

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Зав. кафедра: д.м.н. профессор Петрова М.М.

**Реферат на тему:
" Злокачественные новообразования кожи"**

Выполнил:

Врач - ординатор первого года
обучения кафедры
поликлинической терапии и
семейной медицины с курсом ПО
Тодоякова Анна Олеговна

Красноярск 2019 г.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	2
РЕКОМЕНДАЦИИ.....	2
КЛАССИФИКАЦИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ.....	3
ТРИГГЕРЫ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ.....	3
МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ.....	4
СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	5
КЛИНИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ.....	5
ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ.....	5
ЛЕЧЕНИЕ.....	6
РЕКОМЕНДАЦИИ, ОСНОВАННЫЕ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ.....	7
СЛОВАРЬ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РИНИТОВ.....	8
ЛЕЧЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ РИНИТА И АСТМЫ.....	11
Список используемой литературы.....	13

ВВЕДЕНИЕ

Аллергический ринит **определяется клинически** как симптоматическое расстройство в полости носа, которое индуцируется после экспозиции аллергена и опосредуется IgE-зависимым воспалением оболочек носа.

Аллергические риниты представляют **глобальную проблему здравоохранения**. Это широко распространённое в мире заболевание, поражающее по крайней мере от 10 до 25% населения, и распространённость аллергических ринитов увеличивается. Хотя аллергический ринит обычно не является тяжёлым заболеванием, он изменяет социальную жизнь пациентов, влияет на посещаемость в школе и продуктивность труда. Кроме того, расходы на лечение ринита очень большие.

Астма и риниты являются сопутствующими заболеваниями, что подтверждает концепцию «одни воздухоносные пути, одно заболевание».

Новые знания о механизмах, лежащих в основе аллергического воспаления дыхательных путей, способствуют улучшению терапевтических стратегий. Изучены и утверждены новые пути назначения препаратов, дозы и режимы применения.

Практические рекомендации по диагностике и лечению аллергических ринитов в прошлом уже разработаны и опубликованы. Однако они не базируются на позициях медицины доказательств и не содержат рекомендаций с учётом сопутствующих заболеваний пациента.

Инициатива ARIA (Аллергические риниты и их связь с астмой) разработана совместно с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Этот документ представлен в форме современного карманного руководства как для врачей-специалистов, так и для врачей общей практики. Его целями являются:

- усовершенствовать знания клиницистов по аллергическим ринитам;
- подчеркнуть связь аллергического ринита с астмой;
- представить основанный на доказательствах диагностический подход;
- представить основанный на доказательствах подход к лечению;
- представить ступенчатый подход к лечению заболевания.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Классификация аллергических ринитов как наиболее распространённого хронического заболевания органов дыхания учитывает: распространённость; влияние на качество жизни; влияние на посещаемость работы/школы и продуктивность труда; экономическое бремя; связь с астмой; взаимосвязь с синуситами и другими сопутствующими заболеваниями, такими как конъюнктивиты.
2. Наряду с другими известными факторами риска, аллергические риниты следует рассматривать как фактор риска развития астмы.
3. Аллергические риниты в настоящее время разделены на:
 - интермиттирующие;
 - персистирующие.
4. Разделение аллергических ринитов по степени тяжести на «лёгкий» или «средней тяжести/тяжёлый» зависит от тяжести симптомов заболевания и критериев качества жизни.
5. Описан ступенчатый терапевтический подход, учитывающий классификацию и тяжесть течения аллергического ринита.
6. Лечение аллергического ринита должно сочетать:
 - избегание влияния аллергенов (по возможности);
 - фармакотерапию;
 - иммунотерапию.
7. Следует оптимизировать социальные факторы и факторы окружающей среды для обеспечения нормального образа жизни.
8. Пациентам с персистирующим аллергическим ринитом необходимо провести обследование относительно астмы, включающее оценку анамнеза заболевания, исследование органов грудной клетки и, если возможно, определение обструкции дыхательных путей до и после применения бронходилататора.
9. Пациентам с астмой необходимо соответственно провести обследование относительно ринита (оценка анамнеза заболевания и объективный осмотр).
10. В идеале следует применять комбинированную стратегию (с учётом эффективности и безопасности) для лечения сопутствующих заболеваний верхних и нижних дыхательных путей.
11. В развивающихся странах следует разработать соответствующую стратегию, учитывающую доступность лечения и вмешательств, а также их стоимость.

КЛАССИФИКАЦИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Аллергический ринит клинически определяется как симптоматическое расстройство в полости носа, индуцированное IgE-опосредованным воспалением назальных мембран после экспозиции аллергена.

Симптомы аллергического ринита включают: ринорею;

заложенность носа; зуд в носу; чиханье, которые проходят спонтанно или вследствие применения лечения.

На предыдущем этапе аллергический ринит подразделялся, базируясь на продолжительности экспозиции аллергена, на сезонный, круглогодичный и профессиональный. Эта классификация является не совсем рациональной.

Новая классификация аллергических ринитов:

- учитывает симптомы заболевания и параметры качества жизни;
- основана на продолжительности симптомов, и заболевание подразделяется на «интермиттирующее» и «персистирующее»;
- базируется на тяжести течения, и заболевание подразделяется на «лёгкое» и «средней тяжести/тяжёлое» (с учётом симптомов и качества жизни).

Интермиттирующий

Симптомы

- < 4 дней в неделю
- или < 4 недель

Лёгкий

- нормальный сон
- не нарушены дневная активность, досуг и занятия спортом
- отсутствие проблем на работе и в школе
- отсутствие неприятных симптомов

Персистирующий

Симптомы

- и > 4 дней в неделю
- и > 4 недель

.Средней тяжести/Тяжёлый

один или больше критериев

- нарушенный сон
- нарушены дневная активность, досуг и занятия спортом
- проблемы на работе и в школе
- неприятные симптомы

ТРИГГЕРЫ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Аллергены

Ингаляционные аллергены часто вовлечены в развитие аллергического ринита.

- Увеличение количества домашних аллергенов частично является ответственным за рост распространённости ринитов, астмы и аллергии.
- Домашними аллергенами преимущественно являются клещи, домашние животные, насекомые или аллергены растительного происхождения.
- К распространённым внешним аллергенам относятся пыльца растений и плесень.

Профессиональные риниты не так хорошо задокументированы, как профессиональная астма, однако у одних и тех же пациентов часто отмечаются сопутствующие назальные и бронхиальные симптомы.

Случаи латексной аллергии всё чаще возникают у пациентов и медицинских работников. Медицинские работники должны знать об этой проблеме и необходимо разработать стратегию лечения и профилактики.

Поллютанты

• Эпидемиологические данные свидетельствуют, что поллютанты (факторы загрязнения среды) вызывают обострение ринита.

• В настоящее время более глубоко изучены механизмы влияния пол-лютантов на возникновение и обострение ринита.

• **Загрязнение воздуха внутри помещений** приобрело большую значимость, поскольку в развитых странах люди проводят более 80% времени внутри помещений. На степень загрязнения помещений влияют домашние аллергены и газовые поллютанты, среди которых **табачный дым** является наибольшим источником загрязнения.

• Во многих странах главными **загрязнителями в городах** являются автомобили. К основным атмосферным поллютантам относятся озон, оксиды азота и диоксид серы. Эти факторы могут способствовать усилению назальных симптомов как у пациентов с аллергическим ринитом, так и у лиц, не страдающих аллергией.

• Продукты сгорания дизельного горючего могут усиливать продукцию IgE и аллергическое воспаление.

Аспирин

Аспирин и другие нестероидные противовоспалительные средства (НСПВС) часто индуцируют ринит и астму.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Аллергия классически рассматривается как результат IgE-опосредованной реакции, ассоциированной с воспалением слизистой носа.

Аллергический ринит характеризуется воспалительным процессом, который реализуется при помощи различных клеток. Этот клеточный ответ включает:

- хемотаксис, направленное продвижение и трансэндотелиальную миграцию клеток;
- освобождение цитокинов и хемокинов;
- активацию и дифференциацию различных типов клеток, включая эозинофилы, Т-клетки, тучные и эпителиальные клетки;

- продление их выживаемости;
- освобождение медиаторов этими активированными клетками. Среди них основными медиаторами являются гистамин и цистеинил-лейко-триены;
- связь с иммунной системой и костным мозгом.

Неспецифическая назальная гиперреактивность является важной характерной чертой аллергической ринита. Она определяется как усиление реакции слизистой на нормальные стимулы и проявляется чиханьем, заложенностью носа и/или выделениями из носа.

Интермиттирующий ринит может быть вызван стимулированием носа пыльцевыми аллергенами. Засвидетельствовано, что воспалительная реакция развивается во время поздней фазы реакции.

При персистирующем аллергическом рините триггеры аллергии взаимодействуют с продолжающейся реакцией воспаления. Симптомы заболевания зависят от этого комплексного взаимодействия.

«Минимальное персистирующее воспаление» — новая и важная концепция. У пациентов с персистирующим аллергическим ринитом экспозиция аллергенов изменяется в течение года. Отмечаются периоды, когда экспозиция аллергенов минимальная. Даже несмотря на отсутствие симптомов, у этих пациентов отмечается воспаление слизистой носа.

Раскрытие механизмов патогенеза заболевания обеспечивает основу его рациональной терапии, которая заключается в необходимости влияния, прежде всего, на комплекс воспалительной реакции, а не только лишь на симптомы.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Аллергическое воспаление не ограничивается только воздухопроводящими путями носа. Многочисленные сопутствующие заболевания связаны с ринитом.

Астма

Слизистая носа и бронхов во многом сходна.

Эпидемиологические исследования продемонстрировали, что астма и ринит часто сочетаются у одних и тех же пациентов.

- Большинство пациентов с аллергической и неаллергической астмой страдают ринитом.
- Многие пациенты с ринитом страдают астмой.
- Аллергический ринит ассоциируется с астмой и также является фактором риска развития астмы.
- У многих пациентов с аллергическим ринитом отмечается повышенная неспецифическая гиперреактивность бронхов.

Патофизиологические исследования свидетельствуют, что существует сильная взаимосвязь между ринитом и астмой. Хотя между ринитом и астмой есть отличия, считают, что верхние и нижние дыхательные пути поражены общим и, вероятно, развивающимся воспалительным процессом, который может поддерживаться и усиливаться взаимосвязанными механизмами.

Аллергические заболевания могут быть системными. Вызванная влиянием аллергенов иммунологическая бронхиальная реакция приводит к воспалению слизистой носа, а спровоцированная реакция в слизистой носа приводит к воспалению бронхов.

Когда рассматривается диагноз ринита или астмы, необходимо провести обследование как верхних, так и нижних дыхательных путей.

Другие сопутствующие заболевания

К этим заболеваниям относятся синуситы и конъюнктивиты. Связь между аллергическим ринитом, полипозом носа и средним отитом изучена в меньшей мере.

КЛИНИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Клинический анамнез является важным этапом точной диагностики ринита, оценки его тяжести течения и вероятного ответа на лечение.

У пациентов с лёгким интермиттирующим аллергическим ринитом осмотр полости носа является оптимальным исследованием. Все пациенты с персистирующим аллергическим ринитом нуждаются в осмотре полости носа. Передняя риноскопия с применением рефлектора и зеркала имеет ограниченную информативность. Назальная эндоскопия, обычно проводимая врачом-специалистом, является более информативным методом исследования.

ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Диагноз аллергического ринита базируется на:

- Типичном анамнезе развития аллергических симптомов.

- Наличии аллергических симптомов, характерных для «чихающих и с водянистыми выделениями».
- Диагностических тестах.
 - Тесты *in vivo* и *in vitro*, используемые для диагностики аллергических заболеваний, направлены на определение свободного или связанного с клетками IgE. Диагностика аллергии улучшилась благодаря стандартизации аллергенов, что позволило создать качественные диагностические вакцины для большинства ингаляционных аллергенов.

- **Кожные пробы с реакцией гиперчувствительности немедленного типа** широко используются для выявления IgE-зависимых аллергических реакций. Они считаются главным диагностическим орудием в области аллергологии. Если пробы правильно выполнены, они являются подтверждающим доказательством наличия специфической аллергии. Так как существует много сложностей в постановке кожных проб и интерпретации, рекомендуется их проведение специально подготовленными профессионалами.

- **Определение аллерген-специфического IgE** в сыворотке крови является важным и сходным по значению с кожным тестом.

- **Назальные провокационные пробы** с аллергенами используются в научных исследованиях и в меньшей мере в клинической практике. Они могут быть полезными, особенно при диагностике профессионального ринита.

- **Методы диагностики, которые дают изображение**, обычно не являются обязательными.

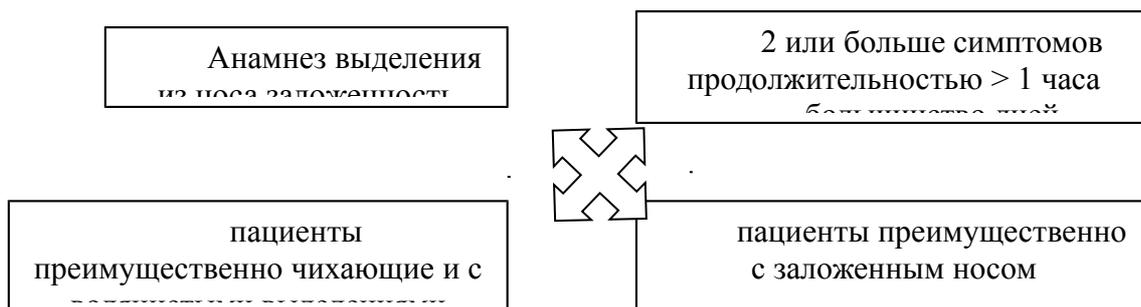
Диагностика астмы

- **Выявление сопутствующей астмы** может быть сложным в связи с нестойкостью симптомов заболевания и обратимостью обструкции дыхательных путей (спонтанной или при применении лечения).

- Практические рекомендации по распознаванию и диагностике астмы опубликованы в «Глобальной инициативе по астме» (GINA) и предлагаются инициативой ARIA.

- Определение функционального состояния лёгких и подтверждение обратимости обструкции дыхательных путей являются важными ступенями диагностики астмы.

Рис. 2: Клиническая оценка и классификация ринитов



Чиханье	преимущественно пароксизмальное	редко или отсутствует
Ринорея	передние и задние водянистые выделения	густая слизь, больше сзади
зуд	да	нет
заложенность носа	различной степени	часто сильная
дневной ритм	ухудшение на протяжении дня, улучшение ночью	постоянные симптомы днём и ночью, могут усиливаться ночью
конъюнктивит	отмечается часто	

ЛЕЧЕНИЕ

Слизистая носа и бронхов во многом сходна.

Лечение аллергических ринитов включает:

- **избежание аллергенов:**

- большинство исследований посвящено изучению влияния элиминации аллергенов на симптомы астмы и всего в нескольких исследованиях изучали влияние такой элиминации на симптомы ринита. Единственное вмешательство может быть недостаточным для достижения контроля над симптомами ринита или астмы

- однако избежание влияния аллергенов, включая клещей домашней пыли, должно быть неотъемлемой частью лечебной стратегии

- требуется больше данных, чтобы полностью оценить значение элиминации аллергенов

- **Медикаментозные средства** (фармакологическое лечение)

- **Специфическая иммунотерапия**

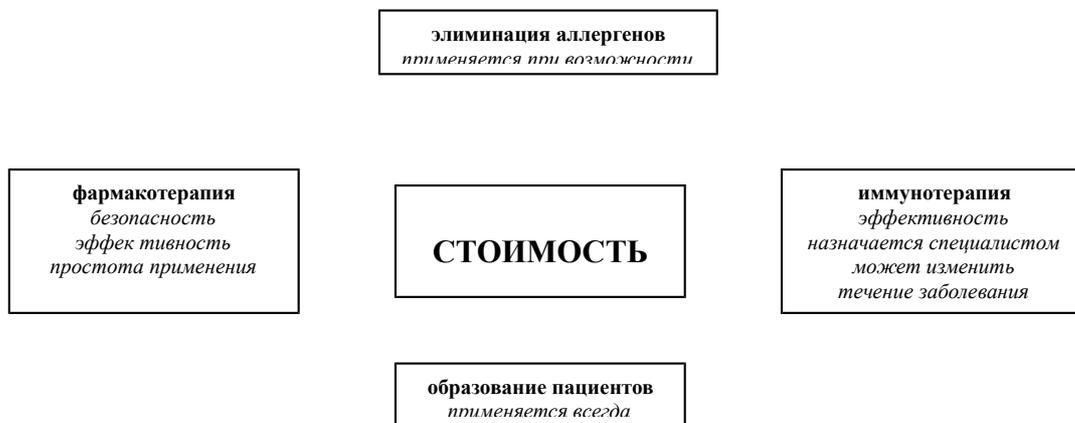
- **Образование пациентов**

- **Хирургическое вмешательство** может применяться как дополнительная мера у немногих тщательно отобранных пациентов

Эти рекомендации обеспечивают стратегию, сочетающую лечение заболеваний верхних и нижних дыхательных путей с учётом эффективности и безопасности.

Наблюдение в динамике необходимо пациентам с персистирующим и тяжёлым интермиттирующим ринитом.

Рис. 3. Терапевтический выбор



РЕКОМЕНДАЦИИ, ОСНОВАННЫЕ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ

Рекомендации, основанные на доказательствах

Базируются на результатах рандомизированных контролируемых исследований, проведённых в соответствии с предыдущей классификацией ринитов:

- сезонный (САР);
- круглогодичный аллергический ринит (КАР).

Основой рекомендаций является:

- А: рекомендации базируются на рандомизированных контролируемых исследованиях или мета-анализе
- Д: рекомендации базируются на клиническом опыте экспертов.

Тактика	Сезонный		Круглогодичный	
	Взрослые	Дети	Взрослые	Дети
Пероральные H1 -антигистаминные препараты	A	A	A	A
Интраназальные H1 -антигистаминные препараты	A	A	A	A
Интраназальные кортикостероиды	A	A	A	A

Интраназальные кромоны	А	А	А	
Антилейкотриены	А			
Подкожная СИТ	А	А	А	А
Сублингвальная СИТ	А	А	А	
Назальная СИТ	А	А	А	
Избежание аллергенов	Д	Д	Д	Д

СИТ: специфическая иммунотерапия.

Для сублингвальной и интраназальной СИТ рекомендуется лечение только очень высокими дозами.

ВЫБОР ПРЕПАРАТОВ

Препараты характеризуются непродолжительностью действия после прекращения их применения. Поэтому при персистирующем течении заболевания требуется поддерживающая терапия.

При продолжительном лечении тахифилаксия обычно не наблюдается.

Медикаментозные средства, применяемые для лечения ринита, в большинстве случаев назначаются или интраназально, или перорально.

Некоторые исследования сравнивали относительную эффективность этих препаратов, среди которых наиболее эффективными оказались - интраназальные кортикостероиды. Однако выбор лечения зависит также от многих других критериев.

Применение альтернативных методов терапии (таких как гомеопатия, фитотерапия, акупунктура) при лечении ринитов увеличивается. Существует необходимость в неотложном проведении больших, рандомизированных, контролируемых клинических исследований альтернативных методов терапии аллергических заболеваний и ринитов. Научные и клинические доказательства эффективности этих методов терапии отсутствуют.

Внутримышечные инъекции глюкокортикостероидов обычно не рекомендуются из-за возможного развития системных побочных эффектов.

Интраназальные инъекции глюкокортикостероидов обычно не рекомендуются из-за возможного развития тяжёлых побочных эффектов.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Сравнительная активность препаратов в лечении ринитов					
	Чихание	Ринорея	Заложенность носа	Зуд в носу	Симптомы со стороны глаз
Н1-антигистаминные препараты					
пероральные	++	++	+	+++	++
интраназальные	++	++	+	++	0
интраокулярные	0	0	0	0	+++
Кортикостероиды					
интраназальные	+++	+++	+++	++	++
Кромоны					
интраназальные	+	+	+	+	0
интраокулярные	0	0	0	0	++
Деконгестанты					

интраназальные	0	0	++++	0	0
пероральные	0	0	+	0	0
Антихолинергические средства	0	++	0	0	0
Антилейкотриены	0	+	++	0	++

СЛОВАРЬ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РИНИТОВ

Название/ также известны как	Генерическое название	Механизм действия	Побочные действия	Комментарии
Пероральные H1-антигистаминные препараты	2-я генерация Цетиризин Эбастин Фексофенадин Лоратадин Мизоластин Акривастин Азелаэтин Новые препараты Деслоратадин Левоцетиризин 1-я генерация Хлорфенирамин Клемастин Гидроксизин Кетотифен Меквитазин Оксатомид Другие Кардиотоксические Астемизол Терфенадин	-блокада H1-рецепторов -некоторая антиаллергическая активность -препараты новой генерации могут применяться один раз в день -не развивается тахифилаксия	2-я генерация -отсутствует седативный эффект у большинства препаратов -отсутствует антихолинергический эффект -отсутствует кардиотоксичность -акривастин имеет седативный эффект -оральный азелаэтин может вызвать сонливость и горький привкус 1-я генерация обычно седативный эффект -и/или антихолинергический эффект	-новая генерация оральных H1-антигистаминных препаратов предпочтительна благодаря благоприятному соотношению эффективности/безопасности и фармакокинетическим свойствам -быстрое начало действия (< 1 часа) относительно назальных и глазных симптомов -незначительное влияние на заложенность носа -необходимо избегать кардиотоксических препаратов
H1-антигистаминные препараты местного применения (интраназальные, глазные)	Азелаэтин Левобобастин	-блокада H1-рецепторов -некоторая антиаллергическая активность для азелаэтина	-минимальные местные побочные эффекты азелаэтин: горький привкус у некоторых пациентов	-быстрое начало действия (< 30 мин) относительно назальных и глазных симптомов
Интраназальные кортикостероиды	Беклометазон Будесонид флунизолид флютиказон Мометазон Триамцинолон	-уменьшают назальную гиперреактивность -значительно уменьшают воспаление слизистой носа	минимальные местные побочные эффекты -широкие границы для системных побочных эффектов -проблемы, связанные с задержкой роста, касаются только некоторых препаратов (см.	-наиболее эффективная фармакотерапия аллергических: ринитов -эффективность относительно заложенности носа -влияние на обоняние -эффект отмечается

			педиатрический роз-дел, с. 20) -у маленьких детей подумайте о комбинации интраназальных и	через 6-12 часов, максимальная эффективность • через несколько дней
Название/ также известны как	Генерическое название	Механизм действия	Побочные действия	Комментарии
Пероральные/ внутримышечные кортикостероиды	Дексаметазон Гидрокортизон Метилпреднизолон Преднизолон Преднизон Триамцинолон Бетаметазон Дефлазакорт	-значительно уменьшают воспаление слизистой носа -уменьшают назальную гиперреактивность	-системные побочные эффекты развиваются часто, особенно при в/м введении препаратов -депо-инъекции могут вызвать локальную тканевую атрофию	-если возможно, пероральные и в/м препараты должны быть заменены интраназальными кортикостероидами -однако короткий курс пероральных кортикостероидов может быть необходим при тяжёлых симптомах
Местные Кромоны (интраназальные, интраокулярные)	Хромогликат педокромил	-механизм действия изучен недостаточно	-невыраженные локальные побочные эффекты	-интраокулярные кромоны являются очень эффективными -интраназальные кромоны менее эффективны и характеризуются коротким действием -высокая безопасность препаратов
Пероральные деконгестанты	Эфедрин фенилэфрин Псевдоэфедрин Другие	- симпатомиметическое средство -облегчают проявления заложенности носа	-гипертензия -сердцебиение -беспокойство -возбуждение • тремор -бессонница -головная боль -сухость слизистой -задержка мочи -обострение глаукомы или тиреотоксикоза	-осторожно применять пероральные деконгестанты у пациентов с заболеваниями сердца -Комбинированные пероральные H1-антигистаминные средства-ва-деконгестанты являются более эффективными, чем отдельные препараты, однако побочные эффекты сочетаются
Интраназальные деконгестанты	Эпинефрин Нафтазолин Оксиметазолин Фенилэфрин Тетрагидрозолин и Ксилометазолин Другие	-симпатомиметическое средство -облегчают симптомы заложенности носа	-такие же побочные эффекты, как у пероральных деконгестантов, однако менее выражены -медикаментозный ринит (феномен рикошета наблюдается при применении более 10 дней)	-действуют быстрее и эффективнее, чем пероральные деконгестанты -ограничить продолжительность лечения до < 10 дней с целью избежания медикаментозного ринита
Интраназальные антихолин-	Ипратропиум	-антихолинэргическая блокада	-незначительные локальные побочные	

нергические средства		исключительно ринореи	эффекты -почти отсутствует системная антихолинергическая	-эффективны у пациентов-аллергиков и неаллергиков с ринореей
Антилейкотриены	Монтелукаст Пранл укаст Зафирлукаст	-блокада цистеинил-лейкотриеновых рецепторов	-хорошо переносятся	-обещающие препараты для самостоятельного применения или в комбинации с пероральными H1-антигистаминными средствами, однако нужно больше данных, чтобы определить место этих препаратов

ОБСУЖДЕНИЕ ИММУНОТЕРАПИИ

Специфическая иммунотерапия является эффективной, когда она правильно назначается.

Преимущество следует отдавать стандартизированным терапевтическим вакцинам, когда они есть в наличии.

Увеличивается внимание к спорным вопросам относительно эффективности и безопасности подкожной иммунотерапии. Применение оптимальных доз вакцин указано или в биологических единицах, или в массе основных аллергенов. Дозы, составляющие от 5 до 20 мкг основного аллергена, являются оптимальными дозами для большинства вакцин.

Подкожная иммунотерапия изменяет течение аллергических заболеваний.

Подкожная иммунотерапия должна проводиться специально обученным персоналом, необходимо контролировать пациентов в течение 20 минут после инъекции.

Подкожная специфическая иммунотерапия назначается

Пациентам с недостаточным контролем заболевания при применении традиционной фармакотерапии.

Пациентам, у которых применение пероральных H1-антигистаминных препаратов и интраназальной фармакотерапии недостаточно контролирует симптомы заболевания.

Пациентам, которые не желают применять фармакотерапию.

Пациентам, у которых фармакотерапия вызывает нежелательные побочные эффекты.

Пациентам, которые отказываются применять продолжительное фармакологическое лечение.

Высокие дозы интраназальной и подъязычно-глотательной специфической иммунотерапии

Может применяться в дозах, которые по крайней мере в 50—100 раз превышают дозы, применяемые для подкожной иммунотерапии.

У пациентов, кто отмечал побочные эффекты или отказался от подкожной иммунотерапии.

Показания аналогичны тем, что и для подкожных инъекций.

У детей специфическая иммунотерапия является эффективным методом лечения. Однако не рекомендуется начинать её у детей в возрасте менее 5 лет.

ЛЕЧЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ РИНИТА И АСТМЫ

Лечение астмы следует проводить согласно рекомендациям GINA.

Некоторые препараты эффективны при лечении обоих заболеваний: ринита и астмы (например, глюкокортикостероиды и антилейкотриены).

Однако другие препараты эффективны только для лечения или ринита, или астмы (например, альфа- и бета-адренергические агонисты соответственно).

Некоторые препараты более эффективны для ринита, чем для астмы (например, антигистаминные средства).

Оптимальное лечение ринита может улучшить течение сопутствующей астмы.

Препараты, применяемые пероральным путём, могут влиять на назальные и бронхиальные симптомы.

Безопасность интраназальных глюкокортикостероидов не вызывает сомнения. Однако большие дозы ингаляционных (интрабронхи-альных) глюкокортикостероидов могут вызвать побочные эффекты. Одной из проблем назначения двойной формы является возможность развития дополнительных побочных эффектов.

Сделано предположение, что профилактическое или раннее лечение аллергического ринита может помочь предотвратить развитие астмы или тяжёлых бронхиальных симптомов, однако требуются дополнительные данные.

ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Аллергический ринит является частью «аллергического марша» в детском периоде. Интермиттирующий аллергический ринит обычно не наблюдается в возрасте до двух лет. Аллергический ринит наиболее часто отмечается в школьном возрасте.

Аллергические пробы могут быть проведены в любом возрасте и могут обеспечить ценную информацию.

Принципы лечения детей такие же, как взрослых, однако дети нуждаются в особом внимании с целью избежания побочных эффектов, свойственных этому возрасту.

Дозы препаратов должны быть согласованы и специально пересмотрены.

Очень мало препаратов исследованы у детей в возрасте до двух лет.

У детей симптомы аллергического ринита могут влиять на познавательную способность и успеваемость в школе, на которые, кроме этого, может влиять применение седативных пероральных H₁-антигистаминных средств.

Пероральные и внутримышечные глюкокортикостероиды должны быть исключены при лечении ринита у маленьких детей.

Интраназальные глюкокортикостероиды являются эффективными препаратами для лечения аллергических ринитов. Однако некоторые из них (но не все), возможно, угнетают рост, о чём следует помнить. Засвидетельствовано, что рекомендуемые дозы интраназальных мо-метазона и флютиказона не влияли на рост детей с аллергическим рино конъюнктивитом.

Динариевый кромогликат часто применяется для лечения аллергического риноконъюнктивита у детей, так как доказана безопасность препарата.

ОСОБЫЕ СЛУЧАИ

Беременность

Риниты являются частой проблемой во время беременности, поскольку заложенность носа сама по себе может отягощаться беременностью.

Необходимо соблюдать осторожность, когда какие-либо медикаментозные средства назначаются в период беременности, так как большинство препаратов проникает через плаценту.

Для большинства препаратов проведено ограниченное количество исследований, число участников исследований было небольшим, отсутствует анализ длительного применения.

Пожилой возраст

С возрастом различные физиологические изменения отмечаются в соединительной ткани и васкуляризации носа, которые могут предрасполагать или способствовать развитию хронического ринита.

Аллергия является нечастой причиной персистирующего ринита у лиц старше 65 лет.

- Атрофический ринит является распространённым заболеванием, которое трудно контролировать.
- Ринорея может быть контролирована применением антихолинергических средств.
- Некоторые препараты (резерпин, гуанетидин, фентоламин, метилдопа, празозин, хлорпромазин или АПФ-ингибиторы) могут вызвать ринит.

Некоторые препараты могут индуцировать специфические побочные эффекты у пациентов пожилого возраста.

- Деконгестанты и препараты с антихолинергической активностью могут вызвать задержку мочи у пациентов с гипертрофией предстательной железы.
- Седативные препараты могут проявлять более выраженные побочные эффекты.

АДАПТАЦИЯ ПОЛОЖЕНИЙ РУКОВОДСТВА ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В НИЗКОРАЗВИТЫХ СТРАНАХ

В развивающихся странах лечение ринита базируется на доступности и наличии препаратов.

Рациональный выбор лечения в развивающихся странах базируется на:

- Уровне эффективности.
- Низкой стоимости препарата, доступной для большинства пациентов.
- Включении препаратов в перечень ВОЗ. (Только хлорфенирамин и беклометазон внесены в список).
- Есть надежда, что новые препараты будут скоро внесены в этот перечень.

Иммунотерапия обычно не рекомендуется в развивающихся странах вследствие следующих причин:

- Много аллергенов в развивающихся странах не идентифицированы.
- Десенситизацию должны назначать врачи-специалисты.

Предлагается ступенчатое лечение:

- **Лёгкий интермиттирующий ринит:** пероральные H₁-антигистаминные средства.

- **Средней тяжести — Тяжёлый интермиттирующий ринит:**

Интраназальный беклометазон (300—400 мкг ежедневно). При необходимости после недели лечения добавить пероральные H1-антигистаминные средства и/или короткий курс пероральных кортикостероидов.

- **Лёгкий персистирующий ринит:** Лечение пероральными H1-антигистаминными средствами или низкой дозой (100—200 мкг) интраназального беклометазона.

- **Средней тяжести — Тяжёлый персистирующий ринит:** Интраназальный беклометазон (300—400 мкг ежедневно). Если симптомы тяжёлые, добавить пероральные H1-антигистаминные средства и/или короткий курс пероральных кортикостероидов в начале лечения. **Лечение астмы** в развивающихся странах включено в «Практические рекомендации по астме» IUATLD. Доступность ингаляционных кортикостероидов в настоящее время является низкой в развивающихся странах. Если пациентам доступно лечение обоих проявлений заболевания, рекомендуется добавить лечение аллергического ринита в план лечения астмы.

АДАПТАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ К ЛОКАЛЬНОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ

Местные возможности и традиции определяют использование руководства в каждом сообществе. Вам следует:

- оценить распространённость аллергического ринита и затраты на его лечение;
- выбрать лечение и медикаменты в соответствии с тем, доступны ли они.

Список используемой литературы:

1. «Болезни уха, горла и носа», В.Ф. Ундриц, К.Л. Хилов, Н.Н. Лозанов, В.К. Супрунов
2. «Руководство по оториноларингологии», И.Б.Солдатов
3. «Справочник по оториноларингологии», А.Г.Лихачев
4. «Лекарственная терапия заболеваний уха, горла и носа», Б.Л.Французов, С.Б. Ффранцузова
5. Журнал «Медицина світу», статья «Лечение и профилактика аллергических ринитов», N. Khaltaev