

УДК 616.211-002-056.3].- 08-07

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Б. Б. Чендешкенова, О. С. Кальметьев, Е. А. Джанкебаев, Ж. К. Бакажанов  
Военный клинический госпиталь Министерства Обороны Республики Казахстан

### Тұжырым

Оз уақытында әскери профилактикалық өлшем диагностикасы бәлу Мерзімдік аллергиялық риниттің жеңіл және орта формасы барысында жергілікті қолдану үшін кортикостероидтер көрсетілген

### Summary

The important prophylactic is timely diagnosis of allergic rhino sinusitis. Corticosteroids for local application should be used at the easy and average form of seasonal allergic rhinitis's.

В течение 15 лет распространенность аллергических процессов в Казахстане выросла в 25 раз. В Казахстане около 15% взрослого населения страдает аллергическими заболеваниями (Митковская, 2006).

Наиболее распространенными заболеваниями являются аллергический ринит, бронхиальная астма, атопический дерматит, крапивница, поллиноз, пищевая и лекарственная аллергии. Во многом это зависит от увеличения загрязненности воздуха, прогрессирующего роста промышленных отходов, различных химических соединений в быту, эмоциональных перегрузки, нерациональное питание (Митковская, 2006).

Классификация аллергических риносинуситов (Миразитов К.Д. 1981г. и соавт.): А. по типу аллергической реакции: 1. атопическая (аллергическая) или неинфекционно-аллергическая. 2. инфекционно-аллергическая. Б. по клиническому течению и морфологическим изме-

нениям в тканях различают след.стадии: 1. отечная. 2. гиперпластическая. 3.полипозная. В. Фазы заболевания: 1. обострение. 2. ремиссия.

В зависимости от периодичности воздействия аллергена АР выделяют 2 основные формы заболевания: сезонную и постоянную (круглогодичную). Сезонный аллергический ринит вызывается пылью растений. Поллинозы (САР) относятся к группе атопических аллергических заболеваний, в основе патогенеза которых лежат аллергические реакции немедленного типа. Аллергическое воспаление характеризуется гиперпродукцией Ig E, эозинофилией в различных тканях. Клинические проявления: периодическая заложенность носа, водянистое отделяемое из носа, частое чихание, нарушение обоняния, зуд в носу. Не купируемые клинические симптомы могут привести к отеку Квинке, а, в крайнем случае, к летальному исходу.

Таблица. - Дифференциальная диагностика аллергических ринитов

Характеристика	Сезонный ринит	Постоянный ринит
Заложенность	● непостоянно	● всегда
Секретция	● водянистая	● густая
Чихание	● всегда	● непостоянно
Нарушение обоняния	● непостоянно	● постоянно
Конъюнктивиты	● постоянно	● редко
Бронхиальная астма	● непостоянно	● постоянно
Хронический синусит	● иногда	● часто

Диагностика определяется жалобами пациента, сбором анамнеза и клиническими проявлениями.

Дополнительные методы исследования:

- риноцитограмма,
- кожные пробы,
- исследование порогов обоняния,
- мукоцилиарного транспорта.

#### 1. Исследование отделяемого из полости носа.

Материал для исследования можно также получить с помощью тонкой палочки взятой с полости носа. Полученное отделяемое наносят на предметное стекло и высушивают. Мазок окрашивают по Райту или Ханселу и исследуют под микроскопом. Для сезонного аллергического ринита характерны скопления эозинофилов, их относительное число превышает 10% общего числа лейкоцитов. В разгар сезона цветения растений число эозинофилов в мазке иногда достигает 80-90%.

**2. Общий анализ крови.** Нередко отмечается умеренная эозинофилия, абсолютное число эозинофилов может превышать 700 мкл.

**3. Определение общего уровня Ig E в сыворотке** позволяет отличить аллергический ринит от неаллергического. Этот показатель определяют с помощью радиоиммуносорбентного теста или твердофазного ИФА. Значительное повышение уровня Ig E в сыворотке

наблюдается примерно у 60% больных бронхиальной астмой и аллергическим ринитом. При этом обязательно следует исключать другие причины повышения уровня Ig E, прежде всего гельминтозы. Для оценки результатов используют возрастные нормы, принятые в данной лаборатории.

**4. Определение аллергена.** 1). Кожные пробы-пунктационные и скарификационные – лучший метод выявления аллергена, являющегося причиной аллергического ринита 2). Внутрикожные пробы ставят только после постановки кожных в тех случаях, когда наблюдается отрицательная или слабо положительная реакция на распространенные или предполагаемые аллергены. 3). Определение уровня специфических Ig E проводят с помощью РАСТ и других методов, основанных на использовании меченых антител к Ig E. Примерно в 80% случаев результаты РАСТ совпадают с результатами пунктационных проб. 4). Пищевые провакцинационные пробы обычно не проводят, так как они редко вызывают аллергический ринит.

Методы лечения аллергических заболеваний:

1. Элиминация.
2. Лекарственная терапия.
3. Специфическая иммунотерапия.

Антигистаминные препараты избирательно блокируют H1-рецепторы, за исключением фенкарола, способного снижать в крови концентрацию гистамина. Топические препараты (мометазона фуруат, недокромил натрия, флутиказона пропионат, азеластин); Пероральные антигистаминные препараты второго поколения могут рассматриваться как средства первого выбора при лечении легких и средней тяжести форм аллергического заболевания в тех случаях, когда затруднение носового дыхания не является ведущим симптомом. Пероральные препараты (эбастин, лоратадин, зиртек, цетиризин, эриус, кетотифен); местные процедуры (мар+, аква-марис, маример, синомарин, орошение или промывание полости носа физиологическим раствором). Кортикостероиды (мометазона фуруат, беклометазона дипропионат и флутиказона пропионат) уменьшают тяжесть аллергических реакций, снижают активность тучных клеток, уменьшают количество эозинофилов, Т-лимфоцитов, секреции слизистой оболочки, а также уменьшают чувствительность рецепторов слизистой оболочки носа к гистамину и механическим раздражителям.

Местно для снятия аллергического отека слизистой полости носа, особенно слизистой носовых раковин, проводится следующее лечение:

1. Анемизация слизистой оболочки полости носа и раковин сосудосуживающими препаратами (0,05% р-ром нафтизина, тизина и т.д.)

2. Промывание полости носа и его пазух методом перемещения с 10-15% р-ом тиосульфата натрия на физиологическом растворе – 200 мл ежедневно 1-2 раза. Всего 8-10 процедур.

3. Интраназальный массаж слизистой нижних носовых раковин 2-5% инталовой мазью, ежедневно 2 раза в день, 15-20 сеансов. Массаж способствует всасыванию лекарственных веществ, повышает тонус гладких мышц, сосудов, заложенных в раковинах, что улучшает носовое дыхание.

Недостатки лечения H1-блокаторами:

- У многих больных атопическими заболеваниями эти препараты малоэффективны. Возможно, это обусловлено их низкой концентрацией в тканях, которая не обеспечивает блокады всех H1-рецепторов.

- Побочные действия. Самое распространенное побочное действие H1-блокаторов первого поколения – сонливость. Реже отмечаются возбуждение, раздражительность, бессонница, головокружение, шум в ушах, нарушения координации, нечеткость зрения, дисфагия, сухость во рту, задержка мочи, сердцебиение и головная боль.

**Альфа-адреностимуляторы для местного применения** (сосудосуживающие средства для местного применения) достаточно эффективны и вызывают меньше побочных эффектов, чем при системном применении. Использовать эти средства можно лишь в течение нескольких суток.

**Кортикостероиды для местного применения** показаны при легкой и средней форме сезонного аллергического ринита в тех случаях, когда другие лекарственные средства неэффективны. Назначают беклометазон, флунизолид, будесонид, триамцинолон или мометазон.

Во время амбулаторного лечения у 50-70% больных обратившийся с сезонным аллергическим ринитом впервые, консервативное лечение антигистаминными препаратами и местное впрыскивание кортикостероидами, показало эффективный результат.

У 20-30% больных страдающих хроническим аллергическим ринитом в течение нескольких лет. Консервативные мероприятия антигистаминными препаратами и местное орошение кортикостероидами, показали эффект на 2 недели позже.

А также у 10% больных с круглогодичным аллергическим ринитом, результата практически не было.

Осложнения: присоединение инфекции с развитием чаще всего гнойного синусита и этмоидита, гипертрофического ринита, полипоза, бронхиальной астмы, анафилактического шока.

Важной профилактической мерой является своевременная диагностика аллергических риносинуситов. Профилактика и неспецифическая терапия – входят в функцию оториноларингологов, которые согласовывают все мероприятия и рекомендации, указанные ЛОР специалистом или аллергологом.

#### Выводы:

1. Успех эффективности лечения зависит от правильно подобранных врачом медикаментозных и других средств и их регулярного использования при сезонных аллергических ринитах.

2. Десенсибилизация показана при сенсibilизации к тем воздушным аллергенам, контакт с которым неизбежен – пыльце растений, грибам, микрочлещам. Потребность в десенсибилизации определяется частотой, тяжестью и продолжительностью обострений сезонного аллергического ринита, а также эффективностью других методов лечения.

#### Литература:

1. Анаев Э.Х., Черняев А.Л., Татарский А.П., Воронина Л.М. Структурно-функциональная характеристика и роль эозинофилов в патогенезе и лечении бронхиальной астмы. Пульмонология. - 1994; 4. - С.82-86.

2. Анаев Э.Х., Самсонова М.В., Черняев А.Л., Чукалин А.Г. Морфометрические характеристики эозинофилов крови и мокроты у больных бронхиальной астмой. Тер архив. - 1997; 3. – С.23-25.

3. Фассахов Р.С., Бойчук С.В., Рахматулин И.М. Роль эозинофилов при бронхиальной астме. Тер архив. - 1992; 64: 1. – С.147-151.

4. Хаитов Р.М. Аллергология и иммунология. Национальное руководство. 1999. – 108с.

5. Митковская О.А., Асылбекова Г.Д. Аллергические нозологии, диагностика и лечение, Алматы 2006г.

6. Руководство по оториноларингологии. Под ред. И.Б. Солдатова, Медицина – 1997. – 256с.

7. Bernstein J.M. The role of Ig E-mediated hypersensitivity in the development of otitis media with effusion. Otolaryng. Allergy. 1992. 25. – P. 197-210,

8. Druce H.M. Allergic and nonallergic rhinitis. In: E. Middleton, Jr., C.E. Reed, T.F. Ellis, N.F. Adkinson, Jr., J.W. Yunginger, W.W. Busse (eds.), Allergy: Principles and Practice. St. Louis: Mosby, 1993. Pp. 1433-1455.

9. Evans R., III. Epidemiology and natural history of asthma, allergic rhinitis, and

10. Atopic dermatitis. In: E. Middleton, Jr., C.E. Reed, E.F. Ellis, N.F. Adkinson, Jr., J.W. Yunginger, W.W. Busse (eds.), Allergy: Principles and Practice. St. Louis: Mosby, 1993. Pp. 1109-1136.

11. Fireman P. Otitis media and its relationship to allergy. Pediatric Clin. N. Am. 35: 1075-1090, 1988.

12. Naclerio R.M. Allergic rhinitis. N. Engl. J. Med. 325: 860, 1991.