



АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

**Подготовила:
Курмангалиева У.,
785ВБ.**

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ-это

- ▣ **хроническое заболевание слизистой оболочки носа, в основе которого лежит Ig E-опосредованное аллергическое воспаление, обусловленное воздействием различных аллергенов и проявляющееся тетрадой симптомов в виде ринореи, заложенности носа, чихания и зуда в носовой полости.**



ПАТОФИЗИОЛОГИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

- Основным механизмом аллергического ринита является **аллергическая реакция немедленного типа**. В результате контакта сенсibilизированного организма с аллергеном развивается реакция гиперчувствительности, представляющая собой преимущественно опосредованное иммуноглобулином IgE высвобождение гистамина. Гистамин синтезируется и накапливается в тучных клетках. В связи с повышенным содержанием IgE, IgE-антитела в возрастающих количествах связываются с поверхностью мембран тучных клеток. IgE-антитела вызывают высвобождение гистамина и других медиаторов, например, фактора активации тромбоцитов (PAF), простагландинов и лейкотриенов. Связывание выделенного гистамина осуществляется специфическими рецепторами клеток (H1, H2, H3), при этом особую роль в развитии аллергических реакций играют H1-рецепторы. На последующем этапе аллергической реакции T-лимфоциты высвобождают лимфокины, что приводит к активации и пролиферации макрофагов и одноядерных клеток.



▣ **Ранняя фаза аллергической реакции**

происходит в течение нескольких минут после воздействия аллергена – связывание аллергена со специфическими IgE, фиксированными на тучных клетках, приводит к активации этих клеток и выделению ими медиаторов воспаления

▣ **Поздняя фаза аллергической реакции**

разворачивается через 4–6 ч после экспозиции аллергена.



Таблица 1. Классификация ринитов

Международный консенсус по диагностике и лечению ринита (1994)

Аллергический	Инфекционный	Другие
<ul style="list-style-type: none">• Сезонный• Круглогодичный	<ul style="list-style-type: none">• Острый• Хронический• Неспецифический• Специфический	<ul style="list-style-type: none">• Идиопатический• Неаллергический эозинофильный (NARES)• Профессиональный• Гормональный• Медикаментозный• Вызванный веществами раздражающего действия• Пищевой• Психогенный• Атрофический



Таблица 2. Классификация аллергического ринита (ARIA, 2001)

Интермиттирующий	Персистирующий	Профессиональный
(Сезонный)	(Круглогодичный постоянный)	



Классификация аллергического ринита (ВОЗ, 2001 г.)

Интерmittирующий	Персистирующий
Симптомы менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в год	Симптомы более 4 дней в неделю или более 4 недель в год
Течение средней тяжести или тяжелое	Течение легкое
<ul style="list-style-type: none">• Нарушение сна• Нарушение дневной активности, занятий спортом и отдыха• Нарушение работоспособности• Мучительные симптомы	<ul style="list-style-type: none">• Нормальный сон• Нормальные дневная активность, занятия спортом и отдых• Нормальная работоспособность• Отсутствие мучительных симптомов

СЕЗОННЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ (САР)

- ▣ **САР- связан с воздействием двух основных групп аллергенов:**
- ▣ **пыльцы деревьев, злаковых трав и сорных трав**
- ▣ **спор плесневых грибов (вегетирующих, как правило, на**
- ▣ **растениях).**
- ▣ **Заболевание характеризуется строгой сезонностью.**
- ▣ **Симптомы рецидивируют из года в год в одно и то же время, связанное с периодом цветения определенных видов растений.**
- ▣ **Интенсивность симптомов зависит от концентрации пыльцы в воздухе. У чувствительных пациентов симптомы могут появляться и при ее низкой концентрации.**
- ▣ **По окончании сезона цветения симптомы исчезают.**



ОСНОВНЫЕ ПИКИ МАНИФЕСТАЦИИ СИМПТОМОВ САР

- ~~□ Первый пик регистрируется в марте-апреле в период цветения деревьев (березы, ольхи, орешника, дуба и др.)~~
- Второй пик приходится на май-июнь, в этот период цветут злаковые травы (ежи, тимофеевки, овсяницы и др.)
- Третий пик самый длинный начинается обычно в июле и до конца октября, связан с сорными травами (полыни, лебеды, подорожника)



Круглогодичный аллергический ринит (КАР)

- ▣ **КАР -связан с воздействием :**
- ▣ **ингаляционных аллергенов жилища,**
- ▣ **клещей домашней пыли и аллергенов домашних животных,**
- ▣ **тараканов и др.**
- ▣ **Заболевание характеризуется периодической или постоянной симптоматикой без выраженных сезонных колебаний на протяжении всего года.**
- ▣ **Отмечается высокая чувствительность к неспецифическим раздражителям (табачный дым, холодный воздух, химические поллютанты диоксид серы, озон, угарный газ, диоксид азота).**
- ▣ **Термин «круглогодичный аллергический ринит» применим только к случаям с доказанной аллергической этиологией.**





По степени тяжести:

- ▣ **Легкое течение АР** характеризуется ограниченным количеством симптомов, которые не мешают каждый день вести нормальный образ жизни и/или не приводят к нарушению сна.
- ▣ **При средней степени тяжести:** симптомы умеренно выражены, мешают привычной деятельности и/или нарушают сон.
- ▣ **Тяжелое течение:** характеризуется выраженными мучительными симптомами, из-за которых пациент не может справиться со своими повседневными обязанностями, у него существенно нарушен сон.



Клинические проявления	Патофизиологический механизм	Предполагаемые медиаторы
Зуд	Стимуляция чувствительных нервных окончаний	Гистамин (H1-) Простагландины
Заложенность носа	Отек слизистой Кинины	Гистамин (H1-) LTC4, LTD4, LTE4
Чихание	Стимуляция чувствительных нервных окончаний	Гистамин (H1-) LTC4, LTD4, LTE4
Ринорея	Стимуляция секреции слизи	Гистамин (H1-) — прямое и опосредованное действие (через мускариновый эффект) LTC4, LTD4, LTE4
Неспецифическая гиперреактивность и заложенность носа	Поздняя фаза Вазодилатация	Эйкозаноиды Хемотаксические факторы (нейтрофилов и эозинофилов)



Клинические проявления АГ:

- ▣ **ринорея** (водянистые выделения из носа);
- ▣ **чихание** – нередко приступообразное, чаще в утренние часы, пароксизмы чихания могут возникать спонтанно;
- ▣ **зуд**, реже – чувство жжения в носу (иногда сопровождается зудом неба и глотки). Зуд носа может проявляться характерным симптомом – «аллергическим салютом» (постоянное почесывание кончика носа с помощью ладони движением снизу вверх), в результате чего у части детей появляется поперечная носовая складка, расчесы, царапины на носу;
- ▣ **заложенность** носа, характерное дыхание ртом, сопение, храп, изменение голоса;
- ▣ **снижение обоняния.**



Дополнительные симптомы АР

- ✓ раздражение, отечность, гиперемия кожи над верхней губой и крыльев носа;
- ✓ носовые кровотечения вследствие форсированного сморкания и ковыряния в носу;
- ✓ боль в горле, покашливание (проявления сопутствующего аллергического фарингита, ларингита);
- ✓ боль и треск в ушах, особенно при глотании; нарушение слуха (проявления аллергического тубоотита).



ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

- ❖ **До 3-летнего** возраста преобладают **заложенность носа с отеком** слизистой оболочки и слизистыми выделениями, наблюдается отек кончика носа; чихание, зуд и приступообразная **ринорея менее характерны**.
- ❖ Симптомы АР у детей младшего возраста сопровождаются «аллергическим тиком» – они морщат нос, старшие дети попеременно прижимают и опускают кончик носа или поднимают его ладонью вверх («аллергический салют»).



ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

- ◆ **Жалобы и анамнез:** 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



ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:

- 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).



Сбор жалоб, анамнеза

Физикальное обследование

Лабораторные исследования:

- цитологическое исследование отделяемого из носа – об аллергии свидетельствует эозинофилия выше (УД В,С);
- определение общего IgE в сыворотке – повышение более 100 МЕ/мл (УД А,В);
- определение специфических IgE (специфическая аллергодиагностика *in vitro*) в сыворотке крови к основным группам аллергенов (бытовым, эпидермальным, пыльцевым, инфекционным, пищевым, лекарственным) – позволяет подтвердить диагноз АР, уточнить этиологию, определить тактику лечения, профилактические меры, прогноз и возможность проведения АСИТ (УД А,В).

Инструментальные исследования:

- Кожные пробы (специфическая аллергодиагностика *in vivo*), 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 (УД А,В);
- Эндоскопическое исследование полости носа - прямая передняя и/или задняя риноскопия, позволяет уточнить локализацию процесса, дифференцировать диагноз, оценить состояние трубных миндалин и т.п. (УД В,С);
- Рентгенография или КТ позволяет уточнить или исключить наличие признаков органических и гнойных поражений носа и придаточных пазух, отек слизистой оболочки полости носа и пазух (УД В,С).

Постановка диагноза

Тактика лечения

□ **Современное лечение аллергического ринита включает:**

- **Исключение контакта с аллергенами.** Элиминация наиболее эффективна при аллергии к домашним животным. Поддержание беспылевого режима и регулярные влажные уборки необходимы при сенсibilизации к аллергенам домашней пыли. Кондиционеры уменьшают концентрацию пыльцы и спор грибов в помещении, однако при нарушениях технической эксплуатации кондиционеров возможна грибковая контаминация. Кроме того, возможно использование препаратов-барьеров — аэрозолей, распыляемых на слизистую оболочку носа до предполагаемого контакта с аллергеном.
- **Специфическую иммунотерапию аллергенами (СИТ),** основанную на введении в организм (обычно подкожно) минимального количества «причинного» аллергена в постепенно возрастающей дозе. Это позволяет организму выработать защитные блокирующие антитела, что приводит к уменьшению или полному исчезновению симптомов аллергического ринита. СИТ проводят в период ремиссии. Для достижения стойкого клинического эффекта рекомендуется проведение не менее 3 курсов специфической иммунной терапии. СИТ малоэффективна при большом количестве (более трех «причинных» аллергенов).
- **Симптоматическую терапию** (неспецифическую гипосенсибилизацию), включающую препараты различных групп.



▣ **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 фуоат – 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.



ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Тяжесть течения	Лечение	Если лечение не эффективно
Легкое течение	1. Устранение аллергена 2. Антигистаминные препараты 2 поколения	Обратиться к аллергологу для дальнейшего обследования
Среднее течение	1. Устранение аллергена 2. Антигистаминные препараты 2 поколения 3. Местно-кромогликат натрия или глюкокортикостероиды (в нос, в глаза)	<ul style="list-style-type: none">• Исследование полости носа• Аллергологические пробы• Дополнительное медикаментозное лечение• Иммуноterapia
Тяжелое течение	1. Устранение аллергена 2. Антигистаминные препараты 2 поколения 3. Местно-кромогликат натрия или глюкокортикостероиды (в нос, в глаза) 4. Возможно глюкокортикостероиды внутрь в таблетках 5. Местные сосудосуживающие средства.	

Клиническое действие различных групп препаратов

	ЧИХАНИЕ	РИНОРРЕЯ	Заложенность носа	Зуд в носу	Конъюнктивит
Антигиста- мины	++	++	+	++	-
ГКС	+++	+++	+++	++	++
Деконгес- танты	-	-	++++	-	-

Начало действия интраназальных кортикостероидов

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

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- Пухлик Б. М., Пухлик С. М., Корицкая И. В. и соавт. Современные взгляды на проблему лечения аллергического ринита // Український пульмонологічний журнал. 2004, № 2, с. 18–21.
- Свистушкин В. М. Современные аспекты диагностики и лечения аллергического ринита // Consilium medicum. 2007, т. 5, № 2.
- Лопатин А. С., Гущин И. С., Емельянов А. В. и соавт. Клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита // Consilium medicum. 2001; Прил.: 33–44.
- Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗ РК, 2017

