

## 2. Аллергические заболевания гиперчувствительности типа I

Ведущее значение в диагностике аллергических заболеваний, опосредованных IgE, имеет анамнез. Это объясняется тем, что основой для признания аллергической природы страдания является установление четкой связи с природными, сезонными и профессиональными факторами. Важно установить зависимость между клиническим течением и семейным анамнезом атопии.

Представленное важнее, чем лабораторные показатели. Вместе с тем принято учитывать эозинофилию крови, уровень иммуноглобулинов класса E. Из специфических тестов описаны кожные пробы (прик-тест, внутрикожная проба), провокационные тесты, радиоаллергсорбентный тест, лейкоцитотоксические реакции, но их диагностическая ценность не доказана.

Общие принципы ведения больных с аллергическими заболеваниями заключаются в благом пожелании устранения контакта с аллергеном. Это могут быть рекомендации по перемене профессии, места жительства, образа питания, уменьшение контакта с домашней пылью (убрать «накопители» пыли, использовать антиаллергенные материалы в интерьере, снизить влажность в помещениях, но делать влажную уборку и др.). Для смягчения симптомов аллергии иногда рекомендуют десенсибилизацию, инъецируя подкожно экстракты аллергенов. Однако ни один из тестов не коррелирует полностью с клиническими проявлениями. Более того, возможны неблагоприятные реакции на десенсибилизацию — от обострения до анафилактического шока.

Предлагаемые в настоящее время противоаллергические медикаментозные средства можно условно разделить на следующие группы:

— подавляющие аллергическое воспаление: блокаторы клеточных и гуморальных реакций — глюкокортикостероиды системные и топические, блокаторы тучных клеток — кромолины (кромоны);

— блокаторы рецепторов цитокинов: блокатор гистаминовых рецепторов  $H_1$  ( $H_1$ -блокатор, антигистаминные средства), блокатор выделения гистамина и лейкотриенов, блокатор лейкотриеновых рецепторов;

— симптоматические/патогенетические препараты: деконгестанты, отхаркивающие, бронхолитики, лактобактерии, ферментные препараты и др.

## 2.1. Аллергический ринит

Аллергический ринит — достаточно частое поражение преимущественно слизистой оболочки носа и его пазух. Аллергическое эозинофильное воспаление определяет дополнительную, избыточную продукцию цитокинов. Это, в свою очередь, ведет к чрезмерной инфильтрации слизистой оболочки носа тучными клетками, базофилами и эозинофилами. Взаимодействие В- и Т-лимфоцитов приводит к гиперпродукции IgE-антител и далее по типу порочного круга.

В дальнейшем происходят структурные изменения слизистой носа: гиперплазия и метаплазия эпителия, чрезмерная инфильтрация иммунными клетками, фибробластами, утолщение базальной мембраны, в конечном итоге может развиваться полипоз.

Аллергическое воспаление может быть инициировано различными факторами, такими как пыльца, домашняя пыль, продукты жизнедеятельности домашних насекомых, животных, рыбок, плесневые грибы; факторами, связанными с производственной деятельностью (красители, пыль, бумага, газы и др.), продуктами питания (добавки, консерванты и др.). Провоцирующими (пусковыми, триггерными) факторами могут быть вирусная инфекция, табачный дым, холодный или горячий воздух и др.

По течению аллергический ринит разделяют на интермиттирующий (сезонный, поллиноз, сенная лихорадка) и персистирующий (круглогодичный, постоянный, профессиональный). Затем, в зависимости от тяжести симптомов и ухудшения качества жизни, условно классифицируют течение — легкое, средней тяжести и тяжелое. Далее стадии — обострения или ремиссии.

Легкое течение отмечают в тех случаях, когда не нарушена бытовая и производственная деятельность. Прием лекарств необходим периодически. При среднетяжелом течении клинические проявления редуцируются и качество жизни нормализуется посредством регулярного приема лекарственных препаратов. Вместе с тем проявления ринита нарушают трудоспособность, отдых пациентов, иногда — сон. Тяжелое течение характеризуется недостаточным эффектом медикаментозной терапии, нарушением трудоспособности, появлением осложнений (полисенсibilизация, синусит, фарингит, аллергическая бронхиальная астма, полипоз носа, конъюнктивит, экзема, энтерит и др.).

Сезонный аллергический ринит чаще всего связан с пылью цветущих растений (деревья, травы, цветы), поэтому носит четкий сезонный характер. В связи с этим данный вариант называют поллинозом. Весенний поллиноз вызывается пылью деревьев (клен, липа, платан, тополь, каштан, фруктовые деревья); летний — пылью злаков (колосковые) и сорняков (полынь, пырей); осенний — пылью сорных трав (амброзия). Следующее значение имеют аллергены плесневых и дрожжевых грибов. Вне аллергического сезона какие-либо жалобы у пациента отсутствуют.

В этиологии круглогодичного аллергического ринита участвует множество факторов, окружающих человека. Как правило, это бытовые аллергены, эпидермальной, пищевой и профессиональной природы. В связи с этим выделяют профессиональный аллергический ринит. Зачастую возможные причины и пусковые факторы трудно установить и верифицировать. Поддержание аллергического воспаления происходит круглогодично и может усиливаться в определенных условиях или в определенный сезон, например, при сенсibilизации пылью, спорообразовании у грибов, активации размножения клещей в домашней пыли.

Основными клиническими признаками являются: зуд в полости носа, чихание, зачастую приступообразное, гиперсекреция слизи, водянистая ринорея, заложенность носа, ощущение отека слизистой, повышенная раздражительность слизистой носа. Возможно наличие отдельных признаков или их сочетание, зуд в слизистой неба, глотки и глаз.

Клинические проявления аллергического ринита второго ряда могут заключаться в наличии конъюнктивита, слезотечения, фарингита, синусита, ларингита, носового кровотечения, среднего отита, полипоза носа, дерматита и др.

Следствием заложенности носа нередко становятся сухость во рту, сухой кашель, снижение обоняния, храп, дисфункция евстахиевой трубы, снижение слуха, работоспособности, раздражительность, нарушения сна и депрессия. Состояние ухудшается в сухую погоду, при нахождении вне помещения. Понятно, что выраженность и количественное разнообразие вторичных клинических проявлений более присуще для круглогодичного аллергического ринита. Эта форма ринита играет инициаторную роль в развитии атопической бронхиальной астмы. Вместе с тем возможно одновременное развитие двух аллергических заболеваний.

Дифференциальная диагностика сезонного и круглогодичного аллергических ринитов основана на изучении анамнеза, связи с периодами цветения трав и деревьев, семейного аллергологического анамнеза.

У некоторых больных с умеренными, но стойкими нарушениями проходимости носовых ходов или истечениями из носа не выявляется аллергии, инфекции, полипоза, эозинофилии или чувствительности к лекарствам. Такое состояние выделяют и называют вазомоторным ринитом (неаллергический ринит). Его развитие связано с нарушением регуляции тонуса кровеносных сосудов подслизистой оболочки в области нижнего носового хода. Характерна преходящая заложенность одной из половин носа, при риноскопии выявляют синюшность слизистой, отек нижних носовых раковин.

Дифференциальная диагностика заключается в исключении острого инфекционного (угасает через 5–7 дней), медикаментозного (осложняет длительное применение назальных деконгестантов), одностороннего ринита.

При диагностике круглогодичного аллергического ринита главное внимание обращают на персистенцию симптоматики, причинность событий. Необходимые моменты и нюансы может знать только семейный врач.

Основным способом объективной диагностики аллергического ринита является передняя риноскопия. К примеру, в случаях круглогодичного аллергического ринита при осмотре выявляют отек носовых раковин и сужение носовых ходов, серозные выделения с обилием эозинофилов, слизистая оболочка носа бледная или слегка синюшно-красная. Можно выделить гипертрофический ринит, полипоз носа. У некоторых больных наблюдается осложнение в виде инфекции придаточных пазух.

При подозрении или наличии осложнений, полипозе носа показано рентгенографическое исследование носа и его придаточных пазух. Лучше провести спиральную компьютерную томографию полости носа и придаточных пазух. Затем организуют консультацию оториноларинголога для исключения неаллергических ринитов. Возможно, аллерголога для проведения кожного тестирования (прик-тест или тест уколом).

К дополнительным методам относят: эндоскопическое исследование полости носа, мазок-отпечаток для выявления эозинофилии, определение уровня IgE, при инфекции придаточных пазух носа — бактериологическое исследование. Всем пациентам следует настоятельно рекомендовать проведение спирометрии для своевременного выявления атопической бронхиальной астмы.

### ***2.1.1. Лечение аллергического ринита***

Базовым направлением для уменьшения симптомов заболевания является устранение контакта с провоцирующим аллергеном. При сезонном рините лучшей рекомендацией может быть временная смена места жительства, избегание выездов на природу. Следует чаще промывать нос солевым раствором и принимать душ для удаления пыли. После прогулок на свежем воздухе мыть не только нос, но и лицо, глаза, полоскать рот. Пациент должен знать перечень перекрестных аллергенов (фрукты, фитопрепараты), чтобы избегать контакта с ними.

При круглогодичном рините следует обратить внимание на условия проживания, в квартире следует устранить сырость, накопление плесени в ванной комнате (ежемесячная уборка), установить комфортный температурный режим (особенно когда еще не топят или уже не топят), наладить ежедневную влажную уборку помещений квартиры (пыль, клещи домашней пыли), устранить «пылесборники» (ковры и ковровые покрытия, мягкая мебель или игрушки, книги и др.), исключить контакт с животными, птицами, рыбками, насекомыми, профессиональными химическими факторами. Хорошо использовать пылесос с аквафильтром или моющих. Надеемся, что каждый семейный врач хорошо знает особенности жизни своего пациента.

Медикаментозные средства включают препараты системного действия для приема внутрь и местное применение лекарств в виде аэрозолей. Ведущее значение в терапии аллергического ринита имеет назначение следующих препаратов:

— блокаторов рецепторов цитокинов: блокаторы  $H_1$ -рецепторов (антигистаминные препараты I–II–III поколений), блокатор выделения гистамина и лейкотриенов (кетотифен);

— блокаторы тучных клеток (кромоны/кромоллины); блокаторы клеточных и гуморальных реакций (топические интраназальные глюкокортикостероидные препараты, системные препараты);

— при осложненных формах, полиаллергии дополнительно: блокатор/модификатор лейкотриенов (монтелукаст);

— при инфекции придаточных пазух носа дополнительно: антибиотики (макролиды, фторхинолоны);

— при полипозе, необратимых формах гипертрофии носовых раковин, наличии аномалий внутриносовой полости, патологии придаточных пазух носа (киста, гнойный процесс): необходимо рассмотреть показания к хирургическому лечению совместно с оториноларингологом.

Специфическую иммунотерапию аллергенами с целью десенсибилизации (гипосенсибилизации) проводит врач-аллерголог. Данное направление особенно показано, если лекарства плохо переносятся, необходимо длительное системное применение глюкокортикостероидов или развивается бронхиальная астма. Специфическая десенсибилизация позволяет смягчить симптомы аллергии. Вместе с тем ни один из аллергенов достигнуть полной клинической ремиссии не позволяет. При аллергии к пыльце начинают специфическую десенсибилизацию после окончания сезона цветения. Сложнее выделить аллерген при круглогодичном аллергическом рините.

Начиная тему лечения аллергии в нашей книге, определимся в следующем. Антигистаминные препараты условно подразделяют на препараты I поколения (седативные) — дифенгидрамин, клемастин, хлоропирамин; II поколение (неседативные) — азеластин спрей, лоратадин, цетиризин; III поколение (метаболиты II поколения) — фексофенадин, дезлоратадин, левоцетиризин.

Хлоропирамин является актуальным представителем антигистаминных препаратов I поколения. Отличается хорошей переносимостью, выраженной активностью. Соединяет в себе антигистаминные и M-холинолитические эффекты. Показан при острых аллергических заболеваниях, так как наилучшим образом купирует острую фазу аллергической реакции.

При ступенчатой терапии возможен адекватный переход с инъекций на таблетки. Инъекции 2% раствора хлоропирамина назначают

в/в, в/м 1–2 мл, 20–40 мг, 1 р/сут, лучше на ночь с учетом седативного действия. Внутрь по 25 мг 2–3 раза в сутки во время еды. Детям назначают 1/4–1/2 дозы взрослых 2–3 раза в сутки. Противопоказан при глаукоме, гипертрофии предстательной железы и язвенной болезни желудка.

Препараты II поколения — лоратадин или цетиризин — назначают внутрь взрослым и детям с 12 лет по 10 мг 1 раз в сутки. Дети от 2 лет могут принимать лоратадин и цетиризин по 5 мг 1 раз в сутки. Спрей блокатора  $H_1$ -рецепторов азеластина назначают по 2 впрыскивания в каждый носовой ход, затем по 1 впрыскиванию 2 раза в сутки (1 доза — 0,56 мг). Детям спрей азеластина можно назначить с 6 лет.

Медикаменты II поколения противопоказаны беременным и в период кормления грудью. Эти препараты отличаются риском возможного отрицательного воздействия на QT-интервал при сочетании с противогрибковыми препаратами, макролидами, антидепрессантами. В остальном переносимость препаратов II поколения хорошая.

Современным требованиям к антигистаминным средствам в полной мере отвечают препараты III поколения, например левоцетиризин. Отличительными особенностями этого поколения являются:

— селективная блокада  $H_1$ -рецепторов, дополнительная стабилизация мембран тучных клеток, блокада выделения цитокинов — гистамина и лейкотриенов, угнетение миграции эозинофилов;

— отсутствие взаимодействия с другими лекарствами, так как нет взаимодействия с цитохромом P450, поэтому препарат III поколения практически не метаболизируется в организме и выводится через почки;

— отсутствие седативного эффекта и влияния на ЦНС, что связано с низкой липофильностью, препарат не проникает через гематоэнцефалический барьер, и, что важно, не удлиняется QT-интервал, не расширяется комплекс QRS на ЭКГ.

Широкий диапазон действия левоцетиризина сочетается с хорошей безопасностью, что позволяет применять сироп левоцетиризина с 2-летнего возраста по 5 капель 2 раза в сутки (20 капель = 1 мл = 5 мг). Детям с 2 до 6 лет — 2,5 мг/сут, или 10 кап/сут. Взрослым и детям старше 6 лет назначают внутрь по 5 мг, или 20 капель, 1 раз в сутки. Максимальная суточная доза взрослых — 10 мг/сут. Левоцетиризин назначают пациентам с сезонным и круглогодичным аллергическим ринитом.

Кроме этого, в качестве метаболитов антигистаминных препаратов II поколения к III поколению относят следующие. Метаболит терфенадина фексофенадин назначают взрослым и детям старше 12 лет внутрь по 180 или 120 мг 1 раз в сутки. Дезлоратадин назначают взрослым и детям старше 12 лет внутрь по 5 мг 1 раз в сутки.

Если симптомы аллергического ринита плохо поддаются воздействию интраназального блокатора  $H_1$ -рецепторов (азеластин), используют топический интраназальный глюкокортикостероид. Топические препараты предпочтительнее системных, так как их эффекты развиваются непосредственно на и в слизистой оболочке носа при минимальных системных эффектах. Блокируются эффекты иммунных клеток, снижается проницаемость микрососудов. И что очень важно, снижается чувствительность рецепторов слизистой оболочки носа к гистамину и другим цитокинам, механическим раздражителям.

Наиболее часто используют следующие назальные спреи: беклометазона дипропионат, флутиказона пропионат, мометазона фуруат, флутиказона фуруат. Беклометазона дипропионат взрослым назначают по 2 впрыскивания (1 доза 50 мкг) в каждую ноздрю 2 раза в сутки или 100 мкг в каждый носовой ход 3–4 раза в сутки. Детям с 6 лет — по 50 мкг в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки. Флутиказона пропионат взрослым назначают по 2 дозы в каждую ноздрю 1 раз в сутки утром, до 2 раз в сутки. Детям с 4 лет — по 100 мкг 1 раз в сутки утром.

Мометазона фуруат взрослым и детям с 12 лет назначают по 2 впрыскивания (1 доза 50 мкг) 2 раза в сутки (400 мкг). Затем, после достижения контроля симптомов ринита, по 2 дозы 1 раз в сутки утром (200 мкг). Для поддерживающей терапии — по 1 дозе 1 раз утром (100 мкг). Детям с 2 до 11 лет — по 1 дозе (50 мкг) в каждую ноздрю 1 раз в сутки утром (100 мкг/сут). Флутиказона фуруат применяют по 2 впрыскивания (1 доза 27,5 мкг) в каждую ноздрю 1 раз в сутки утром (110 мкг), затем по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю 1 раз в сутки (55 мкг/сут).

Отметим, что современные фторированные глюкокортикостероиды (фуруаты) отличаются повышенной аффинностью к кортикостероидным рецепторам и низкой системной биодоступностью, т.е. они исключительно топические. После первого прохождения через печень происходит полная биотрансформация до неактивных метаболитов, что объясняет минимум побочных эффектов (в основном

местные, изредка — носовое кровотечение, назофарингит, эрозии слизистой). Вместе с тем топические препараты следует с осторожностью применять при наличии вторичного иммунодефицита, тяжелых бактериальных, грибковых и вирусных инфекций.

В целом эксперты ВОЗ (ARIA, 2005) при круглогодичном аллергическом рините средней тяжести и тяжелом рекомендуют топический интраназальный глюкокортикостероид как препарат первого выбора, а при сезонном аллергическом рините — как препарат второй степени, после антигистаминного препарата. Аналогичная рекомендация по лечению риносинусита и полипоза носа, в том числе после полипэктомии, с целью профилактики рецидива (EPOS, 2007).

При сезонном аллергическом рините местный глюкокортикостероид назначают за 1–2 недели до прогнозируемого действия пускового фактора, далее — на весь период обострения, затем отменяют.

При круглогодичном аллергическом рините предложено две схемы: одна круглогодичная, без перерыва с 1 месяцем «отпуска» в год; другая прерывистая — местный глюкокортикостероид применяют до достижения клинической ремиссии, затем отменяют и возобновляют при рецидиве, затем снова отменяют. Относительно дозирования: в большинстве случаев — от эффективной дозы до поддерживающей, например, сначала по 2 дозы в каждый носовой ход 2 раза в день, затем, после достижения стабилизации, по 1 дозе 1 раз в день.

Если антигистаминные препараты недостаточно эффективны, а топические глюкокортикостероиды противопоказаны, дополнительно можно использовать топические кромоны (кромогликат, недокромил натрия), например спрей 4% кромолина натрия. Данные препараты способствуют стабилизации мембран тучных клеток, блокируют IgE-аллергензависимую дегрануляцию тучных клеток, выделение ими гистамина, лейкотриенов и других цитокинов.

Кромоны отличает хорошая переносимость, но по эффективности они уступают топическим глюкокортикостероидам. Например, 2% раствор кромоглициевой кислоты назначают в виде назальных капель или интраназального спрея — по 1 дозе 3–4 раза в день детям с 2 лет. Кроме этого, кромолины показаны для профилактики обострения.

В случаях полиаллергии, недостаточного устранения аллергического компонента ринита показано применение блокатора/модификатора лейкотриеновых рецепторов — монтелукаст назначают взрослым и детям с 15 лет по 10 мг/сут, детям от 6 до 14 лет — по 5 мг/сут

вечером или перед сном. Аллергическая бронхиальная астма — одно из ведущих показаний к назначению монтелукаста, который применяют и для лечения, и для профилактики обострения.

При тяжелых резистентных случаях сезонного аллергического ринита прибегают к системному введению глюкокортикостероида. Известны противовоспалительные и десенсибилизирующие эффекты глюкокортикостероидов, которые реализуются следующими основными путями: уменьшением количества тучных клеток, базофилов и эозинофилов, а следовательно, снижением выхода медиаторов аллергического воспаления; уменьшением количества иммунокомпетентных клеток в органах-мишенях; ингибированием продукции IgE.

Показан короткий курс преднизолона внутрь 30 мг/сут, до 0,5–1 мг/кг/сут, лучше метилпреднизолон 24 мг/сут в течение 5–7 дней, до 10 дней, с последующим постепенным снижением дозы в течение одной недели до полной отмены или до 10 мг через день в альтернативном режиме. Парентеральное введение не рекомендуют. Принципиальным отличием метилпреднизолона от преднизолона является то, что первый не обладает минералокортикоидной активностью.

В случаях выраженной заложенности носа, нарушений сна, в начале обострения, до развития эффектов антигистаминных препаратов и топических глюкокортикостероидов как основной терапии возможно применение в течение 3–7 дней сосудосуживающих и противоотечных средств (деконгестантов).

Эта группа является стимуляторами альфа-адренорецепторов, поэтому длительное применение может привести к побочным эффектам: артериальной гипертензии, тахикардии, беспокойству, головной боли, формированию медикаментозного ринита. Наиболее эффективны производные имидазолина.

Ксилометазолин — взрослым назначают 0,1% раствор, капли или спрей в нос, по 1 дозе 3 раза в сутки; детям от 2 лет — 0,05% раствор по 1 капле 1–3 раза в сутки. Оксиметазолин — взрослым рекомендуют 0,05% раствор, капли или спрей в нос, по 1 дозе 2–3 раза в сутки; детям от 1 года — 0,025% раствор; детям от 1 месяца — 0,01% раствор по 1 капле 2–3 раза в день. Нафазолин — взрослым закапывают 0,1% раствор по 1–2 капли 2–3 раза в день; детям от 1 года — 0,05% раствор. Тетразолин 0,1% раствор назначают по 1–2 капли 2–3 раза в сутки. Имеются комбинирован-

ные назальные капли с антигистаминным и сосудосуживающим эффектом, например нафазолин + антазолин (0,25 мг + 5 мг/мл) закапывают по 2–3 капли 3–4 раза в день, до 1 недели.

Во всех случаях с целью эрадикации аллергена со слизистой оболочки носовых ходов рекомендуем промывания носа изотоническими солевыми растворами, например посредством устройства типа «дельфин», 2–3 раза в день.

Тактика терапии аллергического ринита зависит от степени тяжести. При легком течении заболевания показаны следующие направления: например, системный антигистаминный препарат III поколения внутрь, антигистаминный препарат III поколения (азеластин) или кромон (кромоглициевая кислота) местно в виде спрея, возможно, интраназальный деконгестант.

При течении средней тяжести: дополнительно назначают спрей топического интраназального глюкокортикостероида в обычной дозе, кромолин не используют.

При тяжелом течении или обострении аллергического ринита: дополнительно в начале терапии системный антигистаминный препарат I поколения парентерально, затем внутрь антигистаминный препарат III поколения; системный глюкокортикостероид коротким курсом плюс топический глюкокортикостероид в высокой дозе. Подход к терапии может быть ступенчатым или от меньшего к большему и чаще зависит от тяжести течения заболевания. Представленные методики не излечивают аллергический ринит, но в большинстве случаев позволяют купировать симптомы и отдалить сроки рецидива носовых полипов.

Отметим, что у беременных с аллергическим ринитом возможно использование препаратов кромоглициевой кислоты, топического интраназального глюкокортикостероида (мометазона фураат), оксиметазолина или тетразолина.

Как всегда, если семейный врач выявляет грибковые заболевания ногтей, волос или кожи, необходимо провести местное или системное лечение. Например, при онихомикозе или дерматомикозе — азольным резорбируемым антимикотиком: вориконазолом 200 мг 2 раза в сутки; флуконазолом внутрь 100 мг/сут, итраконазолом 100 мг/сут, кетоконазолом 200 мг/сут или тербинафином 250 мг/сут, внутрь; и наружными средствами, например тербинафином (крем, спрей), кетоконазолом (крем, шампунь), нафтифином (крем, раствор).

Патогенетическим направлением в лечении аллергического ринита, особенно круглогодичного, является плазмаферез, необходимый для удаления из организма аллергенов, блокирующих рецепторы антител, медиаторов воспаления, лейкотриенов, иммунных комплексов, создающих ряд порочных кругов, разорвать которые ни организм, ни лекарственные препараты не в состоянии. Плазмаферез способствует устранению условий поддержания и купированию аллергической реакции или уменьшению ее проявлений.

На курс лечения рекомендуют 3–5 процедур плазмафереза. Интервалы между процедурами 1–2 дня. Облучение крови ультрафиолетовыми и лазерными лучами способствует нормализации функционального состояния клеточного и гуморального звеньев иммунитета, снижению продукции IgE, ослаблению аллергических реакций.

Процедуры плазмафереза можно и рационально комбинировать с ультрафиолетотерапией или лазеротерапией в течение одного сеанса и курса. При таком режиме, даже при замещении плазмы только физраствором, не наступает каких-либо отрицательных сдвигов внутренней среды. Проводя курсы плазмафереза 2 раза в год, можно удерживать пациентов в состоянии ремиссии.

При вазомоторном рините показана дополнительная консультация невропатолога. Лечение заключается в использовании антигистаминных препаратов и сосудосуживающих средств. Некоторым больным помогает частое промывание или орошение слизистой носа изотоническими солевыми растворами. При неэффективности терапевтических мер показано оперативное лечение — вазотомия.

Таким образом, основные направления терапии сезонного и круглогодичного аллергического ринита аналогичны: антигистаминные препараты I–III поколения парентерально и/или внутрь, спрей; глюкокортикостероиды топические и системные, по показаниям — кромоны в виде спрея, фенспирид, деконгестанты. Лечение круглогодичного ринита отличается отсутствием показаний к применению системных глюкокортикостероидов, так как их пришлось бы применять длительно.

## 2.2. Аллергический конъюнктивит

Может возникать изолированно в результате прямого контакта конъюнктивы с рассеянными в воздухе частицами аллергена, например пылью растений, спорами грибов, бытовой пылью, перхотью