

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

Реферат на тему: «Аллергический ринит»

Зав. кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Проверил: к.м.н, доцент Петрова М.А.

Выполнил: ординатор 2 года Чусов Р.А.

Красноярск 2021

Оглавление

ОПРЕДЕЛЕНИЕ	3
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	3
ЭТИОЛОГИЯ.....	4
ПАТОГЕНЕЗ.....	4
КЛАССИФИКАЦИЯ	5
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА	6
ДИАГНОСТИКА.....	6
ЛЕЧЕНИЕ	8
ПРОФИЛАКТИКА.....	15
ПРОГНОЗ.....	15
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	15

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Аллергический ринит - это заболевание, вызываемое аллергенами и характеризующееся развитием IgE-зависимого воспаления слизистой оболочки полости носа. Проявляется классической триадой симптомов: ринореей, чиханьем, нарушением носового дыхания (зачастую и обоняния).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В настоящее время заболеваемость аллергическими болезнями высока. Согласно данным статистических отчётов, до 25% городского и сельского населения, проживающего в регионах с высоко развитой промышленностью, страдает аллергией, а в экологически неблагоприятных районах эти цифры достигают 30% и более.

По прогнозу ВОЗ, в XXI в. аллергические заболевания займут второе место, уступив по распространённости лишь психическим болезням. К тому же отмечают утяжеление течения аллергии, развитие полисенсibilизации, частое присоединение различных инфекционных осложнений на фоне иммунологических расстройств.

Болезни органов дыхания в структуре общей заболеваемости стабильно занимают второе место после сердечно-сосудистой патологии, составляя около 19%. Всё это обязывает нас в повседневной клинической практике уделять особое внимание аллергической патологии носа и околоносовых пазух.

Аллергический ринит представляет собой глобальную проблему здравоохранения. Пристальное внимание международной медицинской общественности к этому вопросу вызвано целым спектром как медицинских, так и социальных аспектов:

- заболеваемость аллергическим ринитом составляет 10-25% в общей популяции;
- наблюдают стойкую тенденцию к росту заболеваемости аллергическим ринитом;
- доказано влияние заболевания на развитие бронхиальной астмы, обсуждают концепцию «единая дыхательная система, единое заболевание»;
- аллергический ринит снижает социальную активность пациентов, влияет на работоспособность взрослых и школьную успеваемость детей;
- заболевание приводит к значительным финансовым затратам. Прямые расходы на его лечение в Европе составляют не менее 1,5 млрд евро в год.

В связи с этим целесообразно внедрять современные и эффективные схемы лечения аллергического ринита, соответствующие принципам доказательной медицины, а также единым требованиям к профилактике и диагностике.

ЭТИОЛОГИЯ

Пусковыми факторами развития аллергического ринита в основном выступают воздушные аллергены. Наиболее распространённые «домашние» аллергены: выделения клещей домашней пыли, слюна и перхоть животных, насекомые и аллергены растительного происхождения. К основным «внешним» аллергенам относят пыльцу растений и плесневые грибки.

Существует также профессиональный аллергический ринит, который чаще всего сопровождается поражением нижних дыхательных путей и находится в компетенции врачей-профпатологов.

Кроме воздушных аллергенов, причиной развития заболевания может быть приём ацетилсалициловой кислоты и других нестероидных противовоспалительных препаратов. В таком случае ринит рассматривают как компонент «аспириновой триады». Роль наследственности при развитии атопической аллергии общепризнана. Это доказано данными родословных, наблюдениями за близнецами, статистическими исследованиями среди населения разных стран, а также иммуногенетическими и молекулярно-цитогенетическими методами.

ПАТОГЕНЕЗ

Аллергены, попадая вместе с воздухом в полость носа, частично оседают на мерцательном эпителии и, вступая в местный контакт, сенсibiliзируют организм. При их повторном попадании на сенсibiliзированную слизистую оболочку возникает IgE-зависимая аллергическая реакция. Для аллергического ринита характерна воспалительная инфильтрация слизистой оболочки полости носа различными клетками.

У больных персистирующим аллергическим ринитом степень контакта с аллергенами меняется в течение года, в определённые периоды она бывает очень низкой. Однако доказано, что даже при отсутствии симптомов у этих пациентов сохраняется воспаление слизистой оболочки носовой полости: так называемое минимальное персистирующее воспаление. Проявления персистирующего ринита считают результатом сложного взаимодействия триггеров аллергии и продолжающейся воспалительной реакции.

Неспецифическая назальная гиперреактивность - одна из основных особенностей аллергического ринита. Характерен повышенный ответ на раздражители неаллергической природы, вызывающие чихание, заложенность носа и (или) ринорею. На таком фоне действие аллергенов на слизистую оболочку носа вызывает более выраженные клинические проявления ринита. Назальную гиперреактивность считают значимым фактором, наличие которого всегда следует учитывать при диагностике и лечении аллергического ринита. Изучение механизмов развития заболевания создает основу для рационального лечения, предполагающего воздействие на сложный воспалительный ответ, а не только на симптомы аллергии.

Взаимосвязь с бронхиальной астмой. Исследования подтверждают наличие прямой связи между аллергическим ринитом и бронхиальной астмой: аллергическое воспаление слизистой оболочки носа и бронхов играет основную роль в патогенезе этих заболеваний. При этом в формировании очага воспаления в слизистой оболочке и носа, и бронхов участвуют одни и те же клетки и медиаторы. Провокационный бронхиальный тест со специфическим аллергеном у больных с аллергическим ринитом приводит к возникновению астматического ответа с вовлечением клеток и провоспалительных медиаторов в слизистой оболочке носовых ходов, а провокационные тесты на слизистой оболочке носа, в свою очередь, вызывают появление воспаления в бронхах.

Приведённые факты подтверждают концепцию «единых дыхательных путей», которая демонстрирует тесную связь между аллергическим ринитом и бронхиальной астмой и доказывает, что воспалительный ответ может поддерживаться и усиливаться за счёт взаимосвязанных механизмов.

В связи с этим больные с персистирующим аллергическим ринитом должны быть обследованы на наличие бронхиальной астмы. В свою очередь, у больных с бронхиальной астмой необходимо обратить внимание на диагностику аллергического ринита. Лечение должно быть направлено на устранение патологии и верхних, и нижних дыхательных путей.

КЛАССИФИКАЦИЯ

До недавнего времени выделяли две основные формы аллергического ринита: сезонный, обусловленный сенсibilизацией к аллергенам пыльцы растений, и круглогодичный как реакцию на бытовые аллергены.

В 2001 г. эта классификация была пересмотрена экспертами ВОЗ. В новой классификации учтены симптомы и показатели качества жизни пациента. Согласно этой классификации

выделяют интермиттирующий и персистирующий аллергический ринит на основании длительности сохранения симптомов.

Интермиттирующий аллергический ринит. Длительность проявления симптомов менее 4 дней в неделю или менее 4 нед в году. Течение заболевания лёгкое. При этом не нарушен сон, у пациента сохранена нормальная повседневная активность, он может заниматься спортом. Профессиональная деятельность или учёба в школе не страдают. Отсутствуют мучительные симптомы.

Персистирующий аллергический ринит. Длительность проявления симптомов более 4 дней в неделю или более 4 нед в году. Течение заболевания среднетяжёлое или тяжёлое. Характерно наличие по крайней мере одного из следующих признаков: нарушение сна, нарушение повседневной активности, невозможность заниматься спортом, нормально отдыхать, нарушение профессиональной деятельности или учёбы в школе, появление мучительных симптомов.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Для адекватной оценки тяжести процесса, правильного выбора метода лечения и точного прогнозирования течения заболевания большое значение имеет изучение жалоб и анамнеза. Необходимо точно определить форму (интермиттирующая или персистирующая) аллергического ринита для каждого пациента. Основные жалобы пациентов: выделения из носа, заложенность носа и приступы чихания. Для установления диагноза необходимо наличие двух или более симптомов продолжительностью не менее 1 ч в сутки на протяжении длительного времени.

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов аллергического ринита можно выделить 2 варианта клинического течения заболевания: так называемые экссудативный и обструктивный.

Аллергическое воспаление при этом не ограничивается только слизистой оболочкой полости носа. Достаточно часто у пациентов, страдающих аллергическим ринитом, обнаруживают очаги хронической инфекции и другие заболевания верхних дыхательных путей (синусит, полипоз полости носа в сочетании с полипозным синуситом и, как правило, гайморитом, средний отит).

ДИАГНОСТИКА

Физикальное обследование. Диагностика аллергического ринита состоит из комплекса клинических и лабораторных методов исследования. Большое значение имеет тщательный сбор анамнеза, анализ жалоб, местные и общие методы обследования.

При осмотре полости носа при риноскопии, а по возможности при помощи эндоскопа, определяют характерные изменения: отёк слизистой оболочки носовых раковин различной степени выраженности, бледность слизистой оболочки, иногда с синюшным оттенком, водянистое или пенистое отделяемое. При экссудативном варианте течения в носовых ходах обнаруживают экссудат. Экссудат, как правило, серозный. В этих случаях у пациента диагностируют аллергический риносинусит. Иногда обнаруживают полипозные разрастания, в основном исходящие из среднего носового хода. Нередко можно выделить полиповидную гиперплазию средней носовой раковины.

Лабораторные исследования

В клинической практике широко распространены кожные пробы для определения вида аллергена. Благодаря стандартизации аллергенов и разработке диагностических тест-систем адекватного качества удалось значительно улучшить диагностику в отношении большинства ингаляционных аллергенов. При правильном выполнении кожных проб можно с большей долей вероятности определить наличие гиперчувствительности к определенным агентам. Однако, учитывая сложность методики и интерпретации результатов, подобные пробы необходимо проводить в учреждении аллергологического профиля.

Также достоверными считают методы, с помощью которых определяют уровень аллерген-специфических IgE в сыворотке крови. Для этого используют аллерго-сорбентные (RAST) и радиоиммуносорбентные (PRIST) тесты.

RAST - тест, позволяющий выявить повышение концентрации IgE в сыворотке крови. Его можно использовать как в период обострения, так и во время ремиссии.

PRIST - тест применяют для определения уровня радиоактивных комплексов с помощью счётчика гамма-излучателя. Определение уровня специфических IgE в сыворотке крови по диагностической значимости сопоставимо с кожными пробами.

Данные методы используют только в случаях, когда планируют проведение специфической иммунотерапии, либо в случаях, когда при тщательном сборе анамнеза не удаётся верифицировать аллерген.

Также применяют метод исследования мазков-отпечатков со слизистой оболочки полости носа. В этом случае выявляют скопления эозинофилов, бокаловидные и тучные клетки.

Инструментальные исследования

С помощью КТ околоносовых пазух можно диагностировать пристеночное утолщение слизистой оболочки околоносовых пазух, дифференцировать варианты аллергического ринита.

Показания к консультации других специалистов

Обследование пациентов с подозрением на аллергический ринит целесообразно проводить с участием аллерголога.

Пример формулировки диагноза

Персистирующий аллергический ринит, обструктивный вариант течения.

ЛЕЧЕНИЕ

Немедикаментозное лечение

Лечение аллергического ринита включает аллерген-специфическую иммунотерапию и фармакотерапию.

Аллерген-специфическая иммунотерапия - это лечение возрастающими дозами аллергена, который чаще всего вводят подкожно (реже интраназально или сублингвально). Данные об эффективности и безопасности подкожной иммунотерапии противоречивы. Считают, что иммунотерапия наиболее эффективна у детей и подростков с моновалентной сенсibilизацией и нетяжёлым течением заболевания. Проводить её необходимо строго по показаниям.

Показания для проведения подкожной специфической иммунотерапии:

- недостаточная эффективность фармакотерапии;
- отказ больного от медикаментозного лечения;
- проявление нежелательных эффектов лекарственных средств;
- период стабильной клинико-функциональной ремиссии;
- точная идентификация аллергена.

Подкожную иммунотерапию должен проводить специалист-аллерголог в условиях специализированного аллергологического кабинета.

Достаточно часто используют альтернативные методы лечения, такие как гомеопатия, акупунктура, фитотерапия. Однако в настоящее время научные данные, подтверждающие эффективность этих методов, отсутствуют.

Медикаментозное лечение

Тактика медикаментозного лечения зависит от степени тяжести заболевания и включает определённые группы лекарственных средств (табл. 10-1). Для лечения аллергического ринита используют антигистаминные препараты.

- Препараты I

поколения: хлоропирамин, клемастин, мебгидролин, прометазин, дифенгидрамин.

- Препараты II поколения: акривастин, цетиризин, лоратадин, эбастин.

- Препараты III поколения: дезлоратадин, фексофенадин.

Антигистаминные препараты I поколения (конкурентные антагонисты H_1 -рецепторов гистамина) имеют ряд недостатков. Основными нежелательными свойствами этой группы препаратов считают кратковременность действия, выраженный седативный эффект, развитие тахифилаксии, что требует частой смены одного препарата на другой (каждые 7-10 дней). Кроме того, эти препараты обладают атропиноподобными эффектами (сухость слизистых оболочек, задержка мочеиспускания, обострение глаукомы).

Таблица 1. Клинические эффекты различных групп препаратов, применяемых для лечения аллергического ринита

Эффект	Антигистаминные (внутрь)	Антигистаминные (интраназально)	Глюкокортикоиды (интраназально)	Сосудосуживающие препараты (интраназально)	Кромоны (интраназально)
Устранение ринореи	++	++	+++	-	+
Устранение чихания	+++	++	+++	-	+
Устранение зуда	+++	++	++	-	+
Устранение заложенности носа	+	+	++	++++	+
Время появления эффекта	Через 30 мин	Через 15 мин	Через 6-12 ч	Через 5-15 мин	Медленное развитие эффекта
Длительность действия	12-24 ч	6-12 ч	12-24 ч	3-6 ч	2-6 ч

Антигистаминные препараты II поколения являются высокоселективными блокаторами H_1 -рецепторов гистамина. Данные лекарственные средства не обладают седативным эффектом, или же он незначительный, не оказывают антихолинергического действия,

тахифилаксии при их приёме не бывает, препараты обладают длительным действием (их можно принимать 1 раз в сутки). Современные блокаторы H_1 -рецепторов гистамина эффективны в отношении купирования многих симптомов, таких как ринорея, чихание, зуд в носу и носоглотке, глазные симптомы. По сравнению с антигистаминными препаратами I поколения антигистаминные средства II поколения более эффективны и безопасны. В этой группе препаратов одним из самых эффективных и быстро действующих считают эбастин. Кроме того, он обладает 24-часовым действием, что позволяет использовать его не только как «средство скорой помощи», но и как препарат плановой терапии аллергического ринита.

Антигистаминные препараты III поколения - высокоселективные блокаторы H_1 -рецепторов гистамина. Новый, но уже хорошо себя зарекомендовавший дезлоратадин представляет собой активный метаболит лоратадина. Деалоратадин на сегодняшний день - самый мощный из существующих антигистаминных препаратов, в терапевтических дозах он обладает антигистаминным, противоаллергическим и противовоспалительным действием. По силе блокирования основных медиаторов аллергического воспаления эффективность дезлоратадина сопоставима с дексаметазоном. Эффект препарата проявляется уже через 30 мин после приёма и длится 24 ч. На фоне приёма дезлоратадина отмечено значительное уменьшение заложенности носа при аллергическом рините.

Фексофенадин - быстро действующий и эффективный антигистаминный препарат. Быстро всасывается, концентрация в плазме крови максимальна через 1-5 ч после приёма внутрь, эффект после однократного приёма сохраняется в течение 24 ч. В терапевтических дозах (до 360 мг) фексофенадин не оказывает нежелательного влияния на психомоторную и когнитивную функции.

Местные антигистаминные препараты: азеластин, диметинде H^+ фенилэфрин выпускают в виде назального спрея и глазных капель. Эти препараты рекомендуют при лёгких формах заболевания (назальные формы купируют ринореей и чихание) и для устранения симптомов аллергического конъюнктивита. Преимущества данных лекарственных средств: быстрое наступление эффекта (через 10-15 мин) и хорошая переносимость. Азеластин и левокабастин применяют 2 раза в день после туалета носовой полости.

Глюкокортикоиды, применяемые для лечения аллергического ринита: беклометазон, мометазон (назонекс), флутиказон, гидрокортизон, преднизолон, метилпреднизолон (табл. 10-2). Местные глюкокортикоиды - наиболее эффективные средства для лечения всех форм аллергического ринита. Их высокая эффективность

обусловлена выраженным противовоспалительным действием и влиянием на все этапы развития аллергического ринита.

Таблица 2. Режим дозирования интраназальных глюкокортикоидов у больных старше 12 лет

Препарат	Доза для поддерживающей терапии	Возможности увеличения дозы	Максимальная суточная доза
<u>Беклометазон</u>	100 мкг (2 дозы) в каждую ноздрю 2 раза в сутки	200 мкг (4 дозы) в каждую ноздрю 2 раза в сутки	200 мкг (4 доз) в каждую ноздрю
<u>Мометазон</u> (назонекс)	50-100 мкг (1-2 дозы) в каждую ноздрю 1 раз в сутки	200 мкг (4 дозы) в каждую ноздрю 1 раз в сутки	400 мкг (8 доз) в каждую ноздрю
<u>Флутиказон</u>	100 мкг (1 -2 дозы) в каждую ноздрю 1 раз в сутки	100 мкг (2 дозы) в каждую ноздрю 2 раза в сутки	200 мкг (4 дозы) в каждую ноздрю

Они уменьшают количество тучных клеток и секрецию медиаторов аллергического воспаления, сокращают количество эозинофилов, Т-лимфоцитов, ингибируют синтез простагландинов и лейкотриенов, подавляют экспрессию молекул адгезии. Все эти эффекты приводят к уменьшению тканевого отёка и нормализации носового дыхания, уменьшению секреции слизистых желёз, снижению чувствительности рецепторов слизистой оболочки носа к раздражающим воздействиям. Это, в свою очередь, вызывает прекращение ринореи и чихания, подавление специфической и неспецифической назальной гиперреактивности. Больные хорошо переносят современные препараты глюкокортикоидов. При их применении атрофии слизистой оболочки носа и угнетения мукоциллиарного транспорта не происходит. Биодоступность препаратов данной группы очень низкая, что обеспечивает их системную безопасность. Редкие побочные эффекты в виде сухости в носу, образования корочек или непродолжительных носовых кровотечений обратимы и обычно связаны с передозировкой препарата. Глюкокортикоиды эффективны не только в отношении аллергического ринита, но и сопутствующих аллергических заболеваний, в первую очередь бронхиальной астмы.

Первый представитель группы местных интраназальных глюкокортикоидов - беклометазон, который применяют для лечения аллергических ринитов и бронхиальной

астмы с 1974 г. Беклометазон считают «золотым стандартом» базисной терапии аллергического ринита. У пациентов с аллергическим ринитом интраназальные формы беклометазона уменьшают выраженность астматического компонента.

Насобек* представляет собой дозированный спрей, содержащий водную суспензию беклометазона, имеет удобный режим применения: 2 раза в сутки. Препарат воздействует на рецепторы слизистой оболочки носа, не сушит и не раздражает её, что позволяет быстро и эффективно устранить основные симптомы. При этом частота возникновения побочных эффектов низкая. Альдецин* (препарат беклометазона) российские оториноларингологи и аллергологи широко используют в клинической практике уже в течение 10 лет. Препарат зарекомендовал себя как эффективное и безопасное средство для лечения аллергического ринита, полипоза полости носа и бронхиальной астмы. Наличие двух насадок (для носа и рта) делает применение препарата более удобным. Малое количество активного вещества (50 мкг) в 1 стандартной дозе позволяет осуществлять индивидуальный подбор необходимой суточной дозы для взрослых и детей.

Мометазон (назонекс) начинает действовать уже в течение первых 12 ч после приёма. Применение мометазона (назонекса) 1 раз в сутки позволяет купировать все симптомы аллергического ринита, в том числе заложенность носа, на 24 ч, что повышает комплаентность пациентов. В связи с малой биодоступностью (менее 0,1%) применение мометазона (назонекса) гарантирует высокую системную безопасность (не определяют в крови даже при 20-кратном превышении суточной дозы). Мометазон (назонекс) не вызывает сухости в полости носа, так как в его состав входит увлажнитель. При длительном применении (12 мес) мометазон (назонекс) не вызывает атрофии слизистой оболочки носа, а, наоборот, способствует восстановлению её нормальной гистологической структуры. Препарат разрешён к применению детям с двух лет.

Флутиказон обладает выраженным противовоспалительным действием. В среднетерапевтических дозах он не обладает системной активностью. Установлено, что флутиказон значительно уменьшает выработку медиаторов воспаления ранней и поздней фазы аллергического ринита. Назальный спрей флутиказона оказывает быстрое успокаивающее и охлаждающее действие на слизистую оболочку носа: уменьшает заложенность, зуд, насморк, неприятные ощущения в области околоносовых пазух и ощущение давления вокруг носа и глаз. Препарат выпускают во флаконах, снабжённых удобным дозирующим распылителем. Применяют препарат 1 раз в сутки (см. табл. 10-2). Системные глюкокортикоиды (гидрокортизон, преднизолон, метилпреднизолон) применяют для лечения тяжёлых форм аллергического ринита в период обострения

коротким курсом при неэффективности других методов. Схему лечения подбирают индивидуально.

Стабилизаторы мембран тучных клеток: кромоны (кромогликат) и кетотифен.

Стабилизаторы мембран тучных клеток используют для профилактики интермиттирующего аллергического ринита или с целью устранения интермиттирующих симптомов заболевания, поскольку эти препараты не обладают достаточным эффектом в отношении назальной обструкции. Мембраностабилизирующий эффект этих препаратов развивается медленно (в течение 1-2 нед), другой существенный недостаток - необходимость 4-разового приёма, что создаёт существенные неудобства для больных. Необходимо отметить, что кромоны не обладают побочными действиями. Это позволяет применять их у детей и беременных.

Сосудосуживающие препараты - нафазолин, оксиметазолин, тетризолин, ксилометазолин.

Сосудосуживающие препараты (агонисты α -адренорецепторов) используют в виде капель или спреев. Они эффективно и быстро восстанавливают носовое дыхание на короткое время. При кратких курсах лечения (до 10 дней) они не вызывают необратимых изменений слизистой оболочки полости носа. Однако при более длительном использовании развивается синдром «рикошета»: возникает стойкий отёк слизистой оболочки носовых раковин, обильная ринорея, изменение морфологической структуры слизистой оболочки полости носа.

Блокаторы М-холинорецепторов: ипратропия бромид. Препарат практически не обладает системной антихолинергической активностью, местно блокирует М-холинорецепторы, уменьшая ринорею. Применяют для лечения среднетяжёлых и тяжёлых форм персистирующего аллергического ринита в составе комплексной терапии.

Муколитики: ацетилцистеин и карбоцистеин целесообразно назначать при затяжных интермиттирующих формах.

Учитывая, что аллергическое воспаление - это хронический процесс, терапевтические усилия должны быть сконцентрированы на правильном подборе базисной терапии.

Препаратами базисной терапии могут быть глюкокортикоиды и кромоны (рис. 10-1).

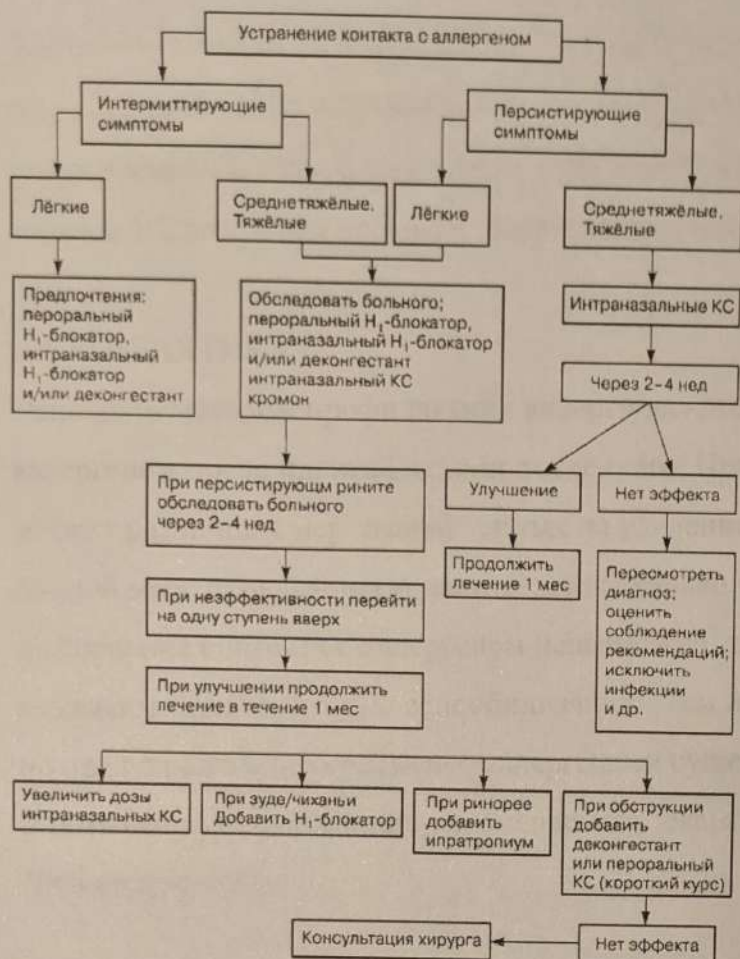


Рис. 1. Схема лечения аллергического ринита.

Сосудосуживающие препараты и блокаторы H_1 -рецепторов гистамина при аллергическом рините применяют как симптоматические средства. Исключение составляют лёгкие формы сезонного (интермиттирующего) аллергического ринита, когда возможно применение только данных групп препаратов.

Фармакотерапия аллергического ринита имеет свои особенности:

- эффект лекарственных препаратов для лечения аллергического ринита после их отмены быстро проходит, поэтому при персистирующей форме лечение должно быть продолжительным;
- тахифилаксии (быстро развивающейся толерантности) при длительном применении препаратов не бывает. Исключение составляют сосудосуживающие средства и блокаторы H_1 -рецепторов гистамина I поколения, при назначении которых может возникнуть толерантность (снижение чувствительности к применяемому лекарственному средству);
- лекарственные препараты назначают, как правило, перорально или интраназально;
- активное применение глюкокортикоидов обычно не рекомендуют из-за риска развития тяжёлых побочных эффектов.

При наличии конъюнктивита в приведённую выше схему необходимо включить блокатор H_1 -рецепторов гистамина или кромоны в виде глазных капель.

Дальнейшее ведение

Пациенты с аллергическим ринитом нуждаются в диспансерном наблюдении оториноларинголога и аллерголога. Это связано с риском развития у больных аллергическим ринитом полипозного риносинусита, бронхиальной астмы. Пациенты должны 1-2 раза в год посещать оториноларинголога.

ПРОФИЛАКТИКА

Основным методом профилактики аллергического ринита считают устранение контакта с аллергеном после идентификации последнего. При этом необходимо учитывать, что эффект различных мер, направленных на удаление аллергена из окружающей среды, в полной мере проявляется только через несколько месяцев. Однако зачастую полное исключение контакта с аллергеном невозможно, так как у большинства пациентов выявляют поливалентную сенсibilизацию. Тем не менее даже частичное выполнение мер по предупреждению контакта с аллергенами существенно облегчает течение заболевания и позволяет уменьшить дозу применяемых лекарств или снизить интенсивность фармакотерапии.

ПРОГНОЗ

Прогноз благоприятный. При правильной диагностике и комбинированном подходе лечения аллергического ринита с использованием современных лекарственных средств возможно значительно повысить качество жизни пациента.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арефьева Н.А. Иммунология, иммунопатология и проблемы иммунотерапии. - Уфа: БГМУ, 1997.
2. Гаджимирзаев Г.А., Гамзатова А.А., Гаджимирзаева Р.Г. Аллергические риниты у детей и взрослых. - Махачкала, 2002.
3. Косарев В.В., Жестков А.В., Зайцева С.А., Еремина Н.В. Эпидемиология, клинико-иммунологические аспекты аллергических заболеваний респираторного тракта. - Самара, 2002.
4. Пальчун, В. Т. Краткий курс оториноларингологии / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, А. В. Гуров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
5. Лопатин, А. С. Справочник оториноларинголога / Лопатин А. С. , Варвянская А. В. , Каспранская Г. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018.
6. Пальчун, В. Т. Оториноларингология : учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. - 3-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016.