



# Патогенетическая терапия аллергических заболеваний: возможности АСИТ в России

К.м.н. К.С. ПАВЛОВА, д.м.н., проф. О.М. КУРБАЧЕВА

*В статье рассмотрены вопросы проведения аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) в России: показания и противопоказания к лечению, выбор лечебных аллергенов и методы проведения АСИТ.*

*Обсуждаются причины развития побочных реакций, выделены правила проведения АСИТ и рекомендованные меры по профилактике системных реакций.*

## **Введение**

На протяжении последних десятилетий во всем мире наблюдается значительный рост распространенности аллергических заболеваний: аллергического ринита (АР), поллиноза, бронхиальной астмы (БА) и др. Современные фармакологические противовоспалительные средства и антигистаминные препараты, применяемые для лечения АР и БА, лишены тяжелых побочных эффектов и в большинстве случаев позволяют контролировать состояние пациентов, однако ни один из препаратов симптоматической терапии не может изменить характер реагирования организма на причинно-значимый аллерген и тем самым повлиять на течение заболевания. Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) имеет принципиальные преимущества перед всеми другими методами лечения аллергии, так как ее действие за-

ключается не в устранении симптомов заболевания, а в видоизменении характера реагирования организма на аллерген: АСИТ вмешивается в собственно патогенез заболевания и поэтому влияет на все патогенетические звенья аллергической реакции. Проведение АСИТ позволяет уменьшить потребность пациента в противоаллергических препаратах, предупредить трансформацию АР в БА, предупредить расширение спектра аллергенов, к которым формируется повышенная чувствительность пациента [1–5]. Этот метод существует уже более ста лет и широко применяется во всем мире, включая нашу страну, где он используется с 1960-х гг. На нынешнем этапе развития практической аллергологии АСИТ стала стандартным способом лечения АР и атопической БА. Суть метода АСИТ заключается в снижении чувствительности

организма к причинно-значимому аллергену путем введения постепенно возрастающих доз аллергенов. В результате лечения в иммунной системе происходят изменения в представительстве Т-лимфоцитов, которые влекут за собой переключение иммунного ответа с патологического иммуноглобулин-Е (IgE)-ответа на «нормальный» иммуноглобулин-Г (IgG)-ответ и к развитию Т-лимфоцитарной толерантности [4, 6].

## **Эффективность АСИТ**

Очевидно, что современные противовоспалительные и симптоматические фармакологические средства отличаются высокой эффективностью в лечении аллергических заболеваний, позволяют контролировать степень тяжести их течения и способствуют повышению качества жизни больных. Однако прекращение фармакотерапии приводит к возобновлению симптомов болезни и необходимости повторного назначения медикаментов. Кроме того, ретроспективный анализ историй болезни пациентов с атопическими респираторными заболеваниями показывает, что заболевания, начинающиеся с легких проявлений ринита и/или конъюнктивита, демонстрируют, за редким



исключением, тенденцию к утяжелению проявлений. Около 70% больных с течением времени отмечают усиление выраженности симптомов заболевания и повышение потребности в медикаментах [2]. Часть пациентов (25–30%) отмечают присоединение таких симптомов, как кашель или удушье, около 40% больных – увеличение продолжительности периода обострения заболевания, у 15% пациентов выявляется сенсibilизация к новым причинно-значимым аллергенам, что приводит к расширению сезона обострения или к круглогодичному характеру течения аллергического заболевания [2].

АСИТ действует как на раннюю, так и на позднюю фазу аллергического ответа, приводит не только к торможению аллергенспецифической реакции, но и к угнетению тканевой гиперреактивности, проявляющейся повышением чувствительности к медиатору аллергии – гистамину [2]. Под действием АСИТ происходит подавление миграции эффекторных клеток в зону аллергического воспаления, возникает генерация регулирующих Т-лимфоцитов, способствующих индукции иммунологической толерантности, которая характеризуется подавлением пролиферативного и цитокинового ответа в отношении «виновных» аллергенов [4, 6].

Эффективность АСИТ выражается в сокращении продолжительности обострения заболевания, уменьшении выраженности его симптомов, снижении потребности больного в медикаментах как базисной, так и симптоматической терапии. Некоторые пациенты с поллинозом после проведения АСИТ отмечают уменьшение реакций перекрестной пищевой непереносимости [2]. Эффективность лечения в среднем составляет 70%, а у некоторых больных достигает 90%, при этом она тем выше, чем меньше продолжительность и тяжесть заболевания [2]. Действие АСИТ отмечается уже после проведения первого курса

лечения, но для достижения лучшего результата необходимо проведение не менее трех полных курсов лечения [2]. Положительный эффект АСИТ сохраняется в течение нескольких лет. Доля пациентов, отметивших утяжеление проявлений заболевания или расширение спектра причинно-значимых аллергенов через несколько лет после проведения АСИТ, значительно ниже, чем доля пациентов, у которых в течение того же периода времени сохранилось естественное течение заболевания [2, 5].

Сегодня опубликованы результаты ряда двойных слепых плацебо-контролируемых исследований, достоверно доказавшие эффективность данного вида лечения при АР и БА. Кроме того, накоплен большой опыт эффективного применения АСИТ ядами перепончатокрылых для лечения пациентов с анафилактическими реакциями на яд жалящих насекомых [5].

Причиной низкой эффективности АСИТ у некоторых больных может быть малое количество проведенных курсов терапии, наличие иных факторов, обуславливающих и поддерживающих течение основного заболевания, а также качество лечебного аллергена [2].

### Показания и противопоказания для АСИТ

АСИТ должна выполняться только обученными специалистами (врачами-аллергологами), имеющими опыт проведения этого вида лечения, в условиях аллергологического кабинета или стационара [1]. Именно в специализированном аллергологическом подразделении предусмотрено наличие необходимых средств не только для проведения АСИТ, но и для купирования побочных реакций в случае их возникновения. Обязанностью врача широкого профиля является направление пациента с установленным диагнозом аллергического заболевания или с подозрением на такой диагноз к врачу-аллергологу

для решения, в частности, вопроса о возможности проведения АСИТ.

### Показания для проведения АСИТ

При ингаляционной аллергии АСИТ назначают, если выполнены следующие условия:

- доказана IgE-зависимая природа заболевания;
- установлено, что за развитие клинических проявлений заболевания ответственны именно эти аллергены;
- до начала лечения проведены элиминационные мероприятия;
- учтены и, при необходимости, пролечены потенциальные обострения интеркуррентных болезней [1, 5].

Проведение АСИТ на ранних стадиях заболевания может повлиять на естественный путь развития болезни и предотвратить процесс возникновения каскадных реакций.

АСИТ назначают пациентам с АР (риноконъюнктивитом); пациентам с легкой и среднетяжелой формой атопической БА, при показателях объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) более 70% от должных величин после адекватной фармакотерапии; пациентам, имеющим как бронхиальные, так и риноконъюнктивальные симптомы.

### Противопоказания для проведения АСИТ

Противопоказаниями для проведения АСИТ являются тяжелые иммунопатологические состояния и иммунодефициты; онкологические заболевания; тяжелые психические расстройства; лечение бета-блокаторами, включая топические формы; прием ингибиторов моноаминоксидазы в комбинации с симпатомиметиками; невозможность соблюдения пациентом схемы



назначенного лечения; тяжелая форма БА, не контролируемая фармакотерапией (ОФВ1 менее 70% после проведения адекватной фармакотерапии); сердечно-сосудистые заболевания, при которых возможны осложнения при использовании адреналина (эпинефрина); возраст младше 5 лет; обострение основного заболевания; обострение любого сопутствующего заболевания [1, 5].  
Дополнительными противопоказаниями для проведения сублингвальной АСИТ являются персистирующие повреждения слизистой оболочки ротовой полости: язвы, эрозии; персистирующие заболевания пародонта; открытая рана в полости рта; недавняя экстракция зуба, другие хирургические манипуляции в полости рта; гингивит, сопровождающийся кровоточивостью десен; тяжелые воспалительные заболевания слизистой оболочки ротовой полости (красный плоский лишай, микозы и др.).  
Временными противопоказаниями для проведения АСИТ являются обострение основного заболевания; обострение любого сопутствующего заболевания; любые интеркуррентные заболевания в стадии обострения; вакцинация.

#### Беременность, лактация и АСИТ

При исследовании потенциальных тератогенных и эмбриотоксических свойств лечебных аллергенов не было получено статистически достоверных данных, свидетельствующих об их влиянии на сперматогенез, овариогенез или фертильность. У животных применение лечебных аллергенов не приводило к летальному, токсическому или тератогенному действию на плод; не изменяло функциональную активность плаценты и обмен между матерью и плодом питательными веществами и газообмен; не приводило к изменению активности миометрия и рождению плода с выраженными аномалиями развития. Не было получено и данных о нежелательном влиянии аллергенов на плод у женщин, получавших АСИТ во время

беременности. Однако необходимо учитывать возможный риск развития системных реакций во время проведения АСИТ, которые сами по себе могут привести к прерыванию беременности, а также потребовать дополнительного введения таких препаратов, как адреналин. Если беременность развилась во время лечения, то проведение АСИТ следует прекратить. Начинать АСИТ во время грудного вскармливания не рекомендуется.

#### Вакцинация и АСИТ

Необходимость проведения вакцинации во время АСИТ определяет лечащий врач. Желательно проводить плановую вакцинацию за 1 месяц до начала АСИТ или (по возможности) перенести сроки вакцинации на период после окончания АСИТ. Вакцинация не проводится на 1-м этапе наращивания дозы. При долгосрочном проведении АСИТ (в режиме «без остановки» в течение 3 и более лет) на 2-м этапе поддерживающей терапии возможно проведение вакцинации при соблюдении следующих условий:

- не следует проводить инъекцию АСИТ и профилактическую вакцинацию в один день;
- вакцинация проводится не ранее чем через 7–10 дней после инъекции аллергена;
- следующая инъекция аллергена вводится не ранее чем через 3 недели после вакцинации (при отсутствии побочных реакций на введение вакцины).

При сублингвальной АСИТ на этапе поддерживающей терапии для проведения вакцинации требуется временное прерывание приема аллергенного препарата: за 3 дня до предполагаемой вакцинации, в день вакцинации и в течение 10–14 дней после вакцинации.

#### Лечебные аллергены, методы и схемы проведения АСИТ

Установление клинически значимого аллергена из числа тех, к которым у больного наблюдается повышенная чувствительность, проводят аллергологи, анализи-

руя данные аллергологического анамнеза, кожных проб, провокационных назальных и конъюнктивных тестов. Для АСИТ отбирают аллергены, элиминация которых невозможна (пыльца растений, клещи домашней пыли, споры грибов, яд насекомых) и которые, несомненно, провоцируют симптомы аллергического заболевания у данного пациента. АСИТ проводят в два этапа: первый – этап наращивания максимальной терапевтической дозы, второй – этап поддерживающей терапии.

Существуют инъекционные (подкожные, когда аллерген вводится подкожно в область плеча) и неинъекционные (в основном сублингвальный, когда аллерген рассасывается в подъязычной области, или пероральный, когда аллерген проглатывается) методы АСИТ. Протоколы/схемы АСИТ не являются универсальными – они уникальны для каждого метода и препарата. Различия в схемах обусловлены химическими и терапевтическими свойствами препаратов.

На сегодняшний день в России зарегистрированы и допущены для широкого медицинского использования следующие лечебные формы аллергенов:

- водно-солевые экстракты (ВСЭ) аллергенов пыльцы деревьев, злаковых трав, сорных трав, домашней пыли, клещей рода *Dermatophagoides*;
- алергоиды (полученные путем полимеризации аллергена формальдегидом) из домашней пыли, пыльцы злаковых трав и сорных трав;
- Фосталь – аллерген из пыльцы деревьев, адсорбированный на суспензии фосфата кальция, фирмы «Сталлержен» (Франция);
- Алюсталь – аллерген клещей домашней пыли, адсорбированный на суспензии фосфата алюминия, фирмы «Сталлержен» (Франция);
- Алюсталь – аллерген пыльцы луговых трав, адсорбированный на суспензии фосфата алю-



- миния, фирмы «Сталлержен» (Франция);
- аллергены для сублингвального применения: весенняя смесь ранняя (аллергены пыльцы деревьев), смесь трав I (аллергены пыльцы луговых трав), осенняя смесь пыльцевая (аллергены пыльцы сорных трав) и смесь плесеней наружных (грибковые аллергены) фирмы «Севафарма» (Чехия);
  - аллергены для сублингвального применения смеси клещей домашней пыли и пыльцы березы фирмы «Сталлержен» (Франция);
  - Оралейр – таблетки для сублингвального применения аллергенов смеси пыльцы 5 луговых (злаковых) трав фирмы «Сталлержен» (Франция).
- Иные лечебные формы аллергенов в России не зарегистрированы и находятся на стадии внедрения, поэтому в широкой клинической практике не могут быть использованы.
- В настоящее время в России применяются шесть методов АСИТ.
1. *Классический парентеральный (подкожный) метод* с использованием отечественных водно-солевых экстрактов аллергенов или алергоидов. На первом этапе метод предусматривает введение 25–30 инъекций аллергена 1 или 2 раза в неделю.
  2. *Ускоренный парентеральный метод* с применением отечественных водно-солевых экстрактов аллергенов. На первом этапе предполагается введение 25–30 инъекций аллергена, по 1–3 инъекции в день (с учетом индивидуальной переносимости).
  3. *Инъекционная АСИТ препаратами Фосталь и Алюсталь* фирмы «Сталлержен» (Франция). На первом этапе терапии предполагается введение 13–17 инъекций аллергена 1 раз в неделю, на втором этапе – введение поддерживающей дозы аллергена 1 раз в месяц или реже (интервал между инъекциями не должен превышать 6 недель).
  4. *Сублингвальная АСИТ аллергенами производства фирмы «Се-*

*вафарма» (Чехия)* проводится пациентам с повышенной чувствительностью к аллергенам клещей домашней пыли, пыльцы деревьев, злаковых (луговых) и сорных трав. При данном виде АСИТ пациент по определенной схеме самостоятельно принимает аллерген, предусмотрены контрольные визиты к лечащему врачу. Кратность назначения препарата корректируется в соответствии со степенью переносимости и состоянием здоровья пациента.

5. *Сублингвальная АСИТ препаратами аллергенов Сталораль (аллерген клещей домашней пыли и аллерген пыльцы березы)* производства фирмы «Сталлержен» (Франция) проводится по схеме при ежедневном наращивании дозы от 1 капли (что соответствует 1 нажатию) из флакона с концентрацией 10 ИР/мл до 8 капель из флакона с концентрацией 300 ИР/мл и занимает 11 дней. На этапе поддержания дозы препарат вводится в концентрации 300 ИР/мл; рекомендованная схема приема: 4–8 нажатий в день или 8 нажатий 3 раза в неделю. В случае аллергенов пыльцы березы АСИТ проводится за 2–4 месяца до начала сезона палинации, в течение всего периода палинации вплоть до его окончания, затем делается перерыв в терапии до следующего года (предсезонно-сезонная АСИТ). В случае аллергенов клещей домашней пыли АСИТ проводится круглогодично.

6. *Сублингвальная АСИТ препаратом Оралейр* (экстракт аллергенов из смеси пыльцы трав ежа сборная, колосок душистый обыкновенный, плевел многолетний, мятлик луговой, тимофеевка луговая) производства фирмы «Сталлержен» (Франция). АСИТ начинают за 4 месяца до начала сезона пыления причинно-значимых аллергенов и проводят по схеме: 1-й день терапии – 1 таблетка в дозе 100 ИР, 2-й день терапии – 2 таблетки в дозе 100 ИР (суммарно 200 ИР), 3-й день терапии – 1 таблетка в дозе 300 ИР, далее по 1 таблетке в дозе 300 ИР

Наличие в арсенале российских аллергологов разных препаратов для проведения АСИТ позволяет выбирать удобные и приемлемые для каждого пациента схемы терапии и шире использовать этот метод лечения больных аллергическими заболеваниями.

ежедневно до окончания сезона палинации. Затем делается перерыв в терапии до следующего года (предсезонно-сезонная АСИТ). После достижения максимальной терапевтической дозы проводится второй этап лечения – введение поддерживающих доз. Эффективность АСИТ напрямую зависит от суммарной дозы аллергена, полученной за курс лечения, которую можно увеличить именно на втором этапе АСИТ. Особенностью проведения АСИТ водно-солевыми экстрактами аллергенов является то, что в силу определенных обстоятельств после этапа наращивания дозы поддерживающие дозы получают не более 5% пациентов. В любом случае АСИТ, при которой используются аллергены и алергоиды отечественного производства, должна заканчиваться за 2 недели до начала сезона пыления причинно-значимых аллергенов, и на следующий год приходится снова начинать с этапа наращивания доз. Современные лечебные аллергены за счет высокой степени очистки и стандартизации позволяют увеличить интервалы между инъекциями (до 6 недель), тем самым обеспечивая продолжение этапа поддерживающей иммунотерапии, несмотря на начало сезона пыления причинно-значимых аллергенов, то есть позволяют непрерывно проводить АСИТ в течение 3–5 лет [5]. Кроме того, протоколы сублингвальной АСИТ для большинства лечебных аллергенов подразумевают продолжение активного лечения (ежедневный



прием препарата) в течение всего периода пыления причинно-значимых аллергенов.

## **Побочные реакции во время проведения АСИТ**

Лечение сопряжено с определенным риском развития побочных реакций, о котором должен быть информирован каждый пациент до начала проведения АСИТ. В ходе проведения АСИТ в ответ на введение аллергена у пациента могут возникнуть нежелательные побочные явления в виде местных или системных реакций. В случае проведения инъекционных методов АСИТ местные реакции отмечаются у большинства больных (80%) и выражаются в виде покраснения, зуда, отека в месте инъекции аллергена [2, 3]. Как правило, местные реакции проходят самостоятельно в течение суток, однако в некоторых случаях могут сохраняться до трех суток. При наличии выраженных местных реакций лечащий врач должен изменить схему введения аллергена, увеличив промежутки между очередными инъекциями [1]. С целью уменьшения выраженности местных реакций назначают антигистаминные препараты, применение которых на эффективность АСИТ не влияет [1, 2, 5]. При сублингвальном методе АСИТ местные реакции развиваются реже, как правило, проходят самостоятельно в течение 15 минут после приема аллергена, выражаются в зуде, жжении в полости рта, отеке слизистой оболочки полости рта, языка. Системные реакции – реакции, возникающие вне области вве-

дения аллергена, – как правило, развиваются в течение нескольких минут после инъекции аллергена и в редких случаях – спустя 30 минут. По степени тяжести системные реакции разделяют на не угрожающие жизни пациента (легкие и средней тяжести) и угрожающие жизни (тяжелые). Легкие системные реакции могут выражаться заложенностью носа, чиханием, зудом в носу, зудом век, покраснением глаз, слезотечением, першением в горле, сухим кашлем. Реакции средней тяжести могут выражаться затруднением дыхания, появлением кожного зуда и высыпаний по всему телу. К системным реакциям могут быть также отнесены такие явления, как головная боль, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, боли в суставах и ощущение дискомфорта, появление которых связано с инъекциями аллергенов. Частота развития легких и средней тяжести реакций составляет не более 10% при проведении АСИТ ускоренным методом и существенно ниже при проведении АСИТ классическим методом [2–3].

К тяжелым реакциям относят выраженный бронхоспазм, генерализованную крапивницу, отек гортани, анафилактический шок. Такие реакции чаще всего наблюдаются при лечении больных аллергеном из яда пчел и ос (при наличии у пациента аллергии на яд этих насекомых). Частота развития таких реакций при лечении бытовыми или пыльцевыми аллергенами крайне низка (менее 0,001%) [1–3, 5]. При сублингвальном методе АСИТ частота системных реакций еще ниже: за весь период наблюдения при проведении АСИТ сублингвальными аллергенами фирмы «Севафарма» (Чехия) в России случаев анафилактического шока не зарегистрировано.

Угрожающие жизни реакции требуют проведения интенсивной терапии и стационарного наблюдения в течение суток. При возникновении системных реакций обязательным является пере-

смотреть программы АСИТ для данного пациента [1].

Частота развития системных побочных реакций зависит от степени сенсibilизации пациента и тяжести основного заболевания. Этот тип реакций чаще всего наблюдается у пациентов с БА и аллергической крапивницей. Вероятность развития побочных реакций на фоне терапии начальными дозами аллергена крайне низка и повышается с увеличением дозы вводимого аллергена [2–3].

Наличие и выраженность местных реакций не служит предвестником развития системных реакций. Так, некоторые пациенты, у которых возникли системные реакции во время проведения АСИТ, вообще не отмечали местных реакций. Тем не менее появление выраженных и длительно сохраняющихся местных реакций является поводом для пересмотра индивидуального графика проведения АСИТ [2–3].

Прием антигистаминных препаратов во время проведения АСИТ существенно снижает вероятность развития и выраженность местных реакций, но не может полностью предотвратить возникновение системных реакций. Кроме того, при проведении АСИТ на фоне приема антигистаминных препаратов начало развития системных реакций может быть отсроченным (через 1,5–3 часа после введения аллергена) [2].

К факторам, провоцирующим развитие системных реакций, можно отнести несоблюдение пациентами гипоаллергенной диеты во время проведения АСИТ и употребление в пищу продуктов, дающих перекрестные аллергические реакции. Предположительно, высокий процент системных реакций во время проведения АСИТ аллергенами пыльцы злаковых и сорных трав связан с трудностью исключения из рациона пищевых злаков или растительного масла. Пациентам с выраженной пищевой непереносимостью на время проведения

При условии соблюдения протокола АСИТ является безопасным и высокоэффективным методом терапии, приводит к улучшению качества жизни пациента и уменьшению затрат на лечение.



АСИТ можно назначать препараты хромоглициевой кислоты перорально, как это рекомендуется при пищевой аллергии. Рекомендуется предварительно, до начала курса АСИТ, проводить обследование органов желудочно-кишечного тракта пациента и коррекцию выявленных нарушений. Больным с бытовой сенсибилизацией, учитывая невозможность полного исключения контакта с причинно-значимым аллергеном (домашняя пыль), на время проведения АСИТ необходимо усиливать базисную терапию и назначать антигистаминные препараты.

Для того чтобы минимизировать риск развития осложнений во время лечения, необходимо соблюдать следующие правила:

- ✓ АСИТ должна выполняться только обученными специалистами (врачами-аллергологами), имеющими опыт проведения этого вида лечения;
- ✓ в случае инъекционного метода АСИТ должна проводиться только в условиях аллергологического кабинета или стационара (категорически запрещена выдача аллергенного препарата на руки и самостоятельное введение аллергена пациентом);
- ✓ следует четко определить показания и противопоказания для проведения АСИТ в каждом конкретном случае;
- ✓ необходимо неукоснительно следовать утвержденным протоколам проведения АСИТ в зависимости от вида аллергена и способа введения. Отклонения от протокола возможны лишь в сторону облегчения аллергенной нагрузки: увеличение временных промежутков между введением аллергена (но не дольше разрешенных интервалов), повторение предыдущей дозы в случае развития выраженных побочных местных реакций и снижение подерживающей дозы;
- ✓ каждый пациент должен быть информирован о возможности развития серьезных побочных реакций, необходимости соб-

людения определенных правил во время проведения АСИТ, а также о мерах профилактики и купирования этих реакций;

- ✓ перед каждой инъекцией аллергена врач обязан провести осмотр пациента, выявить наличие реакций от предыдущих инъекций аллергена и оценить целесообразность введения следующей дозы;
- ✓ врач должен контролировать состояние пациента в течение не менее 30 минут после инъекции аллергена, а при введении больших доз аллергена и при проведении АСИТ ускоренным методом требуется более длительное наблюдение – не менее 60 минут.

Поскольку сублингвальная АСИТ проводится в домашней обстановке, этот вид терапии можно предлагать только пациентам с хорошим комплаенсом. При проведении сублингвальной АСИТ должны быть приняты следующие меры предосторожности:

- первый прием препарата происходит в присутствии лечащего врача в условиях аллергологического кабинета;
- необходимо обучить пациента (родителей, если проводится лечение ребенка) правильной технике приема препарата;
- пациенту (или родителям, если проводится лечение ребенка) должны быть предоставлены четкие письменные инструкции о действиях в случае развития нежелательной реакции;
- препарат лечебного аллергена должен храниться в недоступном для детей месте при соответствующем температурном режиме;
- важно, чтобы пациент посещал врача как минимум три раза в год для подтверждения эффективности лечения и выявления возможных нежелательных эффектов.

Так как проведение сублингвальной АСИТ подразумевает продолжительное лечение, специальная строгая диета, как в случае с инъекционными методами АСИТ, не требуется. Одна-

ко в дни употребления больших количеств продуктов-гистаминолибераторов принимать аллергенный препарат не следует. В каждом случае при наличии реакций пищевой непереносимости назначается индивидуальная диета.

### Заключение

Атопические респираторные заболевания являются хронической патологией и имеют тенденцию к прогрессирующему утяжелению характера течения со временем. Позднее обращение пациентов к аллергологу и позднее начало адекватной терапии приводят к расширению спектра сенсибилизации, вовлечению в системный аллергический процесс других органов-мишеней и в конечном счете к увеличению затрат на терапию. Проведение АСИТ на ранних стадиях заболевания может повлиять на естественный путь развития болезни и предотвратить процесс возникновения каскадных реакций. При условии соблюдения протокола АСИТ является безопасным и высокоэффективным методом терапии, приводит к улучшению качества жизни пациента и уменьшению затрат на лечение. Однако, учитывая возможность появления системных реакций (хотя вероятность их развития мала), необходимо тщательно взвешивать показания и противопоказания для проведения АСИТ в каждом конкретном случае. Немаловажным фактором успешного проведения АСИТ является согласие пациента и его понимание важности этого лечения, возможного риска развития побочных реакций и необходимости проведения мероприятий по профилактике осложнений терапии. Наличие в арсенале российских аллергологов разных препаратов для проведения АСИТ позволяет выбирать удобные и приемлемые для каждого пациента схемы терапии и шире использовать этот метод лечения больных аллергическими заболеваниями. ●