

*Норбаев З. К., Косимов К.К., Норбаев К.П., Нарбаев З.З.*

*Кафедра оториноларингологии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

## **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЕ**

### **АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ВЗРОСЛЫХ**

**Резюме:** Аллергическая реакция организма – это иммунный ответ организма на какой-либо раздражитель(аллерген). Аллергия лежит в основе большинства патологий ЛОР органов, отличается упорностью течения, трудностью излечения, рецидивами. При лечении ЛОР патологии с аллергическим компонентом используется комплексное лечение.

**Ключевые слова:** аллергия, эозинофилия, лечение комплексное, гипосенсибилизация, кортикостероиды.

*.Narbaev Z. K., Kasimov K.K., Norbaev K.P., Narbaev Z.Z.*

*Department of Otorhinolaryngology*

*Andizhan state medical institute*

## **THE PARTICULARITIES DEVELOPMENT AND TREATMENT**

### **METHODS ALLERGIC RINITES IN ADULTS**

**Resume:** The Allergic reaction of the organism – immunologic respond of the organism on some irrotant. The Allergy is the basis of major pathologies of Otorinolaringological organs, differs in the persistency of the course, difficulty of the curing, relapse. In treatment of otorinolaringological pathology with allergic component complex treatment is used.

**Key words:** allergy, aozinofiles , complex treatment, hyposensibilisation, corticosteroids

**Актуальность.** Аллергический ринит в настоящее время в связи с социальными, экологическими изменениями является одной из наиболее часто встречаемой патологией среди ЛОР органов и составляет до 40 %.

Эта патология широко распространена и характеризуется упорностью течения, частыми рецидивами, развитием осложнений[2,3]. В связи с этим важность просветительской работы среди населения, своевременное выявление аллергена, знание особенностей течения заболевания и назначение адекватной терапии несомненно важно и актуально .

За последние десятилетия во всех экономически развитых странах отмечено увеличение числа больных аллергическим ринитом. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в разных странах, распространенность аллергического ринита составляет от 1 до 40 %, в большинстве европейских стран 10-25% населения страдает от этой патологии, аллергический ринит относится к широко распространенным заболеваниям, особенно в условиях климата Узбекистана. Из всех заболеваний аллергический ринит составляет 10 – 25 % среди населения [2]

Аллергический ринит – это заболевание , которое характеризуется аллергическим воспалением слизистых оболочек носа и придаточных пазух носа , проявляющееся чиханием, зудом в полости носа, выделениями из носа и затруднением носового дыхания, заложенностью носа, наличием серозного отделяемого в носовых ходах, синюшностью и отеком слизистой оболочки полости носа при остром состоянии , а при подостром и хроническом аллергическом рините отмечается обильное прозрачное отделяемое из полости носа , приступы чихания , сопровождающиеся выделением обильного прозрачного секрета из носа; отечность , мраморность нижних носовых раковин, остальная слизистая оболочка полости носа бледная, после анемизации раковины сокращаются слабо[1].

Традиционно аллергический ринит подразделяют на сезонный, круглогодичный и профессиональный. С 2001 года была предложена новая классификация: по клиническим проявлениям аллергический ринит делится на острую, сезонную и хроническую формы. По частоте

возникновения симптомов выделяют интермиттирующий и персистирующий аллергический ринит; по тяжести – легкий, среднетяжелый и тяжелый[2].

Механизм развития аллергического ринита таков: на слизистую оболочку носа при дыхании оседают самые разнообразные инородные частицы. Благодаря действию мукоциллиарной системы слизистой оболочки, в течение примерно 20 минут происходит их удаление из полости носа. Однако, молекулы аллергенов очень быстро всасываются и вызывают аллергическую реакцию, вследствие чего уже через 1 минуту после проникновения аллергенов возникают соответствующие клинические проявления. Аллергические реакции запускаются взаимодействием аллергена с аллергическими антителами, относящимися к IgE. Это взаимодействие происходит на тучных клетках (лаброцитах) соединительной ткани и базофилах, затем из них высвобождаются биологически активные вещества (гистамин, ацетилхолин и т.д.), а также метаболиты арахидоновой кислоты, лейкотриены. Все эти вещества, в свою очередь, оказывают сосудорасширяющее действие, повышают проницаемость сосудов, что является основной причиной стойкого набухания кавернозной ткани и отека слизистой оболочки, заложенности, чихания, зуда, гиперсекреции. Ранняя фаза аллергической реакции развивается в течение нескольких минут после воздействия аллергена. Через 4-6 часов после начала экспозиции аллергена в результате сложного процесса реакций, миграции клеток аллергического воспаления в ткани, формируется поздняя фаза, где ведущая роль принадлежит эозинофилам. К симптомам хронического аллергического воспаления относятся заложенность носа, нарушение обоняния, гиперреактивность. [1,3]

**Цель:** Нашей задачей было выявление особенностей течения аллергического ринита в разных возрастных группах, а также изучение

проявлений заболевания и назначение адекватного лечения, соответствующим тем или иным клиническим проявлениям аллергического ринита согласно возрасту, а также обучение пациентов методам защиты от возможных аллергенов.

**Материалы и методы:** Под нашим наблюдением находилось 57 больных с аллергическим ринитом, среди них 19 детей в возрасте от 7 до 16 лет, и 38 взрослых, причем у 29 больных процесс в полости носа сочетался с аллергическим процессом в придаточных пазухах и в дыхательном тракте.

**Результаты исследования.** У детей аллергическая реакция чаще развивается в виду того, что организм ребенка обладает повышенной реактивностью нервной системы и более частой склонностью к аллергическим реакциям, а также не полностью сформированной защитной функцией организма. Для отличия аллергических ринитов от гнойных, большое значение имеет цитологическое исследование отделяемого из носа и пазух. При аллергическом рините в соотношении эозинофилов и нейтрофилов преобладают эозинофилы. У всех больных наряду с тщательно собранным анамнезом, мы проводили различные обследования на наличие аллергена (определение аллергена в аллергологическом кабинете, проводили цитологическое исследование отделяемого из носа и пазух, а также проверяли кровь на наличие эозинофилии, проводили иммунологическое обследование с выявлением факторов иммунитета),

На основании данных анамнеза у 17% больных выявилась пищевая сенсibilизация (к яйцам, цитрусам, семечкам, бобовым, шоколаду и т.д.), к лекарствам- у 9 % больных (к антибиотикам, сульфаниламидам т.д.), у большинства больных (78%) в крови выявилась эозинофилия, уровень которой был на 10 % выше нормы. У 23 больных на фоне аллергического ринита была выявлена гипертрофия носовых раковин, и полипы. После

хирургического удаления материал был отправлен на гистологическое обследование, где выявилось разрастание кавернозной ткани, гипертрофия бокаловидных тучных клеток, инфильтрация слизистой оболочки нейтрофилами и пролиферативные процессы

Сила аллергической реакции зависит от многих причин: от наследственности, от анатомо-физиологического развития, от степени сенсibilизации. Аллергия лежит в основе 80% всех заболеваний лор органов, что требует особого подхода в отношении выработки показаний как к хирургическому, так и к консервативному лечению.

Аллергический ринит отличается упорным течением, склонностью к рецидивам, причем аллергические изменения слизистой оболочки редко ограничиваются полостью носа, в процесс часто вовлекается слизистая оболочка гайморовых пазух и решетчатого лабиринта, клинически проявляющееся развитием полипов и гипертрофии слизистой оболочки полости носа и придаточных пазух носа

Лечение аллергического ринита довольно сложная задача и не всегда полностью разрешимая, требует индивидуального подхода, профессионализма и терпения больного. Всем больным мы назначали комплексное лечение, которое включает в себя: 1) индивидуальные методы защиты от попадания аллергена, т.е. уменьшение контакта или устранение причинного аллергена; 2) неспецифическая гипосенсибилизация, т.е. фармакотерапию. Эта тактика применяется, когда аллерген выявить не удастся и назначаются лекарства: а) антигистаминные препараты первого поколения – димедрол, супрастин и т.д., и второго поколения- лоратадин, кларитин, астемизол, цетиризин и т.д. Эти препараты назначаются в виде таблеток, инъекций, внутриносовых капель и спреев.;

3) аллерген-специфическую иммунотерапию. Она применяется, когда в аллергологическом кабинете или стационаре точно определен аллерген,

вызывающий заболевание. Методика основана на введении подкожно малых доз , а потом по возрастающей, выявленного аллергена. Такая методика позволяет выработать в организме защитные антитела, в результате наблюдается снижение или полное исчезновение аллергического ринита. Но, к сожалению, точно определить аллерген не всегда удается, у тех же кому определили точный аллерген (4% больных ) мы рекомендовали 3 курса специфической иммунотерапии в период ремиссии; 4) обучение пациентов включало в себя проведение просветительских бесед с пациентами о мерах профилактики рецидивов аллергических клинических проявлений, объясняли важность соблюдения диеты с ограничением тех продуктов- аллергенов, на которые у пациентов гиперчувствительность, рекомендовали использовать специальные защитные маски с угольной прослойкой при выявлении аллергии на пыль и разные запахи.

Фармакотерапия также включает в себя следующие основные группы препаратов:

- глюкокортикостероиды. Они применяются у пациентов с умеренными и выраженными формами аллергического ринита, когда затруднение носового дыхания становится основным симптомом. Применяются топические кортикостероиды в виде назальных спреев (фликсоназе, беконазе, бекламетазон, назонекс - мы назначали по 2-4 впрыскивания 3-4 раза в день, после достижения клинического улучшения дозу снижали, длительность курса 4-6 месяцев). При применении системных кортикостероидов ( преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон и т.д.) нужны короткие курсы, не более 2 недель, т.к. если применять дольше, то наступает ухудшение состояния.

- стабилизаторы мембраны тучных клеток (кромоны);
- сосудосуживающие средства.

**Обсуждение.** Тяжесть течения аллергического ринита непосредственно связана с концентрацией аллергенов в окружающей среде. У больных с аллергией к клещам, домашней пыли, например, аллергический ринит усиливается во время уборки в квартире, или, у больных с аллергией к пыльце растений аллергический ринит усиливается во время их цветения. Поэтому уменьшение контакта с причинно значимыми аллергенами является первым и необходимым шагом в лечении больных аллергическим ринитом.

Выбор препарата определяется его действием на разные звенья патогенеза, стадией развития аллергического ринита, симптомами заболевания и их тяжестью, а также возрастом больного и наличием у него заболеваний, ограничивающих назначение тех или иных лекарственных средств. Хирургическое лечение применяют, когда обнаруживаются нарушения анатомии полости носа (шипы, искривление носовой перегородки, полипы, гипертрофия носовых раковин). При назначении лечения придерживались принципа комплексного воздействия и в зависимости от формы аллергического ринита с определением возможного аллергена. Применяли новые антигистаминные препараты второго и третьего поколения, топические блокаторы H-1 в форме назальных спреев и глазных капель, которые характеризуются быстрым началом действия и минимальным нежелательным эффектом, топические глюкокортикостероиды для интраназального введения, обладающие выраженным противовоспалительным эффектом и т. д. Также эффективно применяли физиотерапию с системными кортикостероидами, короткими курсами через день (внутриносовой электрофорез).

Так 13 больным с острым аллергическим ринитом мы назначали топические кортикостероиды (беклометазон, назонекс и др.) местно, в виде назальных спреев по 2-4 впрыскивания 3-4 раза в день и антигистаминные препараты 2 поколения ( кларитин, лоратадин, цетиризин и др.) по 1-2

таблетки 2 раза в день в зависимости от тяжести процесса. В результате уже на 2-3 день клинические проявления аллергического ринита уменьшались и к 6-10 дню исчезали и восстанавливалось носовое дыхание, зуд, чихание прекращалось. У 44 больных, у которых выявлен был хронический аллергический процесс, причем у 29 пациентов выявлены были полипы и гипертрофия носовых раковин, мы применяли системные кортикостероиды (гидрокортизон, преднизолон и т.д.) в виде интраназальных инъекций короткими курсами по 3-5 дней с дополнительным применением внутриносового электрофореза с антигистаминными средствами первого поколения (димедрол, супрастин) курсом по 5-8 процедур. В результате чего также наступал положительный клинический эффект. А в случаях с полипами и гипертрофией слизистой оболочки носа после проведения хирургического удаления патологически измененных тканей, и после заживления, также назначались назальные спреи топических кортикостероидов на сроки в 2-3 месяца и в итоге состояние пациентов намного улучшалось. Так как аллергический ринит тяжело излечивается в силу внешних и внутренних факторов, всем пациентам мы рекомендовали проходить повторные курсы десенсибилизации каждые 6 месяцев в целях профилактики рецидивов.

**Вывод.** В результате лечения и проведения мероприятий, направленных на уменьшение контакта с аллергенами, рациональной фармакотерапии, аллерген-специфической иммунотерапии наблюдали выраженное облегчение всех симптомов и улучшение качества жизни пациентов.

Кроме всех проведенных мер воздействия на аллергический фактор мы пришли к выводу, что проведение просветительской работы среди населения о мерах защиты от аллергенов, а также обучение населения проведению первой доврачебной помощи при острых аллергических

состояниях намного улучшит и облегчит социальную жизнь аллергиков и их окружение.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. М.М.Хакбердиев. «Изучение некоторых аллергенов и аллергических заболеваний в Узбекистане», 1973
2. Г.А.Машкова, «Оценка эффективности биопарокса при лечении острого риносинусита у детей», ВОРЛ, 2005,3,64-66
3. И.С.Гущин, «Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль», Москва, 2012