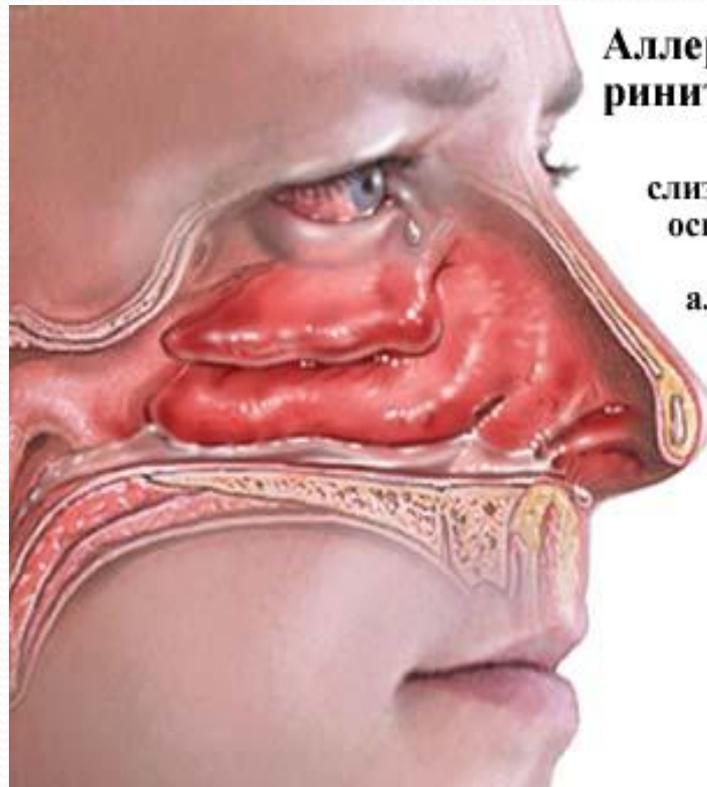


Аллергический ринит

Подготовила :Ашекеева А.

785 ВБ

- **Аллергический ринит** – аллергическое воспаление слизистой оболочки носа, обусловленное контактом с причинным аллергеном и проявляющееся ринореей, заложенностью носа, зудом и чиханием с их длительностью более часа в течение суток



Аллергический ринит -

воспаление
слизистых носа в
основе которого
лежит
аллергическая
реакция.

1) Классификация АР по продолжительности проявлений АР:

- интермиттирующий АР – длительность симптомов менее 4 суток в неделю при общей продолжительности менее 4 недель;
- персистирующий АР – длительность симптомов более 4 суток в неделю при общей продолжительности дольше 4 недель.

2) Классификация АР по выраженности проявлений и по их влиянию на качество жизни:

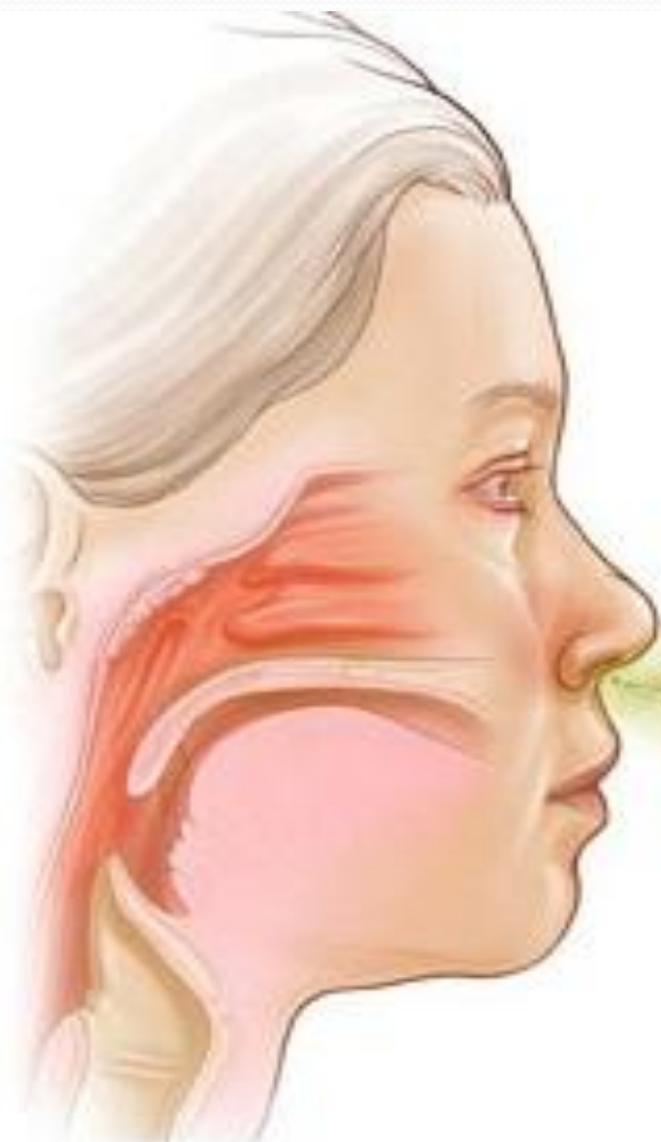
- АР легкого течения – клинические проявления есть, но они не нарушают дневную активность (работу, учебу) и не влияют на сон. Качество жизни нарушено мало;
- АР средней тяжести – клинические проявления есть, они или нарушают дневную активность (работу, учебу), или нарушают сон. Качество жизни существенно снижено;
- АР тяжелой степени – клинические проявления сильные, они нарушают дневную активность (работу, учебу), и мешают спать. Качество жизни нарушено очень сильно.

По фазе заболевания:

3) Классификация АР по фазе течения:

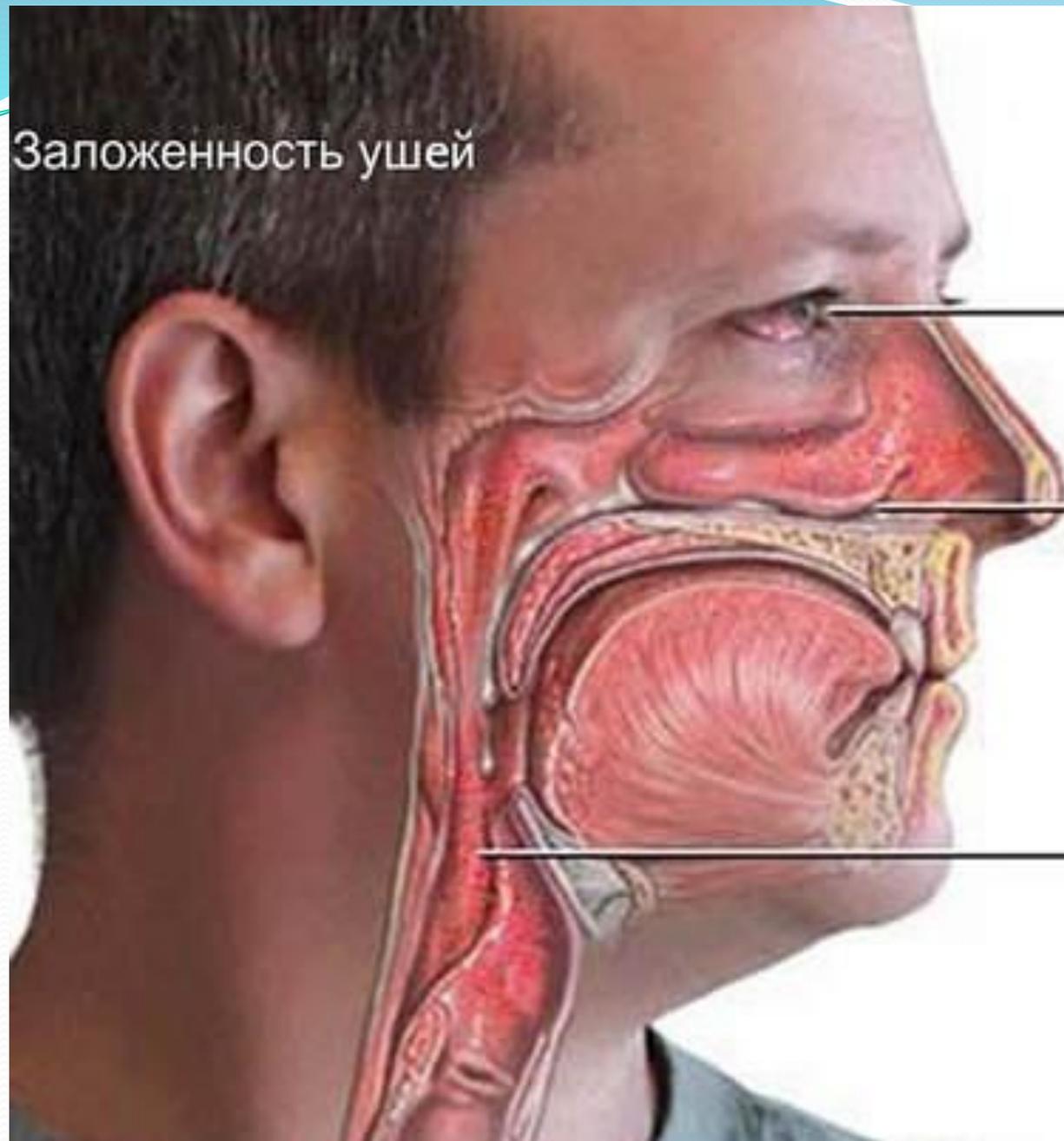
- фаза обострения
- фаза ремиссии.

Не рекомендовано деление АР на сезонный и круглогодичный формы, в связи с многофакторностью АР и необходимостью его лечения и профилактики даже во «внесезонный» период



- **Клиническая характеристика АР**
- **Основные жалобы при АР.** Условно пациенты как с сезонным АР (САР), так и с круглогодичным АР (КАР) по выраженности того или иного симптома могут быть разделены на две группы:
- Пациенты, ведущим симптомом у которых является чихание и зуд в полости носа. Для этой группы характерны приступообразное чихание, отделение обильного водянистого назального секрета, суточный ритм проявлений с ухудшением в дневное время, сочетание с конъюнктивитом, эффект от антигистаминных препаратов.
- Пациенты, у которых преобладает заложенность носа. Для них характерна постоянная симптоматика с ухудшением в ночное время, дыхание преимущественно через рот, а не через нос, длительное применение сосудосуживающих капель, незначительные приступы чихания или их отсутствие, снижение или отсутствие восприятия запахов. Такое разделение пациентов хотя и является условным, однако в дальнейшем при назначении того или иного лекарственного препарата может сыграть определяющую роль. При выявлении жалоб необходимо учитывать количественные показатели (продолжительность симптомов в течение дня, количество носовых платков за сутки, количество чиханий, дозу сосудосуживающих капель и т. д.). Наилучшим способом количественного учета является запись пациентом симптомов АР по степени выраженности в баллах в специальном дневнике. Не следует забывать и о таких сопутствующих жалобах пациента, как чувство распирания и боли в придаточных пазухах носа, головные боли, боли в среднем ухе, снижение слуха, изменение голоса, носовые кровотечения, явления дерматита около носа, частые фаринголарингиты, снижение внимания и работоспособности.

Заложенность ушей



Краснота и
слезоточивость глаз

Гнусавый голос,
выделения из носа

Отёчная глотка,
кашель

НОРМА



АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ



- **Особенности анамнеза пациентов АР**
- **Контакт с возможными причинно-значимыми аллергенами.** Нередко для установления правильного диагноза и назначения лечения достаточно в процессе беседы с пациентом определить ведущий причинно-значимый аллерген.
- Для этого следует прежде всего по возможности установить сезонность заболевания, возникновение или усиление симптомов АР при непосредственном контакте с тем или иным аллергеном (контакт с пылью, домашним животным, обострение при уборке квартиры, связь с каким-либо профессиональным фактором и т. д.), наличие или отсутствие эффекта элиминации, влияние факторов погоды, продуктов питания, смены климатической зоны.
- **Наследственность.** Необходимо обратить внимание на наличие аллергических заболеваний — АР, бронхиальной астмы, атопического дерматита у ближайших родственников.
- **Условия труда и быта.** Профессия, а также рабочая обстановка, как известно, могут играть определяющую роль в развитии АР. Следует обратить внимание на наличие возможных производственных аллергенов, раздражителей, воздействие крайних температур, большого количества пыли и т. д. Симптомы ринита могут сильно затруднять профессиональную деятельность (летчики, учителя, оперные певцы и т. д.). В квартире с множеством ковров, книг, происходит постоянный тесный контакт с аллергенами домашней и библиотечной пыли, наличие домашних животных очень часто является ведущим фактором развития АР.
- **Сочетание с другими аллергическими заболеваниями.** Наиболее часто АР сочетается с аллергическим конъюнктивитом, атопической бронхиальной астмой, атопическим дерматитом, аллергической крапивницей. Нередко эти заболевания протекают длительно, не проявляя себя ежедневно, и не беспокоят пациента как АР, однако при тщательном сборе анамнеза оказывается, например, что пациент длительное время страдает спастическим кашлем, усиливающимся при физической нагрузке или в апреле—мае, отмечает ощущение песка в глазах, зуд век. Однако анамнез чаще всего не позволяет установить ведущий причинно-значимый аллерген, поскольку у пациента имеется сенсibilизация к аллергенам различных групп.

● Особенности осмотра пациентов АР

- При внешнем осмотре прежде всего можно обнаружить ставшие уже классическими «аллергический салют», «аллергические очки», отечность под глазами, постоянно открытый рот, «шмыгание» носом, покраснение кожи вокруг ноздрей.
- При риноскопии следует обратить внимание на состояние носовой перегородки, цвет слизистой (бледно-розовый, ярко-красный, пятна Воячека), характер выделений, наличие полипов. Обязательно надо оценить визуальный эффект от местных вазоконстрикторов, насколько слизистая носа реагирует на такое воздействие. Нельзя забывать и о цитологическом исследовании мазка, взятого со слизистой носа, наличие эозинофилов нередко подтверждает аллергический характер ринита.
- Кожное тестирование и определение общего и аллергенспецифического IgE. Ни один из современных методов лабораторной диагностики по диагностической важности не может сравниться по значимости с кожными скарификационными тестами с водно-солевыми аллергенами. Однако этот метод имеет ряд ограничений, при которых правильная трактовка его результатов невозможна (уртикарный дермографизм, прием антигистаминных и седативных препаратов, наличие того или иного кожного заболевания). С другой стороны, при наличии полисенсibilизации, когда положительными являются почти все кожные тесты, трудно установить ведущий причинно-значимый аллерген.
- Определение аллергенспецифических IgE-антител в сыворотке крови имеет важное значение, особенно при невозможности проведения кожного тестирования. Этот метод, как и другие методы лабораторной диагностики аллергии, может служить также дополнением к вышеописанным методам, подтверждающим значение того или иного аллергена. Но неправильно было бы ставить диагноз и тем более назначать лечение исключительно по результатам определения аллергенспецифических IgE-антител.

- **Провокационные назальные тесты (ПНТ).** Провокационные назальные тесты относятся к методам, позволяющим оценить аллергический воспалительный процесс в слизистой носа, а также функциональное состояние, реактивность шокового органа. Наибольшее значение в данной группе тестов имеют провокационные назальные тесты с причинно-значимыми аллергенами и с медиаторными веществами (гистамином, ацетилхолином и его аналогами). Следует четко определить место ПНТ в диагностике АР. Показанием для проведения ПНТ является противоречивость данных анамнеза и других методов диагностики, поливалентная сенсibilизация ко многим пыльцевым и бытовым аллергенам, когда необходимо выбрать для специфической иммунотерапии один или несколько ведущих аллергенов. ПНТ используют и при оценке эффективности того или иного метода специфического или неспецифического лечения аллергического ринита. М. Ахман описывает случай когда только ПНТ помог правильно установить диагноз. Медицинская сестра отмечала симптомы КАР, последовательные кожные и провокационные назальные тесты с пыльцевыми, бытовыми, эпидермальными аллергенами были отрицательны. Лишь при проведении ПНТ с латексом тест оказался положительным. Объективным критерием служил метод передней активной риноманометрии.
- Одним из важнейших показателей функции слизистой носа является обоняние. С целью оценки степени нарушения обоняния при АР используют ольфактометрию. Пациенту дают нюхать флаконы с различными пахнущими веществами. Он указывает на характер запаха. Трудность заключается в том, что тест этот весьма субъективен. Существуют и более трудоемкие и дорогие методики с нарастанием концентрации запахов и с регистрацией импульсов в центральную нервную систему. Степень восстановления обоняния говорит об эффективности лечения.

- Другим важным показателем воспаления является температура в полости носа, которую целесообразно измерять с помощью электротермометра, для оценки интенсивности аллергического процесса после введения аллергена. Кроме определения этого показателя существует целый ряд методик для оценки аллергического воспаления и местных показателей иммунитета при аллергическом рините — это и акустическая ринометрия, ультразвуковое исследование полости носа, исследование полости носа с помощью тепловизора, исследование содержания гистамина и других медиаторов в назальном секрете, содержания специфических аллергических антител, иммуноглобулина Е в назальном секрете, а также выделение и исследование субпопуляций лимфоцитов. Для изучения мукоцилиарного транспорта применяются меченные тем или иным способом чужеродные частицы, которые наносят в полость носа и исследуют скорость их выведения из носа. Для установления уровня секреции определяют количество назального секрета, выделенного за единицу времени. Реже оценивают обонятельную функцию. Для изучения резонансной функции разработана специальная методика акустической ринометрии, что позволяет оценить степень обструкции по изменению тембра произносимых звуков.
- При аллергическом рините серьезно нарушаются нормальные функции носовых путей, в том числе фильтрация инородных частиц, содержащихся во вдыхаемом воздухе, процесс увлажнения воздуха, обоняние и функция образования голоса.

● Прогноз АР

● **Взаимосвязь АР и бронхиальной астмы.** Исключительно важным представляется вопрос взаимосвязи аллергического ринита и бронхиальной астмы. Взаимосвязь аллергического ринита и бронхиальной астмы — важнейшая проблема в современной клинической аллергологии. Установлены следующие факты, указывающие на взаимосвязь этих заболеваний.

● Высокая частота встречаемости бронхиальной астмы и аллергического ринита у одних и тех же пациентов.

● Понижение порога чувствительности к аналогу ацетилхолина — карбахолину и к причинно-значимому аллергену при проведении провокационных ингаляционных тестов, что отмечается даже у больных аллергическим ринитом, протекающим без приступов удушья.

● В период обострения аллергического ринита у больных отмечается также снижение показателей проходимости бронхов.

● Повышено содержание аллерген-специфического IgE в назальном смыве у больных бронхиальной астмой, у которых нет клинических признаков аллергического ринита.

● Введение причинно-значимого аллергена и медиаторных веществ в полость носа вызывает нарушение бронхиальной проходимости у больных, страдающих бронхиальной астмой.

● У больных, длительно страдающих патологией носа и придаточных пазух, нередко впоследствии развивается бронхиальная астма. По утверждению А. Д. Адо, аллергический ринит тесно связан с бронхиальной астмой. Отсюда не подлежит сомнению важность своевременной рациональной терапии больных аллергическим ринитом.

● Предполагаемый механизм, посредством которого аллергический ринит может провоцировать обострение бронхиальной астмы, действует по следующей схеме: межклеточные молекулы адгезии ICAM-1 усиленно экспрессируются назальным эпителием как при рините, так и при астме, инфекционные агенты усиливают экспрессию ICAM-1, которые, в частности, являются рецепторами для риновирусов.

● В этом механизме немаловажную роль может играть так называемый назобронхиальный рефлекс, существование которого с участием нервных окончаний доказано экспериментально. Различные раздражители, воздействуя на слизистую оболочку носа, способны провоцировать бронхоспастическую реакцию (механические раздражители, холодный и др.)

- Блокада назальных путей вынуждает пациентов дышать через рот, что приводит к воздействию различных раздражителей непосредственно на слизистую оболочку нижних дыхательных путей и бронхоспазму.
- Кроме того, можно предположить, что существует так называемый воспалительный рефлекс: клетки, презентрующие антиген, стимулируются и попадают в регионарные лимфатические узлы, контактируя с Т- и В-клетками, которые после этого мигрируют как в нижние, так и в верхние дыхательные пути.
- Существование взаимосвязи АР и БА служит еще одним обоснованием проведения специфической иммунотерапии у больных АР. Доказано, что формирование БА у больных АР существенно снижается при многолетнем специфическом лечении.

- **Другие осложнения АР.** Безусловно, БА является наиболее опасным, но не единственным осложнением АР. Редко встречается изолированное поражение лишь слизистой носа, чаще АР сочетается с поражением придаточных пазух носа и как следствие развиваются синуситы. Поскольку полость носа связана с полостью среднего уха евстахиевой трубой, то нередко возникают средние отиты.
- Длительное круглогодичное течение АР приводит к грубым нарушениям трофики в слизистой носа, вследствие чего развивается полипоз носа.
- Следует отметить, что АР не является столь безобидным заболеванием, как считалось ранее, поскольку, во-первых, симптомы ринита причиняют неудобства пациенту, снижают его работоспособность, жизненный тонус, во вторых, заставляют покупать дорогостоящие препараты, которые обладают рядом побочных действий, и, в третьих, АР нередко осложняется другими заболеваниями, среди которых самым грозным является БА. Все это доказывает необходимость своевременной и правильной диагностики и лечения этого аллергического заболевания.
- **Лечение аллергических ринитов**
- 1. Основным и наиболее простым методом лечения АР является **прекращение контакта с виновными аллергенами.** При бытовой сенсibilизации рекомендуется максимально уменьшить контакт с домашней пылью, проводить ежедневную уборку квартиры, заменить подушки на синтепоновые. При эпидермальной сенсibilизации — удалить из квартиры животных, не носить шерстяной одежды. При пылевых АР — прекратить контакт с пылью. Во время пыления аллергенных растений выезжать в другую климатическую зону, применять различные воздухоочистители, маски, респираторы, фильтрационные системы, так называемые «безаллергенные палаты»

- **2. Специфическая иммунотерапия** (специфическая гипосенсибилизация — то есть введение специфического аллергена в минимальных, но постоянно возрастающих количествах). Аллерген может быть применен либо местно (ингаляционная, пероральная, интраназальная, сублингвальная иммунотерапия), либо в виде подкожных введений. Специфическая иммунотерапия показана пациентам, страдающим аллергическим ринитом с доказанным участием IgE в механизме заболевания, при невозможности избежать контакта с аллергеном. Своевременно проведенная специфическая иммунотерапия, помимо угнетения клинической симптоматики ринита, позволяет уменьшить потребность больных в фармакологических средствах и снизить вероятность трансформации аллергического ринита в бронхиальную астму. Клинически эффективная специфическая иммунотерапия приводит к уменьшению проницаемости слизистой носа, уменьшению чувствительности гистаминовых и серотониновых рецепторов, некоторому снижению уровня аллерген-специфического IgE в сыворотке крови и в слизистой носа, к нормализации профиля цитокинов и восстановлению нормальной продукции гамма-интерферона. Важно и то, что при специфической иммунотерапии организм вырабатывает особые, защитные, «блокирующие» антитела (принадлежащие к IgG), конкурирующие за аллерген с IgE.

Остановимся теперь на ~~неспецифических методах лечения~~ аллергических ринитов, то есть методах лечения без применения аллергенов. Фармакотерапия аллергических ринитов заключается в использовании противоаллергических средств, принадлежащих к различным группам соединений. Одной из самых распространенных групп являются антигистаминные препараты. Наиболее распространены антигистаминные препараты, являющиеся антагонистами гистаминовых рецепторов (типа H₁-рецепторов). Сейчас предлагаются H₁-антагонисты нового поколения, которые имеют целый ряд преимуществ:

- 1. Их можно применять в относительно низких дозировках, так как они имеют высокое сродство к названным рецепторам.
- 2. Они обладают пролонгированным действием и поэтому их можно принимать один раз в сутки.
- 3. Они избирательно блокируют только H₁ рецепторы гистамина, избавляя пациента от целого ряда нежелательных эффектов, характерных для препаратов I поколения; не приводят к сухости слизистых оболочек (желудочно-кишечного тракта, глаз, мочевыводящих путей).
- 4. Очень часто отсутствует нежелательный седативный эффект, потому что они не проходят через гемато-энцефалический барьер.
- 5. Их можно применять независимо от времени приема пищи (за исключением астемизола).
- К этим антигистаминным препаратам — антагонистам H₁-рецепторов последнего поколения относятся лоратадин, цетиризин, фексофенадин, эбастин. В настоящее время применяются местно так называемые топические антигистаминные средства, являющиеся H₁-антагонистами, такие как левокебастин, ацеластин. Остановимся теперь на других группах антиаллергических препаратов

- Из симптоматических средств следует отметить так называемые агонисты β -адренорецепторов, такие как псевдоэфедрин и норэфедрин, которые применяются перорально или местно. Однако частый и длительный прием этих средств ведет к местной анемии, которая способствует развитию «медикаментозного ринита», слабо поддающегося терапии, а вторичная гиперемия приводит к сухости в носу, чувству жжения. Поэтому можно рекомендовать применять эту группу препаратов не чаще двух-трех раз в сутки не более двух недель также под контролем врача.

● Немедикаментозное лечение:

- охранительный режим (избегать контакта с аллергенами, раздражающими агентами, переохлаждений, ОРВИ и т.п.);
- гипоаллергенная диета;
- устранение (элиминация) причинных и провоцирующих факторов;
- уменьшение контакта с причинным и провоцирующими факторами, в случае невозможности полной элиминации аллергена;
- дыхательная гимнастика.
- барьерные средства и солевые растворы в виде назальных спреев. Не являются лекарственными средствами. Используются топически, с профилактической и восстановительной целью.

Медикаментозное лечение (в зависимости от формы, фазы и степени тяжести), основные принципы (УД А):

Основные средства:

Топические (интраназальные) глюкокортикостероиды (УД А):

- базовое патогенетическое лечение аллергического ринита. Длительность непрерывного применения может достигать двух лет, но при этом показаны альтернирующие курсы назначения препаратов (например, через день, или два-три раза в неделю). Только эта группа препаратов обеспечивает комплексное лечение и профилактику осложнений АР (конъюнктивит, ларингиты, обструктивный синдром, бронхиальная астма и т.д.) Используются в качестве монотерапии или в комбинации с антигистаминными или антилейкотриеновыми препаратами per os. Продолжительность курса от 1 недели до 6 месяцев (в случае необходимости до 12 мес.) Рекомендованы к использованию у взрослых и детей с 6 лет

● беклометазон – 100-400 мкг/сутки (2-8 впрыскиваний в сутки);

· мометазон – 100-400 мкг/сутки (2-8 впрыскивания в сутки);

· флутиказона пропионат – 100-400 мкг/сутки (2-8 впрыскиваний в сутки);

· флутиказона фуроат – 100-400 мкг/сутки (2-4 впрыскивания в сутки).

Антилейкотриеновые препараты (антагонисты рецепторов лейкотриена) (УДА):

· базовое лечение АР, особенно при его сочетании с бронхообструктивными проявлениями и астмой, профилактика развития БА. Как правило, назначаются в комбинации с топическими интраназальными ГКС или в качестве монотерапии (редко). Назначаются детям с 6 месячного возраста (4 мг), с 6 лет (5 мг), подросткам и взрослым (10 мг) [9].

· монтелукаст – 4, 5 или 10 мг, в зависимости от возраста пациента, 1 раз в день, вечером, длительно (до 3-6 месяцев или дольше, при наличии клинических показаний).



● Антигистаминные средства 2-го или 3-го поколения (УД А):

Базовое лечение аллергического ринита. Применяются курсами от нескольких дней до нескольких месяцев. Используются в комбинации с топическими интраназальными ГКС или в виде монотерапии (реже, особенно при наличии сопутствующей крапивницы). Назначаются 1 раз в день, взрослым и детям с 2 лет, только в пероральной форме [9]. Продолжительность курса лечения определяется лечащим врачом, обычно не превышает 3 месяцев.

- лоратадин 10 мг/сут;
- цетиризин 10 мг/сут;
- фексофенадин 120 мг и 180 мг/сут;
- эбастин 10-20 мг/сут*;
- дезлоратадин 5 мг/сут;
- левоцетиризин 5 мг/сут;
- биластин 20 мг/сут.

Антигистаминные средства 1-го поколения (УД А) – используются при остром течении средней или тяжелой степени в первые 3-5 дней с последующим переходом на препараты 2-го или 3-го поколения. Применяются у детей с рождения, подростков и взрослых, в пероральной или парентеральной форме [9].

- хлоропирамин 5-75 мг/сут.;
- хифенадин 25-75 мг/сут.*;
- мебгидролин 50-150 мг/сут.*;
- дифенгидрамин 50-150 мг/сут.;
- клемастин 1-3 мг/сут.;
- прометазин 25-75 мг/сут.;
- диметинден 1-6 мг/сут.*
- кетотифен 1-3 мг/сут.*



- **Симпатомиметические средства (УДА)** – для лечения заболеваний носа (деконгестанты) используются только как симптоматическое средство для временного восстановления проходимости носовых ходов (например, перед приемом топических стероидов), а также при легком течении аллергического ринита. Назначаются детям с 6 лет и взрослым, не более 4 доз в сутки и не более 5-7 дней, так как есть склонность к тахифилаксии и другим побочным эффектам [9].
 - нафазолин 0,05%, 0,1%*;
 - оксиметазолин 0,05, 0,1%⁰%;
 - ксилометазолин 0,05, 0,1%⁰;
 - тетризолин 0,05%⁰, 0,1%*.