



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН
ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА“

ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

Лекция №3

АЛЕРГИЧЕН РИНИТ
АЛЕРГИЧЕН РИНОКОНЮНКТИВИТ

Ваня Цветкова, д.м.

**Катедра “Дерматология, венерология и
алергология” сектор Алергология**

ВЪВЕДЕНИЕ

Първото клинично описание
на сенна хрема - John Bostock
през 1819

По това време в цяла Англия
са открити само 28 страдащи
от сенна хрема



ЕПИДЕМИОЛОГИЯ

Глобален проблем на здравеопазването

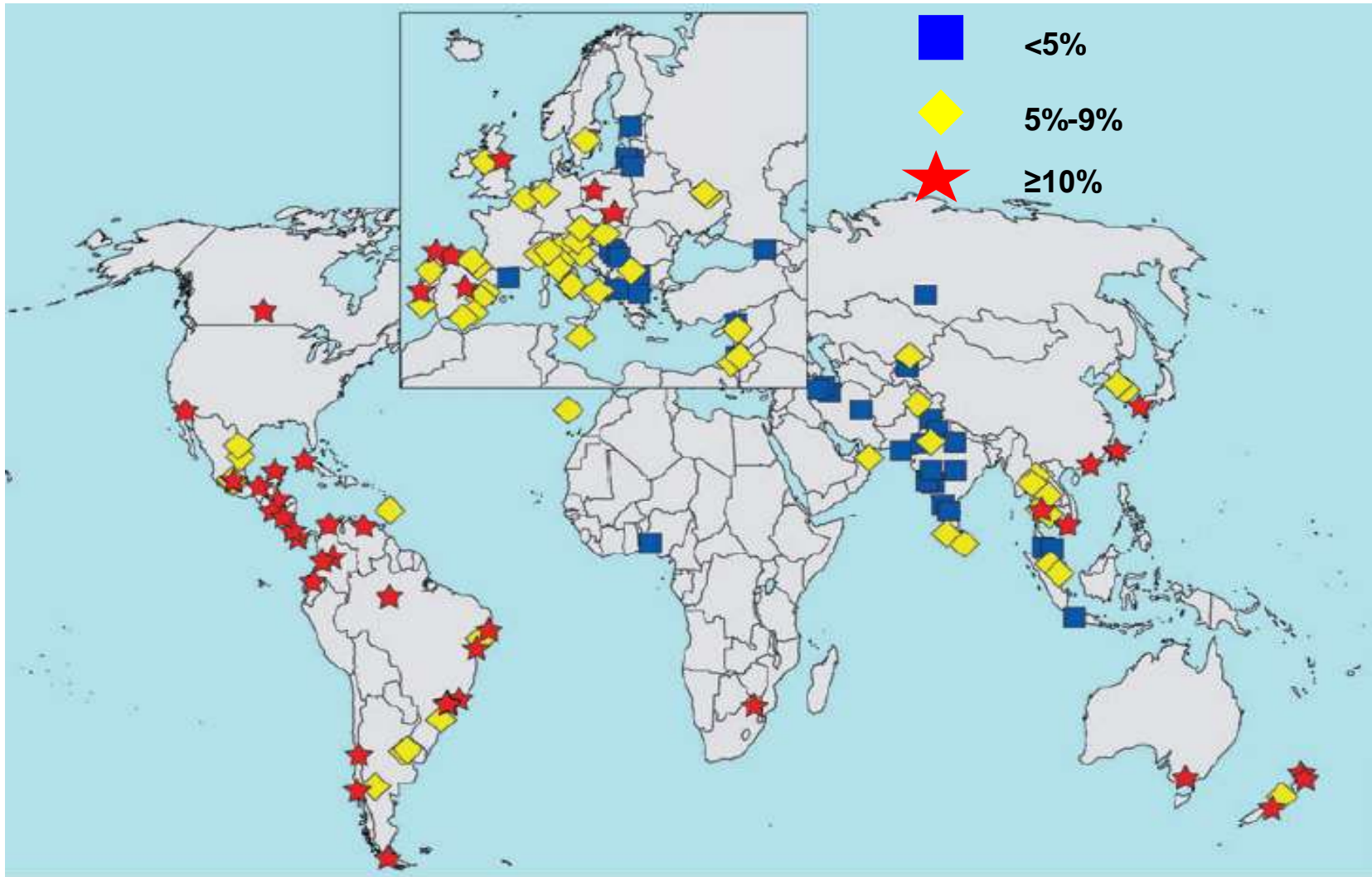
Засяга 10% до 20% от общата популация

При децата до 40%

В Европа - 4% - 32%

Вероятно според тази статистика, пациентите с АР в България са
1.5 милиона

ЕПИДЕМИОЛОГИЯ



Разпространение на AP при 6-7 годишни деца - ISAAC проучване

ЗНАЧЕНИЕ

Алергичен ринит, бронхиална астма и екзема - най-разпространените алергични болести

Засягат трудоспособността и качеството на живот

Под влияние на генетични и фактори от околната среда пациенти с АР, БА и екзема са по-склонни да отключат хранителна и медикаментозна алергия

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

IgE медирано алергично възпаление на носната лигавица предизвикано от алергичен имунен отговор към инхалаторни алергени при сенсibiliзирани индивиди



Концепция за единен дихателен път

Доказателства за сходство между ГДП и ДДП

Епидемиологични

Анатомични

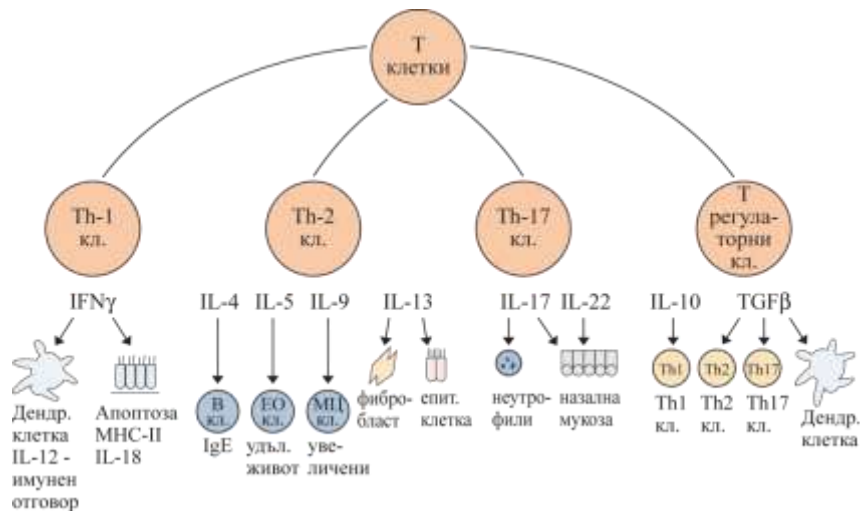
Физиологични

Имунопатологични

Патофизиологични

Терапия

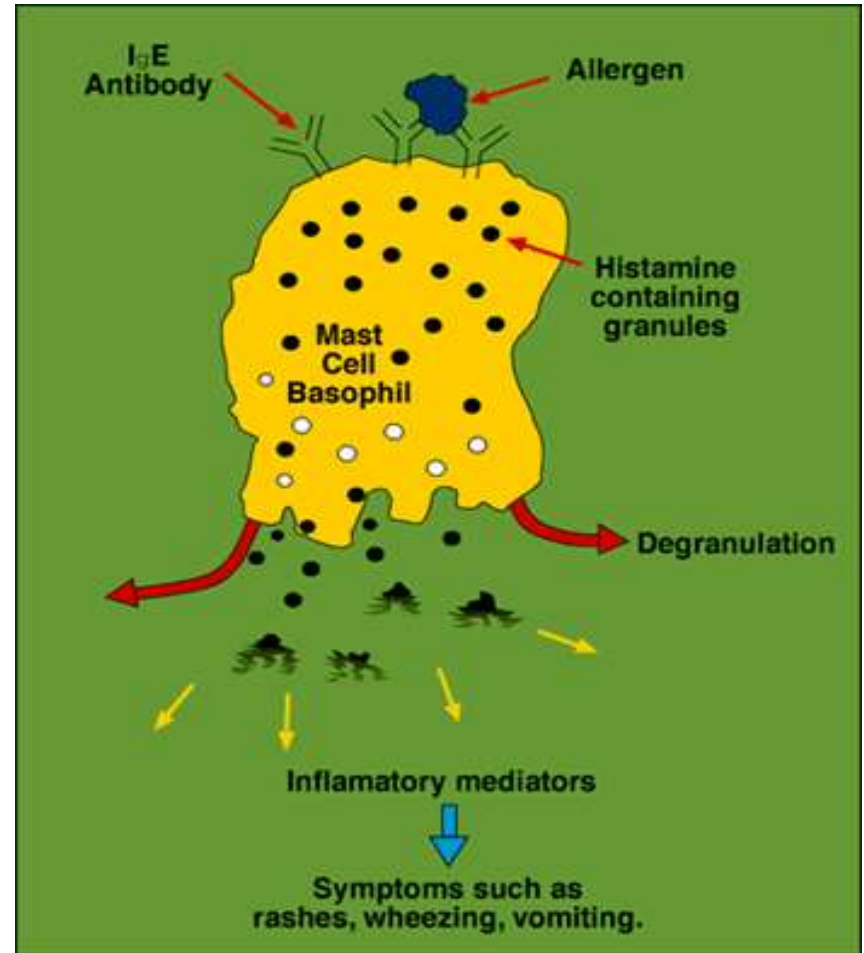
ПАТОФИЗИОЛОГИЧНИ И ИМУНОЛОГИЧНИ МЕХАНИЗМИ



Алергичният ринит се характеризира с IgE медирана реакция, в която класическо участие имат Th 2 лимфоцити

Идентифицирането на нов клас Т хелперни лимфоцити – Th17(CD4+) променя класическата Th1/Th2 парадигма

ПАТОФИЗИОЛГИЯ



ПАТОФИЗИОЛОГИЧНИ И ИМУНОЛОГИЧНИ МЕХАНИЗМИ

CD4+ Т лимфоцити – ключова роля за инициране на алергичната имунна реакция чрез секреция на IL-4, IL-5, IL-10 и IL-13

IL-4 и IL-13 взаимодействат с В лимфоцити за секретирание на специфични IgE антитела – сенсibiliзация

Ранна реакция

При сенсibiliзирани индивиди протича от няколко минути след алергенна експозиция и продължава 2-4 часа

Мастоцитна дегранулация-основен компонент на ранната реакция

Мастоцитите са множество в епитела на носната лигавица и лесно могат да бъдат активирани при повторно излагане на алерген

След активиране мастоцитите секретират предварително формирани медиатори: хистамин, левкотриени, простагландини, протеази, протеогликани, цитокини и хемокини

Предизвикват оток, повишена съдова пропускливост и секреция от носа

Хистаминът стимулира сетивните нервни окончания на тригеминалния нерв и предизвиква кихане и сърбеж. Стимулира отделянето на мукус и заедно с левкотриени и простагландини предизвиква назална конгестия чрез кръвоносните съдове

Късна реакция

Започва 4-6 часа след алергенна експозиция; продължава 18-24 часа и се характеризира с инфлукс на T_H1, B₁ и E₀ в носната лигавица. От тях се освобождават различни медиатори: левкотриени, кинини, хистамин, хемокини и цитокини

IL-5 стимулира образуването на еозинофили

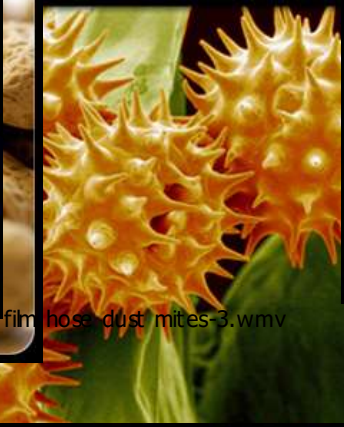
ЕТИОЛОГИЯ

Indoor (битови) алергени

Outdoor (полени) алергени

Животински епидермални алергени

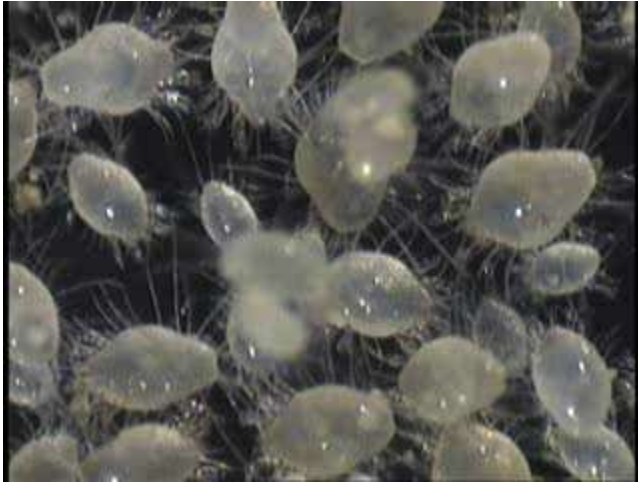
Плесенни алергени



film nose dust mites-3.wmv







СИМПТОМИ ОТ ТАРГЕТНИТЕ ОРГАНИ

От носа

запушване (назална конгестия)

ринорея

кихане

сърбеж

От очите

сърбеж

сълзене

зачервяване

ОБЩИ СИМПТОМИ

Умора

Нарушена концентрация

Намалена работоспособност



**MANAGEMENT OF
ALLERGIC RHINITIS AND
ITS IMPACT ON ASTHMA
POCKET GUIDE**



GLOBAL PRIMARY CARE EDUCATION

BASED ON THE 2007 ARIA WORKSHOP REPORT AND THE ICMG HANDBOOK
In collaboration with WHO, GA²LEN, AllerGen, and Winco

ДИАГНОЗА - ARIA

Интермитентен

< 4 дни от седмицата
или < 4 седмици

Персистиращ

> 4 дни от седмицата
и > 4 седмици

Лек (всички от изброените)

нормален сън
без нарушаване на дейностите
през деня, спорта,
развлеченията
без нарушаване на дейностите в
работа и училище
има симптоми, но не са проблемни

Умерено тежък/тежък (един или повече от изброените)

проблеми със съня
нарушаване на дейностите през
деня, спорта, развлеченията
нарушаване на дейностите в
работа и училище
симптомите са проблемни

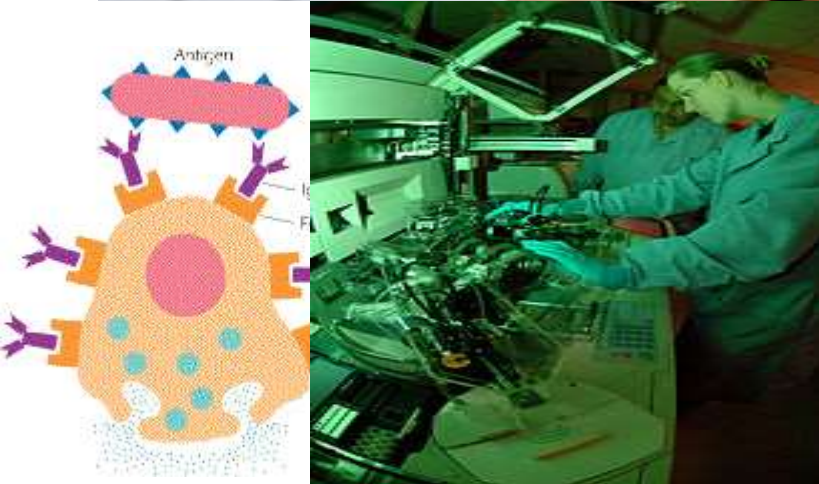
ДИАГНОЗА

Кожно-алергични проби - папула и еритем – максимални размери и отчитане - 15 -20 мин. след въвеждането на алергена

In vitro тест за серумни IgE специфични антитела (RAST)



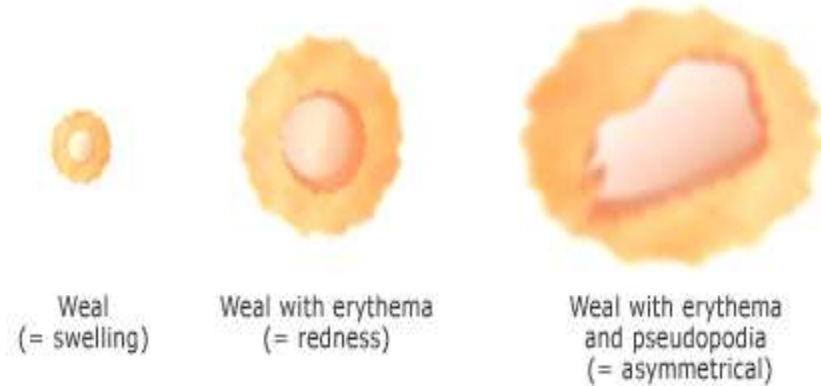
кожно-алергични проби



in vitro тест за серумни
IgE специфични
антитела (RAST).

КОЖНО-АЛЕРГИЧНИ ПРОБИ

Папула и еритем
максимални размери 15
мин. след въвеждането
на алергена



ЛЕЧЕНИЕ

Обучение на пациенти

Избягване на контакт с алергени или иританти

Фармакотерапия: Интраназални кортикостероиди, H1 блокери от второ поколение, Антилевкотриени, Назални деконгестанти, Мастоцитни стабилизатори, Локални холинергични медикаменти

Алерген Специфична Имуноterapia (АСИТ)

H1 БЛОКЕРИ

Категорично се препоръчват: втора генерация неседативни перорални H₁-антихистамини, които не водят до седация и не взаимодействат с сyt P-450

Съвет: да се използват втора генерация перорални H₁-антихистамини, които са слабо седативни и/или си взаимодействат с сyt P-450

H1 БЛОКЕРИ

Не се препоръчват: първа генерация перорални H₁-антихистамини:

astemizole, terfenadine или други перорални H₁-антихистамини с кардиотоксичен ефект



**Лек
интермитентен**

**Умерено тежък/
тежък
интермитен**

Лек персистиращ

**Умерено тежък/
тежък
персистиращ**

Интраназални кортикостероиди

Интраназален кромон

Орален или интраназален H1-антихистамин

ЛТА

Интраназален деконгестант

Избягване на алергени/дразнещи вещества

Специфична имуноterapia

АЛЕРГЕННА ИМУНОТЕРАПИЯ

АИТ е инжектиране на постепенно увеличаващи се дози алергенен екстракт за потискане на симптомите от контакт с конкретен алерген.

Алергенна имунотерпия=алергенспецифична имунотерапия позната още като терапия с алергенни ваксини е единственото лечение, което модифицира естествения ход на алергичната болест.

АИТ се прилага при сезонни и целогодишни алергични ринити и при астма.

АИТ играе роля на имуномодулатор



АЛЕРГЕННА ИМУНОТЕРАПИЯ

Предимства

Намалява необходимостта от прием на симптоматични средства

Премахва симптомите в дългосрочен план

Предотвратява прогресията на АР в БА

Понижава риска от нов тип сенсibiliзация

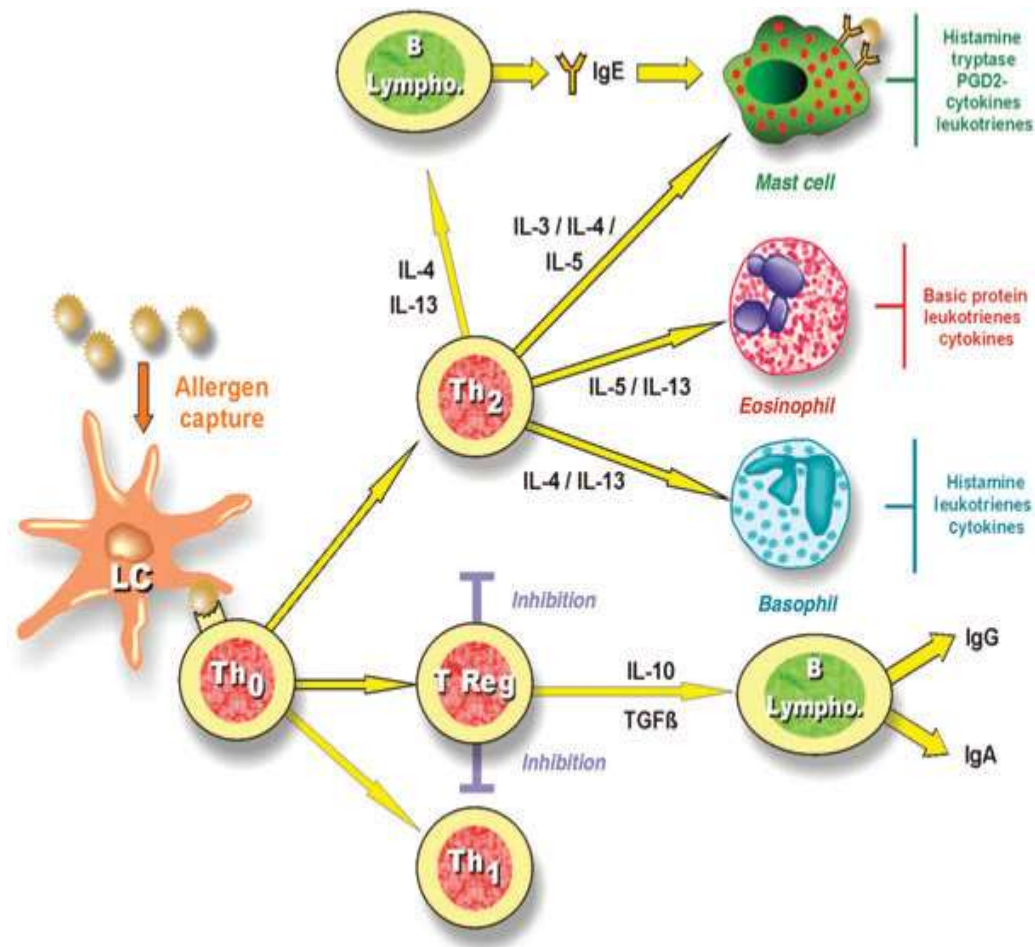


АЛЕРГЕННА ИМУНОТЕРАПИЯ

IL-4 и IL-13 индуцират IgE

IL-5 – Eo активиране

T reg. инхибират Th1 и Th2 отговор чрез IL-10 TGFb



АЛЕРГИЧНИ КОНЮНКТИВИТИ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЕПИДЕМИОЛОГИЯ

Група нарушения предизвикани от свръхчувствителност, които засягат предимно конюнктивата

Най-честата причина за червено око; засягат над 1 млрд. в световен мащаб

Разпространението им се увеличава – 20% от популацията; 8% от офталмологичните практики

КЛАСИФИКАЦИЯ

I Без засягане на роговица

Сезонен АК

Целогодишен АК

II Със засягане на роговица

Вернален конюнктивит

Атопичен кератоконюнктивит

САК – най-честа форма на алергично засягане на очите – 90%

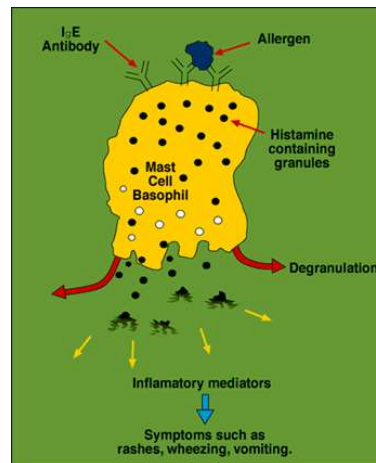
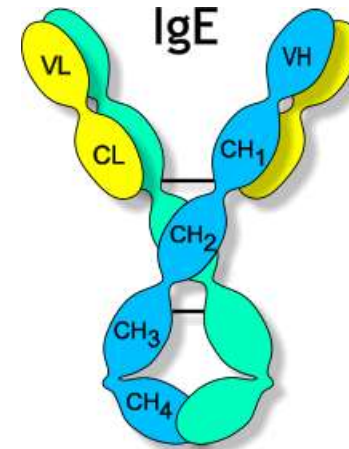
ЦАК – 5%

Значителен ефект върху качеството на живот

САК и ЦАК са IgE медиирани

ПАТОФИЗИОЛОГИЧНИ И ИМУНОЛОГИЧНИ МЕХАНИЗМИ

Първи тип реакции на
свръхчувствителност



СЕЗОНЕН АЛЕРГИЧЕН КОНЮНКТИВИТ

Предимно млади хора от 10 до 35 години, след 45 год.
оплакванията намаляват

Предизвиква се от полени на:

дървета

треви

Плевели

Симптоми:

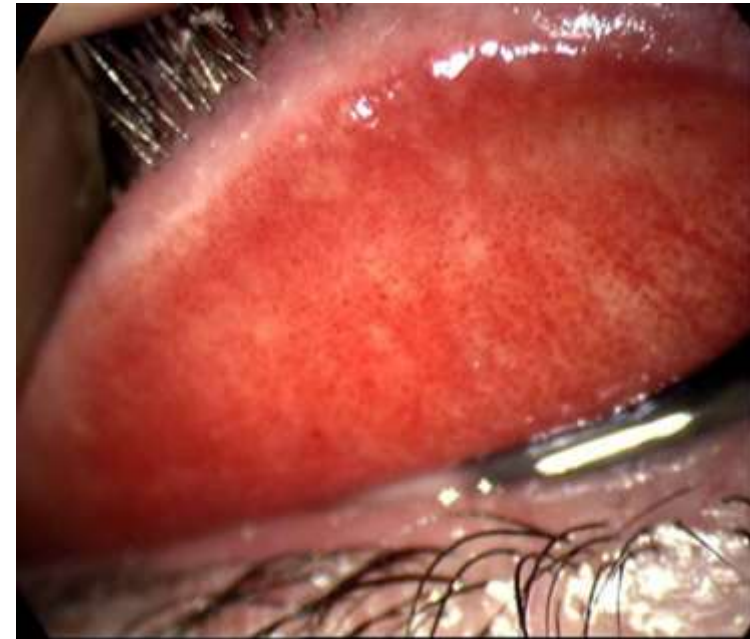
Сърбеж

Инекция на конюнктивата

Сълзене

Оток на конюнктивата и/или на клепачите

Хрема-при част от пациентите



ЦЕЛОГОДИШЕН АЛЕРГИЧЕН КОНЮНКТИВИТ

Предизвиква се от алергени на:

микрокърлежи в домашен прах

домашни любимци

Фунги

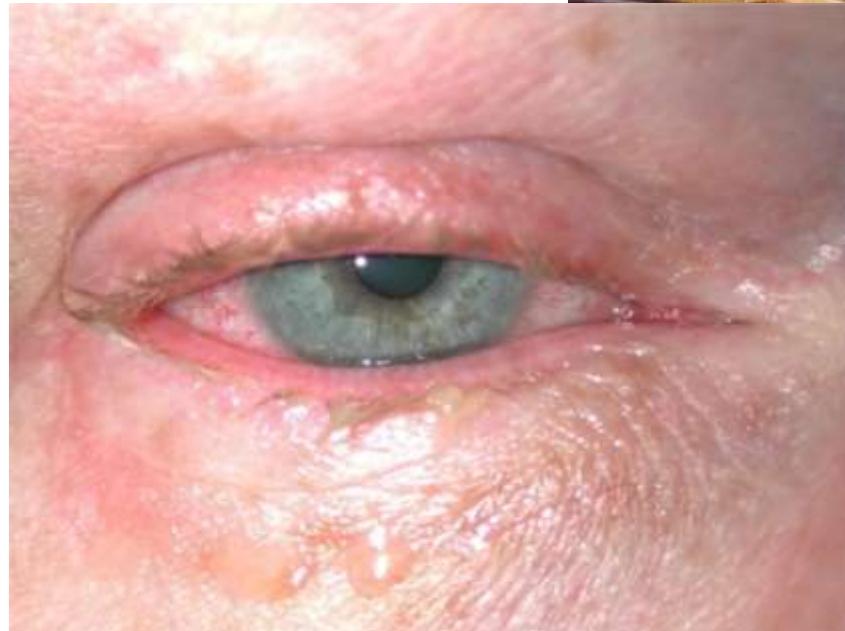
Симптоми:

Оток на клепачи

Зачервяване

Сърбеж

Сълзене



ВЕРНАЛЕН КОНЮНКТИВИТ

Предимно деца; по-често момчета 9-17 год.

Предизвиква се от:

Полени

Домашщни любимци

цигарен дим

козметични продукти

Симптоми:

Дразнене от светлина

Зачервяване

Сълзене

Интензивен сърбеж

Може да засегне роговицата в 50%
от случаите



АТОПИЧЕН КЕРАТОКОНЮНКТИВИТ

Характеристики:

асоцииран с астма или екзема

реакция на свръхчувствителност I тип

боледуват най-често от 20 до 50 год. възраст

Симптоми:

сълзене

подути клепачи

дразнене

загуба на мигли

умерен сърбеж



ДИАГНОЗА

Еозинофилия – 400-450 Ео в куб.мм

Специфични Ig E антитела в серум - удобен за изследване при деца

Кожно-алергични проби

ПРЕВЕНЦИЯ НА СЕЗОНЕН АЛЕРГИЧЕН КОНЮНКТИВИТ

Ограничаване дейностите на открито по време на симптоматичния период

Планиране дейностите на открито

Избягване търкане на очите и носа, измиване на ръцете след престой на открито

Слънчеви очила

Затваряне на прозорци и врати, използване на климатик в колата и дома

ПРЕВЕНЦИЯ НА ЦЕЛОГОДИШЕНАЛЕРГИЧЕН КОНЮНКТИВИТ

Защитна възглавница, матрак и завивка

Редовно изпиране на спалното бельо на 60°

Праховсмучене и влажно почистване – веднъж седмично

Премахване или по-често почистване на килими, тапицерии,
завеси и др. обекти, които задържат прах

Намаляване влажността в дома – 35%-50%

ЛЕЧЕНИЕ

Нефармакологични средства

Студени компреси

Антихистаминови препарати

Локални – Бързо действие в сравнение с кромони и орални АХ

Орални – По-бавно настъпващо действие; предимство-еднократно дозиране

Стабилизатори на мастоцитите

Деконгестанти

Имунотерапия

БЛАГОДАРЯ ЗА ВНИМАНИЕТО!

