

**Особенности клинического течения, диагностика
и терапия аллергического риносинюита,
сочетанного с бронхиальной астмой.**



Автор : Зылевич Анна Анатольевна

Аллергический риносинусит (АРС)

представляют собой особую категорию патологических состояний слизистой оболочки верхних дыхательных путей, возникающих в результате повышенной чувствительности организма больного к чужеродному белку (антигену или аллергену) и вследствие неврогенных и эндокринных расстройств. (В.Т. Пальчун, А.И.Крюков. 2001)

- **Аллергический риносинусит - чаще встречается у детей, нередко сочетается с другими респираторными аллергиями или предшествует им.**
- Большинство авторов рассматривают эту патологию как преаастматическое состояние.



Классификация АР

- ▶ хронический (при чувствительности к бытовым аллергенам),
- ▶ сезонный риносинусит (сенная лихорадка, поллиноз) и
- ▶ инфекционно-аллергический (смешанная форма).

Для каждой из этих форм характерны *стадии* развития болезни:

1. пароксизмальная,
2. катаральная,
3. вазодилататорная.

Острый - острое появление симптомов болезни и их сохранение до 4 недель.

Подострый - от 4 до 12 недель, полное исчезновение симптомов после выздоровления.

Рецидивирующий - повторные эпизоды острого риносинюита (4 эпизода в год с длительностью симптомов болезни более 7-10 дней).

Хронический - клинические проявления риносинюита более 12 недель.

Механизм развития. Молекулы аллергенов чрезвычайно быстро всасываются со слизистой оболочки носа и вызывают аллергическую реакцию, вследствие чего уже через 1 мин после проникновения аллергенов возникают соответствующие клинические реакции.

Клиническая картина

Для заболевания характерно *приступообразное* течение.

Такой приступ может развиваться внезапно, сопровождается :

- ✓ беспрестанным чиханьем,
- ✓ зудом в носу,
- ✓ резким затруднением носового дыхания и
- ✓ появлением обильных жидких выделений.
- ✓ В конце приступа больной отмечает тяжесть в голове и шум в ушах.
- ✓ При сезонном риносинусите возникают симптомы общего недомогания, сонливость, головная боль, раздражительность, возможны подъем температуры до субфебрильных цифр.

Диагностика

- жалобы;
- анамнез;
- риноскопия;
- рентгенография;
- ОАК;
- Цитологическое исследование мазков из полости носа;

Дополнительное аллергологическое и иммунологическое обследование

- ▶ Проведение провокационных назальных тестов
- ▶ Определение общего сывороточного IgE
- ▶ Определение специфических IgE
- ▶ Определение IgA, IgM, IgG
- ▶ Определение подклассов IgG

Риноскопия

- ▶ набухлость слизистой оболочки носовой перегородки;
- ▶ отек нижних и средних носовых раковин. Слизистая оболочка бледно-серая с голубоватым оттенком (поверхность блестящая, с мраморным рисунком).
- ▶ Нередко на слизистой оболочке можно увидеть белые пятна (пятна Воячека) вследствие неравномерного спазма сосудов. Передний конец нижней носовой раковины часто смыкается с носовой перегородкой, тогда средняя часть перегородки не видна.
- ▶ В носовых ходах прозрачные, иногда пенистые выделения, однако на аллергически измененную слизистую оболочку может наслаиваться инфекция, и тогда слизистые выделения становятся гнойными.



Рентгенография

- ▶ утолщение слизистой оболочки верхнечелюстных пазух и решетчатого лабиринта.

Цитологическое исследование носового секрета.

- выявление в носовом секрете эозинофилов и тучных клеток.

ОАК

умеренная эозинофилия

Лечение

- 1) Устранение факторов, вызывающих обострения заболевания;
- 2) Гипосенсибилизация:
 - ▶ Специфическая (когда лечение осуществляют малыми дозами аллергена, обнаруженного при пробах на переносимость)
 - ▶ Неспецифическая. Целесообразно назначение антигистаминных препаратов, таких как диазолин (0,05 г 3 раза в день), перновин (0,025 г 3 раза в день, детям – из расчета 0,5 мг на 1 кг массы тела на прием), супрастин (0,025 г 3 раза в день), аллергодил, беконаза, фликсоназе и др. Некоторым больным показано введение в пазуху суспензии гидрокортизона (25 мг препарата, разведенного в 4 мл изотонического раствора натрия хлорида).



Шеринг-Плау

120 доз по
50 мкг

Назонекс®

мометазон

спрей
назальный

на водной основе

для носовых
ингаляций

Шеринг-Плау

120 доз по
50 мкг

Назонекс®

мометазон

спрей назальный
на водной основе
для носовых
ингаляций

Не следует
использовать
при
Диагностика, лечение и другая
информация доступна в инструкции.
Хранить при температуре от 15 до 25 °C.
Срок годности 3 года.

Не содержит носителей,
разрушающих озоновый слой атмосферы

Фликсоназе®

Флутиказон 50 мкг/доза

Спрей назальный дозированный

Состав: действующее вещество:
флутиказона пропионат
(микроинкапсулированный) 0,05 % мг/доза.
Вспомогательные вещества:
декстроза, авицел RC591 (целлюлоза
микрокристаллическая, кармеллоза
натрия), фенилэтанол, раствор
бензалкония хлорида, полисорбат 80,
хлористоводородная кислота, вода
очищенная.

120 доз

 GlaxoSmithKline



Показания к хирургическому вмешательству.

1. при полипозно-гнойных процессах в полости носа и околоносовых пазух;
2. при гиперплазии носовых раковин.

*Хирургические вмешательства необходимо проводить в стадии ремиссии и вне сезона поллиноза.

Операции в полости носа должны преследовать единственную цель – улучшение дыхания; в связи с этим предпочтения заслуживают методы лазерной деструкции, подслизистая вазотомия нижних и средних раковин.

Дифференциально - диагностические различия между аллергической (атопической) и инфекционно - зависимой БА

Признак	Аллергическая БА	Инфекционно-зависимая БА
Аллергические заболевания в семье	Часто	Редко
Атопические заболевания в личном анамнезе	Часто	Редко
Указания на связь приступов удушья с определенным аллергеном	Часто	Отсутствуют
Патология носа и придаточных пазух	АРС без признаков инфекции	АРС с признаками инфекции
Бронхолегочный инфекционный процесс	Обычно отсутствует	Часто хронический бронхит, пневмония

Особенности приступа	Острое начало, быстрое развитие, малая, продолжительность, чаще легкое течение приступа	Постепенное начало, большая длительность, чаще тяжелое, персистирующее течение
Эозинофилия крови и мокроты	Как правило, умеренная (число эозинофилов в периферической крови не выше 10-12%)	Часто высокая (количество эозинофилов в периферической крови до 20%)
Уровень в крови общего IgE	Повышен	Нормальный
Кожные пробы с инфекционными аллергенами	Положительные	Отрицательные
Эффективность элиминационной терапии	Часто эффективно	Элиминационная терапия невозможно
Лечение β_2 адреностимуляторами	Очень эффективно	Умеренно эффективно
Антибактериальная терапия	Не эффективна	Купирование бронхо -пульмонального воспалительного процесса улучшает течение БА
Прогноз	Более благоприятный	Очень часто неблагоприятный

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!

