

## РАЗДЕЛ 5. ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Не забывай о том, что от болезни лучшая защита – лечить болезнь, пока она сокрыта.*

*Авиценна*

Современная медицина еще не научилась излечивать аллергические заболевания. Этого мы достигнем только тогда, когда, во-первых, значительно лучше будем понимать патогенез АЗ. Во-вторых, скорее всего излечение АЗ лежит в плоскости генной терапии, которая пока проходит период становления. Сегодня же мы можем говорить лишь о возможности достижения длительной (путем применения специфических методов лечения) или краткосрочной (путем фармакотерапии) ремиссии АЗ.

Как указывает официальный документ Всемирной организации здравоохранения, лечение АЗ должно включать 4 основных направления:

- 1. Обучение больных.*
- 2. Элиминационную терапию.*
- 3. Фармакотерапию.*
- 4. Аллерговакцинацию.*

*Обучение и сотрудничество с больными.* Следует признать, что наши врачи традиционно недооценивают важность обучения больных. Как указывает академик А.Г. Чучалин, средства, которые вкладываются в образовательные программы для больных, окупаются многократно. Безусловно, определенная индивидуальная образовательная работа проводится врачами во время осмотра больного, назначения ему лечения. Однако эффективность такой работы является низкой, тогда как коллективная образовательная программа лучше воспринимается, этому также способствует позитивный пример других больных.

Обучение больных с АЗ следует проводить путем:

- 1) коллективных занятий (например, известные школы больных БА);*
- 2) популярных передач на радио, телевидении;*

*3) публикаций в доступной прессе.*

Содержание основных образовательных мероприятий при АЗ, на наш взгляд, должно включать:

- а) меры по элиминации аллергенов;*
- б) конкретные вопросы фармакотерапии;*
- в) режим при проведении СИТ;*
- г) контроль функции внешнего дыхания (ФВД) для больных астмой.*

Говоря об элиминационной терапии (по сути, это профилактика заболевания или его обострения), следует иметь в виду как широкие государственные мероприятия по снижению влияния естественных и искусственных источников сенсибилизации человека, так и конкретные мероприятия. Сведения о некоторых конкретных мерах профилактики изложим в разделах об отдельных формах АЗ. На наш взгляд, ее реально могут осуществить только сами больные. Поэтому обучение, хороший контакт с больными (комплаенс) могут реально способствовать улучшению прогноза болезни.

*Сущность фармакотерапии АЗ* необходимо разъяснять больным не только для того, чтобы они понимали механизм действия назначаемых им препаратов и их побочные действия, но и чтобы не преувеличивали (как это нередко имеет место в отношении ингаляционных препаратов) и не преуменьшали их опасность.

Больные должны представлять себе основные принципы фармакоэкономики, в том числе и то, что далеко не всегда более дешевое лекарство является экономически более выгодным.

Умение больных использовать пикфлоуметры для контроля за ФВД является весьма важным. Это необходимо постоянно разъяснять больным БА, работать индивидуально и в группах, обучая пользованию устройством, приему бета-2-агонистов на основании его показаний.

Сейчас постоянно используется термин «качество жизни». Его не всегда понимают не только больные, но и врачи. Вместе с тем мы считаем необходимым вводить этот термин в постоянный обиход, ибо среди большинства больных существует непонимание конечных результатов, к которым может привести лечение. Для большинства из них существуют лишь такие результаты лечения, как выздоровление и ухудшение/улучшение. Вместе с тем при многих заболеваниях (в аллергологии — практически при всех) реально достижимая ситуация — это сохранение достойного уровня качества жизни.

*ВОЗ рекомендует определять качество жизни как индивидуальное соотношение своего состояния в обществе в контексте существующих систем ценностей общества и индивидуума, его планов, возможностей, сте-*

пени общего дискомфорта. Другими словами, качество жизни — степень комфортности человека как в себе, так и в обществе. Ниже приведены основные параметры понятия качества жизни.

### Основные критерии качества жизни (в соответствии с определением ВОЗ, 1995)

Критерии	Основные параметры качества жизни
Физические	Сила, энергия, утомляемость, боль, дискомфорт, сон, отдых
Психологические	Позитивные эмоции, мышление, память, язык, концентрация
Уровень	Повседневная активность, трудоспособность, зависимость от лекарств и лечения
Общественная жизнь	Личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта
Окружающая среда	Благосостояние, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи и соц-обеспечения, доступность информации, возможность получения образования, отдых, экология (поллютанты, шум, населенность, климат)
Духовность	Религия, личные убеждения

Если врачам оценка качества жизни позволяет взглянуть «над болезнью», то для больных она является возможностью сосредоточиться на положительных аспектах жизни.

*Элиминационная терапия.* Теоретически это наиболее простой и эффективный способ лечения АЗ. На практике же должного эффекта элиминации (т.е. предотвращения контакта пациента с причинным аллергеном) достичь почти никогда не удастся. Действительно, как устранить влияние факторов пыльцы, бытовых, эпидермальных, пищевых и других повсеместно распространенных агентов? И тем не менее их воздействие следует минимизировать, прежде всего создав определенную мотивацию у пациента. В последующих разделах, посвященных отдельным формам АЗ, мы расскажем о конкретных методах элиминационной терапии, а здесь приведем некоторые сведения об элиминационных мероприятиях при вероятном рождении ребенка с атопией.

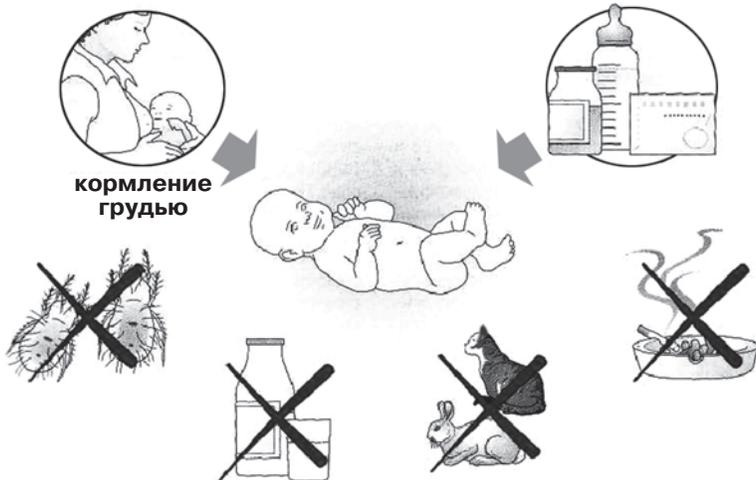
К таким мероприятиям относится ограничение или, в тяжелых случаях, исключение высокоаллергенных продуктов из рациона беременной. Желудочно-кишечный тракт — главные входные ворота для аллергенов, проникающих к плоду. Формирование повышенной чувствительности происходит при определенной зрелости иммунной системы плода (это примерно 22-я неделя внутриутробного разви-

тия). То есть именно с этого времени ограничение аллергенов в пище оправданно.

К профилактике аллергических реакций следует отнести и ограничение возможного контакта с другими аллергенами: препаратами бытовой химии, новыми косметическими средствами и пр.

Если женщина страдает аллергическими заболеваниями, ей придется исключить из рациона целые группы продуктов (см. раздел «Пищевая аллергия»).

Следует подчеркнуть, что для беременной и кормящей женщины абсолютно недопустимым является курение (как активное, так и пассивное). Известны факты, подтверждающие, что курение матери во время беременности влияет на развитие легких плода, приводит к внутриутробной задержке его роста. Курение матери — одна из причин стресса плода. После одной выкуренной сигареты на 20–30 минут наступает спазм сосудов матки и нарушается поступление кислорода и питательных веществ к плоду. У детей курящих матерей повышается вероятность (помимо других тяжелых заболеваний) развития атопического (аллергического) дерматита и бронхиальной астмы.

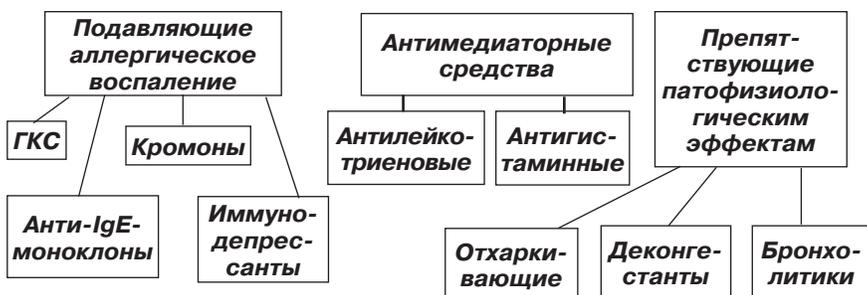


**Рисунок 2. Профилактика аллергических заболеваний у новорожденных детей**

Во время беременности не следует заводить домашних животных, рекомендуется почаще проветривать квартиру, ежедневно делать влажную уборку, не реже раза в неделю пылесосить ковры и мягкую мебель, выбивать и просушивать подушки. И еще одно важное замечание: груд-

ное молоко — наиболее подходящий продукт для питания детей первых месяцев жизни. Оно имеет необходимую температуру, не требует времени для приготовления, не содержит бактерий и аллергенов, легко усваивается, в его состав входят ферменты для собственного переваривания. Раннее (до 4 месяцев) прекращение грудного вскармливания увеличивает частоту аллергических реакций в несколько раз.

**Фармакотерапия АЗ.** Можно считать, что условно основные фармакотерапевтические средства для лечения АЗ подразделяются на группы (рис. 3).



**Рисунок 3. Основные средства фармакотерапии АЗ**

Примечание: ГКС — глюкокортикостероидные гормоны.

Естественно, при лечении АЗ применяются и некоторые другие лекарственные препараты, однако все они в этом смысле имеют меньшее или дискуссионное значение.

Ниже мы постараемся в доступной форме охарактеризовать основные препараты, применяемые для лечения АЗ.

Начать необходимо с препаратов, воздействующих на аллергическое воспаление, лежащее в основе поражения слизистых оболочек (носа, бронхов соответственно при аллергическом рините, БА), кожи — при АЗ с кожными проявлениями, сосудов (анафилактический шок). Среди этих средств наибольшую эффективность имеют глюкокортикостероидные гормональные препараты, в значительно меньшей мере — кромоны.

ГКС обладают мощным противовоспалительным эффектом, обусловленным сочетанным действием на многие клетки, участвующие в аллергическом воспалении, а также на выделяемые ими медиаторы. Достаточно давно с целью лечения астмы применялись таблетированные ГКС, а при аллергических дерматитах — мази, содержащие ГКС. Говоря

об этих таблетках, нужно отметить, с одной стороны, их недостаточную эффективность, поскольку действие препарата распространялось на весь организм и только отчасти — на бронхи. С другой стороны, именно действием таблетированных ГКС на все органы и системы организма объяснялась высокая частота побочного действия этих препаратов.

Что касается мазей, содержащих ГКС, то они применяются и поныне, постоянно совершенствуются, однако имеют, помимо положительного действия на кожные проявления АЗ, и отрицательное действие. По силе действия в настоящее время выделяют 4 класса местных ГКС: к 1-му классу относятся местные ГКС слабого действия (гидрокортизон, преднизолон и пр.); к 2-му классу — местные ГКС умеренной силы действия (гидрокортизона бутират, флуметазона пивалат и пр.); к 3-му классу — местные ГКС с сильным локальным действием (мометазона фураат, метилпреднизолона ацепонат, флуоцинолона ацетонид и пр.), а к 4-му классу — очень сильные по действию местные ГКС (клобетазона пропионат). Принципиально важным является также подразделение местных ГКС на фторированные и нефторированные, поскольку именно фторированные молекулы ГКС обуславливают более частое развитие побочных эффектов этой группы лекарственных средств.

Местная терапия ГКС является неотъемлемой частью комплексного лечения аллергодерматозов и направлена на устранение острых и подострых проявлений аллергии (экссудация, инфильтрация и пр.), зуда, восстановление поврежденного эпителия и пр.

В последние десятилетия «революцию» в лечении АЗ произвели топические ГКС, в частности ингаляционные ГКС (ИГКС). Главным, что определяет активность и безопасность ИГКС, является наличие высокой местной противовоспалительной и низкой системной активности. У детей терапия ИГКС позволяет контролировать симптомы БА, уменьшает частоту обострений и количество госпитализаций, повышает качество жизни, улучшает функцию внешнего дыхания, снижает гиперреактивность бронхов и уменьшает бронхоконстрикцию при физической нагрузке. Именно со времени создания этих препаратов врач-аллерголог ответственно может сказать, что разумное применение ИГКС не несет серьезных рисков для здоровья ни взрослого, ни ребенка. Это подтверждено многочисленными доказательными научными исследованиями.

Среди *кромонов* наиболее известны препараты кромолина натрия (наиболее распространенное название — интал) и недокромила натрия (тайлед). Действие этих препаратов направлено на клеточную мембрану тучных клеток, которые активируются после связывания АГ с антите-

лами. В последние годы все шире распространяется пессимизм относительно их эффективности, тем более что ИГКС и неседативные антигистаминные препараты (АгП) превосходят их в эффективности и более удобны для применения.

В определенной степени действующими на аллергическое воспаление можно считать анти-IgE-препараты (то есть действующие на антигенов, участвующие в аллергической реакции). Среди этих препаратов на рынок Украины вскоре попадет препарат ксилар. Пока использование подобных препаратов только начинается, и известно только то, что цена их весьма высока, а применяться они должны в комплексе с другими противоаллергическими средствами.

Более длительный срок для лечения атопического дерматита в Украине применяется препарат элидел, который также имеет свойство подавлять аллергическое воспаление.

Среди препаратов, противодействующих выделению медиаторов аллергии, различают антигистаминные препараты и антилейкотриеновые препараты. Действие гистамина на слизистую оболочку носа обусловлено главным образом его контактом с рецепторами 1-го типа (H1). На предупреждение этого контакта и направлено действие АгП. Они могут уменьшать зуд, чихание, ринорею, появление кожных высыпаний.

К современным АгП в последние годы предъявляется ряд требований, которым не удовлетворяют АгП первого поколения (димедрол, пипольфен, супрастин и др.), поскольку при их применении имеют место:

- кратковременность действия;
- относительно высокие терапевтические дозы и многократность приема в сутки;
- седативное действие и другие эффекты со стороны ЦНС (нарушение координации, головокружение, чувство вялости, снижение концентрации внимания, познавательной функции, что особенно важно для детей);
- стимуляция аппетита, прибавка массы тела;
- дисфункция ЖКТ (сухость во рту, тошнота, рвота, понос или запор, потеря аппетита);
- нарушение зрения;
- нарушение мочеиспускания;
- нарушение ритма сердца, тахикардия;
- тахифилаксия (снижение терапевтической активности препарата при его длительном использовании) и быстрое развитие привыкания к препарату (через 7–12 суток).

Вышеуказанным требованиям удовлетворяют современные, так называемые неседативные АгП, к которым относят телфаст, эриус, цетиризин и ряд других АгП 2-го поколения и (еще лучше) произведенных из метаболитов препаратов 2-го поколения.

Не можем не отметить, что теперь в Украине, особенно для автомобилистов, применение седативных препаратов стало чревато серьезными административными наказаниями. Так, пункт 2.9 Постановления правительства Украины от 01.10.2008 № 876 гласит:

*«Водієві забороняється:*

*<...>*

*б) керувати транспортним засобом у хворобливому стані, у стані стомлення, а також перебуваючи під впливом лікарських препаратів, що знижують швидкість реакції і увагу».*

В последние годы синтезировано 4 группы антилейкотриеновых препаратов, из которых наиболее широкое применение получили антагонисты рецепторов сульфидопептидных лейкотриенов — зафирлукаст, монтелукаст. Показанием для назначения этих препаратов является моно- или сочетанная терапия легкой или среднетяжелой БА, и роль их, соответственно, становится все заметнее. *Примечание:* прием зафирлукаста разрешен детям с 6 лет, монтелукаста — с 7.

*Симптоматические средства*

Наиболее применяемыми с этой целью препаратами (и не только при аллергическом, но и при прочих ринитах) являются *деконгестанты, или назальные сосудосуживающие средства*. К ним относятся препараты группы адреналина, или способствующие выделению норадреналина (эфедрин, псевдоэфедрин, фенилпропаноламин, амфетамин), или те, которые прекращают утилизацию норадреналина. Они способны эффективно восстанавливать носовое дыхание при аллергическом рините. Они, к сожалению, обладают многочисленными побочными действиями (повышение артериального, внутриглазного давления, коронарospазм, нарушение функции почек, гиперплазия простаты), к ним быстро формируются привыкание и зависимость от них. Деконгестанты следует использовать с осторожностью у детей младше 1 года. Поэтому более 10 дней применять такие препараты нельзя!

Наиболее применяемыми при бронхиальной астме являются бронхолитики; при аллергическом рините, полинозе — деконгестанты.

Среди бронхолитиков выделяют препараты короткого действия: *агонисты  $\beta_2$ -адренорецепторов* — сальбутамол (вентолин), тербуталин

фенотерол (беротек) и препараты пролонгированного действия — сальметерол (серевент), формотерол. С этой целью используются также *антихолинэргические препараты* (атровент, SPIRIVA), *препараты теофиллина* (теофиллин, теопек, ретафил), *комбинированные бронходилататоры* (беродуал, комбивент и др.).

Достаточно важным при лечении респираторных АЗ является назначение муколитических препаратов. Широкое применение в нашей стране заслуженно нашли препараты ацетилцистеина (АЦЦ), лазолвана и пр.



**Рисунок 4. Основные системы доставки лекарственных средств в бронхи**

Говоря о ГКС и бронхолитиках, нельзя не сказать о способах их доставки в бронхи, то есть о существующих для этого приспособлениях — ингаляторах.

Эффективность доставки ингаляционных глюкокортикоидов в легкие с помощью различных дозирующих устройств колеблется от 4 до 40 % от исходного количества введенного средства. Поэтому выбор ингалятора так же важен, как и самого препарата.

В настоящее время все шире для снятия приступов БА применяются небулайзеры, в которых используются небулизированные формы ряда бронхолитиков (фенотерола, ипратропия бромида), глюкокортикостероидов, отхаркивающих средств. Существуют ультразвуковые и компрессорные небулайзеры. Все они (в том числе и домашние, индивидуальные) продаются в Украине.

*Специфическая иммунотерапия.* Исходя из современных научных данных, т.е. имея в виду, что клетки иммунной памяти могут существовать в организме человека неопределенно долго, можно считать, что АЗ — это теоретически неизлечимые заболевания. Существующие се-

годня препараты для лечения АЗ могут оказывать главным образом симптоматический эффект, т.е. временно устранять симптомы заболевания. Но они не влияют на причину АЗ и мало влияют на его иммунологический механизм.

Однако все это не означает, что АЗ не нужно лечить. И их лечат, причем довольно эффективно. Достаточно сказать, что известны случаи, когда больные одной из наиболее тяжелых форм АЗ даже выигрывали Олимпийские игры!

Если фармакологический метод включает в себя препараты, действующие на различные проявления АЗ, то «вакцинация против аллергии», или СИТ, базируется на общем свойстве живых организмов вырабатывать толерантность (безразличие, адекватный ответ) на постоянно действующие раздражители. Вспомните о шуме, который так раздражает вас поначалу (в цеху, от работающего радио- или телеприемника) и который через некоторое время становится незаметным.

Вспомните знаменитого Гришку Распутина, который, боясь покушения, принимал малые дозы ядов и выработал у себя невосприимчивость к ним. Наконец обратите внимание на гомеопатию, которая основана на введении малых доз.

Таким образом, СИТ основана на последовательном введении сверхмалых, затем малых и обычных доз аллергенов, которые вызывают у больного аллергические реакции. Так вырабатывается толерантность к соответствующим аллергенам, и клиническая симптоматика АЗ исчезает. Сегодня уже научно найдено много механизмов и доказана эффективность СИТ. Наступает не излечение (мы говорили о том, что иммунная память чрезвычайно долговечна), а ремиссия — затихание клинических проявлений заболевания, которая может продлиться от нескольких месяцев до многих лет (иногда, если СИТ проведена в детстве, — всю жизнь больного).

В специально изданном по этому вопросу официальном документе ВОЗ (WHO Position paper in Allergen Immunotherapy: Therapeutic vaccines for allergic diseases (1997)) указывается, что СИТ имеет ряд существенных достоинств:

- *сохранение длительной (иногда — на десятки лет и даже на всю жизнь) ремиссии после завершения успешных курсов СИТ;*
- *предупреждение расширения спектра АГ, к которым формируется повышенная чувствительность;*
- *предупреждение ухудшения течения заболевания и перехода более легких проявлений аллергии в более тяжелые;*
- *уменьшение потребности в фармакологических препаратах.*

Документ подчеркивает, что только СИТ может «естественным образом изменить течение аллергического заболевания». В нем отмечается, что эффективность СИТ составляет: *при инсектной аллергии — 85–95 %; при поллинозе — 80–90 %; при круглогодичном рините — 70–80 %; при бронхиальной астме — 70–75 %.*

При других формах АЗ положительный эффект СИТ не доказан.

Методу СИТ уже около 100 лет. Первыми его предложили в 1911 г. Л. Нун и Дж. Фримен. Необходимо отметить, что одним из первых стал разрабатывать аллергенные вакцины наш соотечественник А. Безредка.

В зависимости от способа введения аллергенов при СИТ различают инвазивные, или парентеральные, методы (подкожный, внутрикожный и пр.) и неинвазивные методы: пероральный, сублингвальный, интраназальный, ингаляционный методы СИТ.

В Украине СИТ применяется около 60 лет. За это время накоплен огромный опыт применения этого метода при различных АЗ. Прежде всего следует подчеркнуть, что вследствие применения этого метода не умер ни один (!) больной. Такой безопасностью не может «похвастаться» ни один метод, не говоря уже о фармакотерапии. С 1994 года в Украине появились аллергены собственного производства (ранее они завозились из России), что позволило сделать их более специфичными (мы указывали, что это означает максимальную близость к местному природному материалу) и эффективными как для диагностики, так и для лечения АЗ.

Около 8 лет тому назад в Украине нами была предпринята попытка введения аллергенов в состав медленно рассасывающихся сахарных драже. Этот подход оказался оправданным, и к 2009 году уже число больных, лечащихся пероральным (посредством приема драже) методом СИТ, превысило число больных, лечащихся методом подкожных инъекций.

Как показывает многолетний опыт, преимущества СИТ с помощью пероральных драже с введенными в них аллергенами такие:

1. *Высокая эффективность.*
2. *Меньшая частота побочных реакций.*
3. *Меньшая необходимость в контроле со стороны медработников (возможность применения в сельской местности).*
4. *Удобство для медработников и пациентов.*
5. *Большая эстетичность метода, отсутствие неприятных ощущений, что уменьшает количество отказов от СИТ.*
6. *Лучшая возможность комбинирования с фармакотерапией.*
7. *Большая экономичность.*

Учитывая многие положительные качества современных химиопрепаратов, СИТ можно комбинировать с фармакотерапией АЗ.

Эффективность метода СИТ зависит не только от технологии приготовления аллергена, но и, в не меньшей мере, от квалификации врача-аллерголога. Он должен правильно оценить состояние больного, тщательно его обследовать, чтобы, с одной стороны, убедиться в спектре причинных аллергенов, с другой — в отсутствии противопоказаний для метода СИТ.

Однако есть и еще одно важное обстоятельство, напрямую влияющее на эффективность СИТ. Это умение наладить контакт с больным («комплаенс», как говорят за рубежом), тесно сотрудничать с ним в деле лечения АЗ. Только в этом случае можно ожидать положительного эффекта лечения.

Таким образом, профилактика осложнений СИТ (кроме учета противопоказаний) предусматривает среди прочего:

*1. Наличие достаточного взаимопонимания и контакта между врачом и больным. Больной обязательно должен подписать документ об информированном согласии на проведение СИТ.*

*2. Соблюдение пациентом рекомендованного способа жизни, проведения соответствующих элиминационных мероприятий.*

*3. Пребывание пациента после проведения инъекции АГ под наблюдением врача не менее 20 мин.*

Завершить эту главу необходимо разговором о псевдоцелителях в аллергологии. Предубеждения против истинно добросовестных представителей так называемой альтернативной или народной медицины нет. Наоборот, в ряде случаев, когда больному предстоит пожизненная и небезопасная фармакотерапия (тяжелая бронхиальная астма, хроническая крапивница), определенную помощь могут оказать такие методы лечения, как иглорефлексотерапия, фито-, физиотерапия, лечение в соляных пещерах, морские купания. При условии, что их будут проводить грамотные специалисты с врачебным образованием. Однако гипнотическое внушение, уринотерапия, «подсадки» под кожу тканей животных, клеточная терапия в ее худшем исполнении и ряд других методов приводят либо к непосредственному ухудшению здоровья больных, либо в лучшем случае к постарению заболевания. Такие больные пропускают очень важный период, в котором они могли бы получить весьма эффективное и относительно недорогое лечение. Примеров подобного, причем даже с фатальным исходом, к сожалению, немало.

Имея отношение к решению вопросов о лечении больных с АЗ за рубежом, хочу подчеркнуть, что в каждом регионе нашей страны есть специалисты, равных которым за рубежом не так просто отыскать. И все

известные мировой науке и практике методы лечения АЗ, препараты и средства в Украине есть.

Однако поскольку иногда в наших средствах массовой информации незаслуженно шельмуют отечественную медицину и медицинских работников, я хотел бы привести выдержку из статьи С.М. Пухлика:

«А врач — исполнитель Божьего промысла, в руки которого вложено (или нет) искусство врачевания. Вот что сказано в Книге Премудрости Иисуса, сына Сирахова (глава 38): *«Почитай врача честью по надобности в нем; ибо Господь создал его, и от Вышнего — врачевание, и от царя получает он дар. Знание врача возвысит его голову, и между вельможами он будет в почете... Для того Он [Бог] и дал людям знание, чтобы прославили Его в чудных делах Его: ими он врачует человека и уничтожает болезнь его... Сын мой! В болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу, и Он исцелит тебя. Оставь греховную жизнь и исправь руки твои, и от всякого греха очисти сердце. Вознеси благоухание и из семидала памятную жертву, и сделай приношение тучное, как бы уже умирающий... И дай место врачу, ибо его создал Господь, и да не удаляется он от тебя, ибо он нужен. В иное время и в их руках бывает успех. Ибо и они молятся Господу, чтобы Он помог им подать больному облегчение и исцеление к продолжению жизни (Сир. 38: 1-14)».*

### Выводы

1. Аллергические заболевания на нынешнем уровне медицинских знаний принципиально являются неизлечимыми. Тем не менее во многих случаях, полностью исключив «виновный» аллерген или с помощью СИТ выработав к нему толерантность, можно избавить больного от клинических проявлений АЗ. Ремиссию заболевания можно вызвать и с помощью фармакологических препаратов, однако она, как правило, является недолговечной.

2. Для успеха любого вида лечения (элиминационной, фармакотерапии, СИТ) необходимо как можно более раннее выявление заболевания, о чем следует помнить прежде всего самим больным. Это же позволит им поддерживать достойное качество жизни, избежать излишних (и немалых) финансовых затрат.

3. Не верьте тому, что существуют полностью безопасные методы лечения и безвредные препараты. Все они имеют как положительные, так и отрицательные свойства, и умение провести больного «между Сциллой и Харибдой» может обеспечить только союз квалифицированного аллерголога и дисциплинированного больного.