

მიღებულია "კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს" 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 24 სექტემბრის № 307/თ ბრძანებით

აღერბიული რინიტის მართვა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

ალერგიული რინიტის მართვა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში

(პროტოკოლი)

1. დაავადების / პრობლემის განმარტება

ალერგიული რინიტი ცხვირის სიმპტომური დაზიანებაა, რომელიც გამოწვეულია ცხვირის ლორწოვანზე ალერგენის ზემოქმედების შედეგად განვითარებული IgE-გაშუალებული ანთებითი რეაქციით. ალერგიული რინიტის კლინიკური მახასიათებლებია: წინა ან უკანა რინორეა, ცემინება, ცხვირის გაჭედვა და/ან ცხვირის ქავილი. სიმპტომები ვლინდება 2 ან მეტი თანმიმდევრული დღის განმავლობაში და გრძელდება 1 საათზე მეტი უმეტეს დღეებში.

კლასიფიკაცია
სურათი 1

ალერგიული რინიტის კლასიფიკაცია

ინტერმისიული

სიმპტომების ხანგრძლივობა

<4 დღე/კვირაში

ან <4 კვირა/წელიწადში

პერსისტული

სიმპტომების ხანგრძლივობა

>4 დღე/კვირაში

და >4 კვირა/წელიწადში



მსუბუქი მიმდინარეობა

ყველა ჩამოთვლილი

- ნორმალური ძილი;
- არ არის შეზღუდული ფიზიკური აქტივობა, სპორტი, დასვენება;
- არ არის შეზღუდული შრომითი და სასკოლო აქტივობა;
- არ არის შემაწუხებელი სიმპტომები.

საშუალო/მძიმე მიმდინარეობა

ერთი ან მეტი ქვემოთ ჩამოთვლილი

- ძილის დარღვევა;
- ფიზიკური აქტივობის, სპორტისა და დასვენების შეზღუდვა;
- შრომითი და სასკოლო აქტივობის შეზღუდვა;
- შემაწუხებელი სიმპტომები.

პროტოკოლში გამოყენებული შემოკლებები

პროტოკოლში გამოყენებულია შემდეგი შემოკლებები:

ARIA	– ალერგიული რინიტი და მისი გავლენა ასთმაზე;
CysLT	– ცისტეინური ლეიკოტრიენები;
ი/ნ	– ინტრანაზალური;
ი/მ	– ინტრამუსკულური;
ი/ო	– ინტრაოკულური;
LTRA	– ლეიკოტრიენის რეცეპტორის ანტაგონისტები
ნს	– ნაზალური სპრეი

2. სადიაგნოზო კრიტერიუმები

დადასტურებელი კრიტერიუმები

ალერგიული რინიტის დიაგნოზს ადასტურებს შემდეგი სიმპტომები:

- წყლისებური რინორეა, ცემინება, ცხვირის ობსტრუქცია, ქავილი;
- ალერგიული კონიუნქივიტი;
- გამოსატული სეზონურობა ან ცალსახა კავშირი ალერგენტთან;
- ალერგენ-სპეციფიკური IgE-ს გამოვლენა კანის ტესტების და/ან შრატის სპეციფიკური IgE-ს განსაზღვრის საშუალებით ტიპიურ სიმპტომებთან ერთად.

გამომრიცხავი კრიტერიუმები

ალერგიული რინიტისათვის არ არის დამახასიათებელი:

- სიმპტომები ერთ ნესტოში;
- ჩირქოვანი გამონადენი;
- სახის ტკივილი;
- მნიშვნელოვანი ანოსმია.

გასათვალისწინებელია, რომ ხშირად ალერგიულ რინიტთან ერთად პაციენტს შეიძლება აღენიშნებოდეს ქრონიკული რინოსინუსიტი, ნაზალური პოლიპოზი და სხვა დაავადებები, ამიტომ მათი დიაგნოზის დადასტურება ალერგიული რინიტის არსებობას ცალსახად არ გამორიცხავს.

3. სიმპტომები და ნიშნები

სადიაგნოზო კრიტერიუმები

ალერგიული რინიტის დიაგნოზი ეფუძნება ტიპური კლინიკური სიმპტომების არსებობასა და ალერგენ-სპეციფიკური IgE-ს დემონსტრირებას კანის ტესტებით, ან სისხლში შრატის სპეციფიკური IgE-ს გამოვლენით.

რინიტის სიმპტომების შემთხვევაში რუტინულად უნდა ჩატარდეს რინოსკოპია, რათა გამოირიცხოს ან დადასტურდეს შესაძლო არაალერგიული მიზეზები.

I ცხრილში მოცემული კითხვარის საშუალებით ფასდება ალერგიული რინიტისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომების არსებობა.

ცხრილი 1

ალერგიული რინიტის სიმპტომური კითხვარი		
1. გაქვთ თუ არა ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომები?	პასუხი	
სიმპტომები მხოლოდ ცალი ნესტოდან (უნილატერალური სიმპტომები)	დიახ	არა
სქელი, ყვითელი ან მწვანე გამონადენი ცხვირიდან	დიახ	არა
პოსტნაზალური წვეთვა სქელი ლორწოთი ან რინორეით	დიახ	არა
სახის ტკივილი	დიახ	არა
განმეორებითი სისხლდენა ცხვირიდან	დიახ	არა
ყნოსვის დაკარგვა	დიახ	არა
2. გქონიათ თუ არა ქვემოთ ჩამოთვლილ სიმპტომთაგან ერთ-ერთი მინიმუმ 1 საათის მანძილზე უმეტეს დღეებში (ან უმეტეს დღეებში სეზონზე, თუ სიმპტომები სეზონურია)?		
წელისებური რინორეა	დიახ	არა
ცემინება, განსაკუთრებით ძლიერი ან შეტევის სახით	დიახ	არა
ცხვირის გაჭედვა	დიახ	არა
ცხვირის ქავილი	დიახ	არა
კონიუნქტივიტი (თვალის გაწითლება, ქავილი)	დიახ	არა

- პირველ კითხვაში აღწერილი სიმპტომები არ არის დამახასიათებელი ალერგიული რინიტისათვის. ნებისმიერ სიმპტომზე დადებითი პასუხის შემთხვევაში გაითვლისწინეთ სხვა დიაგნოზის არსებობაც და/ან განახორციელეთ რეფერალი ოტორინოლარინგოლოგთან.
- შენიშვნა – ჩირქოვანი გამონადენი, პოსტნაზალური წვეთვა, სახის ტკივილი, ყნოსვის დაკარგვა დამახასიათებელია სინუსიტებისათვის.

იმის გათვალისწინებით, რომ პაციენტთა დიდ ნაწილს სინსუსიტთან ერთად ასევე აღენიშნება რინიტიც (არა ყოველთვის ალერგიული), ამ სიტუაციაში კლინიკისტმა ასევე უნდა შეაფასოს ალერგიული რინიტის არსებობა.

- **მეორე შეკითხვაში** აღწერილი სიმპტომები **ტიპურია** ალერგიული რინიტისათვის.
- წყლისებური რინორეის არსებობისას სხვა 1 ან 2 სიმპტომთან ერთად მაღალია ალერგიული რინიტის დიაგნოზის ალბათობა.
- პაციენტს მხოლოდ წყლისებრი რინორეით შეიძლება ჰქონდეს ალერგიული რინიტი, (გასათვალისწინებელია, რომ ზოგ შემთხვევაში ცხვირის გაჭედვაც შესაძლებელია ალერგიული რინიტის ერთადერთი სიმპტომი იყოს).
- სუფთა, რეფრაქტორული რინორეა, განსაკუთრებით ტრავმის ან ქირურგიული ჩარევის შემდგომ პერიოდში, შესაძლოა, ცერებრო-სპინალური სითხის დინებას წარმოადგენდეს.
- თუ პაციენტს აქვს ცემინება, ცხვირის ქავილი და/ან კონიუნქტივიტი, მაგრამ არა აქვს წყლისებრი რინორეა, გაითვალისწინეთ სხვა დიაგნოზის არსებობაც და/ან განახორციელეთ რეფერალი ოტორინოლტარინგოლოგთან, ოფთალმოლოგთან, ალერგოლოგთან.
- იმ შემთხვევაში, თუ მოზრდილ პაციენტს აღენიშნება გვიან დაწყებული რინიტი, ივარაუდეთ პროფესიული მიზეზების არსებობა. პროფესიული რინიტები ხშირად წინ უძღვის ან თან ახლავს პროფესიული ასთმის განვითარებას. პროფესიულ პათოლოგიაზე საეჭვო პაციენტები უნდა გაიგზავნონ სპეციალისტთან შემდგომი გამოკვლევისა და შეფასებისათვის.

სიმპტომების სიძლიერე და ცხოვრების ხარისხის ლიმიტაცია ფასდება ვიზუალური ანალოგიის შკალით, რაც, გარდა შეფასებისა, მონიტორირების კარგი საშუალებაცაა (იხ. სურათი 2).

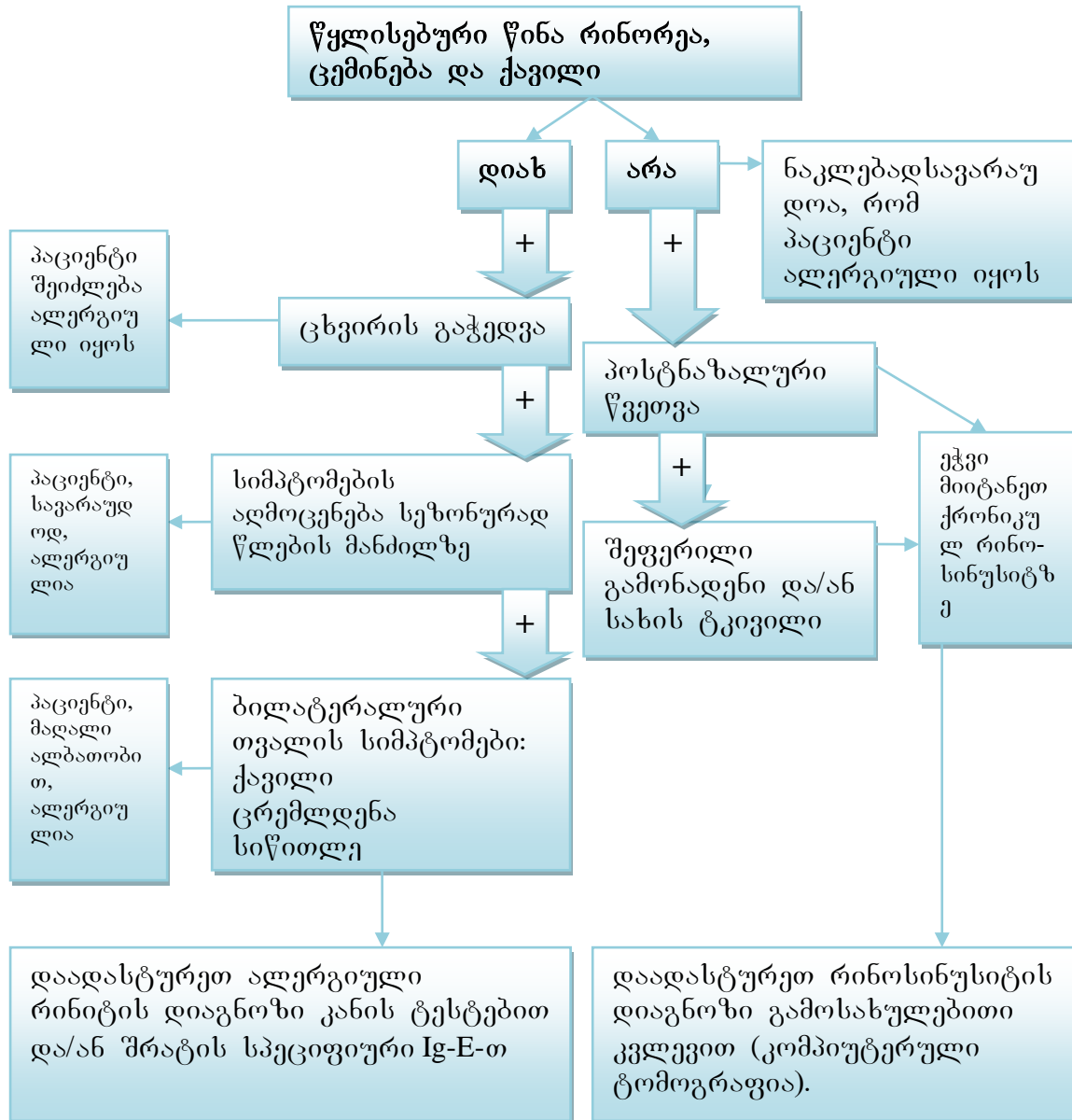
სურათი 2

ვიზუალური ანალოგის შკალა

სიმპტომები საერთოდ არ არის შემაწუხებელი	10 სმ	სიმპტომები უკიდურესად შემაწუხებელია
--	-------	---

მე-3 სურათზე გამოსახულია ალერგიული რინიტის სიმპტომებზე დაფუძნებული დიფ-დიაგნოსტიკური ალგორითმი.

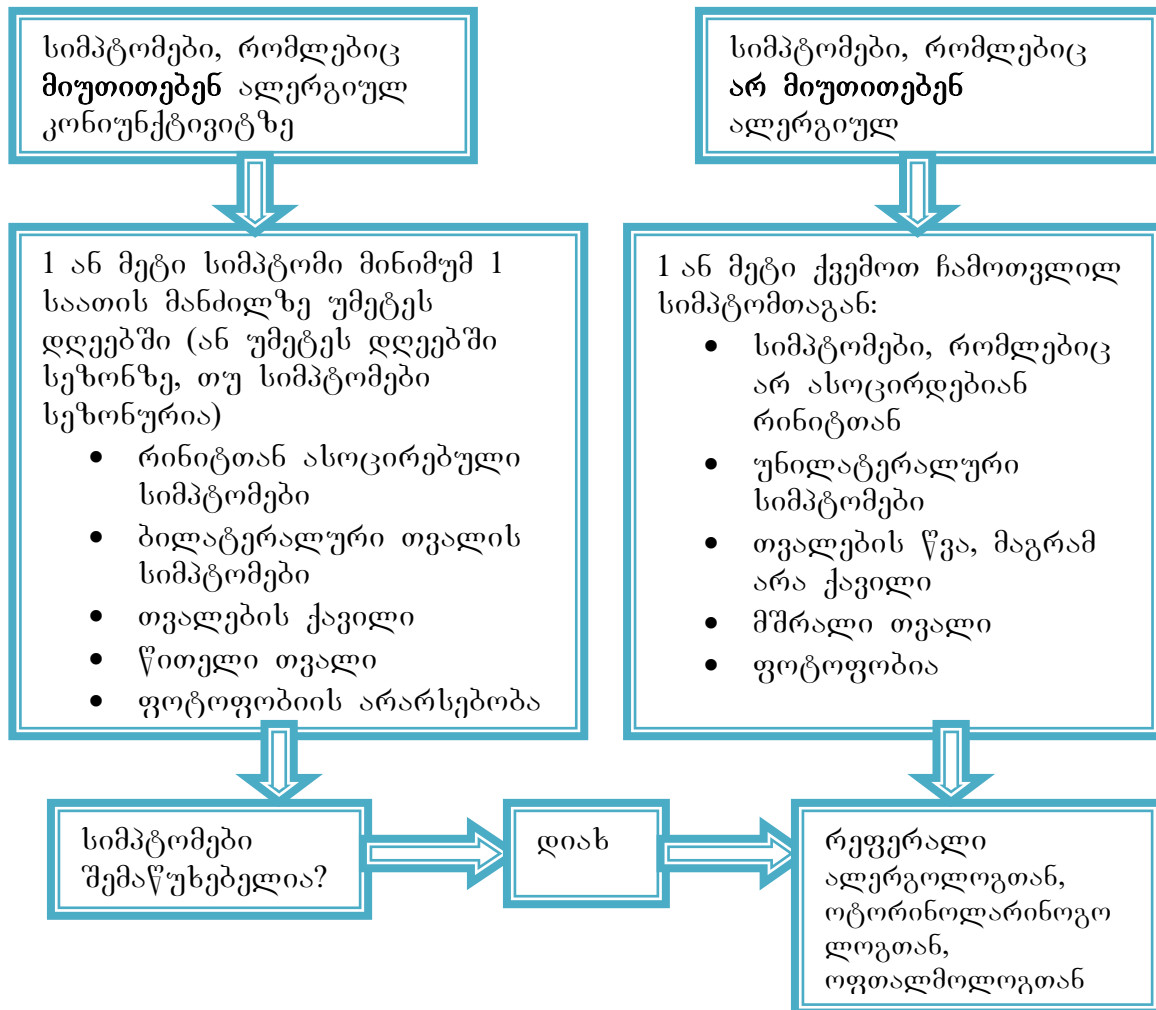
სურათი 3
 ალერგიული რინიტის სიმპტომებზე
 დაფუძნებული დიფ-დიაგნოსტიკური ალგორითმი.



მცენარის მტვრით ინდუცირებული რინიტების მქონე პაციენტთა უმრავლესობას ასევე აღენიშნება კონიუნქივიტი. ალერგიული კონიუნქივიტის სიმპტომებზე დაფუძნებული დიფ-დიაგნოზის სქემა ის. სურათზე 4.

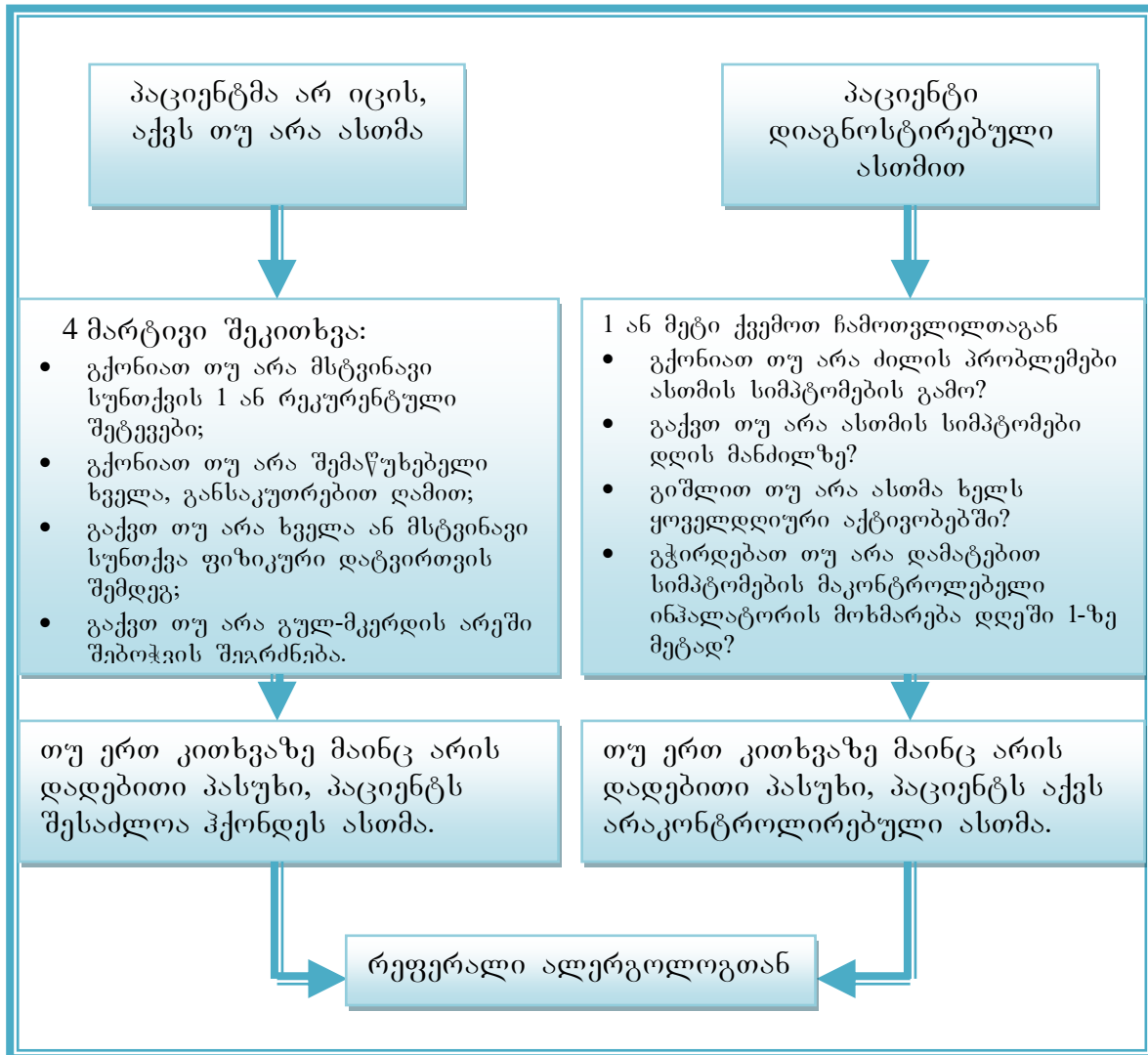
სურათი 4

ალერგიული კონიუნქტივიტის სიმპტომებზე დაფუძნებული დიაგნოსტიკური სქემა



ალერგიული რინიტის მქონე ყველა პაციენტთან უნდა შეფასდეს ქრონიკული რინოსინუსიტის, ნაზალური პოლიპოზისა და ცხვირის ღრუს ანატომიური პათოლოგიების (ძვიდის გამრუდება, პერფორაცია და სხვ.) არსებობა ანამნეზისა და ობიექტური გასინჯვის, ასევე, რინოსკოპიის საშუალებით.

ალერგიული რინიტის მქონე ყველა პაციენტთან უნდა შეფასდეს ასთმის არსებობა, ხოლო დიაგნოსტიკური ასთმის შემთხვევაში – კონტროლის ხარისხი, რისთვისაც მოწოდებულია მე-5 სურათზე გამოსახული კითხვარი.



4. ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული გამოკვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

პირველ ვიზიტზე

1. რინოსკოპია;
2. სპეციფიკური Ig-E-ს სკრინინგ ტესტი (Phadiatop) იმ შემთხვევებში, როდესაც კლინიკურად ვერ ხერხდება რინიტის ალერგიული გენეზის დადასტურება ან უარყოფა;
3. ალერგოლოგის კონსულტაცია ალერგიულ რინიტთან ერთად ახლად დიაგნოსტირებული ან არაკონტროლირებული ასთმის

თანაარსებობისას, ან რეფერალის სხვა ჩვენებების შემთხვევაში (იხ. რეფერალის განხორციელების ჩვენებები).

განმეორებითი ვიზიტი:

- პერსისტული ალერგიული რინიტის მსუბუქი ან საშუალო/მძიმე და ინტერმისიული რინიტის საშუალო/მძიმე ფორმის შემთხვევაში განმეორებით ვიზიტი უნდა დაიგეგმოს 2-4 კვირაში;
- საჭიროების შემთხვევაში დაიგეგმოს ალერგოლოგის კონსულტაცია.

სპეციალისტთან (ალერგოლოგთან, ოტორინოლარინგოლოგთან, ოფთალმოლოგთან) რეფერალის განხორციელების ჩვენებებია:

1. გადაწყვეტილება ჩატარდეს ალერგოლოგოლოგია (კანის ტესტები და/ან შრატის სპეციფიკური Ig-E-ს განსაზღვრა) ალერგენის იდენტიფიკაციისა და მკურნალობის შემდგომი ტაქტიკის განსაზღვრად (იმუნოთერაპიის ჩათვლით) – რეფერალი ალერგოლოგთან;
2. კომორბიდული დაავადებები: ასთმა, ცხვირის ღრუს პოლიპოზი, ატოპიური დერმატიტი, ურტიკარია, ანგიოედემა, ანამნეზში ანაფილაქსიური შოკი, მედიკამენტური პიპერმგრძობელობა (განსაკუთრებით ასპირინისა და სხვა **ასსს**-ის მიმართ) – რეფერალი ალერგოლოგთან;
3. ქრონიკული ან რეკურენტული ბაქტერიული რინოსინუსიტი, რეკურენტული შუა ყურის ანთეზა, ნაზალური პოლიპები, ცხვირის ძვირის გამრუდება, ცხვირის რეფრაქტერული ობსტრუქცია – რეფერალი ოტორინოლარინგოლოგთან;
4. თვალის პრობლემები – რეფერალი ალერგოლოგთან და/ან ოფთალმოლოგთან;
5. ნებისმიერი ძლიერი ალერგიული რეაქცია, რომელიც იწვევს პაციენტის ან მისი მშობლების შეშფოთებას – რეფერალი ალერგოლოგთან;
6. მედიკამენტური თერაპია ეფექტური არ არის და სიმპტომები პერსისტირებს 3 თვეზე მეტი – რეფერალი ალერგოლოგთან.

იმუნოთერაპიის ჩატარებისათვის ჩვენებებია (იმუნოთერაპია ტარდება მხოლოდ ალერგოლოგის მიერ სპეციალიზებულ კლინიკაში):

1. გამოვლენილია ალერგიული რინიტის გამომწვევი მხოლოდ 1 ან 2 ჯგუფის ალერგენები;
2. ფარმაკოთერაპია და ალერგენების ელიმინაცია არაეფექტურია;

3. აღინიშნება ბრონქული ასთმის განვითარების მაღალი რისკი.

5. მკურნალობა

აღერგიული რინიტის მკურნალობა მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს:

1. პაციენტის განათლება;
2. აღერგენების ელიმინაცია;
3. ფარმაკოლოგიური მკურნალობა;
4. კანქვეშა ან სუბლინგვალური იმუნოთერაპია;
5. ქირურგიული მკურნალობა.

პაციენტის განათლება

პაციენტს უნდა მიეწოდოს სრული ინფორმაცია დაავადების, შესაძლო მკურნალობის, პროგნოზის, თანმხლები დაავადებების შესახებ, როგორც სიტყვიერად, ისე საინფორმაციო ბუკლეტის სახით.

აღერგენების ელიმინაცია

აღერგენების ელიმინაცია აუმჯობესებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს და დაავადების მიმდინარეობას, მაგრამ საკმაოდ რთულია შესასრულებლად. კარშიდა აღერგენების ორი ყველაზე გავრცელებული – ოთახის მტვრის ტიპასა და შინაური ცხოველების აღერგენების თავიდან ასაცილებლად ეფექტურია მხოლოდ ღონისძიებებთან ერთობლიობა.

პირებმა, რომელთაც აქვთ მცენარის მტვერზე აღერგია, უნდა შეზღუდონ ტრიგერული მცენარის ყვავილობის დროს სახლიდან გასვლა, სახლიდან გასვლის შემთხვევაში იხმარონ დამცავი დოღბანდები, არ გააღონ ფანჯრები ქარიან ამინდში;

ობის სოკოზე აღერგის შემთხვევაში რეკომენდებულია ნესტიანი ადგილების შემცილება, დაბინძურებული ნივთების გატანა სახლიდან და ქლორის შემცველი მათეთრებელი ხსნარით გლუვზედაპირიანი ნივთების გაწმენდა სველ წერტილებში;

ირიტანტებით (თამბაქოს კვამლი, ფორმალდეჰიდი) გამოწვეული რინიტის მკურნალობის საუკეთესო გზაა გამაღიზიანებელი ფაქტორების თავიდან აცილება.

ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

ზოგადი რეკომენდაციები

- მეორე გენერაციის ორალური და ინტრანაზალური H-1 ანტიჰისტამინები რეკომენდებულია ალერგიული რინიტისა და კონიუნქტივიტის სამკურნალოდ როგორც მოზრდილებში, ასევე ბავშვებში;
- თუ მეორე გენერაციის ანტიჰისტამინები ხელმისაწვდომია, პირველი გენერაციის ანტიჰისტამინები არ არის რეკომენდებული მათი გვერდითი მოვლენების გამო;
- ტოპიკური H-1 ანტიჰისტამინები რეკომენდებულია ალერგიული რინიტისა და კონიუნქტივიტის სამკურნალოდ;
- ინტრანაზალური გლუკოკორტიკოსტეროიდები რეკომენდებულია ალერგიული რინიტის სამკურნალოდ მოზრდილებში და ბავშვებში. ეს ჯგუფი ალერგიული რინიტის სამკურნალოდ ყველაზე ეფექტურია;
- ინტრამუსკულური და ორალური გლუკოკორტიკოსტეროიდების ხანგრძლივი კურსი არ არის რეკომენდებული მათი გვერდითი მოქმედებების გამო;
- ტოპიკური კრომონები რეკომენდებულია ალერგიული რინიტისა და კონიუნქტივიტის სამკურნალოდ, მათი ეფექტურობა საშუალოა, მაგრამ ისინი სრულიად უსაფრთხოა;
- მონტელუკასტი რეკომენდებულია სეზონური ალერგიული რინიტის სამკურნალოდ მოზრდილებში და 6 თვეზე უფროს ბავშვებში;
- ინტრანაზალური იპრატროპიუმი რეკომენდებულია ალერგიულ რინიტთან ასოცირებული რინორეის სამკურნალოდ;
- ინტრანაზალური დეკონგესტანტების ხანმოკლე კურსი შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ძლიერი ნაზალური ობსტრუქციის მქონე პაციენტებთან;
- ორალური დეკონგესტანტები (და მათი კომბინაცია ორალურ H-1 ანტიჰისტამინებთან) შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ალერგიული რინიტის მქონე მოზრდილ პაციენტებთან, მაგრამ გასათვალისწინებელია ხშირად გვერდითი ეფექტების არსებობა
- ალერგიული რინიტის მკურნალობისას გათვალისწინებული უნდა იქნას: დაავადების სიმძიმე და ხანგრძლივობა, რამდენად მისაღებია მკურნალობის მეთოდი პაციენტისათვის, მედიკამენტის ეფექტურობა, ხელმისაწვდომობა და ფასი;
- მკურნალობის დროს გამოყენებული უნდა იქნას საფეხურებრივი მიდგომა დაავადების სიმძიმისა და ხანგრძლივობის მიხედვით;

- ყველა პაციენტის საჭიროებს ინდივიდუალურ მიდგომას;
- მიუხედავად ოპტიმალური ფარმაცოთერაპიისა, ხშირად ვერ ხერხდება საშუალო/მძიმე ალერგიული რინიტით ყველა პაციენტის სიმპტომების კონტროლი;
- ალერგიული რინიტის დროს სამკურნალოდ გამოყენებული მედიკამენტების მიღების გზა ძირითადად ინტრანაზალური ან ორალურია;
- თერაპიული ეფექტი გრძელდება მხოლოდ მედიკამენტის მიღების პერიოდში და არა მისი შეწყვეტის შემდეგ. სხვადასხვა მედიკამენტების შედარებითი ეფექტურობის შემსწავლელი კვლევების მიხედვით ინტრანაზალური გლუკოკორტიკოსტეროიდები ყველაზე ეფექტურია.

მე-2 ცხრილში მოცემულია ალერგიული რინიტის სამკურნალოდ გამოყენებული მედიკამენტების შესახებ დეტალური ინფორმაცია.

ცხრილი 2
ალერგიული რინიტის სამკურნალოდ
გამოყენებული მედიკამენტების განმარტებანი
ARIA: განახლებული 2008 წ

ჯგუფის დასახელება	გენერული დასახელება	მოქმედების მექანიზმი	გვერდითი მოქმედება	კომენტარი
ორალური H-1 ანტი-ჰისტამინები	II გენერაციის cetirizini Acrivastine Azelastine * Cetirizine Desloratadine Ebastine Fexofenadine Levocetirizine* Loratadine Mequitazine * Mizolastine * Rupatadine *	H-1 რეცეპტორების ბლოკადა ანტიალერგიული აქტიუობა ახალი გენერაციის პრეპარატების გამოყენება შესაძლებელია I-ხელ დღეში	II გენერაციის მედიკამენტთა უმეტესობას არ ახასიათებს სედაცია არ ახასიათებს ანტიქოლინერგული აქტიუობა არ არის კარდიოტოქსიური აკრივასტინს აქვს სედაციური ეფექტი ორალურ აზელასტინს ახასიათებს სედაცია და არის მწარე	არჩევის თერაპიაა გარდა საშუალო/მძიმე პერსისტული ალერგიული რინიტებისა. II გენერაციის H-1 ბლოკერების გამოყენება უპირატესია მათი ფარმაცოკინეტიკისა და კარგი უსაფრთხოება/ეფექტურობის შეფარდების გამო განსხვავებით I გენერაციის H-1 ბლოკერებისაგან, რომელთა უსაფრთხოება/ეფექტურობის შეფარდება არ არის სასურველი
	I გენერაციის Chlorphenyramin Clemastine Dimethindene maleate Hydroxyzine Ketotifen Oxatomine კარდიოტოქსიკური Astemizole Terfenadine	არ იწვევს ტაქიფილაქსიას	I გენერაციის ანტიჰისტამინებს ახასიათებთ სედაცია და/ან ანტიქოლინერგული აქტიუობა	სწრაფი ეფექტი (1 საათზე ნაკლები) ნაზალური და ოკულარული სიმპტომების დროს ზომიერი ეფექტი აქვს ცხვირის გაჭედვაზე კარდიოტოქსიური მედიკამენტები (ასტემიზოლი, ტერფენადინი) ბევრ ქვეყანაში აღარ გამოიყენება.
ლოკალური H-1 ანტი-ჰისტამინები (o/n და o/o)	Azelastine Levocabastine	H-1 რეცეპტორების ბლოკადა ანტიალერგიული	უმნიშვნელო ლოკალური ადგილობრივი გვერდითი მოვლენები	სწრაფი ეფექტი (30 წუთზე ნაკლები) როგორც ნაზალური, ისე ოკულარული სიმპტომების შემთხვევაში

	Olopatadine	ი აქტიუობა - აზელასტინი	აზელასტინის შემთხვევაში – ზოგ პაციენტთან მწარე გემო	
ნაზალური კორტიკოსტეროიდები	Beclomethasone dipropionate Budesonide Ciclesonide * Flunisolide * Fluticasone propionate Fluticasone furoate * Mometasone furoate Triamcinolone acetonide*	მკვეთრად ამცირებს ნაზალურ ანთებას ამცირებს ნაზალურ ჰიპერრეაქტიულობას	მცირე ლოკალური გვერდითი მოვლენები შედარებით ფართო საზღვრები სისტემური გვერდითი მოვლენების განვითარებისათვის ბაეშეთა ასაკში განიხილება ინტრანაზალური და საინჰალაციო პრეპარატების კომბინაცია	ალერგიული რინიტის ყველაზე ეფექტური მკურნალობაა, პირველი რიგის არჩევანია საშუალო/შიძმე პერსისტული ალერგიული რინიტის სამკურნალოდ ეფექტურია ცხვირის გაჭედვის დროს ეფექტურია ყნოსვის აღსადგენად ეფექტის მიღწევა ხდება 6-12 საათში, მაგრამ მაქსიმალური ეფექტი აღინიშნება მკურნალობიდან რამდენიმე დღეში. პაციენტი უნდა იყოს ინფორმირებული ინტრანაზალური სპრეის მოხმარების წესების შესახებ – კერძოდ მიმართოს სპრეი ლატერალურად და არა მედიალურად (ძვიდის გასწვრივ).

ცხრილი 2 (გავრძელება)
ალერგიული რინიტის სამკურნალოდ გამოყენებული მედიკამენტების განმარტებანი
ARIA: განახლებული 2008 წ

ჯგუფის დასახელება	გენერიული დასახელება	მოქმედების მექანიზმი	გვერდითი მოქმედება	კომენტარი
ორალური/ ი.მ. გლუკოკორტიკოსტეროიდები	Dexamethasone Hydrocortisone Methyl- prednisolone Prednisolone Prednisone* Triamcinolone Deflazacort*	მკვეთრად ამცირებს ნაზალურ ანთებას ამცირებს ნაზალურ ჰიპერრეაქტიულობას	სშირია სისტემური გვერდითი ეფექტები, განსაკუთრებით ინტრამუსკულარული პრეპარატების გამოყენების შემთხვევაში დეპო ინექციების გამოყენების შემთხვევაში შესაძლოა ლოკალურად ქსოვილის ატროფია	როდესაც შესაძლებელია, უპირატესობა ენიჭება ინტრანაზალურ გლუკოკორტიკოსტეროიდებს ორალური/ი.მ. გლუკოკორტიკოსტეროიდების მოკლე კურსი შესაძლოა საჭირო გახდეს საშუალო/შიძმე სიმპტომების შემთხვევაში
ლოკალური კრომონები პოხიერი უჯრედების სტაბილიზატორები (ი/ნ, ი/ო)	Cromoglycate Nedocromil NAAGA*	მოქმედების მექანიზმი ნაკლებად აცნობილი	მცირე ლოკალური გვერდითი მოვლენები	ინტრაოკულარული კრომონები ძალიან ეფექტურია ინტრანაზალური კრომონები ნაკლებად ეფექტურია და მათი ეფექტი ხანმოკლეა სრულიად უსაფრთხოა
ორალური დეკონგესტანტები	Ephedrine Phenylephrine Phenylpropanolamine Pseudo-ephedrine ორალური H-1 ანტიჰისტამინი	სიმპატომიმეტიკური მედიკამენტები ამცირებს ცხვირის გაჭედულობის სიმპტომებს	ჰიპერტენზია პალპიტაცია დალილილობა ტრემორი აგზნება ინსომნია თავის ტკივილი შარდის შეკავება	ორალური დეკონგესტანტები სიფრთხილით გამოიყენება პაციენტებთან გულის დაავადებით. ორალური H-1 ანტიჰისტამინი – დეკონგესტანტის კომბინაცია მეტად ეფექტურია, ვიდრე მათი

	– დეკონგესტანტი ს კონბინაცია Vibrocili		გლუკომისა და თირეოტოქსიკოზის გამწვევება ლორწოვანი გარსების სიმშრალე	გამოყენება ცალ-ცალკე, თუმცა გასათვალისწინებელია გვერდითი მოვლენები.
ი/ნ დეკონგეს- ტანტები	Oxymethazoline Xylomethazoline და სხვა	სიმპტომიმეტუ- რი მედიკამენტები ამცირებს ცხვირის გაჭედების სიმპტომებს	ორალური დეკონგესტანტების მსგავსი გვერდითი მოვლენები, მაგრამ ნაკლები ინტენსივობის გასანგრძლივებელი მოხმარების შედეგად (10 დღეზე მეტი) ახასიათებს Rhinitis medicamentosa – ს განვითარება	მოქმედებს უფრო სწრაფად და ეფექტურად, ვიდრე ორალური დეკონგესტანტები მკურნალობის სანგრძლივობა ლიმიტირებულია – 10 დღეზე ნაკლები Rhinitis medicamentosa – ს განვითარების საშიშროების გამო.
ი/ნ ანტიქოლი- ნერეული პრეპარა- ტები	Ipratropium	ახდენს მხოლოდ რინორეის ბლოკირებას	მცირე ლოკალური გვერდითი მოქმედება არ ახასიათებს სისტემური გვერდითი ეფექტები	ეფექტურია რინორეის შემთხვევაში როგორც ალერგიული, ასევე არაალერგიული პაციენტებისათვის
ცხრილი 2 (გაგრძელება) ალერგიული რინიტის სამკურნალოდ გამოყენებული მედიკამენტების განმარტებანი ARIA: განახლებული 2008 წ				
ჯგუფის დასახელება	გენერული დასახელება	მოქმედების მექანიზმი	გვერდითი მოქმედება	კომენტარი
CysLT ანტაგონისტები ანტილეიკოტრე- ინები ლეიკოტრეინის ინჰიბიტორები	Montelukast Pranlukast* Zafirlukast*	CysLT რეცეპტორების ბლოკადა	საუკეთესო ტოლერანტობა	ეფექტურია რინიტისა და ასთმის დროს ეფექტურია რინიტის ყველა სიმპტომისა და, ასევე, ოკულარული სიმპტომების დროს

*- არ არის რეგისტრირებული საქართველოში.

რინიტის სამკურნალოდ რეკომენდებულია საფეხურებრივი მიდგომა რომელიც დაფუძნებულია ალერგიული რინიტის კლინიკურ სიმპტომებზე (ARIA 2008).

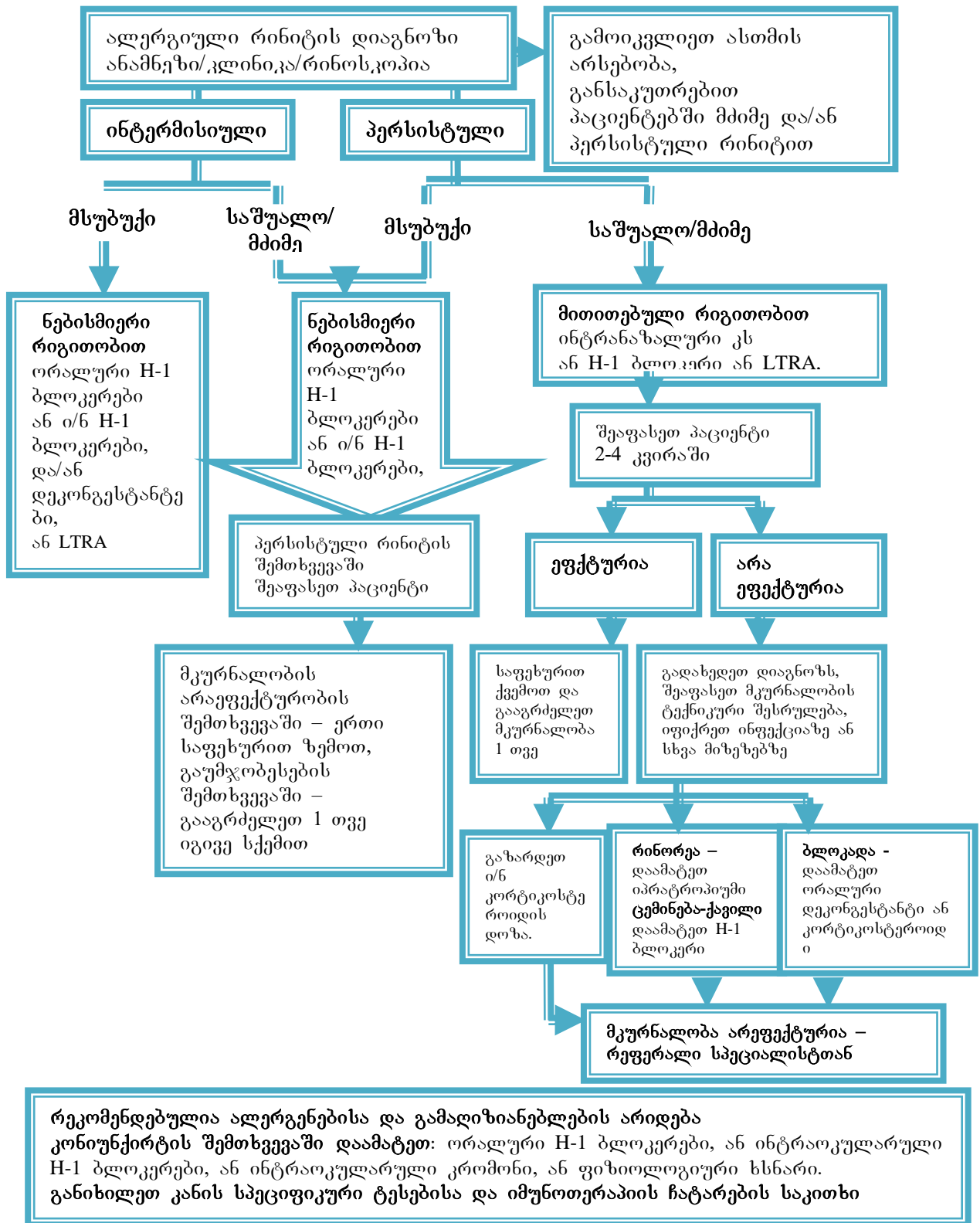
- მსუბუქი ინტერმისიული ალერგიული რინიტი: ორალური H-1 ანტიჰისტამინი, ან ინტრანაზალური H-1 ბლოკერი, ან დეკონგესტანტები ან LTRA;
- საშუალო/მძიმე ინტერმისიული ალერგიული რინიტი: ინტრანაზალური გლუკოკორტიკოსტეროიდი (ბეკლომეტაზონი 300-400მკგ. დღეში, ან სხვა კორტიკოსტეროიდი ექვივალენტური დოზით). საჭიროების შემთხვევაში 1 კვირიანი მკურნალობის შემდეგ უნდა დაემატოს ორალური H-1 ანტიჰისტამინი ან ორალური გლუკოკორტიკოსტეროიდი;

- მსუბუქი პესისტული ალერგიული რინიტი: ორალური H-1 ანტიჰისტამინი ან ინტრანაზალური გლუკოკორტიკოსტეროიდი დაბალი დოზით (ბეკლომეტაზონი 100-200მკგ. დღეში, ან სხვა კორტიკოსტეროიდი ექვივალენტური დოზით);
- საშუალო/ძვირე პესისტული ალერგიული რინიტი: ინტრანაზალური გლუკოკორტიკოსტეროიდის მაღალი დოზა (ბეკლომეტაზონი 300-400მკგ. დღეში, ან სხვა კორტიკოსტეროიდი ექვივალენტური დოზით), თუ სიმპტომები ძლიერია, მკურნალობის დასაწყისშივე უნდა დაინიშნოს ორალური H-1 ანტიჰისტამინი ან ორალური გლუკოკორტიკოსტეროიდის ხანმოკლე კურსი.

საფეხურებრივი მიდგომის გათვალისწინებით ალერგიული რინიტის მედიკამენტური მართვის ალგორითმი მოცემულია მე-6 სურათზე.

სურათი 6

ალერგიული რინიტის მედიკამენტური მართვის ალგორითმი.



მედიკამენტების ეფექტურობა ალერგიული რინიტის ცალკეულ სიმპტომებზე ნაჩვენებია მე-3 ცხრილში.

ცხრილი 3
მედიკამენტების ეფექტურობა ალერგიული რინიტის ცალკეულ სიმპტომებზე

	ცემი- ნება	რინო- რეა	ნაზალ- ური ობსტრ უქცია	ცხვი- რის ქავილი	თვალის სიმპტო- მები
ანტიჰისტამინი					
• ორალური	++	++	+	+++	++
• ნაზალური	++	++	+	++	
• თვალის წვეთები	0	0	0		+++
კორტიკოსტეროიდი					
• ნაზალური	+++	+++	+++	++	++
კრომონები					
• ნაზალური	+	+	+	+	
• თვალის წვ.	0	0	0	0	++
დეკონგესტანტები					
• ნაზალური	0	0	++++	0	0
• ორალური	0	0	+	0	0
ანტიქოლინერგული	0	++	0	0	0
ანტილეიკოტრენი	0	+	++	0	++

იმუნოთერაპია

სუბლინგვალური და კანკეჟმა იმუნოთერაპია ტარდება ალერგოლოგის მიერ სპეციალიზებულ ალერგოლოგიურ კლინიკაში. ჩატარების ჩვენებაა:

1. გამოვლენილია ალერგიული რინიტის გამომწვევი მხოლოდ 1 ან 2 ჯგუფის ალერგენები;
2. ფარმაკოთერაპია და ალერგენების ელიმინაცია არაეფექტურია;
3. აღინიშნება ბრონქული ასთმის განვითარების მაღალი რისკი.

ქირურგიული მკურნალობა

ალერგიული რინიტის დროს ქირურგიული მკურნალობა ნაჩვენებია კომორბიდული დაავადებების არსებობის შემთხვევაში, როგორცაა ცხვირის ობსტრუქცია ძვიდის მძიმე გამრუდების, წინა ნიჟარის

ჰიპერტროფიის, აღენოდების ჰიპერტროფიის ან რეფრაქტერული სინუსიტების დროს.

6. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

„აღერგიული რინიტის მართვა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში“

7. აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები

აღამიანური რესურსი: ოჯახის ექიმი, ზოგადი პრაქტიკის ექთანი.

მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი: რინოსკოპი, ცხვირის სარკეები, აღერგიული რინიტის სიმპტომებისა და ასთმის არსებობა/კონტროლის შესაფასებელი კითხვარები.