С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

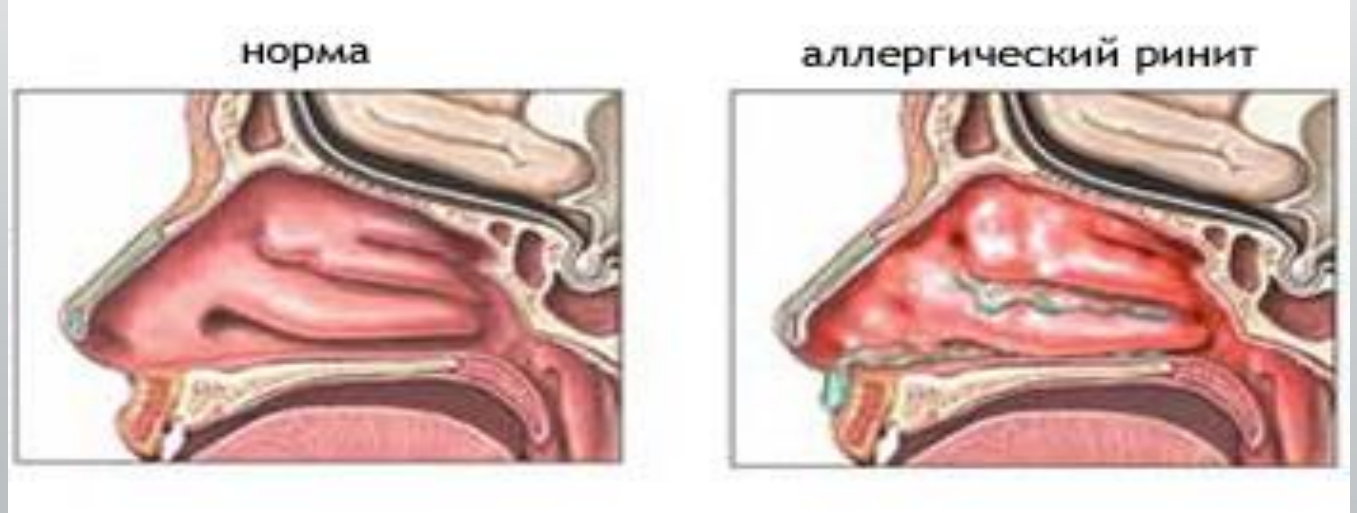
Аллергический ринит

Подготовила: Сабит Б
Факультет: ОМ
Группа: 14-021-2к
Проверила: Дусанова А.К

Алматы 2017 г

Одобрен
Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
от «15» сентября 2017 года
Протокол № 27

- **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 [1].



Соотношение кодов МКБ-10:

Дата разработки протокола: 2013 год (пересмотр 2017 год)

Сокращения, используемые в протоколе:

АР	**аллергический ринит**
АСИТ	аллергенспецифическая иммунотерапия
ВОП	врачи общей практики
ГКС	глюкокортикостероиды
КНФ	Казахстанский национальный формуляр
МКБ	международная классификация болезней
ОАК	общий анализ крови
ОАК	общий анализ крови
РКИ	рандомизированные клинические исследования
СНП	скорая и неотложная помощь
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
УД	уровень доказательности
ARIA	рекомендации рабочей группы «Аллергический ринит и его влияние на астму»
EAACI	Европейская Академия аллергологии и клинической иммунологии
GCP	Good Clinical Practice – Надлежащая клиническая практика
IgE	иммуноглобулин класса Е

Шкала уровня доказательности:

A	**Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.**
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GGP	Наилучшая клиническая практика.

Классификация:

Основные особенности классификации АР по ARIA учитывают три основных момента:

1) продолжительность проявлений АР;
2) выраженность АР;
3) влияние на качество жизни АР.

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

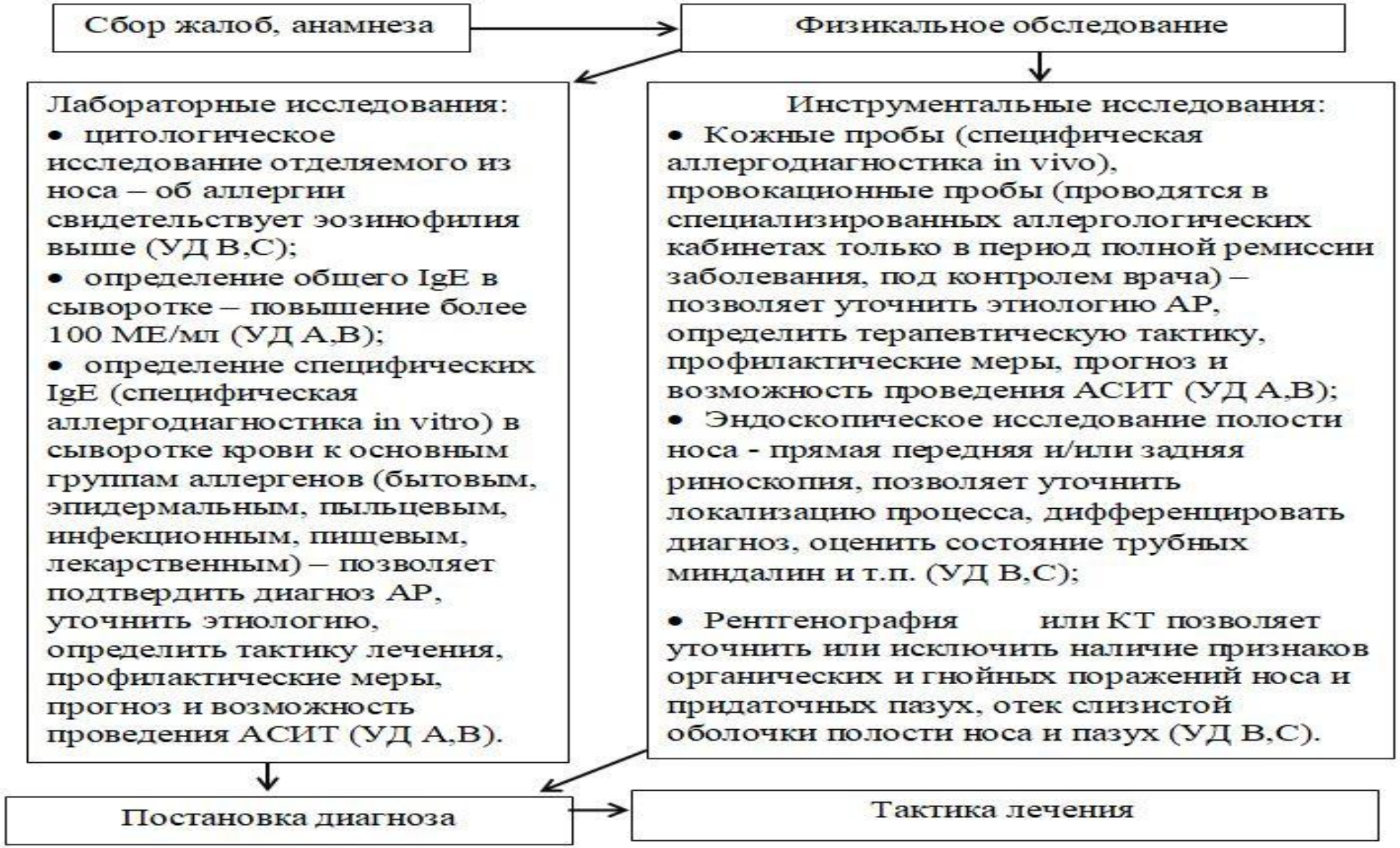
Диагностика

Жалобы и анамнез (УД В-С):	**· заложенность (обструкция) носа – полная, частичная или попеременная, в зависимости от этиологии и режима дозирования лечения отмечается в различное время дня;** **· выделения из носа (ринорея) – сначала водянистого или слизистого характера, но по мере формирования закономерных осложнений постепенно становятся все более густыми и могут периодически приобретать слизисто-гнойный характер;** **· зуд в носу, чувство жжения;** **· чихание, иногда приступообразное;** **· дополнительные жалобы – на головную боль, слабость, раздражительность, першение в горле, сухой навязчивый кашель (из-за стекания в трахею и гортань выделений с провоспалительными медиаторами), что является предвестником будущего бронхоспазма.** **В аллергологическом анамнезе необходимо обратить внимание на длительность заболевания, сезонность, суточную цикличность, влияние выезда из дома, употребление определенной пищи, связь со специфическими и неспецифическими провоцирующими факторами, профессиональными вредностями, семейный аллергоанамнез [3-5].**
Физикальное обследование:	
Общий осмотр (УД С):	· наличие гиперемии кожи около носовых зон (из-за ринореи во-первых, и зуда во-вторых); · темные круги под глазами (застой крови в клиновидно-небных венах); · видимый «аллергический салют»; · «Аденоидное лицо», высокое «готическое» небо; · географический язык; · псевдопаннус (полулунная выемка на радужной оболочке глаза).

Лабораторные исследования:	
Цитологическое исследование мазка, смыва или соскоба из носа (риноцитограмма)	отделяемого из носа с окраской либо по Райту, либо по Ханзелу, обычно в виде мазка, смыва или соскоба – об аллергии свидетельствует эозинофилия выше (УД В-С)
Определение общегоIgE в сыворотке	· повышение более 100 МЕ/мл (УД – А-В).
Определение специфических IgE в сыворотке крови (специфическая аллергодиагностика invitro)	· in vitro с основными группами аллергенов (бытовыми, эпидермальными, пыльцевыми, инфекционными, пищевыми, лекарственными) – позволяет уточнить этиологию АР, определить терапевтическую тактику, профилактические меры, прогноз и возможность проведения АСИТ (УД А,В).
Инструментальные исследования:	
Кожные пробы (специфическая аллергодиагностика invivo)	· кожные пробы, провокационные пробы (проводятся в специализированных аллергологических кабинетах только в период полной ремиссии заболевания, под контролем врача) – позволяет уточнить этиологию АР, определить терапевтическую тактику, профилактические меры, прогноз и возможность проведения АСИТ (включая аллергологическое титрование) (УД А,В)
Эндоскопическое исследование полости носа	· прямая передняя и/или задняя риноскопия, позволяет уточнить локальный характер процесса, дифференцировать с другими заболеваниями, оценить состояние трубных миндалин и т.п. (цвет слизистой оболочки и ее влажность, форму перегородки носа, обращая внимание на сосудистую сеть в ее передних отделах, калибр сосудов, состояние носовых раковин (форма, цвет, объем, отношение к перегородке носа), пальпируют их пуговчатым зондом для определения консистенции, размеры и содержимое носовых ходов, особенно среднего) (УД В,С)
Рентгенография придаточных пазух носа	· позволяет уточнить наличие признаков органических и гнойных поражений носа и придаточных пазух, отек слизистой оболочки полости носа и пазух (УД В,С);

Диагностический алгоритм на амбулаторном уровне:

В связи непостоянности клинических проявлений АР, на момент врачебного осмотра они могут полностью отсутствовать, являются причиной наличия существенных региональных особенностей диагностики этого заболевания [6,7,8].



Дифференциальный диагноз:

Признак	Сезонный АР	Круглогодичный АР	Вазомоторный ринит	Эозинофильный неаллергический ринит	Инфекционный ринит
Аллергия в анамнезе	часто	часто	Редко	может быть	редко
Аллергия в семейном анамнезе	часто	часто	редко	может быть	редко
Течение	четкая сезонность	обострения в любое время года	обострения в любое время года	обострения в любое время года	спорадические случаи
Лихорадка	нет	нет	нет	Нет	часто
Этиологические факторы	контакт с аллергенами	контакт с аллергенами	раздражающие вещества	Нет	инфекционные агенты
Выделения из носа	обильные водянистые	слизистые	водянистые или слизистые	обильные водянистые	слизистые или гнойные
Аллергический «салют»	часто	часто	редко	может быть	редко
Конъюнктивит	часто	может быть	редко	редко	редко
Слизистая носа	бледная, рыхлая, отечная	разнообразная картина	розовая, отечная	бледная, рыхлая, отечная	гиперемированная, отечная
Мазок из носа	эозинофилия	Эозинофилия	характерных изменений нет	эозинофилия	эпителий, нейтрофилы лимфоциты
Общий IgE	часто повышен	часто повышен	норма	норма	Норма
Аллерген-специфические IgE	имеются	Имеются	обычно отсутствуют	обычно отсутствуют	обычно отсутствуют
Эффективность антигистаминных средств	высокая	Умеренная	умеренная	низкая	Низкая
Эффективность	умеренная	Умеренная	низкая	умеренная	Умеренная

- **Лечение (амбулатория)**
-

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ
Лечение на амбулаторном уровне является основным (и практически единственным) методом борьбы с аллергическим ринитом. Тактика сводится к минимизации симптоматики (топической назальной и общей), улучшению качества жизни пациента, профилактике повторных обострений и осложнений со стороны верхних и нижних дыхательных путей, включая развитие бронхиальной астмы.

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 [9].
· 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%%;
- ксилометазолин 0,05, 0,1%;
- тетризолин 0,05%, 0,1%*.

Дополнительные средства:

Аллергенспецифическая иммунотерапия (УД А**):**

Проводится аллергологом после проведения САД in vitro и in vivo и установления причинно-значимых аллергенов при невозможности их элиминации и отсутствии противопоказаний. Только в период полной ремиссии. СИТ возможна несколькими путями – субкутанным, пероральным, сублингвальным, интраназальным [10,11]. Используются высокоочищенные экстракты аллергенов, предназначенные для лечения, прошедшие клинические испытания и разрешенные к применению в Республике Казахстан.

Мембраностабилизаторы* (**УД D**):

Используются в основном местно, с профилактической целью, более показаны в детском возрасте. Эффективность системного применения не подтверждена.

- Кромоглициновая кислота 50-200 мг/сут.

NB!* – препараты, на момент пересмотра протокола, не включенные в КНФ, но зарегистрированные в РК (состояние на 06.2017, доступно с www.knf.kz)

Дальнейшее ведение:

Профилактические мероприятия:

Пропаганда знаний об аллергии, аллергическом рините и бронхиальной астме, как самом частом осложнении [10]. Раннее выявление гиперчувствительности, настороженность в случае отягощенного личного или семейного аллергоанамнеза, выявление и лечение заболеваний верхних дыхательных путей, отказ от курения, экология труда и быта, здоровый образ жизни.

- наблюдение аллерголога в динамике;
- обучение пациентов в школе аллергии (астмы);
- специфическая аллергодиагностика и элиминация причинных аллергенов;
- профилактические гипоаллергенные мероприятия в жилье и на рабочем месте;
- исключение провоцирующих факторов, курения;
- ношение специальных фильтров или масок;
- применение систем очистки, ионизации, озонации, фильтрации, увлажнения воздуха, пылесосов с водяной фильтрацией или «моющих»;

Индикаторы эффективности лечения:

- купирование клинических проявлений;
- восстановление проходимости носовых ходов;
- восстановление носового дыхания, особенно в ночное время;
- улучшение качества жизни;
- восстановление трудоспособности;
- уменьшение сенсибилизации при кожно-аллергическом тестировании;
- снижение показателей содержания общего и специфических IgE (обычно на фоне проведения длительной АСИТ).

Госпитализация

Показания для плановой госпитализации: нет.
Показания для экстренной госпитализации: нет

Информация
Источники и литература
Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗ РК, 2017
1) Allergic rhinitis. Consensus statement. EAACI Position paper. // Allergy. 2000:55 – 116-134. 2) ARIA 2010. Allergic rhinitis and its impact on asthma. Annual Workshop Report. WHO. 2010. 3) Научно-практическая программа «Программа по менеджменту бронхиальной астмы и аллергического ринита на современном этапе в Республике Казахстан», г. Алматы, 2011, 27 с. 4) Аллергология и иммунология. Национальное руководство. Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной.- М.: ГЭОТАР Медиа, 2013 – 640 с 5) Аллергология. Федеральные клинические рекомендации. Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной.- М., 2014.- 126 с 6) Akdis C.A., Agache I. Global Atlas of allergy. - EAACI, 2014.- 398 p. 7) Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита – Москва, 2013 – 18 с. 8) Акпеисова Р.Б. Эпидемиологические и клинико-фукнциональные особенности аллергического ринита в сочетании с бронхиальной астмой. – автореф. канд. дисс. – Алматы, 2009 г. – 28 с. 9) Национальный регистр лекарственных средств. Состояние на июнь 2017 г. НЦЭЛСИМН МЗ РК. Доступно с www.dari.kz 10) Global strategy for asthma management and prevention, 2012 (Update).- 2016.- 128 p. (доступно на www.ginasthma.com) 11) White book on allergy: Update 2013. Pavancar R. et al (eds) - World allergy organization, 2013 – 239 p.
Информация

Спасибо за внимание!!!