

Аллергический ринит

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Аллергический ринит.

2. Код протокола:

3. Код (коды) по МКБ-10:

J30. Вазомоторный и аллергический ринит.

J30.1 – Аллергический ринит, вызванный пылью растений.

J30.2 – Другие сезонные аллергические риниты.

J30.3 – Другие аллергические риниты

J30.4 – Аллергический ринит неуточненный.

4. Сокращения, используемые в протоколе:

АР – аллергический ринит

ГКС - глюкокортикостероиды

БА – бронхиальная астма

IgE – иммуноглобулин E

АС-IgE – аллергенспецифический иммуноглобулин E

САД – специфическая алергодиагностика

АСИТ – аллергенспецифическая иммунотерапия

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения (WHO)

ЕААСИ – Европейская Академия алергологии и клинической иммунологии

РНПАЦ – Республиканский научно-практический алергологический центр

5. Дата разработки протокола: апрель 2013 г.


6. Категория пациентов: взрослые, больные аллергическим ринитом на всех этапах оказания медицинской помощи (поликлиника, дневной стационар, стационар).

7. Пользователи протокола: медицинские работники, участвующие в оказании медицинской помощи пациентам с аллергическим ринитом.

8. Указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствует.

9. Определение:

Аллергический ринит – воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, характеризующееся IgE-опосредованным воспалением слизистых оболочек носовой полости и наличием ежедневно в течение часа и более хотя



бы двух из следующих симптомов: заложенности (обструкции) носа, выделений (ринореи) из носа, чихания, зуда в носу (International Consensus EAACI, 2000 г.)

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

10. Клиническая классификация

Классификация ВОЗ (ARIA, 2007):

по течению:

1. Интермиттирующий (менее 4 дней в неделю или менее 4 недель).
2. Персистирующий (более 4 дней в неделю или более 4 недель).

по тяжести:

1. Легкий (все ниже перечисленное: нормальный сон, нет нарушения жизнедеятельности, занятий спортом и трудового режима).
2. Средней степени и тяжелый (одно или более из ниже перечисленного: нарушение сна, жизнедеятельности, занятий спортом и трудового режима, изнуряющие симптомы).

11. Показания для госпитализации:

Экстренная госпитализация не показана.

Лечение в условиях дневного стационара или стационара на дому.

Плановая госпитализация:

Показаний нет.

Факторы риска:

Основные (Хаитов Р.М., 2002 г.; Лусс Л.В., 2002 г.; Паттерсон Р. и др., 2000 г.):

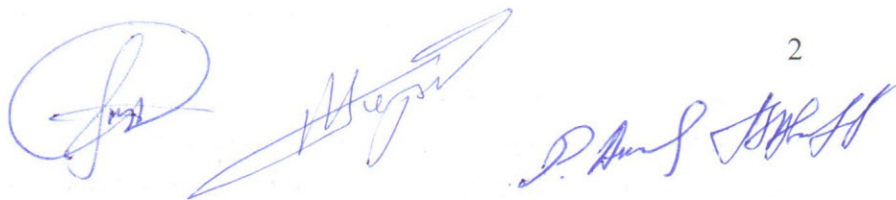
1. наличие аллергической сенсibilизации;
2. отягощенный семейный и личный аллергологический анамнез;
3. хронические инфекции верхних дыхательных путей;
4. профессиональные.

Способствующие факторы: травмы носа, курение, низкое качество воздуха в жилище, загрязнение воздуха, климатические факторы, экологические факторы, факторы «стиля жизни», острый и хронический стресс, неконтролируемое применение медикаментов, косметики, средств для дезинфекции и дезинсекции и т.д.

12. Перечень диагностических мероприятий:

Основные:

1. Общий анализ крови.



2. Определение содержания общего IgE в сыворотке или плазме крови.
3. Цитологический анализ мазка (смыва, соскоба) из носа.

Дополнительные:

1. Специфическая аллергодиагностика in vitro и/или in vivo.
2. Пикфлоуметрия, риноманометрия (по показаниям).
3. Спирография (по показаниям).
4. Рентгенография пазух носа (по показаниям).
5. Консультация ЛОР-врача (по показаниям).

13. Диагностические критерии:

13.1 Жалобы и анамнез:

Заложенность (обструкция) носа – полная, частичная или попеременная, в разное время дня, в зависимости от этиологии и режима.

Выделения из носа (ринорея) – обычно водянистого или слизистого характера.

Зуд в носу, чувство жжения, давления в носу.

Чихание – приступообразное, не приносящее облегчения.

Могут быть дополнительные жалобы – головная боль, слабость, раздражительность, слезотечение (из-за чихания), першение в горле, сухой кашель (из-за раздражения нижних дыхательных путей, мокроты), чувство нехватки воздуха и т.п.

В аллергологическом анамнезе необходимо обратить внимание на давность заболевания, сезонность, суточную цикличность, связь со специфическими и неспецифическими (жара, холод, резкие запахи, духота и т.п.) провоцирующими факторами, профессиональными вредностями, эффектом от медикаментов (местных и системных).

13.2 Физикальное обследование:

При общем осмотре может обратить на себя внимание краснота и раздраженность кожи носа и носогубного треугольника (за счет ринореи), темные круги под глазами (за счет венозного застоя и ухудшения качества сна), т.н. «аллергический салют» (потирание кончика носа ладонью), полное или частичное отсутствие носового дыхания, изменения тембра голоса, «аденоидное лицо» (при развитии круглогодичного ринита с детского возраста – сонное выражение лица с одутловатостью и открытым ртом).

При риноскопии видны отечные бледно-розовые или застойного цвета носовые раковины, слизистое отделяемое.

13.3 Лабораторные исследования:

Общий анализ крови – содержание эозинофилов не является достоверным диагностически значимым показателем.

Цитологическое исследование отделяемого из носа с окраской по Райту или Ханселу (мазок, смыв или соскоб) – эозинофилия (более 10%).

Определение общего IgE в сыворотке – повышение (более 100 МЕ/мл).

Специфическая алергодиагностика *in vitro* с основными группами аллергенов (бытовыми, эпидермальными, пыльцевыми, инфекционными, пищевыми, лекарственными) – установление этиологических моментов позволяет выставить полный диагноз, повысить эффективность профилактических и лечебных мероприятий, сделать прогноз, определить возможность проведения аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ).

13.4 Инструментальные исследования:

Риноманометрия – частичное или полное проходимость носовых ходов, резкое повышение сопротивления носовых ходов (симметричное или с превалированием одной стороны).

Рентгенография – отсутствие признаков органических поражений носа и придаточных пазух, отек слизистой носа.

Специфическая алергодиагностика *in vivo* – кожные пробы, провокационные пробы с экстрактами аллергенов (проводятся в специализированных процедурных кабинетах только в период полной ремиссии заболевания под контролем врача и мед.сестры) – позволяют верифицировать тесты *in vitro*, определить этиологию заболевания, определить порог чувствительности и стартовые концентрации аллергенов при АСИТ.

13.5 Показания для консультации специалистов:

Оториноларинголог – в случае наличия гнойного отделяемого, наличия в анамнезе травм носа и хронических инфекционных заболеваний носа и придаточных пазух в анамнезе, полипоза слизистой носа и пазух; в случае отсутствия видимой связи с провоцирующими факторами при длительном течении заболевания; в случае подозрения на профессиональный генез.

13.6 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	гиперемизованная, отечная
Мазок из носа	эозинофилия	эозинофилия	характерных изменений нет	эозинофилия	эпителий, нейтрофилы лимфоциты
Общий IgE	часто повышен	часто повышен	норма	норма	норма
АС-IgE	имеются	имеются	Обычно отсутствуют	Обычно отсутствуют	Обычно отсутствуют
Эффективность антигистаминных средств	высокая	умеренная	умеренная	низкая	низкая
Эффективность деконгестантов	умеренная	умеренная	низкая	умеренная	умеренная

14. Цели лечения:

Купировать симптомы, восстановить проходимость носовых ходов и носовое дыхание (особенно ночное), улучшить качество жизни, восстановить трудоспособность.

15. Тактика лечения:

15.1 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.




15.2 Медикаментозное лечение:

Основные средства:

1. Антибактериальные препараты не показаны.
2. Местные антисептические средства не показаны.
3. Иммуностимуляторы не показаны.
4. Системные ГКС не показаны.
5. Хирургическое лечение в фазу обострения противопоказано.

Топические (интраназальные) глюкокортикостероиды. Базовое патогенетическое лечение аллергического ринита. Применяются курсами от 2 недель до 6 месяцев. 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.

Бетаметазон (100-400 мкг/сутки)

Мометазон (100-400 мкг/сутки)

Флутиказон (100-400 мкг/сутки)

Антилейкотриеновые препараты (антагонисты рецепторов лейкотриена). Базовое лечение АР, обструктивных нарушений, профилактика развития БА. Используются в комбинации с топическими интраназальными ГКС или в качестве монотерапии (редко).

Монтелукаст 4, 5 или 10 мг, в зависимости от возраста пациента, 1 раз в день, длительно (3-6 месяцев).

Антигистаминные средства 2-го или 3-го поколения. Базовое лечение аллергического ринита. Применяются курсами от 10 дней до нескольких месяцев. Используются в качестве монотерапии или в комбинации с топическими интраназальными ГКС.

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.



6

Антигистаминные средства 1-го поколения используются при остром течении средней или тяжелой степени в первые 3-5 дней с последующим переходом на препараты 2-го или 3-го поколения.

Хлоропирамин 25-75 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.

Симпатомиметические средства для лечения заболеваний носа (деконгестанты) используются как симптоматическое средство для временного восстановления проходимости носовых ходов (например, перед приемом топических стероидов), а также при легком течении аллергического ринита не более недели (есть склонность к тахифилаксии)

Нафазолин 0,05%

Оксиметазолин 0,05%

Ксилометазолин 0,05%

Тетризолин 0,05%

Дополнительные средства:

Мембраностабилизаторы. Используются в основном местно, с профилактической целью. Эффективность системного применения в последние годы подвергается сомнению.

Кромоглициновая кислота 50-200 мг/сут.

Аллергенспецифическая иммунотерапия:

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 – субкутаным, пероральным, сублингвальным, интраназальным. Используются высокоочищенные экстракты аллергенов, предназначенные для лечения, прошедшие клинические испытания и зарегистрированные в стране-производителе.

15.3. Другие виды лечения: нет.

15.4. Хирургическое вмешательство: не показано.

15.5 Профилактические мероприятия:



7
D. Amund

Пропаганда знаний об аллергическом рините среди населения и медицинских работников; раннее выявление гиперчувствительности; настороженность в случае имеющегося отягощенного семейного и личного аллергологического анамнеза, выявление и лечение хронических заболеваний верхних дыхательных путей; отказ от домашних животных; первичный и регулярные профосмотры; отказ от курения; изменение условий жизни и труда; здоровый образ жизни.

1. Наблюдение аллерголога в динамике.
2. Обучение пациентов в аллергошколе.
3. Выявление этиологических факторов (аллергенов) с их максимальной элиминацией.
4. Профилактическая обработка жилья и места работы.
5. Исключение контактов с провоцирующими факторами (бытовая химия, косметика, антибиотики, пыль и т.п.)
6. Курсы превентивной терапии при сезонном аллергическом рините.
7. Лечение очагов хронической инфекции.
8. Ношение специальных фильтров или масок.
9. Применение систем очистки/увлажнения воздуха и электронных фильтров.
10. Отказ от курения.
11. Санаторно-курортное лечение.

15.6 Дальнейшее ведение:

После купирования симптомов обострения необходимо направить пациента на консультацию аллерголога для проведения специфической аллергодиагностики *in vitro* и *in vivo* и решения вопроса о возможности проведении аллергенспецифической иммунотерапии.

16. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

Значительное снижение или отсутствие симптомов заболевания, восстановление носового дыхания (особенно ночного), улучшение качества жизни, полное восстановление трудоспособности, отсутствие эпизодов временной нетрудоспособности, отсутствие рецидивов заболевания, отсутствие осложнений (бронхиальная астма, синуситы, аллергические поражения глаз и среднего уха, полипоз носа и т.д.)



III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

17. Список разработчиков протокола:

1. Нурпеисов Т.Т. – Главный аллерголог МЗ РК, Республиканский научно-практический аллергологический центр НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, д.м.н., доцент.
2. Нурпеисов Т.Н. Руководитель Республиканского научно-практического аллергологического центра НИИ кардиологии и внутренних болезней, д.м.н., профессор.
3. Акпеисова Р.Б. – Научный сотрудник Республиканского научно-практического аллергологического центра НИИ кардиологии и внутренних болезней,
4. Абдушукурова Г. Научный сотрудник Республиканского научно-практического аллергологического центра НИИ кардиологии и внутренних болезней,

18. Рецензенты

Испаева Ж.Б. – Главный внештатный детский аллерголог, д.м.н., профессор, зав.кафедрой модуля «Аллергологии» КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова.

19. Указание условий пересмотра протокола: Пересмотр протокола производится не реже, чем 1 раз в 3 лет, либо при поступлении новых данных по диагностике и лечению соответствующего заболевания, состояния или синдрома.

20. Список использованной литературы:

1. ARIA 2010. Allergic rhinitis and its impact on asthma. Annual Workshop Report. WHO. 2010.
2. Global strategy for asthma management and prevention, 2012 (Update).- 2012.- 128 p. (доступно на www.ginasthma.com)
3. Гуцин И. С., Ильина Н. И., Польшер С. А. Аллергический ринит: Пособие для врачей. ГНЦ - Институт иммунологии, РААКИ. М., 2002. 68 с .
4. Ильина Н. И., Польшер С. А. Круглогодичный аллергический ринит// Consilium medicum. 2001. Т. 3. № 8. С. 384-393.
5. Лусс Л.В. Аллергический ринит: проблемы, диагностика, терапия // Лечащий врач. М., 2002 № 4. С. 24-28
6. Клиническая иммунология и аллергология. Под ред. Г. Лолора-мл., Т.Фишера, Д.Адельмана (Пер. с англ.) – М., Практика, 2000. – 806 с.
7. Акпеисова Р.Б. «Эпидемиологические и клинико-функциональные особенности аллергического ринита в сочетании с бронхиальной астмой». Автореф. канд. дисс. – Алматы. – 2009. – 28 с.

