ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ ГБОУ ВПО КРАСГМУ ИМ. ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО МЗ И СР РФ

Кафедра офтальмологии имени профессора М.А. Дмитриева с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Аллергические конъюнктивиты

Выполнила: Ивченко Е.А.

Ординатор 1 года обучения

Проверила: ассистент кафедры

Балашова П.М.

Г. Красноярск 2023 год

Содержание

Ведение…………………………………………………………………………….3

Патогенез…………………………………………………………………………..4

Эпидемиология заболевания…………………………………………………..5-6

Классификация……………………………………………………………...…….7

Симптоматика……………………………………………………………………..8

Сезонный аллергический конъюнктивит………………………………………..9

Круглогодичный аллергический конъюнктив…..……………………………..10

Лекарственный аллергический конъюнктивит…..………………………...…..11

Контактный аллергический конъюнктивит…..………………………........…..12

Аллергический конъюнктивит при ношении контактных линз……..…...…..13

Гигантский папиллярный конъюнктивит……..….......................................…..14

Весенний кератоконъюнктивит……..….......................................................…..15

Диагностика аллергического конъюнктивита……..…...........................…..16-17

Лечение и профилактика…………………………………………………….18-20

Список литературы……………………………………………………..………..21

Введение

 **Аллергический конъюнктивит (АК)** – заболевание, в основе которого лежит аллергическая реакция, характеризующаяся наличием воспаления конъюнктивы в ответ на воздействие аллергенов окружающей среды и клинически проявляющееся зудом, слезотечением, гиперемией и отеком конъюнктивы, ощущением «инородного тела в глазах», светобоязнью и отеком век.

 Первым клиническим описанием аллергии следует считать доклад D. Bostock «Случаи периодического повреждения глаз и грудной клетки», сделанный 16 марта 1819 г. в Королевском обществе медиков и хирургов в Лондоне. Этот первый официальный доклад включал описание аллергических поражений глаз. В нем Джон Босток изложил историю своей собственной болезни, которую назвал «сенной лихорадкой», перечислил симптомы заболевания и отметил, что они повторялись каждое лето после нахождения в поле рядом со скошенной травой.

 Аллергические конъюнктивиты относятся к числу широко распространенных заболеваний, встречаются практически во всех странах мира и поражают от 15 до 20 % лиц всех возрастов. Аллергический конъюнктивит не относится к числу тяжелых заболеваний, однако он является причиной существенного снижения качества жизни больных. Симптомы АК могут быть выражены настолько, что мешают работе и нарушают сон. Кроме этого, важность проблемы аллергического конъюнктивита обусловлена тем, что в 40–60% аллергического конъюнктивита тесно связан с такими заболеваниями, как аллергический ринит, бронхиальная астма, атопический дерматит. А также следует отметить, что у пациентов с аллергическим конъюнктивитом может отмечаться поражение и других отделов глаза (блефарит, дерматит век, кератит, ирит, иридоциклит, увеит, ретинит, неврит зрительного нерва).

Патогенез

Глаза часто подвергаются воздействию различных аллергенов в силу анатомического расположения. Повышенная чувствительность чаще всего проявляется в воспалительной реакции конъюнктивы (аллергический конъюнктивит), но поражаться могут любые отделы глаза, и тогда развиваются аллергический дерматит век, аллергический блефарит, конъюнктивит, кератит, ирит, иридоциклит, ретинит, неврит зрительного нерва.
Глаза могут быть местом развития аллергической реакции при многих системных иммунологических расстройствах, таких как ринит, астма, атопический дерматит; причем поражение глаз нередко бывает наиболее драматичным проявлением болезни.

Эпидемиология

Исследования последних лет указывают на гиподиагностику аллергических заболеваний глаз. Истинная распространенность аллергического конъюнктивита явно недооценивается, из-за того, что большая часть людей, страдающих аллергическим конъюнктивитом, не обращаются за медицинской помощью, тем не менее, по эпидемиологическим данным около 15–20% населения западных стран и около 120 миллионов всего населения Соединенных Штатов Америки (США) страдает аллергическими заболеваниями глаз.

Анализ недавно проведенного в США исследования NHANES III (Third National Health and Nutrition Examination Survey) показал, что такие симптомы, как эпизоды слезотечения, зуда глаз беспокоят 40% взрослой популяции, причем показатели распространенности подобных симптомов с возрастом достоверно не менялись. Следует отметить, что одним из факторов, располагающих к возникновению у 1/5 больных глазных, назальных или риноконъюнктивальных симптомов, по данным опроса являлся контакт с кошкой; другими провоцирующими факторами выступали домашняя пыль и пыльца.

При сравнении распространенности аллергических заболеваний в двух близко расположенных друг от друга городах России (Светогорск) и Финляндии (Иматра) было установлено, что среди детей в возрасте 7–16 лет аллергическим конъюнктивитом страдают 3,2% и 4,7% школьников соответственно, причем у российских детей выраженность клинических проявлений аллергии протекала тяжелее.

В подавляющем большинстве случаев в практике врач-аллерголог сталкивается с сезонным и круглогодичным аллергическим конъюнктивитом, на долю которых приходится не менее 95% всех аллергических заболеваний глаз. Причем сезонным аллергическим конъюнктивитом страдают 90%, а круглогодичным АК – 5% больных. Приблизительно у 60% больных аллергическим ринитом отмечаются проявления и аллергического конъюнктивита за счет наличия нейрональных связей между слизистой оболочкой носа и конъюнктивой, 8 которые обусловливают рефлекторное взаимовлияние этих органов друг на друга.

Расходы на лечение аллергических заболеваний глаз в Америке за последнее десятилетие более 200 миллионов долларов. При этом имеется тенденция к повышению денежных затрат на ~25% ежегодно.

За последние 30 лет отмечается рост распространенности всех аллергических заболеваний, в том числе аллергического конъюнктивита. Существует несколько гипотез, объясняющих этот рост: экологическая, гигиеническая, генетическая. Факторы окружающей среды играют важную роль в развитии аллергического конъюнктивита, о чем свидетельствуют результаты эпидемиологических исследований, проведенные в различных странах. Так, например, в Западной Германии аллергические заболевания встречались чаще, чем в бывшей Восточной Германии, равно как и в Швеции, по сравнению с Эстонией. В Африканских странах аллергические болезни редко встречаются в сельской местности, однако их частота увеличивается при миграции сельских жителей в города. Уровень заболеваемости аллергическим конъюнктивитом городских жителей несколько выше по сравнению с сельским населением. Суть гигиенической гипотезы заключается в том, что контакт с бактериальными агентами, наблюдающийся в период новорожденности, предупреждает последующее развитие аллергии, так как бактериальные токсины индуцируют Тh-1 иммунный ответ. Ранняя иммунизация, широкое применение антибиотиков, высокий социальный уровень населения развитых стран привели к сокращению инфекционных контактов у детей, тем самым создавая условия для девиации в сторону Тh-2 иммунного ответа, который определяет развитие аллергических реакций.

Считается, что аллергия развивается в 50% случаев, если оба родителя страдают аллергическими заболеваниями, в 25% если болен аллергией один из родителей и в 12,5%, если у родителей нет аллергии. На показатели распространенности пыльцевой аллергии существенное влияние оказывают климато-географические условия, определяющие время, продолжительность, интенсивность цветения вызывающих аллергию растений 9 и содержание пыльцы в атмосферном воздухе. Экологические особенности (промышленные, химические загрязнители за счет различных механизмов усиливают как процесс сенсибилизации, так и клиническую реализацию пыльцевой аллергии).

Наивысшая заболеваемость поллинозом отмечается в Северо-Кавказском, Поволжском и Уральском регионах РФ, а также в Краснодарском и Ставропольском краях, Ростовской области. По данным Н.И. Ильиной и С.А. Польнер, заболеваемость риноконъюнктивитами в среднем по России составляет от 12,7 до 24%.

Классификация

**Сезонный аллергический конъюнктивит** - развивается при сенсибилизации к пыльцевым (пыльца деревьев, злаковых, сорных трав и др.) и грибковым (споры грибов Cladosporium, Penicillium, Alternaria и др.) аллергенам. Характеризуется сезонностью клинических проявлений, совпадающей с периодом пыления причинно-значимых аллергенов.

**Круглогодичный аллергический конъюнктивит** - развивается при сенсибилизации к аллергенам домашней пыли, клещам домашней пыли, библиотечной пыли, шерсти, перхоти, слюне животных, пуху и перу птиц, библиотечной пыли, плесневым грибам, пищевым аллергенам, инсектным, профессиональным и другим аллергенам. Характеризуется отсутствием сезонности и круглогодичным течением.

**Классификация АК по механизмам развития**.

По механизмам развития, по аналогии с механизмами развития аллергической реакции, выделяют:

IgE-обусловленные аллергические конъюнктивиты, к которым относятся острый аллергический конъюнктивит, сезонный аллергический конъюнктивит и круглогодичный аллергический конъюнктивит.

Смешанные – IgE-и клеточно (Th2) обусловленные аллергические конъюнктивиты. К ним относятся гигантский сосочковый конъюнктивит (ГСК), весенний кератоконъюнктивит (ВКК), aтопический кератоконъюнктивит (AKК)

Не-IgE-обусловленный - дерматоконъюнктивит/Аллергический контактный конъюнктивит

Симптомы

отёк век,

отёк и гиперемия конъюнктивы,

светобоязнь,

слезотечение,

покраснение белка глаза.

При аллергическом конъюнктивите пациенты, как правило, испытывают сильный зуд глаз, иногда боль в глазах, часто возникает незначительный отек век. При переходе в хроническую форму сохраняются только такие симптомы, как зуд и раздражение глаз.

Сезонный аллергический конъюнктивит

Существует 3 основных вида растений, пыльца которых вызывает аллергию: деревья, злаковые и сорные травы. В средней полосе и Европейской части России отмечаются три периода течения поллиноза, основным проявлением которого является аллергический риноконъюнктивит. Весенний – с середины апреля до конца мая – связан с пылением деревьев, в основном ольхи, орешника, березы, тополя и сосны. Летний – с начала июня до конца июля – вызывается пыльцой луговых злаковых трав: тимофеевка, овсяница, ежа, мятлик, лисохвост, пырей, костер. Третий пик манифестации симптомов АК, обусловленного пыльцевыми аллергенами, – летне-осенний – июль - сентябрь связан с цветением сорных трав: сложноцветных и маревых (полынь, 12 лебеда, крапива). В Краснодарском и Ставропольском краях третий пик является основным и обусловлен цветением амброзии.

Для сезонного аллергического конъюнктивита характерно острое начало, интенсивное течение и сочетание с аллергическим ринитом. Тяжесть сезонного обострения заболевания зависит от концентрации пыльцы в воздухе, длительности пыльцевого сезона, степени индивидуальной чувствительности. Наибольшее беспокойство больным сезонным аллергическим конъюнктивитом доставляют зуд, слезотечение, гиперемия и отек конъюнктивы. Растирание глаз усиливает симптомы. Конъюнктива инъецирована и отечна, в наиболее тяжелых случаях из-за отека глаз может быть закрыт. Зуд при аллергическом конъюнктивите индуцируется гистамином. Гиперемия обусловлена гистамином и другими медиаторами (простагландин D2, TNFα, LTs, FAT, триптаза и др.) Слезотечение при аллергическом конъюнктивите может быть обусловлено спазмом гладких мышц слезовыводящих путей и гиперсекрецией слезной жидкости под влиянием медиаторов аллергии.

Круглогодичный аллергический конъюнктивит

Большинство случаев круглогодичного аллергического конъюнктивита у пациентов, проживающих в средней полосе РФ, являются следствием сенсибилизации аэроаллергенами жилых помещений. К ним относятся: аллергены клещей домашней пыли (семейства Pyroglyphidae: Dermatophagoides pteronissmus, farinae и microceras, Euroglyphus), эпидермальные аллергены домашних животных (прежде всего кошек и собак), аллергены насекомых (тараканов) и аллергены плесневых грибов.

Для круглогодичного аллергического конъюнктивита характерно подострое течение с невыраженными клиническими проявлениями и сочетание с другими аллергическими заболеваниями – аллергическим ринитом, бронхиальной астмой и/или атопическим дерматитом. При круглогодичном аллергическом конъюнктивите чаще отмечается умеренное жжение глаз, незначительное отделяемое, периодически возникающий зуд век.

Лекарственный аллергический конъюнктивит

Частота и тяжесть лекарственных аллергических конъюнктивитов, обусловленных лекарственной терапией, непрерывно возрастают. Заболевание может возникнуть остро при повторном применении медикаментов, реже – при длительном первичном курсе, причем в 30% случаев возникновение лекарственных конъюнктивитов связывают с реакциями на консерванты, содержащиеся в глазных каплях.

Острая реакция возникает в течение 20–60 мин после введения препарата (острый лекарственный конъюнктивит, редко – анафилактический шок, острая крапивница, ангиоотек, системный капилляротоксикоз и др.). Отсроченная реакция развивается в течение суток. Реакция замедленного типа проявляется в течение нескольких дней или недель, обычно при длительном местном применении лекарственных средств. Глазные реакции последнего типа встречаются наиболее часто (90%) и имеют хронический характер. Один и тот же лекарственный препарат у разных больных может вызвать неодинаковые 16 проявления. Вместе с тем различные препараты могут вызвать схожую клиническую картину лекарственной аллергии.

Наиболее частые причины лекарственного аллергического конъюнктивита – аллергия на сульфаниламиды (альбуцид), аминогликозиды (неомицин, гентамицин), местные анестетики (лидокаин). Кроме действующих веществ, офтальмологические препараты содержат ряд вспомогательных веществ, в том числе – бензалкониум хлорид, хлорбутанол, хлоргексидин, этилендиаминтетраацетат (ЭДТА) и соли ртути, обладающие сенсибилизирующими свойствами. Описаны случаи развития лекарственной непереносимости при длительном применении глазных капель, содержащих атропин, хлорамфеникол, пилокарпин. В отличие от осложнений медикаментозной терапии неаллергического характера развитие лекарственной аллергии всегда опосредовано иммунными механизмами.

Для лекарственного аллергического конъюнктивита характерно отечность и припухлость век. Выраженное слезотечение, зуд, возможны кровоизлияния. При осмотре конъюнктивы выявляется фолликулярная реакция, а при окрашивании роговицы – точечная кератопатия. Диагноз обычно подтверждается достаточно четкой причинно-следственной связью между использованием лекарственных препаратов и возникновением конъюнктивита.

Контактный аллергический конъюнктивит

Контактный аллергический конъюнктивит характеризуется развитием воспалительной реакции конъюнктивы при воздействии веществ, способных вызывать специфическую аллергическую реакцию, возникающую после непосредственного контакта конъюнктивы или века с каким-либо аллергеном.

Тонкая (0,55 мм) кожа век подвержена развитию контактного дерматита, вызванного как неспецифическим раздражением, так и посредством иммунных механизмов. Одновременное поражение конъюнктивы и века приводит к развитию дерматоконъюнктивита.

Развитие контактного аллергического конъюнктивита возможно при аллергии на косметические средства по уходу за глазами (тени для век, подводка для глаз, тушь, искусственные ресницы, краска для ресниц, крем для кожи вокруг глаз и т. д.), распыляемые в воздухе косметические средства (спреи для волос) и другие летучие субстанции. Для контактного аллергического конъюнктивита характерно длительное упорное течение, сочетание с поражением других отделов глаза (дерматит век, блефарит, кератит).

Аллергический конъюнктивит при ношении контактных линз

Необходимо выделять простое раздражающее действие контактных линз на конъюнктиву и аллергическую реакцию, развивающуюся на материал, из которого изготовлены контактные линзы и/или средства по уходу за линзами. Тимерозал, входящий в состав таких растворов, вызывает классический контактный дерматит с иммунной реакцией клеточного типа. Также в состав растворов для хранения линз могут входить бактериостатики (метилпарабен, хлорбутанол, хлоргексидин), папаин и ЭДТА, способные вызывать как токсические, так и иммунные реакции. К основным клиническим проявлениям относятся: раздражение глаз, светобоязнь, слезотечение, жжение, зуд, дискомфорт при вставлении линзы.

Гигантский папиллярный конъюнктивит

Одним из типичных проявлений контактного конъюнктивита можно считать гигантский папиллярный конъюнктивит – хроническое воспалительное заболевание конъюнктивы с образованием крупных плоских сосочков на слизистой верхнего века, находящегося длительное время в 18 контакте с инородным телом (контактные линзы, глазные протезы, наличие швов после экстракции катаракты или кератопластики, стягивающих склеральный пломб). Описаны случаи развития гигантского папиллярного конъюнктивита, связанного с возникновением рубцовых изменений на конъюнктиве, как осложнение после перенесенного синдрома Лайелла. Выявлено, что гигантский папиллярный конъюнктивит развивается у 5-10% больных при постоянном ношении мягких контактных линз и у 3%, носивших жесткие контактные линзы. Заболевание возникает в любом возрасте, связано с фактором раздражения. В настоящее время гигантский папиллярный конъюнктивит в большей степени рассматривается как результат микротравмы, а не собственно иммунологически опосредованной болезни. Типичными являются жалобы на чувство инородного тела, незначительный зуд, жжение, ухудшение зрения, светобоязнь, слизистое отделяемое из глаз. В тяжелых случаях иногда появляется птоз верхнего века. Возможно наличие хронической васкуляризации лимба, связанной с гипоксией от длительного ношения линз.

Весенний кератоконъюнктивит

(весенний катар, вернальный кератоконъюнктивит) – воспалительное сезонное заболевание, при котором поражаются как конъюнктива, так и роговица. Данное заболевание стоит рассматривать как особую форму аллергического конъюнктивита, поскольку его развитие обусловлено аллергическими реакциями замедленного типа при повышенной чувствительности к УФ-лучам. Более 90% пациентов с ВКК страдают и другими аллергическими заболеваниями (атопический дерматит, бронхиальная астма, сезонный аллергический ринит и т. д.).

Заболевание впервые начинается весной с появлением характерных симптомов в виде резко выраженного зуда, постоянного ощущения инородного тела, густого, вязкого слизистого отделяемого, выраженной светобоязни, гиперемии конъюнктивы, блефароспазма. Типичной является повышенная чувствительность к ультрафиолетовым лучам. Обычно выделяют две формы заболевания: пальпебральная и лимбальная. При пальпебральной форме гигантские сосочки располагаются на верхней тарзальной конъюнктиве (хорошо заметно при вывороте верхнего века) и визуально напоминают «булыжную мостовую». В случае лимбальной формы сосочки преимущественно расположены на лимбе, имея при этом гелеобразный вид. Часто их появление сочетается с белыми пятнами (точки Горнера–Трантаса). Некоторые специалисты рассматривают и третью форму – смешанную. Обычно отмечается двустороннее воспаление конъюнктивы. Нередко при ВКК поражается роговица, развиваются эпителиопатия, эрозия или язва роговицы, кератит, гиперкератоз. У больных ВКК, как правило, отсутствует поражение кожи век.

Диагностика аллергического конъюнктивита

1. Сборе анамнеза, который имеет первостепенное значение в диагностике аллергического конъюнктивита: наличие аллергических заболеваний в семье или у самого пациента, связь симптомов с определенным временем года, контактом с животными или нахождением в определенных помещениях; все это помогает предположить аллергическую природу конъюнктивита.
2. Типичной клинической картине заболевания, выявляемой при осмотре. Целесообразно проведение офтальмоскопии. Для оценки глазных симптомов разработана шкала Total Ocular Symptom Score (TOSS), включающая такие критерии, как гиперемия, зуд и слезотечение. Известно, что степень выраженности этих симптомов, изолированно или в сочетании с назальными, может сильно различаться среди больных аллергией. Возможно, это связано с недооценкой такой связи в эпидемиологических исследованиях, более 22 мощными механизмами очищения конъюнктивальной оболочки или же меньшим контактом глаз с аллергеном.
3. Проведении специфической аллергологической диагностики, включающей постановку кожных проб с аллергенами, определение специфических IgE-антител, проведение конъюнктивального провокационного теста со специфическими аллергенами. Все эти методы специальной диагностики проводятся врачами-аллергологами-иммунологами в специально-оборудованных аллергологических кабинетах. Кожные пробы проводятся в фазу ремиссии аллергического заболевания, после отмены ангигистаминных препаратов и являются уникальным инструментом выявления причинно-значимых аллергенов, при условии правильного выполнения и оценки результатов. При невозможности проведения кожного тестирования, трудностях интерпретации последнего, а также в случаях, когда не удается выявить «виновный» аллерген с помощью кожных проб, используют определение специфических IgE в сыворотке крови больных. Основными методами определения общего и специфического IgE в практике клинико - диагностических лабораторий являются радиоизотопный, хемилюминесцентный и иммуноферментный.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНЪЮНКТИВИТА

Лечение аллергического конъюнктивита осуществляется по тем же принципам, что и терапия других аллергических заболеваний. Обязательным условием выбора тактики лечения остается индивидуальный подход к каждому больному, учитывающий клинические особенности формы и тяжести патологии, а также социальные, поведенческие и психологические аспекты, являющиеся существенными для данного пациента.

Современные принципы выбора комплекса лечебных мер основаны на анализе действия того или другого метода терапии и на адекватности этого метода форме, тяжести и течению аллергического конъюнктивита [3].

Существуют следующие основные виды терапии аллергического конъюнктивита:

* предупреждение контакта с аллергеном;
* фармакотерапия;
* аллерген-специфическая иммунотерапия;
* обучение пациента.

|  |
| --- |
| Исключение/уменьшение контакта с аллергеном |
| Холодный компресс |
| Препараты искусственной слезы |
| Топические препараты | Антигистаминные | Олопатадина гидрохлорид 0,1% (Опатанол), азаластин (Аллергодил) глазные капли |
| Деконгестанты | Тетриазолин (Визин, Октилия), назолин глазные капли |
| Другие противоаллергические препараты | Кетотифен (Задитен 0,025%) глазные капли |
| Стабилизаторы мембраны тучных клеток | Кромоглициевая кислота (Кромогексал, Лекролин, Хай-кром) |
| Кортикостероиды | Гидрокортизоновая глазная мазь 0,1%, преднизолоновая глазная мазь, ОфтанДексаметазон, дексаметазоновая глазная мазь (Максидекс), Пренацид |
| Пероральные препараты | Антигистаминные | Цетиризина гидрохлорид (Зиртек), дезлоратидин (Эриус), фексофенадина гидрохлорид (Телфаст), лоратадин (Кларитин), левоцитиризин (Ксизал) |
| Назальные (при сопутствующем аллергическом рените) | Кортикостероиды | Флутиказона дипропионат (Фликсоназа), флутиказона фуроат (Авамис), моментазон фуроат (Назонекс), будесонид (Тафен), беклометазон дипропонат (Насобек, Ринокленил, Альдецин, Беконазе) |
| Антигистаминные | Азеластин (Аллергодил) – назальный спрей |
| Сублигвально/подкожно | Аллергенспецифическая иммунотерапия |  |

Профилактические меры уменьшают частоту и выраженность обострений аллергического конъюнктивита, предотвращают появление других аллергических заболеваний.

В профилактические мероприятия входит:

Первичная профилактика направлена на предупреждение развития аллергического конъюнктивита, которая, в первую очередь включает:

- формирование у пациентов грамотного отношения к причинам и механизмам развития заболевания на основе широкой информации об особенностях развития аллергического конъюнктивита, возможных этиологических и провоцирующих факторах;

- необходимость проведения элиминационных мероприятий;

- обязательное выполнение назначений врача.

Вторичная профилактика – профилактика обострения аллергического конъюнктивита у тех лиц, которые страдают аллергией, которая включает:

- тщательно собирать и анализировать аллергологический, фармакологический и пищевой анамнез;

- не назначать лекарственные препараты, изготовленные или содержащие растительное сырье у пациентов с сезонным аллергическим конъюнктивитом, обусловленным сенсибилизацией к пыльце растений;

- уточнять синонимы лекарств, поскольку лекарственный препарат, производимый разными фирмами, может иметь разные торговые названия;

- не использовать косметические средства, содержащие растительное сырье;

- не употреблять пищевые продукты растительного происхождения, имеющие перекрестные реакции с причинно-значимыми пыльцевыми или грибковыми аллергенами.

Третичная профилактика важна для лиц, перенесших тяжелые, осложненные проявления аллергического конъюнктивита, и включает разработку мероприятий по долговременному контролю над симптомами заболевания:

- постоянное наблюдение у аллерголога-иммунолога;

- консультации окулиста;

- наличие у больного письменного плана лечения;

- обучение и тренинг пациентов, в т.ч. в аллергошколах.

Список литературы

1. Аллергология и иммунология. Национальное руководство/ Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 656 с
2. Аллергология. Клинические рекомендации / Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. –256 с
3. Клиническая аллергология и иммунология: руководство для практикующих врачей / под ред. Л. А. Горячкиной, К.П. Кашкина. – М.: Миклош, 2009 – 430с.
4. Терехова Е.П. Аллергический конъюнктивит: учебное пособие / Е.П. Терехова; ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2014. – 49 с. ISBN 978-5-7249-2164-0.
5. Майчук Ю.Ф., Ковалевская М.А., Бржеский В.В. и соавт. Синдром «красного глаза». Практическое руководство для врачей-офтальмологов. М:. – 2010. – С. 82-83