

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

КАФЕДРА Внутренних болезней и иммунологии с курсом ПО

Рецензия д.м.н., профессора кафедры Внутренних болезней и иммунологии с курсом ПО Собко Елены Альбертовны на реферат ординатора первого года обучения специальности терапия Минеевой Елены Сергеевны по теме: «Аллергический ринит».

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Терапия:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	пол.
2. Наличие орфографических ошибок	пол.
3. Соответствие текста реферата его теме	пол.
4. Владение терминологией	пол.
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	пол.
6. Логичность доказательной базы	пол.
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	пол.
8. Круг использования известных научных источников	пол.
9. Умение сделать общий вывод	пол.

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Аллергический ринит, проявляющийся такими симптомами, как чихание, ринорея, зуд изаложенность носа, является самым распространенным аллергическим и одним из наиболее распространенных общих заболеваний человека, встречается практически во всех странах мира и поражает от 15 до 40% лиц всех возрастов. Актуальность выбранной темы не вызывает сомнений. Тема изложена на отлично в формате, характерном для данного вида работ.

Дата:

21.12.2018

Подпись рецензента:

Собко

Подпись ординатора



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

Кафедра внутренних болезней и иммунологии с курсом ПО

Реферат

ТЕМА: «Аллергический ринит»

Выполнила: Ординатор 1-го года
Минеева Е.С.

Проверила: д.м.н., профессор кафедры
внутренних болезней и иммунологии
с курсом ПО Собко Е.А.

Красноярск,
2018 г

Содержание:

- Определение;
- Этиология и патогенез;
- Эпидемиология;
- Классификация;
- Диагностика;
- Жалобы и анамнез;
- Физикальное обследование;
- Аллергологическое обследование;
- Дифференциальная диагностика;
- Лечение;
- Хирургическое лечение;
- Профилактика.

Определение

Аллергический ринит (АР) – заболевание, характеризующееся IgE-опосредованным воспалением слизистой оболочки полости носа (которое развивается под действием аллергенов) и наличием ежедневно проявляющихся в течение часа и более хотя бы двух из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чихание, зуд в полости носа. АР часто сочетается с другими аллергическими заболеваниями, такими как аллергический конъюнктивит, атопический дерматит, бронхиальная астма (БА). АР рассматривается как фактор риска развития БА. Неконтролируемый АР среднетяжелого течения приводит к снижению контроля над симптомами БА.

Этиология и патогенез

Основными этиологическими факторами АР являются:

- пыльца растений. АР, обусловленный сенсibilизацией (повышенной чувствительностью) к аллергенам ветроопыляемых растений, носит название поллиноза или сенной лихорадки. Для каждого региона существует свой календарь пыления (цветения) растений, который зависит от климатогеографических особенностей. Для средней полосы России выделяют три основных периода цветения аллергенных растений: весенний (апрель-май) – связан с пылением деревьев (береза, ольха, орешник, дуб и др.); ранний летний (июнь – середина июля) – связан с цветением злаковых или луговых трав (тимopheевка, овсяница, ежа, райграс, костер, рожь, мятлик и др.); поздний летний – осенний (середина июля – сентябрь) – с цветением сорных: сложноцветных (подсолнечник, полынь, амброзия, крапива) и маревых (лебеда);
- аллергены клещей домашней пыли (видов *Dermatophagoides pteronyssinus* и *Dermatophagoides farinae*), эпидермальные аллергены (кошки, собаки, лошади и т. д.), реже – библиотечной пыли, плесневых грибов, тараканов. Хотя споры грибов и аллергены клещей домашней пыли относятся к круглогодичным аллергенам, их количество в окружающем воздухе также зависит от времени года. Таким образом, персистирующий АР может иметь волнообразное течение и сопровождаться сезонными вспышками.

АР по механизму развития относится к аллергическим реакциям немедленного типа (IgE-опосредованная).

Попадая в организм, аллерген фрагментируется в антиген-презентирующих клетках до упрощенных пептидов, которые затем представляются этими клетками Т-клеткам-помощникам (Th2-клеткам). Th2-клетки в свою очередь, активизируясь, продуцируют ряд лимфокинов, в частности интерлейкин-4 (ИЛ-4) (и/или альтернативную молекулу – ИЛ-13), ИЛ-5, -6, -10, а также экспрессируют на своей поверхности лиганд для CD40

(CD40L или CD154), что обеспечивает необходимый сигнал для В-клетки к индукции синтеза IgE. Образовавшийся аллерген-специфический IgE фиксируется на имеющих к ним очень высокое сродство специализированных рецепторах FcεRI, расположенных на тучных клетках слизистых оболочек и соединительной ткани, и базофилах, а также низкоаффинных FcεRII, экспрессирующихся на поверхности В-лимфоцитов, моноцитов, эозинофилов и, возможно, Т-лимфоцитов. При повторном поступлении аллерген связывается IgE антителами, что вызывает цепь биохимических превращений мембранных липидов (патохимическую фазу), следствием которых является секреция медиаторов, таких как гистамин, метаболиты арахидоновой кислоты (простагландина D2, сульфидопептидные лейкотриены C4, D4, E4), фактора активации тромбоцитов, активация плазменных кининов.

Медиаторы, возбуждая рецепторы органов-мишеней, индуцируют патофизиологическую фазу атопической реакции: повышение сосудистой проницаемости и отек ткани, сокращение гладкой мускулатуры, гиперсекрецию слизистых желез, раздражение периферических нервных окончаний. Эти изменения составляют основу быстрой (ранней) фазы аллергической реакции, развивающейся в течение первых минут после действия аллергена (симптомы: зуд, чихание, водянистые выделения из носа). Подготовка миграции клеток из сосудов в ткань обеспечивается изменением кровотока в микрососудах и экспрессией молекул клеточной адгезии на эндотелии и лейкоцитах. Последовательное участие в процессе молекул адгезии и хемокинов приводит к инфильтрации тканей базофилами, эозинофилами, Т-лимфоцитами, тучными клетками, клетками Лангерганса. После активации они также секретируют проаллергические (провоспалительные) медиаторы, что формирует позднюю (или отсроченную) фазу аллергической реакции (через 4–6 ч, симптомы: заложенность носа, назальная гиперреактивность, аносмия).

Для накопления в ткани лимфоцитов требуется довольно продолжительное время, поэтому цитокины Т-лимфоцитов (Th2-профиля) вовлекаются в процесс поддержания аллергического воспаления только на заключительных этапах. Принято считать, что изменения в клеточном составе за счет поступления эозинофилов, базофилов, Th2-клеток и поддержания активности тучных клеток во время поздней фазы аллергического ответа имеют отношение к сдвигу общей реактивности слизистой оболочки носа. На таком измененном фоне последующие воздействия аллергена вызывают более выраженные клинические симптомы. Неспецифическая гиперреактивность слизистой оболочки носа у больных АР выражается в повышенной чувствительности к разнообразным неспецифическим раздражающим воздействиям (резкие запахи, изменение температуры окружающей среды и т. п.). В основе неспецифической

тканевой гиперреактивности также могут лежать конституциональные особенности, изменение рецепторной чувствительности к медиаторам и раздражающим стимулам, нарушение рефлекторных реакций, сосудистые и микроциркуляторные изменения.

Эпидемиология.

Распространенность АР в разных странах мира составляет 4–32%, в России – 10–24%. Обращает на себя внимание низкий уровень обращаемости больных АР на ранних стадиях заболевания и поздняя диагностика. Чаще всего заболевание дебютирует в первой половине жизни. АР часто ассоциирован с бронхиальной астмой (БА), которая выявляется у 15–38% больных АР. В то же время 55–85% больных с БА отмечают симптомы АР.

Классификация

В зависимости от этиологического фактора выделяют сезонный, круглогодичный (бытовой) или профессиональный АР.

По характеру течения (классификация на основе международных согласительных документов EAACI/WAO, ARIA):

- интермиттирующий АР – симптомы беспокоят менее 4 дней в неделю или менее 4 нед в году;
- персистирующий АР – симптомы беспокоят более 4 дней в неделю и более 4 нед в году.

По степени тяжести:

- легкая степень тяжести – у пациента имеются слабовыраженные симптомы ринита, которые не нарушают дневную активность и сон;
- средняя степень тяжести – симптомы ринита препятствуют работе, учебе, занятиям спортом, нарушают сон пациента;
- тяжелая степень – симптомы значительно ухудшают качество жизни пациента, который в отсутствие терапии не может нормально работать, учиться, заниматься спортом; значительно нарушается ночной сон.

По стадии заболевания: обострение, ремиссия.

Формулировка диагноза включает указание спектра аллергенов, к которым выявлена повышенная чувствительность.

Связь АР и атопической БА

АР является фактором риска развития БА. Установлены факты, указывающие на взаимосвязь АР и БА:

- высокая частота встречаемости (в 15–60% случаев) БА и АР у одних и тех же пациентов (уровень доказательств 1++);
- повышение реактивности бронхов к ацетилхолину и его производным и к причинно-значимому аллергену при проведении провокационных ингаляционных тестов, что отмечается у больных АР, протекающим без приступов удушья;

- в период обострения АР у больных отмечается снижение показателей проходимости бронхов;
- повышенное содержание аллерген-специфических IgE антител в назальном смыве у больных БА, у которых нет клинических признаков АР;
- введение причинно-значимого аллергена и медиаторов воспаления в полость носа вызывает нарушение бронхиальной проходимости у больных, страдающих БА;
- у больных, длительно страдающих патологией носа и околоносовых пазух, нередко впоследствии развивается БА.

Существование взаимосвязи АР и БА является важнейшим обоснованием для своевременного проведения рациональной терапии больных АР, в частности аллерген-специфической иммунотерапии. Показано, что риск формирования БА у больных АР существенно снижается при многолетнем проведении аллерген-специфической иммунотерапии (уровень доказательств 1++).

Диагностика

Диагноз аллергического ринита устанавливается на основании анализа аллергологического анамнеза, характера клинических симптомов и результатов специфического аллергологического обследования больного.

Обследование и лечение больных АР должно проводиться параллельно врачами двух специальностей: оториноларингологами и аллергологами, что позволяет обеспечить оптимальный комплексный подход к терапии АР.

Жалобы и анамнез

Основные симптомы АР: зуд в полости носа; ринорея (обильные водянистые выделения из носа); многократное чихание; заложенность носа. Наличие всех четырех симптомов не обязательно. У больных КАР ведущим симптомом является заложенность носа, выраженное затруднение носового дыхания, выделения из носа слизистого характера. У больных САР наиболее частыми симптомами являются приступообразное чихание, зуд в носу и ринорея. Помимо классических симптомов АР нередко отмечаются общее недомогание, головная боль, боль в ухе, снижение слуха, нарушение обоняния, носовые кровотечения, першение в горле, кашель, глазные симптомы. Важнейшим фактором диагностики является тщательный сбор анамнеза, который укажет на причины возникновения, продолжительность и разрешение симптомов, наличие аллергических заболеваний (аллергический конъюнктивит, БА, атопический дерматит) у пациента и его кровных родственников, причинно-следственные особенности возникновения признаков болезни и ее обострений.

При сборе аллергологического анамнеза обращают внимание на: особенности развития первых симптомов заболевания, их интенсивность,

динамику развития, их длительность и чувствительность к назначаемым фармакотерапевтическим средствам; наличие четкой связи развития болезни и ее манифестации с воздействием определенного провоцирующего фактора; сезонность заболевания; жилищные условия (в том числе наличие домашних животных); наличие профессиональных вредностей.

Пациенты с САР нередко отмечают синдром перекрестной пищевой непереносимости (оральный аллергический синдром, ОАР) при употреблении в пищу в основном свежих фруктов и овощей, орехов и семян, которые имеют различные клинические проявления от легкого зуда во рту до развития анафилаксии.

Физикальное обследование

Характерны внешние признаки ринита: отсутствие носового дыхания; отечность лица; у больных приоткрыт рот; наличие дерматита над верхней губой и в области крыльев носа; темные круги под глазами; пациенты могут потирать ладонью кончик носа – «аллергический салют»; в случае присоединения вторичной инфекции назальный секрет может носить слизисто-гнойный характер.

Лабораторная и инструментальная диагностика

- клинический анализ крови (возможно наличие эозинофилии в период обострения) (2–); относительного количества эозинофилов до 10% и более) (2++).

Обязательные инструментальные исследования:

- передняя риноскопия (отек носовых раковин, значительное количество водянистого секрета, ярко-красный цвет слизистой в период обострения САР, цианотичный или серый цвет слизистой при КАР, пятнистость («мраморность») слизистой (симптом Воячека), могут выявляться полипы.

Дополнительные инструментальные исследования (в основном проводится с целью дифференциальной диагностики):

- рентгенологическое исследование полости носа и околоносовых пазух (2+);
- компьютерная томография полости носа и околоносовых пазух (диагностика осложненных форм АР, в первую очередь при полипозном риносинусите (2++);
- передняя риноманометрия (2+);
- эндоскопическое исследование полости носа. Аппликационная проба с раствором адреналина гидрохлорида 0,1% для демонстрации обратимости назальной обструкции (2+).

Аллергологическое обследование

- Кожные пробы (1++);
- Определение специфических IgE (1++);
- Провокационные тесты (2+).

Кожные пробы проводят в условиях аллергологического кабинета специально обученная медицинская сестра или врач-аллерголог. Наиболее часто применяют prick-тесты (тесты уколом) или скарификационные тесты. Результаты кожных проб очень важны для диагностики atopических заболеваний, однако они не являются абсолютными, имеют противопоказания. На достоверность результатов могут влиять ранний детский (до 5 лет) или, наоборот, преклонный (старше 60 лет) возраст пациента, прием системных ГКС, антигистаминных, психотропных препаратов (снижают кожную чувствительность), дермографизм (ложноположительный результат), непродолжительный период после острой аллергической реакции (ложноотрицательный результат) и др.

Определение уровня аллерген-специфических IgE антител в сыворотке особенно важно при неубедительных результатах кожных проб либо при невозможности их постановки.

Исследование уровня общего IgE в сыворотке крови больного с целью постановки диагноза АР нецелесообразно, так как не дает необходимой диагностической информации, не имеет ценности в проведении дифференциальной диагностики и никак не влияет на выбор лечения (1+).

Локальный АР. При локальном АР специфические IgE определяют в назальном секрете (недоступно для России); имеются характерные симптомы АР, четкая связь обострения заболевания с контактом с аллергеном; положительные провокационные назальные тесты с причинно-значимым аллергеном.

Назальный и конъюнктивальный провокационные тесты с аллергенами проводят для уточнения диагноза при возникновении расхождений между данными анамнеза и результатов других методов диагностики, а также при множественной сенсibilизации к различным аллергенам и необходимости выбора клинически значимого аллергена для проведения АСИТ. Все провокационные тесты может проводить только аллерголог-иммунолог, владеющий методикой выполнения данной процедуры в условиях специализированного аллергологического кабинета или стационара.

Интерпретация полученных результатов аллергообследования проводится в сопоставлении с данными анамнеза. Сенсibilизация (повышенная чувствительность к определенному аллергену / виду аллергенов), определяемую при каждом тестировании и/или повышенным уровнем специфических IgE, выделяют:

- клинически значимую сенсibilизацию (аллергия) – наличие клинических проявлений, соответствующих выявленной сенсibilизации;

- латентную сенсibilизацию – наличие сенсibilизации в отсутствие клинических проявлений.

Консультации обязательные:

- Оториноларинголог;
- Аллерголог-иммунолог.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику АР рекомендовано проводить со следующими заболеваниями: инфекционный ринит; вазомоторный ринит; ринит, обусловленный аномалиями анатомического строения носа; неаллергический эозинофильный ринит; медикаментозный ринит (деконгестанты, резерпин, ингибиторы АПФ, оральные контрацептивы); ринит у больных с непереносимостью ацетилсалициловой кислоты и других НПВС; аденоиды (у детей); гормональный ринит (половое созревание, беременность, гипотиреоз); неаллергический профессиональный ринит. Всех больных АР необходимо обследовать на наличие БА.

Лечение

Рекомендуется достижение полного контроля симптомов АР.

Показания к госпитализации. Лечение проводят в амбулаторных условиях. Госпитализация показана при тяжелом и/или осложненном течении заболевания, а также при необходимости проведения ускоренного курса АСИТ.

Основные принципы лечения АР (табл. 2).

- элиминационные мероприятия;
- медикаментозная терапия ;
- аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) .

Таблица 2. Ступенчатый подход к терапии АР [2]

Иммунотерапия (АСИТ)			
Контроль факторов внешней среды (элиминационные мероприятия)			
Фармакотерапия для контроля симптомов			
1-я ступень	2-я ступень	3-я ступень	4-я ступень (лечение только специалистом)
Один из: • нсН1-АГ • интраназальные АГ • интраназальные кромоны • АЛП	Один из: • ИНГКС (предпочтительно) • нсН1-АГ • интраназальные АГ • АЛП	Комбинация ИНГКС с одним или более из: • нсН1-АГ • интраназальные АГ • АЛП	• Рассмотреть терапию омализумабом тяжелого АР в сочетании с БА (омализумаб в настоящее время не одобрен для терапии изолированного АР) • Рассмотреть хирургическое лечение сопутствующей патологии
Препараты скорой помощи			
Деконгестанты (интраназальные/пероральные) коротким курсом Антихолинергетики			Пероральные ГКС
Перепроверить диагноз и/или приверженность лечению либо влияние сопутствующих заболеваний и/или анатомических аномалий, прежде чем увеличивать терапию (step-up)			

нсН1-АГ – неседативные Н₁-антигистаминные препараты (пероральные); АЛП – антагонисты лейкотриеновых рецепторов; ИНГКС – интраназальные глюкокортикостероиды; ГКС – глюкокортикостероиды.

Элиминационные мероприятия. Элиминация или удаление причинно-значимых аллергенов относится к этио-патогенетическим методам лечения аллергии. В большинстве случаев полностью исключить контакт с аллергеном невозможно. Однако даже частичное выполнение мер, элиминирующих аллерген, облегчает течение заболевания, уменьшает потребность в количестве потребляемых лекарств, в том числе и сильнодействующих. Особое внимание рекомендуют уделять этим мероприятиям, когда существуют серьезные ограничения для приема многих фармакологических препаратов (беременность, ранний возраст, наличие сопутствующей патологии). Помимо общеизвестных элиминационных мероприятий (использование специальных фильтров, ежедневная влажная уборка, исключение контакта с домашними животными, переезд на время цветения причинно-значимых растений в другую климатическую зону и т. д.), особое значение последнее время придается медикаментозной элиминации (применение изотонических солевых растворов или топических сорбентов). Применение готовых солевых препаратов на основе морской воды способствует поддержанию нормального физиологического состояния слизистой оболочки полости носа, разжижению слизи и нормализации ее выработки в бокаловидных клетках слизистой оболочки, улучшению

функции мерцательного эпителия, смыванию и удалению уличной и комнатной пыли, аллергенов и гаптенов со слизистой оболочки носа, уменьшает локальный воспалительный процесс и оказывает увлажняющее действие. Также проведение «назального душа» рекомендуется при применении интраназальных глюкокортикостероидов (ИНГКС) с целью профилактики развития побочных эффектов.

Медикаментозное лечение АР.

- Рекомендуется применение неседативных (второго поколения) Н1-антигистаминных препаратов (нсН1-АГ) с преимущественными характеристиками : селективное воздействие на Н1-рецепторы, быстрое наступление клинического эффекта, эффективность в течение 24 ч и более, отсутствие тахифилаксии (привыкания), высокий уровень безопасности, отсутствие седативного эффекта, отсутствие клинически значимых взаимодействий с пищей, лекарственными препаратами, не должны являться субстратами транспортных белков, отсутствие взаимодействия с системой цитохромов Р4503А (СYP3А), отсутствие кардиотоксичности (1++ – сильная рекомендация, высокое качество доказательств). Отдельные нсН1-АГ различаются по фармакологии, способности проникать через гематоэнцефалический барьер и вызывать седацию (более выражено у цетиризина, биластина) и, возможно, по способности подавлять действие провоспалительных медиаторов, участвующих в разворачивании аллергической реакции.

- Интраназальные антигистаминные (АГ) характеризует быстрое начало действия (в течение первых 30 мин), высокий профиль безопасности (1+). К побочным эффектам можно отнести сухость слизистой.

- Интраназальные глюкокортикостероиды (ИНГКС) превосходят по силе действия системные АГ и топические кромоны, эффективно уменьшают выраженность таких симптомов, как заложенность носа, зуд, чихание, ринорея (1++ – сильная рекомендация, высокое качество доказательств). Также отмечено положительное действие ИНГКС на глазные симптомы у больных АР в сочетании с аллергическим конъюнктивитом за счет торможения назоокулярного рефлекса (2++). К побочным эффектам можно отнести сухость слизистой, носовые кровотечения, редко – перфорация носовой перегородки. С целью профилактики побочных реакций необходимо обучение пациента технике применения ИНГКС.

- Комбинированные препараты интраназальных АГ и ИНГКС сочетают действие обоих классов препаратов – быстрое начало действия и выраженный противовоспалительный эффект (1+). Соответственно побочные эффекты, характерные для обоих классов комбинируемых препаратов.

- Антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛП) за счет специфического связывания с цистеинил-лейкотриеновыми рецепторами

подавляет воспаление слизистой носа и бронхов, спровоцированное аллергеном и неспецифическими триггерами; уступают по эффективности ГКС. Могут применяться как в качестве монотерапии, так и в комплексной терапии АР. Рекомендуется использовать при сочетании АР с БА (2++).

- Интраназальные кромоны обладают стабилизирующим действием на мембраны тучных клеток, эффективность ниже, чем у АГ, АЛП и ИНГКС, высокая безопасность (слабая рекомендация / доказательства низкого качества).

- Деконгестанты, или сосудосуживающие средства (стимуляторы альфа-1-адренорецепторов), оказывают влияние на симпатическую регуляцию тонуса кровеносных сосудов за счет действия на адренергические рецепторы. Кратковременное применение местных препаратов не приводит к функциональным или морфологическим изменениям. Длительное использование (более 10 дней) подобных препаратов может сопровождаться тахифилаксией, отеком слизистой оболочки носа и «медикаментозным» ринитом. Не рекомендуется использование длительных курсов деконгестантов для лечения АР (сильная рекомендация / доказательства высокого качества).

- Комбинированные препараты интраназальных АГ и деконгестантов используются как симптоматическая терапия для быстрого уменьшения заложенности носа (слабая рекомендация / доказательства низкого качества). Не рекомендуют использовать более 10 дней.

- Интраназальные антихолинергические средства эффективны при ринорее, практически не обладают системной активностью. В России из препаратов данной группы для интраназального применения зарегистрирован лишь комбинированный препарат ипратропия бромида с ксилометазолином (слабая рекомендация / доказательства низкого качества).

- Проведение короткого курса системных (пероральных) ГКС предлагается как терапия четвертой линии или лечение тяжелого обострения (слабая рекомендация / доказательства низкого качества).

Несмотря на рекомендации применения нсН1-АГ (второго поколения) для лечения пациентов с АР, в практической деятельности имеет место применение седативных АГ (первого поколения). Практически все АГ первого поколения помимо антагонистического действия по отношению к Н1-рецепторам блокируют и другие рецепторы, в частности мускариновые, серотониновые (пиперадины – перитол), допаминовые (фенотиазины – пипольфен), что приводит к развитию ряда побочных эффектов. Наиболее часто регистрируемыми побочными эффектами являются седация, сонливость, головокружение вследствие проникновения лекарственных средств через гематоэнцефалический барьер и связыванием там гистаминовых рецепторов. Гистамин является важным медиатором в ткани головного мозга, где участвует в регуляции цикла сна и бодрствования,

общемозговой активности, психических функций и аппетита. Седативные АГ (за исключением доксиламина) угнетают REM (rapid eye movement) фазу сна, после чего вызывают выраженный синдром отмены REM-фазы – повышение ее количества и интенсивности. В результате сон становится прерывистым (фрагментация сна), нарушается сердечный ритм, развивается тканевая гипоксия и нарушение дыхания во сне (апноэ). Это приводит к дневной сонливости, снижению дневной активности и нарушению когнитивной функции. При апноэ во сне повышается риск внезапной смерти.

Интраназальное введение системных ГКС и депонированных препаратов при лечении АР недопустимо, так как может привести к тяжелым осложнениям (слепоте и др.)

Антигистаминные ЛС, применяемые для лечения АР.

Эбастин 10–20 мг в сутки (существует сублингвальная быстродиспергируемая форма). Дезлоратадин 5 мг в сутки. Левоцетиризин 5 г в сутки. Лоратадин 10 мг в сутки. Фексофенадин 120–180 мг в сутки. Цетиризин 10 мг в сутки. Рупатадин 10 мг в сутки. Биластин 20 мг в сутки.

Интраназальные АГ, применяемые для лечения АР.

Азеластин по 1 дозе (0,14 мг/0,14 мл) в каждый носовой ход 2 раза в сутки. Левокабастин по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 2 раза в сутки, при более выраженных симптомах возможно использование 3–4 раза в сутки.

ИНГКС, применяемые для лечения АР.

Мометазона фуруат по 1–2 дозы (50–100 мкг) в каждый носовой ход 1–2 раза в сутки. Флутиказона фуруат по 1–2 дозы (27,5–55 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки. Флутиказона пропионат по 1–2 дозы (50–100 мкг) в каждый носовой ход 1–2 раза в сутки. Будесонид по 1–2 дозы (50–100 мкг) в каждый носовой ход 1–2 раза в сутки. Беклометазона дипропионат по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 2–4 раза в сутки.

Комбинированные препараты интраназальных АГ и ИНГКС для лечения АР.

Флутиказона пропионат / Азеластин по 1 дозе (50 мкг/137 мкг) в каждый носовой ход 2 раза в сутки. Мометазона фуруат / Азеластин по 1 дозе (50 мкг/140 мкг) в каждый носовой ход 2 раза в сутки.

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов, применяемые для лечения АР.

Монтелукаст от 4 до 10 мг (в зависимости от возраста) 1 раз в сутки (вечером).

Деконгестанты, применяемые для лечения АР

Нафазолин. Оксиметазолин. Ксилометазолин.

Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) – основной метод патогенетического лечения связанных с IgE-опосредованным механизмом аллергических заболеваний, заключающийся во введении в организм пациента возрастающих доз аллергена, ответственного за клинические проявления заболевания у данного больного. Эффективность АСИТ при АР выражается в уменьшении или полном отсутствии клинических симптомов при естественной экспозиции аллергена (1++). После проведения АСИТ отмечаются уменьшение продолжительности обострения, снижение потребности в медикаментах как базисной, так и симптоматической терапии (1++). Проведение АСИТ позволяет предупредить трансформацию АР в БА (1+), предупредить расширение спектра аллергенов, к которым формируется повышенная чувствительность пациента (1+). АСИТ действует как на раннюю, так и на позднюю фазу аллергического ответа, приводит к торможению не только аллерген-специфической реакции, но и к угнетению тканевой гиперреактивности, проявляющейся повышением чувствительности к медиатору аллергии – гистамину (1+). Под действием АСИТ происходит подавление миграции эффекторных клеток в зону аллергического воспаления, возникает генерация регулирующих Т-лимфоцитов, способствующих индукции иммунологической толерантности, которая характеризуется подавлением пролиферативного и цитокинового ответа в отношении виновных аллергенов (см. клинические рекомендации по АСИТ).

Хирургическое лечение

Хирургическое вмешательство при АР проводят только при наличии у пациента сопутствующей патологии. Показанием к хирургическому вмешательству у больных АР является назальная обструкция, обусловленная изменением внутриносовых структур, а также осложненное течение АР риносинуситом, кистами околоносовых пазух и др. Решение о его необходимости, предоперационной подготовке и послеоперационному ведению принимает оториноларинголог, согласно протоколу соответствующего заболевания.

Профилактика

Профилактика направлена на сохранение длительной ремиссии и предупреждение обострений и включает элиминационные мероприятия: устранение или ограничение воздействия аллергена или иных триггеров АР, исключение из рациона (ограничение) перекрестно-реагирующих продуктов и лекарственных средств растительного происхождения (для пациентов с пыльцевой сенсibilизацией). Проведение АСИТ позволяет предупредить трансформацию АР в БА.

В ведении больных аллергическими заболеваниями немаловажное место занимает ориентация пациентов на необходимость проведения

грамотного и своевременного лечения, ознакомление с современными методами специфической и неспецифической терапии, обучение правильному использованию лекарственных препаратов, различным мерам профилактики обострений, психологической реабилитации, самоконтролю, знакомство с последними научными достижениями в области аллергологии и иммунологии.

Не рекомендуется делать

- Длительно и бесконтрольно заниматься самолечением;
- Длительно использовать деконгестанты;
- Использовать седативные H1-антигистаминные препараты (первого поколения);
- Использовать определение общего IgE для диагностики АР;
- Интраназальное введение системных ГКС при АР;
- Использование депонированных форм ГКС при АР;
- Проводить плановое хирургическое лечение в сезон пыления причинно-значимых аллергенов.

Дальнейшее ведение, обучение и реабилитация пациента Дальнейшее ведение предполагает наблюдение и обучение пациентов. Обучение пациента проводится лечащим врачом и в группах на занятиях «Аллергошколы». Цель обучения – объяснение причин заболевания, разъяснение целей лечения, необходимости проведения профилактических мероприятий.

Прогноз АР при адекватной терапии и профилактике, как правило, благоприятный.

Список литературы

1. Аллергология. Федеральные клинические рекомендации. Главные редакторы: акад. РАН Р.М. Хаитов, проф. Н.И. Ильина. М.: «Фармарус Принт Медиа». 2014, 126 с
2. Ильина Н. И., Польшнер С. А. Круглогодичный аллергический ринит // Consilium medicum. 2001. Т. 3. № 8. С. 384-393.
3. «Руководство по оториноларингологии», И.Б.Солдатов
4. Гущин И. С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. М.: Фармарус Принт. 1998. 252 с.

