

Аллергический ринит

**Острый экзогенный
аллергический
альвеолит**

Аллергический ринит

Заболевание носа характеризующиеся IgE-опосредованным (*атопическим*) воспалением слизистых оболочек носа и прилежащих органов развивающимся после контакта с аллергеном.

(ARIA 2001г.)

Распространенность аллергического ринита

За последние 30 лет в течение каждого десятилетия заболеваемость в экономически развитых странах увеличивалась на 100 %

(Aberg N, Sundell J, Eriksson B)

В России аллергическим ринитом страдает
25% населения,
в том числе детского

(Луцс Л.В.)

Аллергический ринит и бронхиальная астма

Аллергический ринит - первый признак
респираторного аллергоза

У 68 % детей с аллергическим ринитом выявляется
гиперреактивность бронхов

Аллергический ринит без лечения в 69% случаев в
течении 5 лет переходит в бронхиальную астму
(Студеникина Н.И. и др.)

Он встречается у 80–90 % пациентов, страдающих
бронхиальной астмой

(Dykewicz MS)

Классификация аллергического ринита

- *По продолжительности симптомов
(ринорея, заложенность носа)*

Интерметирующий:

менее 4 недель, менее, 4 дней в неделю

Персистирующий:

более 4 недель, более, 4 дней в неделю

Классификация аллергического ринита

▪ *По тяжести*

 Легкий

 Средней тяжести

 Тяжёлый

Легкий аллергический ринит

- Ринорея
- Затруднения носового дыхания
- Зуд носа
- Качество жизни не нарушено
- Вненазальных и системных симптомов нет

Аллергический ринит средней тяжести

- Выраженная ринорея
- Заложенность носа
- Зуд носа
- Вненазальные симптомы:
 - синуситы
 - конъюнктивиты
- Качество жизни нарушено:
 - нарушение сна
 - нарушение повседневной активности
- СИСТЕМНЫХ СИМПТОМОВ НЕТ

Тяжелый аллергический ринит

- Выраженная ринорея
- Заложенность носа
- Зуд носа
- Внезапальные симптомы:
 - синуситы
 - конъюнктивиты
- Качество жизни резко нарушено:
 - глубокие нарушения сна
 - невозможность привычной повседневной активности
- Системные симптомы:
 - головная боль,
 - повышение температуры тела

Диагностика аллергического ринита

В России, только у 12 % пациентов диагноз аллергического ринита ставится в первый год заболевания, 50 % – в первые пять лет, остальным – через 9 и более лет после появления симптомов.

(Института иммунологии Минздрава России)

Основные методы диагностики аллергического ринита

✓ Сбор аллергологического анамнеза

✓ Клиническое обследование

✓ Элиминационные тесты

✓ Цитология носового секрета

(эозинофилия более 5% подозрение, более 30% - патогномоничный признак)

✓ Аллергологическое обследование

-Определение общего и специфического IgE

-В ремиссию проведение кожных тестов

Причинные факторы аллергического ринита

■ Бытовые

 *Домашняя пыль*

 *Споры грибов*

■ Пыльцевые (пыльца растений)

■ Эпидермальные (шерсть животных)

АР, обусловленный клещевой сенсibilизацией

**Характеризуется тяжелым, непрерывно
рецидивирующим круглогодичным течением,
усилением симптомов в в ночное время и
утром.**

**Улучшение состояния наблюдается при
прекращении контакта с клещами домашней
пыли; смене места жительства,
госпитализации.**

АР, обусловленный грибковой сенсibilизацией

**Симптомы проявляются при сырости,
наличие плесени в жилых помещениях.**

**Для грибковой сенсibilизации
характерно тяжелое течение болезни, с
возникновением обострений осенью и
зимой.**

АР, обусловленный эпидермальной сенсibilизацией

**Симптомы появляются при контакте
ребенка с домашними животными или
изделиями из шерсти животных,
посещении цирка, зоопарка.**

АР, обусловленный пыльцевой сенсibilизацией

**Симптомы возникают в сезон цветения
деревьев, злаковых или сорных трав, а
также в связи с употреблением пищевых
аллергенов, имеющих общие антигенные
детерминанты с пылью растений
(орехи, яблоки, баклажаны, и др.)**

Календарь пыления растений

	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь
Ольха		■	■	■			
Лещина		■	■	■			
Береза			■	■	■	■	
Ива		■	■	■	■		
Тополь			■	■	■		
Дуб				■	■	■	
Вяз			■	■			
Ясень			■	■	■		
Клен			■	■	■		
Хвойные				■	■	■	■
Липа					■	■	■
Лисохвост			■	■	■		
Мятлик				■	■	■	
Др. злаки					■	■	■
Лебеда						■	■
Полынь						■	■
Щавель				■	■	■	

Клиническая характеристика ринита

	«чихальщики»	«сопельщики»
чихание	особенно приступами	незначительно или отсутствует
ринорея	водянистые выделения, передние и задние	густые выделения, преимущественно задние
зуд	Имеется (аллергический салют)	отсутствует
назальная обструкция	непостоянная	Часто сильно выраженная
дневной ритм	ухудшение состояния днем и улучшение ночью	равномерный; возможно ухудшение ночью

Терапия аллергического ринита

- Элиминация причинного аллергена
- Фармакотерапия
- Специфическая иммунотерапия

Элиминационные мероприятия при АР, обусловленном домашней пылью

- использование закрытых матрасов и подушек в плотных пластиковых конвертах на молнии,
- специальное постельное белье защищающее от воздействия пылевых и клещевых аллергенов,
- максимальное устранение мягкой мебели и ковров мягких игрушек
- регулярная уборка всей квартиры и, особенно, комнаты, где ребенок проводит больше всего времени не менее 2 раз в нед. в его отсутствие, предпочтительно с помощью пылесоса с увлажнением, обычные пылесосы использовать не рекомендуется
- поддержание в квартире низкого уровня влажности
- Использование спреев-акарицидов (*аллергофф*)
- телевизор или компьютер необходимо убрать из детской комнаты

Элиминационные мероприятия при АР, обусловленном спорами грибов

- после пользования ванной насухо вытирать все влажные поверхности,
- производить уборку ванной комнаты с растворами, предупреждающими рост плесени не менее 1 раза в месяц,
- на кухне пользоваться вытяжкой над плитой (удаление пара),
- сушить одежду только в проветриваемом помещении, вне жилой комнаты.

Элиминационные мероприятия при АР, обусловленном эпидермисом

- не пользоваться одеждой из шерсти, меха животных,
- исключить посещение больным зоопарка, цирка, домов, где находятся животные,
- после удаления животного из квартиры, в которой проживает больной, необходима неоднократная тщательная уборка помещения (слюна, шерсть и перхоть животных даже в незначительном количестве могут стать причиной обострения).

Элиминационные мероприятия при АД, обусловленном пылью

В период пыления аллергенных растений —

- герметизировать окна, проветривание посредством кондиционера
- ограничить прогулки в ветреную и солнечную погоду, особенно в зеленой зоне города или в сельской местности при прогулках использовать респиратор
- с осторожностью использовать растительные косметические средства (мыла, шампуни, кремы и т.д.), не проводить лечение фитопрепаратами.

Фармакотерапия Аллергического ринита

■ Симптоматическая терапия



Системные антигистаминные препараты 3-го поколения



Топические антигистаминные препараты



Декогнестанты *(не являются предпочтительными)*

■ Базисная терапия

■ Топические глюкокортикостероиды



Топические кромоны

ЭРИУС (дезлоратадин)

- ✓ Быстрое развитие эффекта (28 – 30 мин.)
- ✓ Удобная небольшая таблетка 1 раз в сутки, в любое время, вне зависимости от приёма пищи или лекарств
- ✓ Гипоаллергенный сироп, содержащий сорбит
- ✓ Не седативен, не мешает работать или учиться
- ✓ Сочетается с любой пищей, алкоголем, лекарством
- ✓ И всё это – по доступной цене для пациента
- ✓ Прогнозируемый эффект – залог эффективности лечения



Дети 2-5 лет	Дети 6 – 11 лет	Подростки старше 12 лет
1,25 мг	2,5 мг	5 мг
2,5 мл сиропа	5 мл сиропа	10 мл сиропа или 1 табл.



Топические антигистаминные средства: АЛЛЕРГОДИЛ

- Назначается детям с 6 лет

по одному толчку в каждую ноздрю

дважды в день



Топические назальные кромоны

Препараты кромоглициевой кислоты

- Кромогексал
- Кромоген
- Кромолин и т.д.



**Применяются с 6 лет по 1 толчку либо
3-4 капли в каждую ноздрю 4-6 раз в
день**

Назальные глюкокортикостероиды

Препарат	Биодоступность при назальном введении (%)	Биодоступность при приеме per os (%)
Беклометазон дипропионат	44	20-25
Триамцинолон ацетонид	Нет данных	10,6-23
Флунизолид	40-50	21
Будесонид	34	11
Флютиказон пропионат	<2	<1
Мометазона фураат	<0,1	<0,1

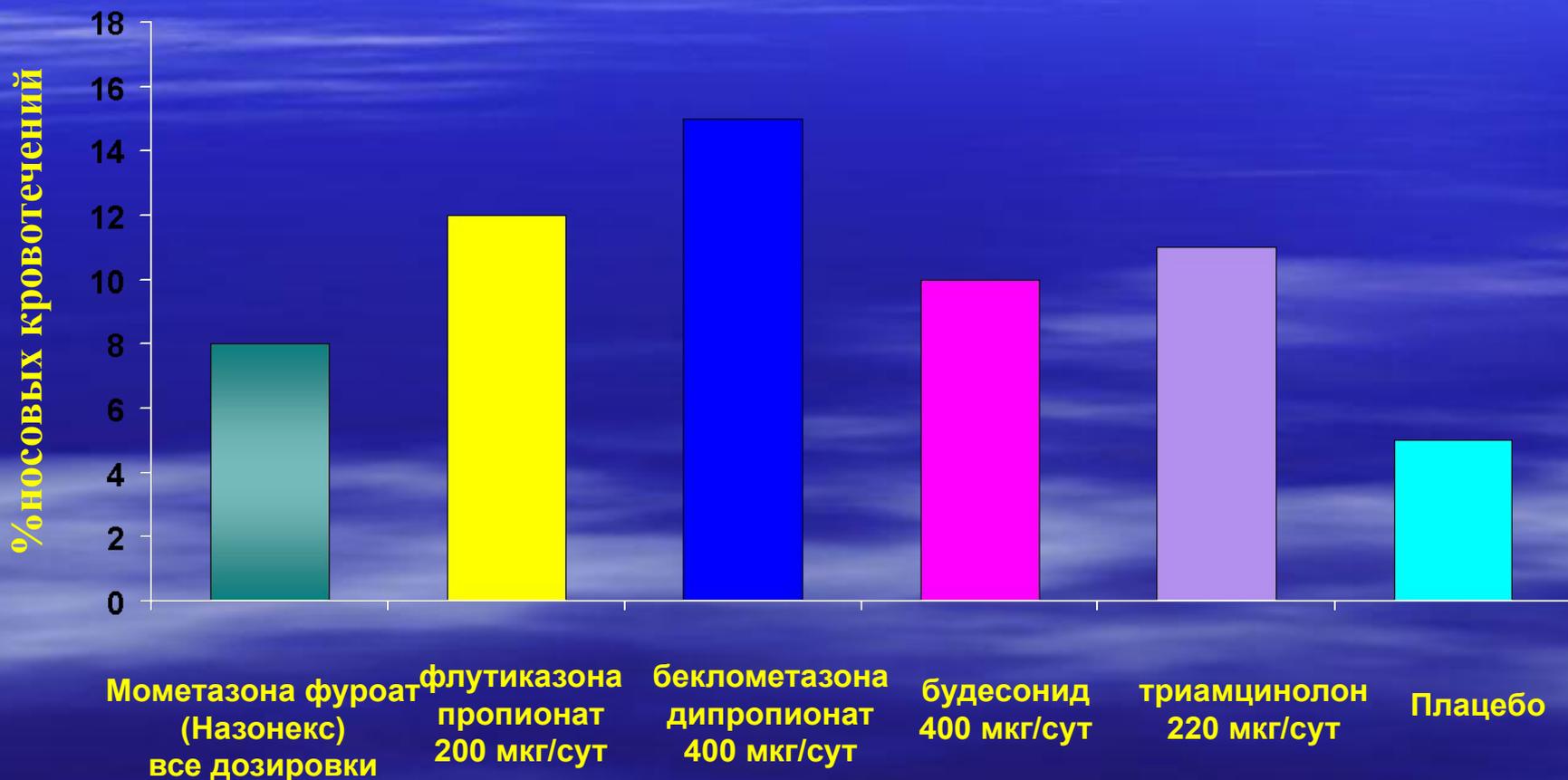
Начало действия назальных кортикостероидов

Препарат	Начало действия
Беклометазон	В течение 3 дней
Будесонид	24 часа
Флунизолид	4–7 дней
Флутиказон	12 часов – 3 дня
Мометазон	12 часов

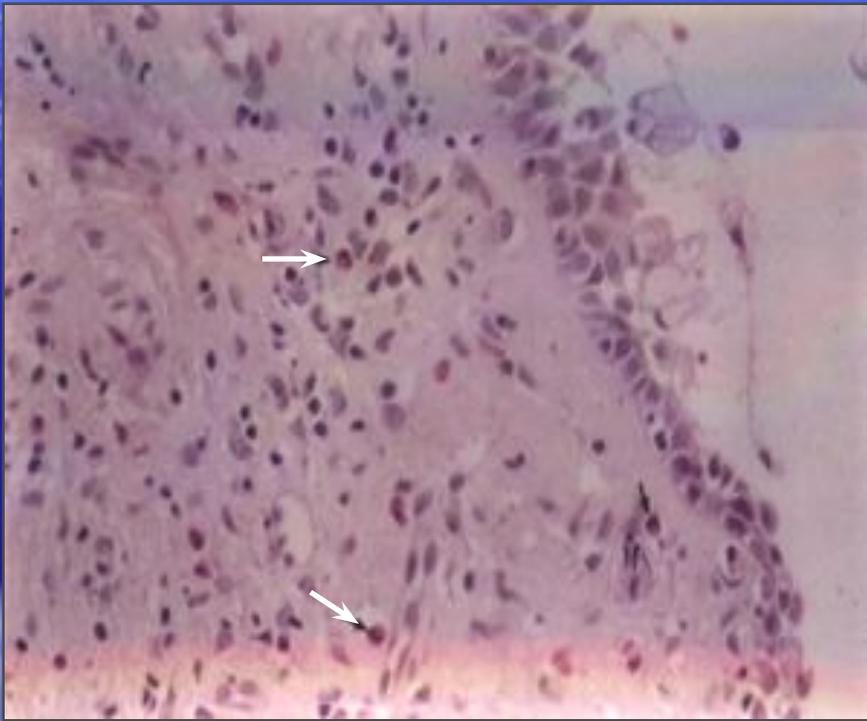
Схемы применения назальных кортикостероидов

Препарат	Схема применения
Беклометазон	50 мкг в каждую ноздрю 3 р/сут
Будесонид	100 мкг в каждую ноздрю 2 р/сут
Мометазон	50 мкг в каждую ноздрю 1 р/сут
Флутиказон	50 мкг в каждую ноздрю 1 р/сут

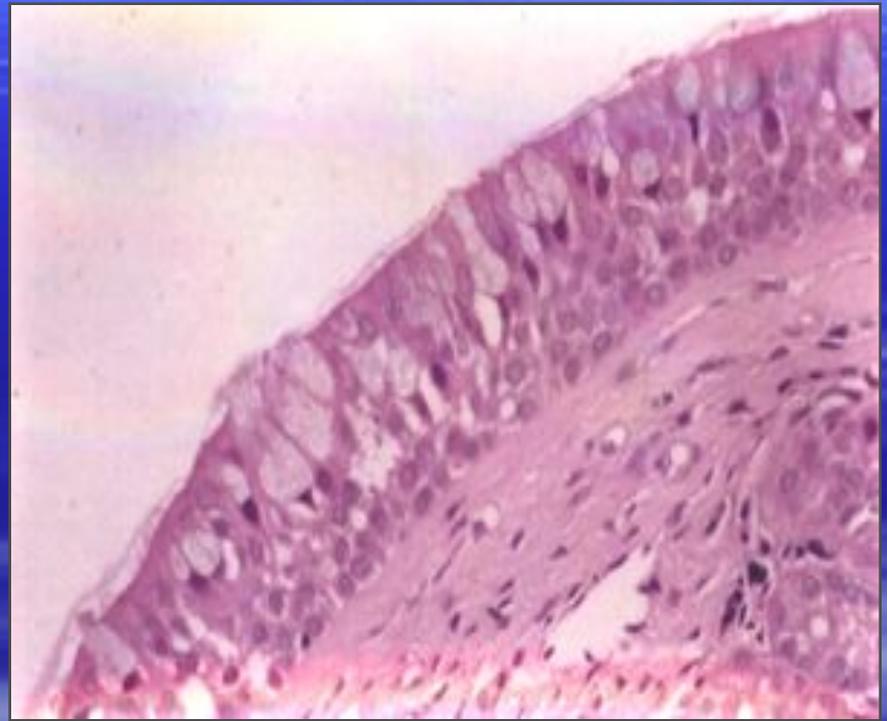
Переносимость пациентами терапии назальными кортикостероидами



НГКС способствует восстановлению слизистой носа до нормального фенотипа



до лечения



после 12-месячной
терапии

Ступенчатая терапия АР

Первая ступень терапии- легкий интермиттирующий АР

- Пероральные антигистаминные средства
- Назальные антигистаминные средства

**Вторая ступень терапии-
умеренный и
тяжелый интермиттирующий, легкий
персистирующий АР**

- **Пероральные антигистаминные средства**
- **Назальные антигистаминные средства**
- **Назальные кромоны**

Третья ступень терапии- умеренный и тяжелый интермиттирующий АР

■ Назальные глюкокортикостероиды

При неэффективности увеличить дозу в два раза и/или добавить пероральные антигистаминные препараты

Коррекция схем лечения при ступенчатой терапии АР

- При неэффективности терапии назначенной по клинической тяжести переходим на ступень вверх.
- При отсутствии симптомов в течении месяца на фоне базисной терапии переходим на ступень вниз
- При возобновлении симптомов возвращаемся к последней эффективной ступени

Специфическая иммунотерапия АР

- относится к базисной терапии
- проводится в стадии ремиссии аллергологом.

Принцип заключается во введении в организм постепенно возрастающих доз одного или нескольких причинно-значимых аллергенов (домашней пыли, пыльцевых и др.), что приводит к гипосенсибилизации и уменьшению частоты обострений

Условия применения специфической иммунотерапии:

- Легкая или средняя степень тяжести заболевания
- Ремиссия заболевания
- Точно определенный причинно-значимый аллерген
- Количество причинно-значимых аллергенов не более трех
- Проведение специалистом аллергологом
- Оптимальный срок терапии 3-5 лет

Экзогенный аллергический альвеолит:

**воспаление альвеол и
интерстициальной ткани легких
вследствие аллергической
реакции легочной ткани на
органическую пыль**

Причины экзогенного аллергического альвеолита

<u>Этиовариант</u>	<u>Источник</u>	<u>Агент</u>
Легкое любителя птиц	Волнистые попугайчики, голуби и т. п	Помет, навоз, пушок
Легкое фермера	Микрочастицы зерна, сена, соломы	<i>Faenia rectivirgula</i> (в основном <i>Micropolyspora faeni</i>) и <i>Thermoactinomyces</i> <i>vulgaris</i>
Грибное легкое	Компост	Споры грибов
Легкое кондиционированн ого воздуха	Водяной туман	Бактериальные споры
Багассоз	Микроволокна сахарного тростника	<i>Thermoactinomyces sacchari</i>
Солодовое легкое	Ячменная пыль	<i>Aspergillus clavatus</i>
Субероз	Микрочастицы коры деревьев	<i>Penecillum frequentas</i>

Патогенез острого экзогенного аллергического альвеолита

В основе заболевания лежит аллергическая реакция III (иммунокомплексного) типа при которой образуются антитела класса G к экзогенным антигенам не прикрепленным к бактериальной или иной клетке в результате образуются циркулирующие иммунокомплексы оседающие в высококапелляризированных органах, в частности в легких

Диагностика острого экзогенного аллергического альвеолита

- Сбор анамнеза
- Клиническое обследование
- ОАК, Иммунограмма
- Рентгенография грудной клетки

Клиническая картина острого экзогенного аллергического альвеолита

- Фибрильная лихорадка, озноб
- Одышка
- Сухой кашель
- Чувство тяжести в груди
- Крепитация, мелкопузырчатые хрипы

Лабораторные данные острого экзогенного аллергического альвеолита

- **Нейтрофильный лейкоцитоз**
- **Повышение уровня IgG**
- **Повышение уровня циркулирующих
ИММОНОКОМПЛЕКСОВ**

Рентгенологическая картина острого экзогенного аллергического альвеолита

- Снижение прозрачности легочных полей по типу «матового стекла»
- Распространенные узелково-сетчатые затемнения



Терапия острого экзогенного аллергического альвеолита

- Исключить причинный аллерген
- Преднизолон в дозе 1 мг/кг до исчезновения симптомов но не менее 4 недель с последующим снижением по 5 мг в неделю до поддерживающей дозы в 5 мг в день 3 месяца.