

# Японское руководство по аллергическим заболеваниям конъюнктивы

## 1. Дефиниция и классификация аллергических заболеваний конъюнктивы (АЗК)

### 1.1. Дефиниция

АЗК определяются как «воспалительное заболевание конъюнктивы, ассоциированное с аллергической реакцией I типа, сопровождающееся некоторыми субъективными и объективными симптомами». Конъюнктивит, ассоциированный с аллергической реакцией I типа, считается АЗК даже при вовлечении других типов воспалительных реакций.

### 1.2. Классификация

АЗК классифицируются на несколько подтипов в зависимости от наличия/отсутствия пролиферативных изменений, осложнений — атопического дерматита и механического раздражения инородным телом.

#### 1.2.1. Аллергический конъюнктивит (АК; рис. 1)

АЗК без пролиферативных изменений в конъюнктиве включают сезонный аллергический конъюнктивит (САК), если симптомы появляются сезонно, и круглогодичный аллергический конъюнктивит (КАК), если симптомы персистируют на протяжении года.

#### 1.2.2. Атопический кератоконъюнктивит (АКК; рис. 2)

АКК является хроническим АЗК, которое чаще возникает у пациентов с атопическим дерматитом лица. Могут образовываться гигантские сосочки, хотя в большинстве случаев АКК протекает без пролиферативных изменений.

#### 1.2.3. Весенний кератоконъюнктивит (ВКК; рис. 3)

ВКК характеризуется такими пролиферативными изменениями конъюнктивы, как папиллярная гиперплазия пальпебральной конъюнктивы или ее увеличение, а также отеком либо лимбальной желеобразной гиперплазией. Большинство случаев ВКК сопровождается атопическим дерматитом. При ВКК часто наблюдаются повреждения роговицы различной степени тяжести, включая точечный поверхностный кератит, эрозии роговицы, персистирующий эпителиальный дефект роговицы, язвы или бляшки роговицы.

#### 1.2.4. Гигантский папиллярный конъюнктивит (ГПК; рис. 4)

ГПК представляет собой конъюнктивит, который сопровождается пролиферативными изменениями в конъюнктивальной оболочке верхнего века; вызывается механическим раздражением, например контактными линзами, глазными протезами или хирургическими швами. Клинически ГПК отличается от ВКК

отсутствием повреждений роговицы и наличием различных папиллярных форм.

## 2. Эпидемиология

При обследовании общей популяции установлено, что доля больных с двусторонним зудом в глазах среди детей младше 15 лет составляет 16,1%, в популяции взрослых — 21,1%. Количество больных АЗК, диагностированными офтальмологами, достигает 12,2% среди детей и 14,8% среди взрослых. Исходя из этих результатов доля пациентов с АЗК в общей популяции оценивается в 15-20%.

## 3. Патопатология

Патологическое состояние при АЗК с повреждением конъюнктивы предположительно обусловлено взаимодействием между различными клетками иммунной системы и резидентными клетками, опосредованным физиологически активными субстанциями (например, гистамином и лейкотриеном), цитокинами, хемокинами. Эозинофилы являются основными эффекторными клетками при АЗК. Различные цитотоксические протеины, высвобождаемые из эозинофилов, локально инфильтрирующих конъюнктиву, вызывают, как полагают, такую кератоконъюнктивальную патологию, как тяжелый АКК и ВКК.

Предполагается, что кератоконъюнктивальные резидентные клетки могут быть вовлечены в этиологию АЗК посредством цитокинстимулированной продукции хемокинов, в том числе эотаксина и TARC, вызывающих миграцию эозинофилов и Th2-клеток из сосудистого русла соответственно.

## 4. Методы определения

Цель обследования заключается в подтверждении аллергической реакции I типа в конъюнктиве и во всем теле. Клинические методы исследования для подтверждения аллергической реакции I типа в конъюнктиве включают идентификацию эозинофилов, инстилляционный провокационный тест, измерение уровня антигенспецифического IgE в коже и сыворотке.

### 4.1. Идентификация эозинофилов в конъюнктиве

Выделения из глаз или глазной секрет, собранный при помощи лопаточки и пинцета, наносят на предметные стекла, затем окрашивают по Ганзел и Гимзе, рассматривают под оптическим микроскопом.

### 4.2. Инстилляционный провокационный тест

Если антиген может быть заподозрен по результатам определения антигенспецифического IgE в коже и сыворотке, то этот тест подтверждает наличие конъюнктивита

путем инстилляции раствора известного антигена. Если появляется зуд или гиперемия, тест оценивается как положительный.

### 4.3. Определение общего уровня IgE в слезной жидкости

Существует коммерчески доступный набор для определения уровня общего IgE в слезной жидкости при помощи иммунохроматографии.

## 5. Клинические признаки и диагностические критерии

### 5.1. Субъективные симптомы

Типичными субъективными симптомами АЗК являются зуд, чувство инородного тела, выделения из глаз. Зуд — это наиболее характерный признак АЗК, но некоторые пациенты предъявляют жалобы на ощущение инородного тела, часто сопровождающее данную патологию. Помимо случаев, когда слабый зуд воспринимается как инородное тело, чрезвычайно высока вероятность того, что ощущение инородного тела является, когда во время мигания большое количество конъюнктивальных сосочков прикасается к роговице. При АЗК лимфоциты и эозинофилы преобладают среди воспалительных клеток, тогда как количество нейтрофилов невелико; часто имеют место серозные и слизистые выделения, по своей природе отличные от гнойных выделений, ассоциированных с бактериальным конъюнктивитом, а также от вязких и серозных выделений, характерных для вирусного конъюнктивита.

### 5.2. Объективные симптомы

Гиперемия конъюнктивы с дилатацией конъюнктивальных сосудов является наиболее характерным конъюнктивальным симптомом. Отек конъюнктивы индуцирует циркуляторную недостаточность пальпебральных конъюнктивальных и лимфатических сосудов. В большинстве случаев отмечается непрозрачность конъюнктивы. Конъюнктивальный фолликул является лимфоидным образованием, располагающимся под нижним пальпебральным конъюнктивальным эпителием. Его можно отличить от сосочков при помощи куполообразного выступа гладкого мышечного волокна, окруженного сосудами. Конъюнктивальные сосочки формируются в результате пролиферации эпителия в ответ на воспаление, а сам эпителий гипертрофируется. Сосочки размером  $\geq 1$  мм в диаметре называются гигантскими, они представляют собой фиброзную пролиферативную ткань и обнаруживаются, как правило, при ВКК и ГПК; под эпителием наблюдается скопление большого количества воспалительных клеток, таких как лимфоциты, тучные клетки, эозинофилы. Отек конъюнктивы вызывается протеканием компонентов плазмы из сосудов. Точки Horner-Trantas обнаруживаются в лимбальной области и представляют собой небольшие выпячивания, вызванные дегенерацией пролиферирующего эпителия конъюнктивы; в них могут скапливаться эозинофилы. В тяжелых случаях возникают осложнения со стороны роговицы: точечный поверхностный кератит (представляющий собой частичный дефект эпителия роговицы), эксфолиативный точечный поверхностный кератит и щитовидная язва роговицы (являющаяся продолжением эпителиального дефекта роговицы).

### 5.3. Клинические критерии оценки объективных симптомов

#### 5.3.1. Пальпебральная конъюнктивит

Элементами, оцениваемыми на пальпебральной конъюнктиве, являются гиперемия, отек, фолликулы, сосочки, гигантские сосочки. Критерии оценки каждого элемента: для гиперемии — плотность дилатированных кровеносных сосудов, для отека — размер и наличие/отсутствие помутнения (рис. 5), для фолликулов — количество фолликулов с обеих сторон на нижней пальпебральной конъюнктиве, где образуется больше фолликулов, чем в других местах (рис. 6). Сосочки оцениваются в зависимости от их диаметра. Если размер сосочка в диаметре составляет  $\geq 1$  мм, то он называется гигантским (рис. 7).

#### 5.3.2. Бульбарная конъюнктивит

Поражение бульбарной конъюнктивы также оценивается по степени гиперемии и хемозу. С учетом того, что патологические состояния характеризуются значимой



Рис. 1. Состояние верхней пальпебральной конъюнктивы при АК: легкая гиперемия и отек



Рис. 3. Состояние верхней пальпебральной конъюнктивы при ВКК: гиперемия и отек конъюнктивы, глазные выделения, формирование гигантских сосочков



Рис. 2. Состояние верхней пальпебральной конъюнктивы при АКК: гиперемия, помутнение, субконъюнктивальный фиброз



Рис. 4. Состояние верхней пальпебральной конъюнктивы при ГПК: гиперемия и куполообразные гигантские сосочки

гиперемией, выраженная степень гиперемии определяется как всеобъемлющая сосудистая дилатация. Хемоз оценивается по его форме (рис. 8).

### 5.3.3. Лимбальная конъюнктивит

Точки Horner-Trantas оцениваются по их количеству, определяющемуся во всей лимбальной области (рис. 9); отечность – по размеру оранжево-розового отека, наблюдаемого в склеральной части лимба (рис. 10).

### 5.3.4. Роговица

В качестве критерия оценки используется степень поражения эпителия роговицы. При заболеваниях роговицы считается, что точечный поверхностный кератит является наиболее легкой патологией, эксфолиативный точечный поверхностный кератит – следующей ступенью, далее идут эрозия роговицы и щитовидная язва роговицы. Дегенерированный эпителий и муцин откладываются на поверхности роговицы и визуализируются в виде бляшки, если патология эпителия роговицы персистирует.

## 6. Диагноз и дифференциальный диагноз

Для диагностирования АЗК необходимо наличие аллергической реакции I типа наряду с субъективными и объективными симптомами, сопровождающимися аллергическое воспаление. Диагноз подтверждается при выявлении аллергической реакции I типа в конъюнктиве (табл.).

Таблица. Диагностические критерии	
<b>Клинический диагноз (только А)</b>	Есть клинические симптомы, специфичные для АЗК
<b>Предположительный диагноз (А+В)</b>	В дополнение к клиническому диагнозу положительные результаты определения антигенспецифического IgE в сыворотке крови или кожные пробы с вероятным антигеном
<b>Заключительный диагноз (А+В+С, А+С)</b>	В дополнение к клиническому или предположительному диагнозу положительные результаты определения эозинофилов в конъюнктивальном мазке
Примечания: А – есть клинические симптомы; В – имеется аллергический диатез I типа (системный и локальный диатез); С – обнаружена аллергическая реакция I типа в конъюнктиве.	

### 6.1. Клинические симптомы (А)

К распространенным субъективным симптомам относятся: зуд в глазах, гиперемия, выделения из глаз, чувство инородного тела, боль в глазах и фотофобия. Зуд в глазах является наиболее распространенным признаком среди всех воспалительных симптомов, сопровождающих аллергическую реакцию I типа, и имеет большое значение для подтверждения диагноза.

Другими важными симптомами выступают гиперемия, выделения из глаз и слезотечение, несмотря на то что эти проявления неспецифичны для АЗК. Чувство инородного тела, боль в глазах и фотофобия – это симптомы, сопровождающие поражения роговицы и указывающие на тяжесть воспаления, а не на диагностическое значение.

Гигантские сосочки, лимбальная пролиферация (лимбальная желеобразная гиперплазия, кольца Horner-Trantas) и щитовидная язва роговицы считаются основными объективными симптомами. Отек конъюнктивы и фолликулы, папиллярная гиперплазия, эпителиальная эрозия роговицы (эрозия роговицы и эксфолиативный точечный поверхностный кератит) считаются умеренно специфичными, а гиперемия конъюнктивы и точечный поверхностный кератит признаны неспецифичными.

### 6.2. Подтверждение аллергического диатеза I типа (В)

#### 6.2.1. Системный диатез

Наиболее распространенными методами подтверждения наличия/отсутствия аллергического диатеза являются определение антигенспецифического IgE в сыворотке крови и кожные пробы с вероятным антигеном. Дополнительно: повышение уровня общего IgE в сыворотке крови, наличие/отсутствие отягощенного семейного анамнеза по аллергическим заболеваниям, осложнения других аллергических заболеваний могут быть использованы в качестве источников информации.

#### 6.2.2. Локальный диатез

Может быть подтвержден на основании повышения уровня общего IgE в слезной жидкости.

### 6.3. Подтверждение аллергической реакции I типа (С)

Чтобы подтвердить наличие аллергической реакции I типа в конъюнктиве, необходимы положительные результаты определения эозинофилов в мазках глазных выделений или глазного секрета.



Рис. 5. Отечность пальпебральной конъюнктивы (умеренная)



Рис. 6. Фолликулез пальпебральной конъюнктивы (выраженный)



Рис. 7. Гигантские сосочки пальпебральной конъюнктивы (выраженные)



Рис. 8. Отек бульбарной конъюнктивы (выраженный)

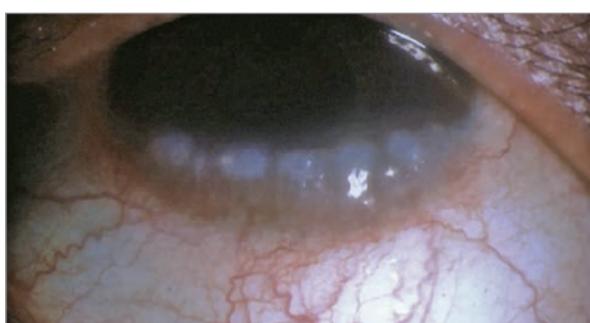


Рис. 9. Точки Horner-Trantas на лимбальной конъюнктиве (умеренно выраженные)



Рис. 10. Отечность лимбальной конъюнктивы (выраженная)

### 6.4. Диагноз АЗК

#### 6.4.1. Сезонный аллергический конъюнктивит

Клинический диагноз может быть сформулирован на основании субъективных признаков, включая зуд в глазах, слезотечение, гиперемию и ощущение инородного тела, а также объективных симптомов,

в том числе гиперемии и отека конъюнктивы, фолликулов конъюнктивы, которые появляются ежегодно в одно и то же время. Наиболее распространенным и главным симптомом САК является зуд в глазах. Поскольку большинство САК представлено конъюнктивитами, вызванными пыльцевыми антигенами, в 65-70% случаев появляется симптоматика ринита. Положительный тест на антигенспецифический IgE в сыворотке крови или положительные кожные пробы даже на этапе предположительного диагноза делают САК высоковероятным, что позволяет достоверно сформулировать клинический диагноз. Уровень общего IgE в сыворотке крови может быть не изменен или незначительно повышен. Совпадение положительных результатов при определении общего IgE в слезной жидкости составляет около 70%. Воздействие большого количества антигенов может индуцировать острый бульбарный конъюнктивальный отек.

#### 6.4.2. Круглогодичный аллергический конъюнктивит

Многосезонный или почти круглогодичный зуд в глазах, слезотечение, гиперемия и выделения из глаз являются субъективными симптомами КАК, а конъюнктивальная гиперемия, сосочки без пролиферативных изменений в конъюнктиве являются объективными симптомами. В большинстве случаев заболевание протекает хронически. Основными антигенами являются аллергены домашнего пылевого клеща. Если клинические симптомы слабо выражены и типичные объективные симптомы отсутствуют, сформулировать клинический диагноз может быть несколько затруднительно, особенно у пожилых лиц.

#### 6.4.3. Атопический кератоконъюнктивит

При АКК атопический дерматит осложняется поражением лица; конъюнктивит проявляется постоянным хроническим зудом в глазах, выделениями из глаз, гиперплазией сосочков, поражением роговицы. Проллиферативные изменения, такие как гигантские сосочки и поражение лимба, отмечаются лишь в некоторых случаях. Длительное хроническое воспаление может приводить к сокращению свода и возникновению симблефарона. Характерны повышение уровня общего IgE в сыворотке крови и слезной жидкости, положительные результаты определения антигенспецифического IgE в сыворотке крови в высоком титре.

#### 6.4.4. Весенний кератоконъюнктивит

ВКК представляет собой тяжелое АЗК с пролиферативными поражениями конъюнктивы. Проллиферативные поражения представлены гигантскими сосочками в верхнем отделе пальпебральной конъюнктивы, лимбальной пролиферацией (лимбальная желеобразная гиперплазия, кольца Horner-Trantas) и повреждением роговицы; они легко приобретают тяжелое течение. Характерные повреждения роговицы – эксфолиативный точечный поверхностный кератит, язва в форме щита, бляшки роговицы. Клинический диагноз достаточно легко сформулировать, так как симптомы весьма типичны. Основной причиной заболевания является клещ домашней пыли, часто отмечаются реакции с несколькими антигенами, такими как цветочная пыльца и перхоть животных. Характерно увеличение уровня общего IgE в сыворотке крови и слезной жидкости, положительные результаты по обнаружению антигенспецифического IgE. Следовательно, достоверный диагноз может быть легко сформулирован.

#### 6.4.5. Гигантский папиллярный конъюнктивит

При ношении контактных линз, наличии глазных протезов или хирургических швов клинический диагноз ГПК основывается на зуде в глазах, ощущении инородного тела, выделениях из глаз; обнаруживаются также гиперемия и отек конъюнктивы, гиперплазия сосочков. ГПК, индуцированный ношением контактных линз, называется папиллярным конъюнктивитом, ассоциированным с контактными линзами. В большинстве случаев ГПК протекает тяжело с образованием гигантских сосочков размером  $\geq 1$  мм в диаметре.

### 6.5. Дифференциальный диагноз

При проведении дифференциального диагноза следует исключить инфекционные конъюнктивиты (вирусный, бактериальный), невоспалительный конъюнктивальный фолликулез, синдром сухого глаза.

## 7. Профилактика: самопомощь

### 7.1. Методы избегания влияния и элиминации аллергенов в зависимости от типа антигена

Круглогодичное избегание влияния и элиминация антигенов могут быть достигнуты путем ежедневной организации среды обитания пациента, особенно

Продолжение на стр. 18.

# Японское руководство по аллергическим заболеваниям конъюнктивы

Продолжение. Начало на стр. 16.

внутри помещения. В противоположность этому избегание контакта с антигенами пылицы проводится в основном в сезон цветения; необходимо принять меры, чтобы повседневная активность пациента не была ограничена воздействием пылицы.

## 7.2. Самопомощь при аллергических конъюнктивитах

### 7.2.1. Профилактическое ношение очков

Рекомендуется носить специальные очки в сезон цветения, чтобы по возможности уменьшить количество цветочной пылицы, попавшей на глазную поверхность.

### 7.2.2. Ношение контактных линз

В сезон цветения с целью предотвращения попадания антигенов целесообразно на максимально длительный срок приостановить ношение контактных линз, заменив их очками.

### 7.2.3. Промывание глаз искусственной слезой

Антигены, попадающие на глазную поверхность, могут быть смыты несколькими каплями искусственной слезы. Поскольку обычные искусственные слезы содержат консерванты, при необходимости повторять инстилляцию  $\geq 4$  раз в целях безопасности рекомендуется использовать препараты без консервантов. Водопроводная вода уменьшает стабильность слоя слез, поэтому следует избегать частого применения воды для промывания глаз. Не рекомендуется использование устройств для промывания глаз по типу чаши, так как кожа вокруг глаз загрязняется, а антигены, прикрепляясь к коже, прикасаются к поверхности глаза.

## 8. Лечение: медикаментозная помощь

### 8.1. Основы терапии

Медикаментозная терапия наиболее предпочтительна при АЗК. Первый вариант – это применение антиаллергических глазных капель, являющихся базисной терапией аллергического конъюнктивита, с последующим дифференциальным использованием стероидных глазных капель при необходимости и в зависимости от тяжести заболевания. При тяжелом АЗК (АКК и ВКК) дополнительно применяются глазные капли с иммуносупрессантами, назначаются пероральные кортикостероиды; следует рассмотреть целесообразность субконъюнктивальной инъекции кортикостероидов и хирургического лечения (резекция сосочков).

### 8.2. Антиаллергические глазные капли

Стабилизаторы тучных клеток ингибируют дегрануляцию тучных клеток и высвобождение медиаторов (например, гистамина, лейкотриена, тромбосана А<sub>2</sub>), а следовательно, подавляют начальную стадию аллергической реакции I типа, что приводит к сокращению поздней фазы этой реакции. Антагонисты H<sub>1</sub>-рецепторов блокируют H<sub>1</sub>-рецепторы гистамина, представляющие собой медиаторы, которые высвобождаются при дегрануляции тучных клеток, что приводит к супрессии гиперемии и глазного зуда.

### 8.3. Кортикостероиды

#### 8.3.1. Глазные капли

Если достаточный эффект не может быть достигнут только антиаллергическими каплями, дополнительно назначаются кортикостероидные глазные капли в титре, соответствующем тяжести заболевания. Локальные побочные реакции включают повышение внутриглазного давления и развитие инфекции. Необходимо регулярно измерять внутриглазное давление у детей, потому что вероятность его повышения очень высока.

Повышение внутриглазного давления и развитие инфекции. Необходимо регулярно измерять внутриглазное давление у детей, потому что вероятность его повышения очень высока.

#### 8.3.2. Пероральные формы

Это медикаменты, используемые в педиатрической практике. Они назначаются пациентам, у которых проведение субконъюнктивальной инъекции затруднено, больным с эпителиальным дефектом роговицы. Стандартная длительность приема составляет 1-2 нед с учетом побочных эффектов.

#### 8.3.3. Глазные мази

Если достаточный эффект не может быть достигнут только антиаллергическими глазными каплями, а кортикостероидные глазные капли не могут быть назначены, используются мази. Мази можно наносить перед сном, чтобы добиться появления эффекта во время ночного отдыха. Необходимы меры предосторожности, аналогичные таковым при использовании кортикостероидных глазных капель.

#### 8.3.4. Подхрящевая субконъюнктивальная инъекция суспензии кортикостероидов

Суспензия триамцинолона ацетонида или беклометазона вводится в подхрящевую

конъюнктиву верхнего века в тяжелых или резистентных случаях. Учитывая возможное повышение внутриглазного давления, желателен избегать повторного введения/применения у детей младше 10 лет.

#### 8.4. Иммуносупрессивные глазные капли

В настоящее время одобрено 2 вида глазных капель с иммуносупрессивными свойствами (циклоспорин и такролимус) в качестве лекарственных средств для терапии ВКК. Глазные капли с иммуносупрессивными свойствами предположительно имеют одинаковую эффективность и превосходят кортикостероидные глазные капли.

#### 8.5. Хирургическое лечение

Если симптомы заболевания не нивелируются посредством медикаментозной терапии, а конъюнктивальная папиллярная гиперплазия прогрессирует, вызывая ухудшение состояния эпителия роговицы, может быть выполнена тарзальная конъюнктивальная резекция, включая сосочки.

#### 8.6. Выбор методики лечения

##### 8.6.1. Аллергический конъюнктивит

Терапией выбора являются противоаллергические глазные капли. Могут комбинироваться стабилизатор тучных клеток и антагонист H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов. При обострении заболевания могут назначаться кортикостероидные глазные капли. При САК прием противоаллергических глазных капель начинается примерно за 2 нед до предполагаемого дня начала пыления или при возникновении небольших симптомов, чтобы клинические проявления уменьшились во время пика пыления.

##### 8.6.2. Атопический кератоконъюнктивит

Если монотерапия противоаллергическими глазными каплями недостаточно эффективна, последние могут комбинироваться с кортикостероидными глазными каплями. В то же время необходимо активно лечить атопический блефарит. Если назначаются пероральные кортикостероиды, лечение следует проводить совместно с терапевтом и дерматологом.

##### 8.6.3. Весенний кератоконъюнктивит

В среднетяжелых и тяжелых случаях, когда монотерапия противоаллергическими глазными каплями недостаточно эффективна, добавляются глазные капли с иммуносупрессивными свойствами. В тяжелых случаях, когда улучшение не может быть достигнуто на протяжении 2 дней, должны быть назначены кортикостероидные глазные капли в зависимости от симптомов, пероральные кортикостероиды либо проведена субтарзальная конъюнктивальная инъекция стероидов или назначено хирургическое лечение. Если симптомы уменьшаются, то кортикостероидные глазные капли следует заменить на такой же препарат с более низкой концентрацией или постепенно уменьшать количество инстилляций и в конечном счете завершить их прием. Если терапия противоаллергическими и иммуносупрессивными глазными каплями продолжается, то длительность ремиссии увеличивается; контрольная терапия проводится только противоаллергическими глазными каплями.

##### 8.6.4. Гигантский папиллярный конъюнктивит

Если причиной заболевания являются контактные линзы, то их использование прекращается, как правило, с целью предотвращения механического раздражения и воздействия антигенов. Терапией выбора являются противоаллергические глазные капли, в тяжелых случаях добавляются кортикостероидные глазные капли. Если возникают частые проблемы при уходе за линзами, необходимо инстиллировать пациентов по их очистке и своевременной смене.

Статья печатается в сокращении.

Takamura E., Uchio E., Ebihara N. et al.

Japanese guidelines for allergic conjunctival diseases 2017.

Allergology International, April 2017.

Volume 66, Issue 2, p. 220-229.

Перевела с англ. Лада Матвеева



**ЛІКУВАННЯ ЧУТЛИВИХ ДО СТЕРОЇДІВ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАПАЛЬНИХ ТА АЛЕРГІЧНИХ СТАНІВ ОКА**

від 18+ років

# Медексол

**Дексаметазон** 1 мг/мл 10 мл



Кортикостероїди

Дексаметазон є одним з найбільш сильніючих протизапальних засобів\*

Пригнічують циклооксигеназу та цитокіни

Кортикостероїди

**Застосування:**

- При тяжкому або гострому запаленні по 1-2 краплі у кон'юнктивальний мішок ураженого ока (очей) кожні 30-60 хвилин як початкова терапія. У разі позитивного ефекту дозу слід зменшити до 1-2 крапель у кожні 2-4 години.
- Далі дозу можна зменшити до 1 краплі 3-4 рази на день, коли цього достатньо, щоб контролювати запалення.
- При хронічних запаленнях доза становить 1-2 краплі кожні 3-6 годин.
- При алергії або незначному запаленні доза становить 1-2 краплі кожні 3-4 години.

**Не слід припиняти терапію передчасно. Рекомендується постійно контролювати внутрішньоочний тиск.**

\* МЕДЕКСОЛ. Показання. Лікування чутливих до стероїдів неінфекційних запальних та алергічних станів кон'юнктиви, роговиці та переднього сегмента ока, включаючи реакції запалення у післяопераційному періоді. Протипоказання. Підвищена чутливість до дексаметазону або до будь-якого з компонентів препарату. Гострий поверхневий кератит, спричинений herpes simplex, коров'яча та вітряна віспа, інші віруси заворушення роговиці та кон'юнктиви; неспецифічна бактеріальна інфекція ока; мікобактеріальна інфекція ока, які спричинені, в тому числі, кислотостійкими бактеріями, такими як Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium terrae або Mycobacterium chelonae. Побічні реакції. Додаткове: Офтальмологічне порушення: Часте ушкодження роговиці, біль в очах. Нечасто: подразнення очей. Різдко: перфорація роговиці, субтальплярна катаракта, глаукома, порушення поля зору, зниження гостроти зору, провали алергії з локалізацією в оці, свербіж очей. Застосування у період вагітності або годування груддю. В період вагітності застосування препарату Медексол можливе тільки у випадку, коли очікувана користь для матері перевищує потенційний ризик для плода. На період годування груддю слід припинити лікування. Категорія видалення. За рецептом. Виробник: К.О. Фронтари Компані С.П.Б., Україна. Завдання: «ФОРД МЕДІЦИН ПЛІМЕТЛ». ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2014 р. №636. Реєстраційне посвідчення №ЦД/13862/01/01. ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України №914 від 21.09.2015 р. Реєстраційне посвідчення №ЦД/14645/01/01. Інформація надана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики. Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

За додатковою інформацією звертайтеся за тел.: (044) 495 25 30 / e-mail: info@wm-ophthalmics.com.ua