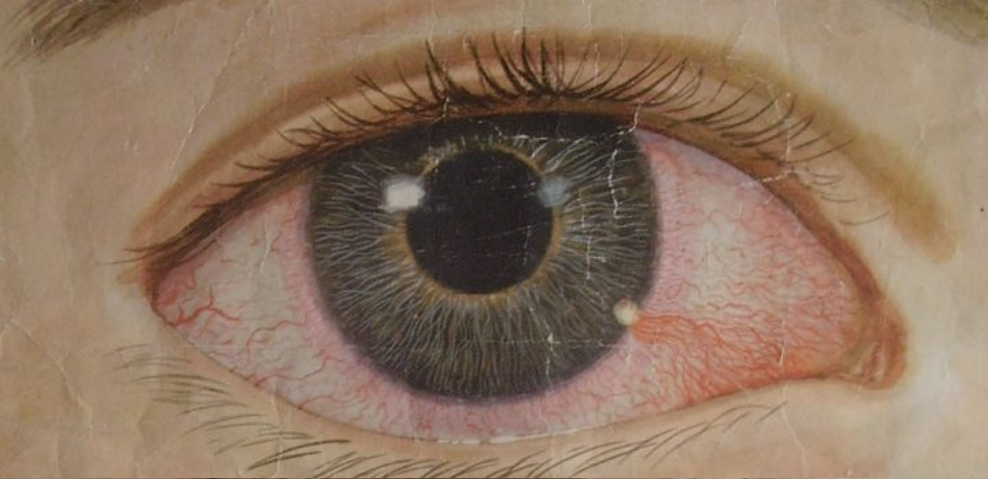




# Аллергические конъюнктивиты



# Отёк Квинке (ангионевротический)



**Токсико-аллергический  
туберкулёзный кератит**

**солитарная фликтена**



**милиарные фликтены**



**блуждающая фликтена**

**БЛАГОДАРЮ**

**ЗА**

**ВНИМАНИЕ !**

## Контрольные вопросы:

1. Назовите характерные клинические симптомы аллергической патологии век.
2. Назовите характерные клинические симптомы аллергического конъюнктивита
3. Назовите характерные клинические признаки токсико-аллергического кератита, его этиологию.