



<https://doi.org/10.21516/2072-0076-2023-16-4-141-146>

Применение нового противоаллергического препарата Эпинепта® в терапии сезонного аллергического конъюнктивита. Клинические случаи

Е.В. Яни

ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, ул. Садовая-Черногрозская, д. 14/19,
Москва, 105062, Россия

Цель работы — изучение результатов применения нового противоаллергического препарата Эпинепта® в терапии сезонного аллергического конъюнктивита на материале клинических случаев. **Материал и методы.** Пациенты (37 человек: 22 мужчин и 15 женщин) с аллергическим конъюнктивитом находились под наблюдением в период весеннего обострения: с середины марта по конец июня. Четко фиксировались показатели динамики субъективных жалоб, длительности лечения, клинической эффективности, легкости отмены препарата при нормализации состояния глазной поверхности. **Результаты.** Выделены четыре группы пациентов в зависимости от характера течения заболевания, клинических проявлений и ответа на терапию эпинастином. В качестве иллюстрации представлен разбор наиболее яркого клинического случая в каждой группе. **Заключение.** Использование в данных клинических случаях инстилляций эпинастина позволило добиться быстрого и стойкого уменьшения зуда, дискомфорта в глазах, а также нормализации клинического состояния конъюнктивы.

Ключевые слова: сезонный аллергический конъюнктивит; эпинастин; эпинепта

Конфликт интересов: отсутствует.

Прозрачность финансовой деятельности: автор не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Для цитирования: Яни Е.В. Применение нового противоаллергического препарата Эпинепта® в терапии сезонного аллергического конъюнктивита. Клинические случаи. Российский офтальмологический журнал. 2023; 16(4): 141-6.
<https://doi.org/10.21516/2072-0076-2023-16-4-141-146>

Using a new antiallergic drug Epinepta® in the treatment of seasonal allergic conjunctivitis. Clinical cases

Elena V. Yani

Helmholtz National Medical Research Center of Eye Diseases, 14/19, Sadovaya-Chernogryazskaya St.,
Moscow, 105062, Russia
e_yani@mail.ru

Purpose: to evaluate the effect of a new antiallergic drug epinastine in the treatment of seasonal conjunctivitis as manifested in clinical cases. **Materials and methods.** 37 people (22 men and 15 women) were observed during spring exacerbation of the allergic conjunctivitis, from mid-March to the end of June. Indicators of the dynamics of subjective complaints, duration of treatment, clinical effectiveness, were thoroughly recorded; we also assessed how easy it was to stop using the treatment when the condition of the ocular surface returned to normal.

Results. We identified four groups of patients depending on the course of the disease, clinical manifestations, and response to epinastine therapy. For each group, we analyze a most informative clinical case. **Conclusions.** In all of the cases, epinastine instillations brought about a quick and stable reduction of itching and eye discomfort, as well as normalization of the clinical condition of the conjunctiva.

Keywords: seasonal allergic conjunctivitis; epinastine; Epinepta

Conflict of interests: there is no conflict of interests.

Financial disclosure: the author has no financial or property interest in any material or method mentioned.

For citation: Yani E.V. Using a new antiallergic drug Epinepta® in the treatment of seasonal allergic conjunctivitis. Clinical cases. Russian ophthalmological journal. 2023; 16 (4):141-6 (In Russ.). <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2023-16-4-141-146>

Аллергические заболевания глаз остаются одной из наиболее часто возникающих причин развития блефаритов, конъюнктивитов и кератитов. В большинстве случаев в офтальмологической практике врачи сталкиваются с сезонным или круглогодичным аллергическим конъюнктивитом, на долю которых приходится не менее 95 % всех аллергических заболеваний глаз. Причем сезонным аллергическим конъюнктивитом (САК) страдают 90 %, а круглогодичным аллергическим конъюнктивитом — 5 % больных [1]. САК чаще подвержены дети школьного или препубертатного возраста, преимущественно мужского пола. Причинами САК могут быть различные виды пыльцы, разнообразие и превалирование которой зависит от региона и времени года.

САК (как одно из проявлений поллиноза, крайне редко — единственное) представляет собой аллергическую реакцию организма, относящуюся к ответу немедленного типа, характерной особенностью которого является четкая, повторяющаяся в определенные времена года сезонность. Это заболевание имеет три максимальных всплеска активности: первый — весенний — протекает с апреля до конца мая и связан с пылением деревьев. Второй — летний (июнь-июль) — вызывается пылью луговых злаковых трав, третий — летне-осенний (июль-сентябрь) — связан с цветением сорных трав, а в Краснодарском и Ставропольском краях обусловлен цветением амброзии [1, 2].

САК имеет сложную этиологию, которая включает в себя как гиперреактивность по отношению к аллергенам, так и к разным другим раздражителям окружающей среды, например солнечному свету, ветру и пыли. Микробиом глазной поверхности также вовлечен в процесс развития САК, что подтверждается наличием в соскобах с конъюнктивы эозинофильной инфильтрации и тучных клеток, а также воспалительных цитокинов.

При патогенном воздействии на конъюнктиву развивается острая воспалительная реакция, характеризующаяся отеком (хемозом), чаще локализующимся в переходной складке и области бульбарной конъюнктивы. Под воздействием медиаторов воспаления происходит дилатация конъюнктивальных сосудов с развитием инъекции различной степени выраженности [3].

Клиническая картина САК отличается характерными особенностями и часто сочетается с системными проявлениями, такими как бронхоспазм (першение в горле, приступы удушья), кожные проявления (экзема, крапивница) и головная боль. Следует обратить внимание на выраженность клинических проявлений и увеличение жалоб пациентов в утренние и дневные часы, обусловленные наиболее высокой концентрацией пыльцы в воздухе. Отделяемое из глаз может представлять собой слезотечение, пенистое, серозное и слизисто-нитчатое отделяемое. Регистрируется отек и гиперемия век, а также мацерация кожи век. Клиническая картина со стороны конъюнктивы проявляется отеком (легкой степени,

средней степени, хемозом), симптомами «апельсиновой корки», инъекцией сосудов конъюнктивы различной степени выраженности, а также фолликулярной реакцией конъюнктивы нижнего свода с формированием разнокалиберных, хаотично расположенных фолликулов. Характерным признаком, более присущим весеннему кератоконъюнктивиту, является формирование сосочковой гипертрофии по типу «булыжной мостовой» или крупнопиллярной реакции [2]. Со стороны лимба отмечается васкуляризация, появление узелков Горнера — Трантаса — поверхностных точечных паралимбальных инфильтратов, а при весеннем кератоконъюнктивите — развитие щитовидной язвы роговицы.

Общие принципы терапии САК включают в себя использование базисных противоаллергических препаратов, глюкокортикоидов (ГК), а также применение средств дополнительной терапии, таких как нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), комбинированные противовоспалительные препараты, репаративные и кератопротекторные средства, слезозаместительные, иммуномодулирующие и антисептические препараты. При тяжелом течении показано назначение системной противоаллергической терапии.

Группу базисных противоаллергических препаратов составляют стабилизаторы тучных клеток (кромогликат натрия); антигистаминные препараты + стабилизаторы тучных клеток (эпинастин, азеластин, олопатадин) и комбинированные препараты антигистаминного и сосудосуживающего действия (антазолин + ксилометазолин). Все перечисленные препараты длительное время используются в офтальмологической практике и доказали свою эффективность в терапии аллергических заболеваний глаз. Эпинастин 0,05 % впервые в нашей стране появился в 2022 г. в форме нового антигистаминного препарата двойного действия Эпинепта®, показанного для применения при сезонном аллергическом конъюнктивите [4].

Эпинепта® относится к классу антигистаминных препаратов второго поколения, а также является стабилизатором мембран тучных клеток. Он проявляет антилейкотриеновую, анти-PAF и антибрадикининную активность, которые усиливают противоаллергическое действие. Препараты данной группы уже много лет применяются в мире для лечения различных аллергических состояний. В настоящее время в США эпинастин одобрен FDA (Food and Drug Administration) для лечения аллергического конъюнктивита — общий термин, включающий круглогодичный аллергический конъюнктивит, САК, весенний кератоконъюнктивит, атопический кератоконъюнктивит [5].

Эпинепта® снижает воспаление различными путями. Как стабилизатор мембран тучных клеток вызывает прекращение дегрануляции, стабилизируя их и уменьшая воспаление. Как антигистаминный агент блокирует действие гистамина путем конкурентного ингибирования его рецепторов или действует как обратный агонист — предотвращает связывание гистамина с рецепторами H1 и H2. В результате

прекращается высвобождение провоспалительных медиаторов и, следовательно, сама воспалительная реакция.

Пациенты могут использовать глазные капли эпинастина до исчезновения симптомов в течение всего сезона аллергии. Глазные капли Эпинепта® применяются местно по 1 капле 2 раза в день. Препарат обладает достаточно быстрым терапевтическим эффектом: начало действия регистрируется в течение 3 мин, а продолжительность действия длится не менее 8 ч после однократного закапывания [6]. Эпинастин является безопасным и хорошо переносимым препаратом [7]. Не проникает через гематоэнцефалический барьер, что снижает риск развития системных побочных эффектов, связанных с центральной нервной системой, не оказывает кардиотоксического и тератогенного действия даже в высоких дозах. Использование препарата во время беременности не является противопоказанием, однако возможно только в том случае, если назначение эпинастина оправдывает пользу по сравнению с потенциальным риском. Важной особенностью молекулы эпинастина является минимальное влияние на слезопродукцию за счет отсутствия холинергической активности, в результате чего снижается риск развития или усугубления сухости глаза на фоне терапии [5, 6, 8].

Поскольку САК — основное показание к назначению глазных капель Эпинепта®, в рамках неинтервенционной исследовательской работы в отделе инфекционных и аллергических заболеваний глаз НМИЦ ГБ им. Гельмгольца была набрана группа из 37 пациентов с САК (22 мужчины и 15 женщин), получивших лечение глазными каплями Эпинепта®. Период наблюдения весеннего обострения аллергического конъюнктивита составил с середины марта по конец июня. В данной работе четко фиксировались показатели динамики субъективных жалоб, клинической эффективности, длительности лечения, легкости отмены препарата при нормализации состояния глазной поверхности. Учитывались и анализировались также природные особенности весеннего сезона аллергии 2023 г.: позднее начало цветения, малое количество солнечных дней, отсутствие дождей и др. В исследование были включены как пациенты с сезонной аллергией в анамнезе, так и с первой манифестацией процесса. Клинически оценивали тяжесть глазного зуда, а также выраженность гиперемии пальпебральной и бульбарной конъюнктивы.

Выраженность офтальмологических аллергических симптомов оценивали по балльной системе: глазной зуд — от 0 баллов при полном отсутствии до 4 баллов при непрерывном зуде. Гиперемия конъюнктивы оценивалась от 0 баллов — норма до 3 баллов — тотальная гиперемия пальпебральной/бульбарной конъюнктивы. Отдельные кровеносные сосуды не дифференцировали.

По результатам исследования выделены 4 группы пациентов, объединенных подобием течения заболевания, клиническими проявлениями и ответом на терапию эпинастином. Каждая группа проиллюстрирована наиболее ярким клиническим случаем.

1. Пациенты с первой манифестацией САК.

Пациент Б., 24 года, обратился на амбулаторный прием 04.04.2023 с жалобами на отек и покраснение век, глаз, слезотечение, выраженный зуд, ощущение жжения и инородного тела. Заболевание началось остро, 3 дня на-

зад, сопровождалось чиханием и периодически заложенным носом. Состояние глаз постепенно ухудшалось. Ранее воспалительных заболеваний глаз у пациента не отмечалось. По месту жительства поставлен диагноз: «OU — острый конъюнктивит» — и назначено лечение: инстилляцией антибактериальных глазных капель, на фоне которого состояние глаз ухудшилось, и пациент обратился в НМИЦ ГБ им. Гельмгольца.

Соматически пациент здоров, аллергоанамнез не отягощен. При обращении: оценка жалоб на зуд — 3 балла; оценка гиперемии — 2 балла. Острота зрения: OD = 0,4 с sph -1,0 = 0,6; OS = 0,3 с sph -1,0 = 0,6. Биомикроскопия OU (рис. 1): веки умеренно отечны, гиперемизированы. Конъюктива век и глазного яблока умеренно гиперемизирована, выраженный отек бульбарной конъюнктивы, множественные мелкие, хаотично расположенные фолликулы в нижнем своде. Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флюоресцеином. По данным анамнеза и клинической картины у пациента диагностирован САК (манифестация). Назначена терапия: эпинастин в инстилляциях по 2 кап. 2 раза в день; слезозаместительная терапия по 2 кап. 4–6 раз в день; антигистаминные препараты внутрь. Контрольный осмотр проводился каждые 5 дней. На 2-м визите пациент отмечал значимое уменьшение симптомов, в частности показатель жалобы на зуд снизился до 1 балла. Клинически оценка гиперемии также уменьшилась до 1 балла и при биомикроскопии зарегистрировано уменьшение отека и гиперемии век. Конъюктива век и глазного яблока слегка гиперемизирована, отмечен легкий отек бульбарной конъюнктивы, фолликулярная реакция в нижнем своде частично резорбировалась. Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флюоресцеином. На 3-м визите (10-й день) от начала терапии пациент отметил значительное улучшение состояния глаз, показатель жалобы на зуд снизился до 0. Оценка гиперемии оставалась на уровне 1 балла, хотя при биомикроскопии отмечалась нормализация состояния век, конъюктива век и глазного яблока оставалась слегка гиперемизированной с легким отеком бульбарной конъюнктивы. В то же время фолликулярная реакция в нижнем своде полностью резорбировалась. Учитывая выраженную положительную динамику, следующий визит был назначен через 10 дней с продолжением рекомендованной топической терапии и отменой системных антигистаминных препаратов. На 4-м визите (20-й день лечения) на фоне отмены системных антигистаминных препаратов состояние пациента продолжало улучшаться — субъективных жалоб нет (0 баллов). Биомикроскопия OU: веки не изменены, конъюктива век и глазного яблока спокойна, легкий отек бульбарной конъюнктивы. Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флюоресцеином.

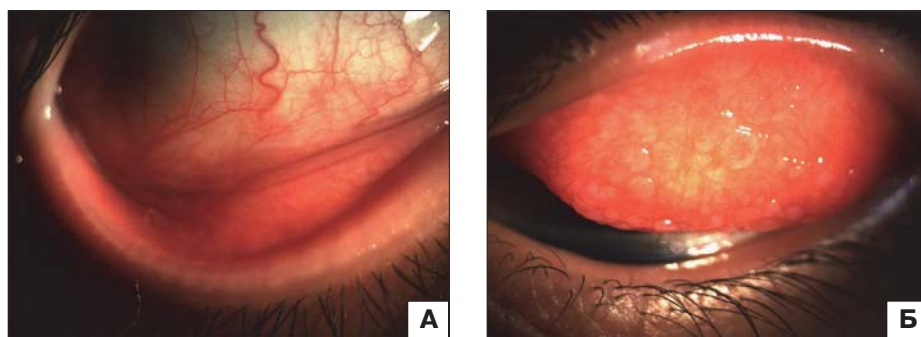


Рис. 1. Пациент Б., 24 года, биомикроскопия до лечения (А, Б)
Fig. 1. Patient B., 24 y. o., biomicroscopy before treatment (A, B)

Учитывая отсутствие жалоб и нормализацию клинического состояния конъюнктивы, но возможность дальнейшего воздействия аллергена, пациенту рекомендовали продолжить терапию эпинастином еще в течение 14 дней с последующей его отменой и дальнейшим использованием слезозаместительных препаратов 3 раза в день. Контрольный визит назначен через 10 дней после отмены эпинастина. При заключительном, 5-м визите 17.05.2023 пациент жалоб не предъявлял, после отмены эпинастина ухудшения состояния не отмечено (рис. 2). При осмотре: острота зрения OD = 0,4 с sph -1,0 = 0,7; OS = 0,3 с sph -1,0 = 0,8. Биомикроскопия OU: веки не изменены, конъюнктивит век и глазного яблока спокоен. Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флюоресцеином. Диагностические пробы: проба Ширмера OD = 12 мм за 5 мин, OS = 14 мм за 5 мин; проба Норна OU = 9 с; высота слезного мениска OU = 0,5 мм. Учитывая отсутствие жалоб, клиническую картину, а также отсутствие данных о снижении слезопродукции, назначение препаратов искусственной слезы отменили, пациент завершил курс лечения. Рекомендована консультация аллерголога.

II. Пациенты с САК, протекающим в легкой форме.

Пациентка С., 19 лет, наблюдается в НМИЦ ГБ им. Гельмгольца в течение 5 лет по поводу САК. Обострения риноконъюнктивита обычно начинаются с середины апреля и продолжаются 4–6 нед. Настоящее обострение с 17.04.2023 проявлялось жалобами на отек и покраснение век, глаз, слезотечение, выраженный зуд, ощущение жжения и инородного тела. Офтальмологические симптомы сопровождалось чиханием и заложенностью носа. Принимала системные антигистаминные препараты, но состояние глаз ухудшалось, и пациентка пришла на амбулаторный прием в Центр.

Соматически пациентка здорова, аллергоанамнез: риноконъюнктивит на пыльцу березы, тополя (подтвержден положительными кожными пробами). При обращении: оценка жалоб на зуд — 3 балла; оценка гиперемии — 2 балла. Острота зрения: OD = 1,0; OS = 1,0. Биомикроскопия OU (рис. 3): веки отечны, гиперемизованы, конъюнктивит век и глазного яблока гиперемизован, выраженный отек бульбарной конъюнктивы, множественные мелкие, хаотично расположенные фолликулы в нижнем своде, сосочковая гипертрофия конъюнктивы верхнего века по типу «булыжной мостовой». Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флюоресцеином. По данным анамнеза и клинической картины у пациентки диагностирован САК. Назначена следующая терапия: эпинастин в инстилляциях по 2 кап. 2 раза в день; слезозаместительная терапия по 2 кап. 4–6 раз в день; антигистаминные препараты внутрь. Контрольный осмотр проводился каждые 5 дней.

На 2-м визите пациентка отмечала значительное улучшение состояния глаз, уменьшение субъективных симптомов, в частности показатель жалоб на зуд снизился до 1 балла. Клинически оценка гиперемии уменьшилась до 2 баллов, и при биомикроскопии отмечено уменьшение отека и гиперемии век, уменьшение гиперемии конъюнктивы век и глазного яблока, легкий отек бульбарной конъюнктивы, фолликулярная реакция в нижнем своде частично резорбировалась, сосочки конъюнктивы верхнего века стали немного более плоскими. Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флюоресцеином. На 3-м визите (10-й день) от начала терапии отмечено дальнейшее улучшение состояния глаз, показатель жалоб на зуд снизился до 0. Клинически оценка гиперемии оставалась на уровне 1 балла, при биомикроскопии отмечена нормализация состояния век, легкая гиперемия конъюнктивы век и глазного яблока, легкий отек бульбарной конъюнктивы. Фолликулярная реакция в нижнем своде полностью резорбировалась. Учитывая выраженную положительную динамику, следующий визит назначили через 10 дней с продолжением рекомендованной топической терапии и отменой системных антигистаминных препаратов. На 4-м визите (20-й день лечения) на фоне отмены системных антигистаминных препаратов состояние пациентки продолжало улучшаться — субъективных жалоб нет (0 баллов). Биомикроскопия OU: веки не изменены, конъюнктивит век и глазного яблока спокоен. Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флюоресцеином. Учитывая возможность дальнейшего воздействия аллергена, пациентке рекомендовали продолжить терапию эпинастином еще в течение 10 дней с последующей отменой, но с дальнейшим использованием слезозаместительных препаратов 3 раза в день. Контрольный визит назначен через 10 дней после отмены эпинастина.

При заключительном, 5-м визите 16.05.2023 пациентка жалоб не предъявляла, после отмены эпинастина ухудшения состояния не отмечено. При осмотре: острота зрения OD = 1,0; OS = 1,0. Биомикроскопия OU (рис. 4): веки не изменены, конъюнктивит век и глазного яблока спокоен. Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флюоресцеином. Диагностические пробы: проба Ширмера OD = 15 мм за 5 мин, OS = 17 мм за 5 мин; проба Норна OU = 12 с; высота слезного мениска OU > 0,5 мм. Учитывая отсутствие жалоб, клиническую картину, а также отсутствие данных о снижении слезопродукции, препараты искусственной слезы отменили, пациентка завершила курс лечения.

III. Пациенты, страдающие САК легкой и средней степени тяжести в течение нескольких лет. Ранее использовали глазные капли Олопатадин, Левокабастин и системные анти-

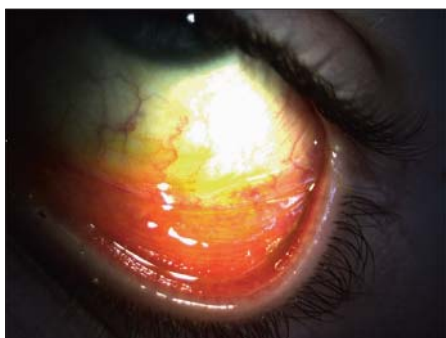


Рис. 2. Пациент Б., 24 года, биомикроскопия после лечения

Fig. 2. Patient B., 24 y. o., biomicroscopy after treatment

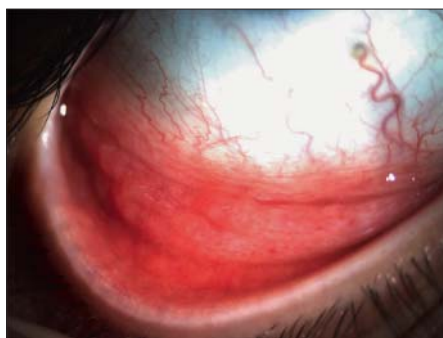


Рис. 3. Пациентка С., 19 лет, биомикроскопия до лечения

Fig. 3. Patient S., 19 y. o., biomicroscopy before treatment

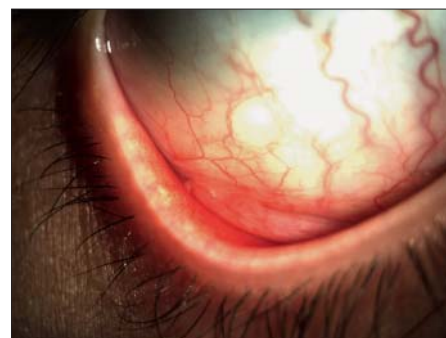


Рис. 4. Пациентка С., 19 лет, биомикроскопия после лечения

Fig. 4. Patient S., 19 y. o., biomicroscopy after treatment

гистаминные препараты. Применение местных глюкокортикоидов отрицают.

Пациент Л., 32 года, наблюдается в НМИЦ ГБ им. Гельмгольца с 2018 г. по поводу САК. 20.04.2023 пришел на амбулаторный прием с жалобами на отек, покраснение и мацерацию кожи век, покраснение глаз, слезотечение, выраженный зуд, ощущение жжения и инородного тела. Заболевание началось 5 дней назад, состояние постепенно ухудшалось. Соматически пациент здоров. Аллергоанамнез: риноконъюнктивит на пыльцу ольхи, березы, тополя (подтвержден положительными кожными пробами). При обращении: оценка жалоб на зуд — 4 балла; оценка гиперемии — 3 балла. Острота зрения: OD = 1,0; OS = 1,0. Биомикроскопия OU (рис. 5): выраженный отек и гиперемия век, мацерация кожи верхнего века, конъюнктивит век и глазного яблока раздражена, гиперемирована, выраженный отек бульбарной конъюнктивы, множественные разнокалиберные, хаотично расположенные фолликулы в нижнем своде, васкуляризация сосудов лимба. Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флуоресцеином.

По данным анамнеза и клинической картины у пациента диагностирован САК. Назначена следующая терапия: эпинеприн в инстилляциях по 2 кап. 2 раза в день; слезозаместительная терапия по 2 кап. 4–6 раз в день; антигистаминные препараты внутрь, туалет век ватным тампоном, смоченным пиклоксином, 2 раза в день. Контрольный осмотр проводился каждые 5 дней. На 2-м визите, через 5 дней, пациент отмечал уменьшение субъективных жалоб — показатель жалобы на зуд снизился до 3 баллов. Оценка гиперемии уменьшилась до 2 баллов. При биомикроскопии: отек и гиперемия век, мацерация уменьшились. Конъюнктивит век и глазного яблока гиперемирован, умеренный отек бульбарной конъюнктивы, фолликулярная реакция в нижнем своде слегка резорбировалась. Васкуляризация сосудов лимба слегка уменьшилась. Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флуоресцеином. На 3-м визите (на 11-й день от начала терапии) показатель жалоб на зуд снизился до 2 баллов. Оценка гиперемии оставалась на уровне 2 баллов, хотя при биомикроскопии отмечалась нормализация состояния век, фолликулярная реакция в нижнем своде продолжала резорбироваться. Сосуды лимба запусевают. Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флуоресцеином. На 5-м визите, 22-й день лечения, пациент жалоб не предъявлял (зуд — 0 баллов). Острота зрения OD = 1,0; OS = 1,0. Биомикроскопия OU (рис. 6): веки не изменены, конъюнктивит век и глазного яблока спокойна. Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флуоресцеином. Диагностические пробы: проба Ширмера OD = 5 мм за 5 мин, OS = 7 мм за 5 мин; проба Норна OU = 4 с; высота слезного мениска OU = 0,3 мм.

Учитывая отсутствие жалоб и клиническую картину, препарат Эпинепта® пациенту отменили, применение препаратов искусственной слезы 3–4 раза в день рекомендовано продолжить 1,5–2,0 мес. По прошествии данного промежутка времени ухудшения клинического состояния глаз не отмечено, пациент за консультацией не обращался.

IV. Пациенты, ранее получавшие аллергенспецифическую иммунотерапию (АСИТ).

В процессе исследования возникла необходимость выделения группы из 18 пациентов, которые проводили АСИТ в 2018–2019 гг. и не смогли продолжить курс в период пандемии 2020 г. Эта группа пациентов характеризовалась более яркой клинической картиной обострения САК в 2021 г. и нарастанием клинической картины весной 2022 и 2023 гг. Все пациенты отмечали утяжеление течения сезонной аллергии. Прием антигистаминных препаратов внутрь и стандартные методы терапии не приносили ожидаемых результатов.

Пациентка У., 23 года, наблюдается в Центре с 2016 г. по поводу САК. 26.04.2023 обратилась на амбулаторный прием с жалобами на отек, покраснение кожи век, покраснение глаз, слезотечение, выраженный зуд, ощущение жжения, песка и инородного тела. Заболевание началось постепенно, 7 дней назад. Привычная терапия с использованием глазных капель димедрол + нафазолин 2 раза в день и антигистаминных препаратов внутрь положительной динамики не дала. Для решения вопроса о назначении топических ГК пациентка обратилась за консультацией в НМИЦ ГБ им. Гельмгольца. Соматически здорова. Аллергоанамнез: страдает сезонной аллергической реакцией — риноконъюнктивитом — с 12 лет. Имеет доказанную IgE-зависимость природы заболевания: уровень специфических IgE 3-го класса. В 2019 г. проведен курс предсезонной АСИТ (сублингвальная форма). В 2020 г. в связи с пандемией провести повторный курс АСИТ пациентка не смогла. Весной 2021 и 2022 гг. обострения протекали тяжелее, самостоятельно применяла ГК в инстилляциях до 3 нед. При обращении: оценка жалоб на зуд — 4 балла; оценка гиперемии — 3 балла. Острота зрения OD = 0,9 н/к; OS = 1,0.

Биомикроскопия OU (рис. 7): выраженный отек и гиперемия век, конъюнктивит век и глазного яблока раздражена, гиперемирована, выраженный отек бульбарной конъюнктивы, множественные разнокалиберные, хаотично расположенные фолликулы в нижнем своде, сосочковая гипертрофия конъюнктивы верхнего века, слизисто-нитчатое отделяемое. Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флуоресцеином. Передняя камера средней глубины, влага ее прозрачна. По данным анамнеза и клинической картины у пациентки диагностирован САК.



Рис. 5. Пациент Л., 32 года, биомикроскопия до лечения

Fig. 5. Patient L., 32 y. o., biomicroscopy before treatment

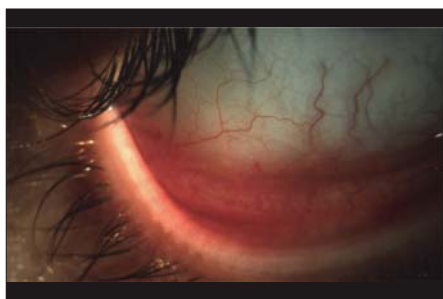


Рис. 6. Пациент Л., 32 года, биомикроскопия после лечения

Fig. 6. Patient L., 32 y. o., biomicroscopy after treatment



Рис. 7. Пациентка У., 23 года, биомикроскопия до лечения

Fig. 7. Patient U., 23 y. o., biomicroscopy before treatment

Назначена следующая терапия: эпинастин в инстилляциях по 2 кап. 2 раза в день; слезозаместительная терапия по 2 кап. 4–6 раз в день; пиклоксидин по 2 кап. 3 раза в день; антигистаминные препараты внутрь. Контрольный осмотр проводился каждые 5 дней. На 2-м визите пациентка не отмечала ни уменьшения субъективных жалоб, ни улучшения клинической картины. Показатель жалоб на зуд сохранялся на уровне 4 баллов. Клинически оценка гиперемии также соответствовала 3 баллам, и при биомикроскопии зарегистрировано сохранение отека и гиперемии век. Конъюнктивая век и глазного яблока гиперемирована, выражен отек бульбарной конъюнктивы, фолликулярная реакция в нижнем своде, отделяемого нет. Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флюоресцеином. Учитывая жалобы пациентки и клиническую картину, рекомендовали добавить к лечению инстилляции дексаметазона 0,1 % по 2 кап. 3 раза в день сроком на 10 дней с последующим контрольным визитом. На 3-м визите (15-й день от начала терапии) пациентка отметила улучшение состояния глаз, показатель жалобы на зуд снизился до 2 баллов. Оценка гиперемии оставалась на уровне 2 баллов, хотя при биомикроскопии отмечалась нормализация состояния век, но конъюнктивая век и глазного яблока оставалась гиперемированной с умеренным отеком бульбарной конъюнктивы. Фолликулярная реакция в нижнем своде слегка резорбировалась, сосочки стали немного более плоскими. Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флюоресцеином. Рекомендовано отменить инстилляции пиклоксидина и уменьшить кратность закапывания дексаметазона 0,1 % до 2 раз в день 7 дней и до 1 раза в день — 7 дней. Контрольный осмотр назначен через 10 дней.

На 4-м визите, в 25-й день от начала лечения, состояние пациентки продолжало улучшаться: жалобы на зуд — 1 балл. Сохранялись легкий отек и гиперемия конъюнктивы (1 балл), а также легкая сосочковая гипертрофия, фолликулярная реакция в нижнем своде почти полностью резорбировалась. Учитывая нормализацию клинического состояния глаз и субъективное улучшение, рекомендовали оставить терапию без изменений. На 5-м визите, на 35-й день лечения, пациентка жалоб не предъявляла (зуд — 0 баллов). Биомикроскопия ОУ (рис. 8): веки не изменены, конъюнктивая век и глазного яблока спокойна. Роговица без особенностей, поверхность не окрашивается флюоресцеином. Диагностические пробы: проба Ширмера OD = 3 мм за 5 мин.; OS = 2 мм за 5 мин.; проба Норна OU = 3 с; высота слезного мениска OU = 0,1 мм.

Учитывая отсутствие жалоб и клиническую картину, препарата Эпинепта® отменили, рекомендовано продолжить инстилляции препаратов искусственной слезы 3–4 раза в день 1,5–2,0 мес. По прошествии данного промежутка

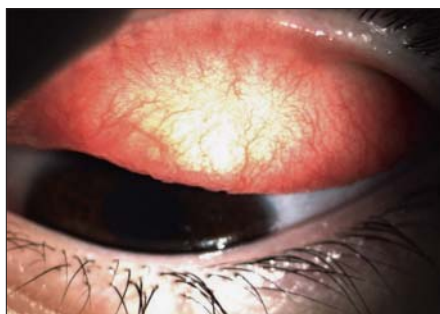


Рис. 8. Пациентка У., 23 года, биомикроскопия после лечения

Fig. 8. Patient U., 23 y. o., biomicroscopy after treatment

времени ухудшения клинического состояния глаз не отмечено, пациентка за консультацией не обращалась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рассмотренные клинические случаи подтвердили, что использование препарата Эпинепта® эффективно как у пациентов с дебютом САК, так и при длительном, более тяжелом течении процесса и позволяет добиться быстрого и стойкого уменьшения зуда, дискомфорта в глазах, а также нормализации клинического состояния конъюнктивы. В случаях длительного течения САК и незавершенного курса

АСИТ, когда использование монотерапии может быть недостаточным, терапия может быть дополнена топическими ГК.

Эпинепта® (эпинастин 0,05 %) — новый оригинальный для РФ антигистаминный препарат двойного действия для лечения симптомов САК. За счет быстрого наступления эффекта, а также длительности действия препарат превосходит по эффективности другие лекарственные средства из группы блокаторов гистаминовых рецепторов и стабилизаторов мембран тучных клеток. Важной особенностью препарата Эпинепта® является его минимальное влияние на объем слезной жидкости, что сопряжено с меньшим риском развития синдрома сухого глаза на фоне терапии. В силу высокой эффективности и хорошей переносимости, а также возможности использования с 12 лет препарат Эпинепта® имеет хорошие перспективы дальнейшего применения в российской офтальмологической практике.

Литература/References

1. Терехова Е.П. Аллергический конъюнктивит: учебное пособие. ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». Москва: ГБОУ ДПО РМАПО, 2014. [Terekhova E.P. Allergic conjunctivitis: textbook. GBOU DPO «Russian Medical Academy of Postgraduate Education». Moscow: GBOU DPO RMAPO, 2014 (In Russ.).]
2. Нероев В.В., Вахова Е.С. Заболевания конъюнктивы. Национальное руководство по офтальмологии. ГЭОТАР-Медиа; 2017. [Neroev V.V., Vakhova E.S. Diseases of the conjunctiva. National Guide for Ophthalmology. GEOTAR-Media, 2017 (In Russ.).]
3. Tasaka K, Akagi M, Izushi K, Aoki I. Antiallergic effect of epinastine: the elucidation of the mechanism. *Pharmacometrics*. 1990; 39: 365–73.
4. Fujishima H, Ohashi Y, Takamura E. Efficacy of epinastine hydrochloride ophthalmic solution in allergic conjunctivitis by conjunctival cedar pollen allergen challenge. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2014; 113: 476–81. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2014.07.007>
5. Bacman S, Berra A, Sterin-Borda L, Borda E. Muscarinic acetylcholine receptor antibodies as a new marker of dry eye Sjögren syndrome. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2001 Feb; 42 (2): 321–7. PMID: 11157861.
6. Bielory L, Lien KW, Bigelsen S. Efficacy and tolerability of newer antihistamines in the treatment of allergic conjunctivitis. *Drugs*. 2005; 65 (2): 215–28. doi: 10.2165/00003495-200565020-00004
7. Villareal AL, Farley W, Pflugfelder SC. Effect of topical ophthalmic epinastine and olopatadine on tear volume in mice. *Eye Contact Lens*. 2006 Dec; 32 (6): 272–6. doi: 10.1097/01.icl.0000224360.10319.b1
8. Wolff SC, Brubaker K, Navratil T, et al. Evaluation of muscarinic receptor antagonism by antihistamines. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2007; 119 (1): S153. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2006.11.535>

Поступила: 11.09.2023. Переработана: 11.10.2023. Принята к печати: 13.10.2023

Originally received: 11.09.2023. Final revision: 11.10.2023. Accepted: 13.10.2023

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ/INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, ул. Садовая-Черногрозская, д. 14/19, Москва, 105062, Россия

Елена Владимировна Яни — канд. мед. наук, руководитель отдела инфекционных и аллергических заболеваний глаз

Для контактов: Елена Владимировна Яни,
e_yani@mail.ru

Helmholtz National Medical Research Center of Eye Diseases, 14/19, Sadovaya-Chernogryazskaya St., Moscow, 105062, Russia

Elena V. Yani — Cand. of Med. Sci, head of the department of infectious and allergic eye diseases.

For contacts: Elena V. Yani,
e_yani@mail.ru