



Аллергический ринит

Подготовила: Сабит Б

Факультет: ОМ

Группа: 14-021-2к

Проверила: Дусанова А.К

Алматы 2017 г

Одобрено
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].



| | |
|--------------|--|
| 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» |
| ЕААСИ | Европейская Академия аллергологии и клинической иммунологии |
| GCP | Good Clinical Practice – Надлежащая клиническая практика |
| IgE | иммуноглобулин класса E |

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 общего IgE 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

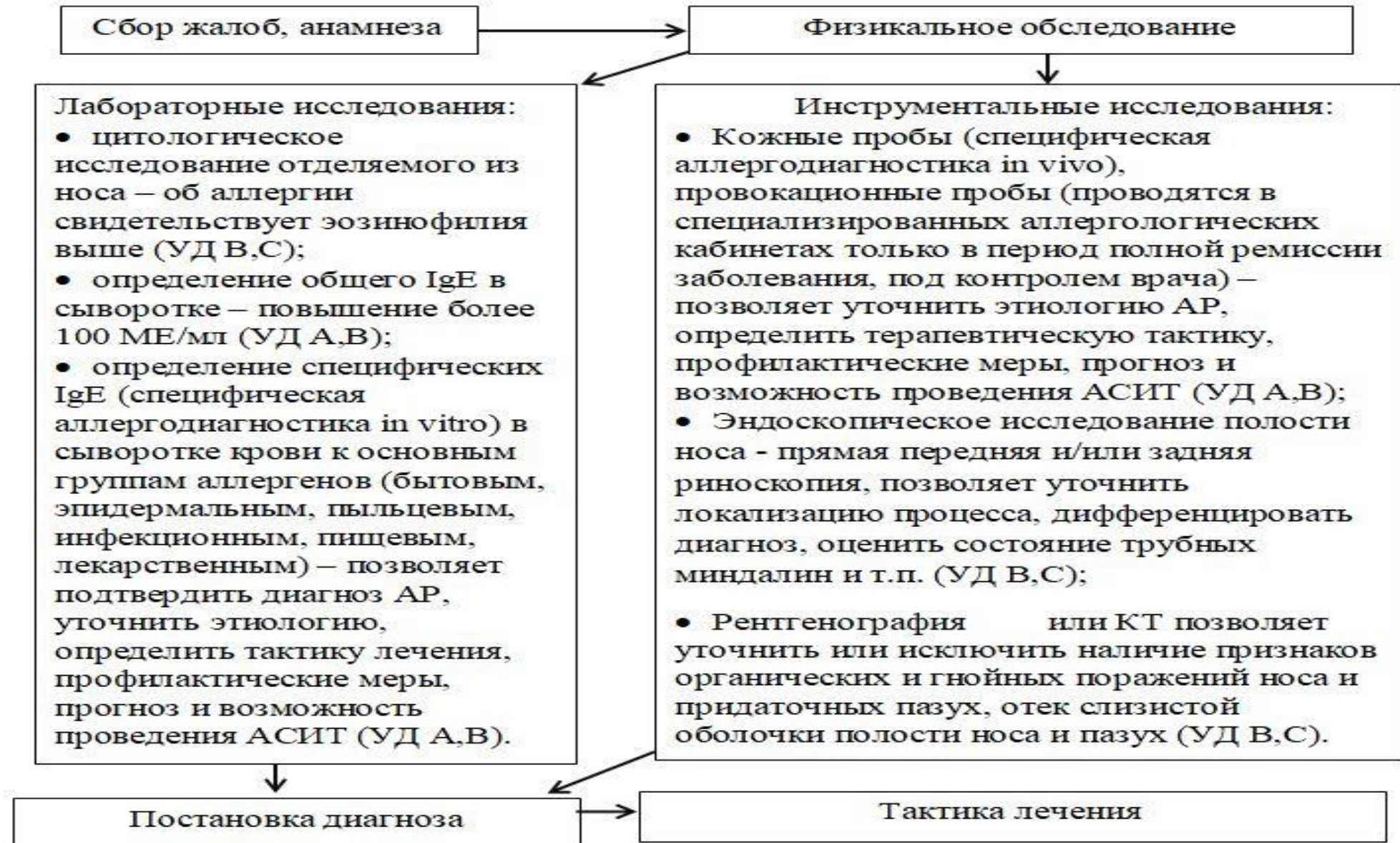
· прямая передняя и/или задняя риноскопия, позволяет уточнить локальный характер процесса, дифференцировать с другими заболеваниями, оценить состояние трубных миндалин и т.п. (цвет слизистой оболочки и ее влажность, форму перегородки носа, обращая внимание на сосудистую сеть в ее передних отделах, калибр 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 фураат – 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 сенсibilизации 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 С.А., 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-функциональные 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. НЦЭСИМН 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!!!