

Բժիշկների համար

ԱԼԵՐԳԻԿ ՌԻՆԻՏՈՎ  
ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ  
ՄԿՁԲՈՒՆՔՆԵՐԸ



ԵՐԵՎԱՆ

2020

Ալերգիկ ռինիտով պացիենտների վարման սկզբունքները. Կլինիկական խորհուրդներ բժիշկների համար // Երևան 2020թ. - 48 էջ:

Սույն փաստաթուղթը մշակվել է Հայաստանի ալերգոլոգ-իմունոլոգներից կազմված աշխատանքային խմբի կողմից: Փաստաթղթի հիմքն է հանդիսացել Օտոլարինգալոգիայի ամերիկյան ակադեմիայի՝ գլխի և պարանոցի վիրաբուժության հիմնադրամի (ՕԱԱ-ԳՊՎՀ) կողմից ներկայացված «Կլինիկական պրակտիկայի ուղեցույց՝ ալերգիկ ռինիտ»:  
Հաստատված է Առողջապահության նախարարի 2018 թվականի մարտի 5-ի 565 – Ա հրամանով:

Խորհուրդները չեն կարող փոխարինել բժշկի որոշումներ ընդունելու հմտությունները՝ տվյալ կլինիկական իրավիճակում գտնվող անհատ պացիենտի վարման դեպքում: Խորհուրդների մեծամասնությունը կիրառելի է ինչպես հիվանդանոցային, այնպես էլ ամբուլատոր պայմաններում բուժվող պացիենտների համար:

Խորհուրդները նախատեսված են առաջնային օղակի, ալերգոլոգների, ԼՕՌ բժիշկների և կլինիկական գործունեությամբ զբաղվող այլ մասնագետների, ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչների համար:

***Կլինիկական խորհուրդները նախապատրաստվել են տպագրության ՀՀ Կրթության և գիտության, սպորտի և մշակույթի նախարարության Գիտության կոմիտեի ֆինանսական աջակցությամբ:***

# ԱԼԵՐԳԻԿ ՌԻՆԻՏՈՎ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ՍԿԶՐՈՒՆՔՆԵՐԸ

## Ամփոփում

Ալերգիկ ռինիտը (ԱՌ) քթի խոռոչի հիվանդություն է, որը պայմանավորված է ալերգենի ազդեցությամբ լորձաթաղանթի IgE-միջնորդավորված բորբոքմամբ: Հիմնվելով վերջին տարիների միջազգային գրականության վրա, տրամադրվում է ԱՌ-ի պատճառների, կլինիկական դրսևորումների, ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ ամփոփ տեղեկատվություն, ինչպես նաև պացիենտների վարման հստակ խորհուրդներ, որոնք նպատակ ունեն բարելավել ԱՌ-ով պացիենտների վարման արդյունավետությունը:

Հիմնվելով ապացուցողական մեթոդաբանության վրա լուսաբանվել են ալերգիկ ռինիտի սահմանումը, դասակարգումը, համաճարակաբանության, պատճառագիտության, ռիսկի գործոնների, կլինիկական պատկերի, ախտորոշման, բուժման և կանխարգելման հիմնահարցերը: Ընդհանուր առմամբ ձևակերպվել է 14 խորոհուրդ, որոնցից 3-ը ախտորոշման, 11-ը՝ բուժման և կանխարգելման վերաբերյալ:

Միջազգային փորձագետների մեծաքանակ խումբ եկել է համաձայնության ալերգիկ ռինիտի վարման բազմաթիվ կարևոր սկզբունքների վերաբերյալ: Չնայած այն փաստին, որ շատ խորհուրդներ ունեն ապացուցելիության ցածր մակարդակ, այնուամենայնիվ, այս մեթոդաբանությամբ մշակված տեղեկատվությունը՝ ալերգիկ ռինիտով պացիենտների վարման բարելավման հիմքն է:

## ***Բանալի բառեր***

*Ալերգիկ ռինիտ, սեզոնային ալերգիկ ռինիտ, շուրջտարյա ալերգիկ ռինիտ, պոլիինոզ, խոտային տենդ, ռինոկոնյունկտիվիտ, ռինոսինուսիտ, ալերգաախտորոշում, մաշկային փորձեր, յուրահաստուկ IgE-ի որոշում, հակահիստամինային դեղամիջոցներ, տեղային ներքթային ստերոիդներ, ալերգենաբնորոշ իմունաթերապիա:*

## **Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ**

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է շահերի բախման բացակայության մասին: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ ԱՆ կողմից: Ֆինանսավորող կառույցը չի ունեցել և ոչ մի ազդեցություն դրա մշակման որևէ փուլի վրա:

## **Հապավումների ցանկ**

**ԱԱԻԱԱ** - Ալերգիայի, Սաթմայի և Իմունոլոգիայի Ամերիկյան Ակադեմիա (AAAAI – American Academy of Allergy, Asthma and Immunology)

**ԱԱԻԱՔ** - Ալերգիայի, Սաթմային և Իմունոլոգիայի Ամերիկյան Քոլեջ (ACAAI - American College of Allergy, Asthma and Immunology)

**ԱԲԻԹ** – ալերգենաբնորոշ իմունաթերապիա

**ԱԿ** – ալերգիկ կոնյունկտիվիտ

**ԱԿԻԵՎԱ** - Ալերգիայի և Կլինիկական Իմունոլոգիայի Եվրոպական Ակադեմիա (EAACI – European Academy of Allergy and Clinical Immunology)

**ԱՀԿ** - Ալերգիայի Համաշխարհային Կազմակերպություն (WAO – World Allergy Organization)

**ԱՇ**- անաֆիլաքտիկ շոկ

**ԱՌ** – ալերգիկ ռինիտ

**ԱՎՖ** – անգիոտենզին վերափոխող ֆերմենտ

**ԱտՄ** – ատոպիկ մաշկաբորբ

**ԲԱ** – բրոնխային աթմա

**ԼՏՀԱ** – լեյկոտրիենային ընկալիչների անտագոնիստներ

**ՄԱՕ** - մոնոամինաօքսիդազա

**ՄԱԱ** - Մանկաբուժության ամերիկյան ակադեմիայի (American Academy of Pediatrics, AAP)

**ՆՔՄ** – ներքթային ստերոիդներ

**ՆՔՀՀ** – ներքթային հակահիստամինայիններ

**ՇԱՌ** – շուրջտարյա ալերգիկ ռինիտ

**ՈՍՀԴ** – ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներ

**ՄԱՌ** – սեզոնային ալերգիկ ռինիտ

**ՕԱԱ-ԳՊՎՀ** - Օտոլարինգալոգիայի ամերիկյան ակադեմիայի՝ գլխի և պարանոցի վիրաբուժության հիմնադրամի (American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation, AAO-HNSF)

**ՕՀՀ** – օրալ հակահիստամինայիններ

## **Նախաբան**

**Ալերգիկ ռինիտը (ԱՌ)** ալերգենի ազդեցությամբ պայմանավորված քթի խոռոչի լորձաթաղանթի բորբոքային, IgE - միջնորդավորված հիվանդությունն է, որն արտահայտվում է փոշտոցներով, քթի փակվածությամբ, քթահոսությունով, քորով քթում: Հարուցող ազդակները հիմնականում շնչառական ալերգեններն են, ինչպես, օրինակ՝ ծաղկափոշային, փոշային, փոշու տզի, կենդանիների թեփի և մազերի և այլն, որոնք քթով ներշնչվելիս ազդում են քթի լորձաթաղանթի վրա՝ առաջացնելով IgE սենսիբիլիզացիա, այնուհետև հետագա ազդեցությամբ՝ ԱՌ-ի կլինիկական ախտանշաններ: ԱՌ-ը ամբողջ աշխարհում ազգաբնակչության շրջանում առավել տարածված քրոնիկ հիվանդություններից մեկն և գնալով ձեռք է բերում ավելի մեծ բժշկատոցիալական նշանակություն, վերջին տարիներին նկատվող տարածվածության աճի հետևանքով [1, 2]:

## **Մեթոդաբանություն**

Սույն փաստաթուղթը մշակվել է Հայաստանի ալերգոլոգ-իմունոլոգներից կազմված աշխատանքային խմբի կողմից Օտոլարինգալոգիայի ամերիկյան ակադեմիայի՝ գլխի և պարանոցի վիրաբուժության հիմնադրամի կողմից ներկայացված «Կլինիկական պրակտիկայի ուղեցույց՝ ալերգիկ ռինիտ» (Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis) փաստաթղթի հիման վրա: ՕԱԱ-ԳՊՎՀ-ի կլինիկական ուղեցույցը համահունչ է ալերգիկ ռինիտի վերաբերյալ այլ գործող ուղեցույցերին, այդ թվում Ալերգիայի համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ), Ալերգիայի, ասթմայի և իմունոլոգիայի ամերիկյան ակադեմիայի (ԱԱԻԱԱ) և Ալերգիայի, ասթմայի և իմունոլոգիայի ամերիկյան քոլեջի (ԱԱԻԱՔ) ուղեցույցերին [4-8]:

Սույն տեղայնացված փաստաթղթում օգտագործվել են ՕԱԱ-ԳՊՎՀ-ի կողմից ներկայացված «Կլինիկական պրակտիկայի ուղեցույց՝ ալերգիկ ռինիտ» փաստաթղթի հիմնական դրույթները և Ալերգիայի և կլինիկական իմունոլոգիայի եվրոպական ակադեմիայի (ԱԿԻԵՎԱ) «Ալերգիկ ռինիտի և քրոնիկ ռինոսինուսիտի գլոբալ ատլաս» (Global atlas of allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis) համակարգային ամփոփումների և մեթավերլուծությունների ժողովածուի առանցքային տվյալները ալերգիկ ռինիտի պատճառների, ռիսկի գործոնների, դասակարգման, կլինիկական դրսևորումների և ախտորոշման վերաբերյալ [4, 9]:

Գրականական աղբյուրները ընտրվել են բանալի բառերի օգնությամբ իրականացված համակարգային որոնման հիման վրա: Որոնումը

կատարվել է Cochrane library, PubMed և UpToDate էլեկտրոնային շտեմարաններում: Փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ուղեցույցերի ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն և ցանկացած խոհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների կարգավիճակ, անգլերեն լեզու: Տեղայնացման/ ադատպացման աշխատանքները իրականացվել են ըստ ADAPTE մեթոդաբանության՝ միջմասնագիտական աշխատանքային խմբի անդամների առերես հանդիպումների և հեռահար շփումների միջոցով: Ուղեցույցի դրույթների վերաբերյալ ապահովվել է աշխատանքային խմբի բոլոր անդամների կոնսենսուս:

ՕՍԱ-ԳՊՎՀ-ի ուղեցույցում կիրառվել է GLIA (Guideline Implementability Appraisal and Extractor) մոտեցումը, որն ապահովում է բոլոր հիմնական կառույցների ներգրավվածությունը, մանրակրկիտ որոնումը և համապատասխան գրականության ընդգրկումը, ինչպես նաև խորհուրդների ձևակերպման և ներկայացման համակարգված ձևաչափը [10]: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և խորհուրդների ուժը որոշելիս հիմք է ընդունվել Մանկաբուժության ամերիկյան ակադեմիայի (ՄԱԱ) դասակարգումը, որը համապատասխանեցվել է Օքսֆորդի ապացուցողական բժշկության կենտրոնի կողմից առաջարկված Խորհուրդների ապացուցելիության աստիճանների և խորհուրդների որակի մակարդակների դասակարգմանը: Համաձայն այս համակարգի տեղեկատվության որակը կարող է տատանվել շատ բարձր (A) մակարդակից մինչև շատ ցածր (D) մակարդակ: Որակի մակարդակը որոշվում է հիմքում ընկած հետազոտությունների բնույթով՝ ամենաբարձր մակարդակը շնորհվում է պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումներին, մինչդեռ, փարձագետների կարծիքը կամ այլ ոչ համակարգված տեղեկատվությունն ունի ամենացածր որակը: Բացի այդ սույն ուղեցույցում խորհուրդներին շնորհվել է ուժեղ խորհուրդ (A կամ B որակի), խորհուրդ (B կամ C որակի) և կարծիք (D որակի) կարգավիճակները [11, 12]: Ուղեցույցում կիրառված խորհուրդների ապացուցելիության դասակարգումը *տես՝ Հավելված 1-ում*:

## **Համաճարակաբանություն**

Ալերգիկ ռինիտի տարածվածությունը աշխարհում՝ 10-25% է, ԱՄՆ բնակչության շրջանում՝ 25-30%, ՌԴ-ում՝ 22-25%: Հիվանդությունը կարող է սկսվել յուրաքանչյուր տարիքում, բայց սովորաբար սկսվում է մանկական և պատանեկան տարիքում, միջինում՝ 8-11տ. շրջանում: Մինչև 20 տարեկանը սկսվում են հիվանդության դեպքերի 80%-ը [13-15]: Երեխաների շրջանում ասթմայի և ալերգիաների միջազգային հետազոտության (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood, ISAAC) տվյալների համաձայն, երեխաների շրջանում ԱՌ-ի տարածվածությունը Էսկանապես տարբերվում է կախված աշխարհագրական դիրքից, կազմելով 1.5% Իրանում և 39.7% Նիգերիայում, իսկ ԱՄՆ-ում վերջին տարիների ընթացքում աճել է 13%-ից 19% [16]:

ՀՀ-ում երեխաների շրջանում կատարված ISAAC հետազոտության ոչ պաշտոնական տվյալների համաձայն՝ ԱՌ-ի ախտանշանների տարածվածությունը կազմում է 6.2% ցածր տարիքային խմբում և 11.7%՝ պատանիների շրջանում, իսկ ախտորոշված ԱՌ-ի տարածվածությունը՝ 1% և 1.9%, համապատասխանաբար:

Սանկական տարիքում ավելի հաճախ հանդիպում է տղաների շրջանում: Չափափասների շրջանում սեռային տարբերություն չկա:

ԱՌ-ը համարվում է առողջապահական գլոբալ խնդիրներից մեկը՝ Էսկանապես ազդելով նաև պացիենտների կյանքի որակի վրա և դառնալով աշխատունակության անկման պատճառ [17-21]: Հանդիսանալով մանկական տարիքում հանդիպող ամենատարածված քրոնիկ հիվանդությունը, ասոցացվում է դասերից բացակայության, առաջադիմության անկման և դեռահասի հոգեբանական խնդիրների հետ [22, 23]:

## **Դասակարգում**

ԱՌ-ի ներկայիս դասակարգումը հիմնված է դրա տևողության, ծանրության և կյանքի որակի վրա ազդելու աստիճանի վրա [4, 5, 8, 9]:

Բացի այդ, որոշ երկրներում ընդունված է դասակարգել ըստ ԱՌ-ի երևույթների տարվա ընթացքում արտահայտման ժամանակահատվածի. աեզոնային (ՍԱՌ), շուրջտարյա (ՇԱՌ), որոնք տարբերվում են նաև բնորոշ պատճառային գործոններով (ներկայացված են ստորև) և Էպիգոդային, երբ ախտանշաններն առաջանում են ալերգենի հետ սպորադիկ շփումի պայմաններում, այսինքն երբ ալերգենը չկա պացիենտի ամենօրյա կենցաղում, սակայն նա սենսիբիլիզացված է դրա

հանդեպ (այցելություն ընտանի կենդանիների առկայությամբ բնակարաններ, էկզոտիկ բույսերի հետ շփում հանգստավայրում և այլն) [4, 9]:

Աղյուսակ 1.

**Ալերգիկ ռինիտի դասակարգումը**

<p><b>Շնչափնային (ինտերմիտոդ) ԱՌ</b> Ախտանշաններ շաբաթը 4 օրից կամ տարին 4 շաբաթից պակաս տևողությամբ</p>	<p><b>Անընդհատ (պերսիստոդ) ԱՌ</b> Ախտանշաններ շաբաթը 4 օրից, և տարին 4 շաբաթից ավել տևողությամբ</p>
<p><b>Թեթև ձև</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• նորմալ քնի առկայություն,</li> <li>• նորմալ կենցաղային, ամենօրյա գործունեության, սպորտի, հանգստի առկայություն</li> <li>• խիստ անհանգստություն պատճառող ախտանշանների բացակայություն</li> </ul>	<p><b>Միջին/ծանր ձև</b> Առկա են ստորև նշված ախտանշաններից մեկը կամ մի քանիսը.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• քնի խանգարում</li> <li>• կենցաղային, ամենօրյա ակտիվության, սպորտով զբաղվելու, հանգստի խանգարում</li> <li>• աշխատունակության անկում</li> <li>• խիստ անհանգստություն պատճառող ախտանշանի/ների առկայություն</li> </ul>

**Պատճառագիտություն**

ԱՌ-ի պատճառային գործոններն ալերգեններն են [4, 5, 9]:

**Սեզոնային ԱՌ-ը (ՄԱՌ)** պայմանավորված է երկու հիմնական ալերգեններով՝ բույսերի ծաղկափոշիների և բորբոսասնկերի սպորների: Կախված աշխարհագրական դիրքից բույսերի փոշոտման գրաֆիկը տարբեր է: Տարբերում ենք հետևյալ հիմնական խմբերը.

- **Գարնան ալերգենները** հիմնականում *ծառներն* են՝ կեչի<sup>1</sup>, լաստենի, տիլենի, հացենի, կաղնի, ուռի, բարդի, սոսի, ձիթենի:
- **Վաղ ամռան ալերգենները** (մայիսի վերջից մինչև հուլիսի կեսը) հիմնականում *հացաբույսերն* են՝ տիմոֆենկա, ոգնախոտ, վարսակ, ցորնուկ, ռայգրաս, դաշտավլուկ, աղվեսագի, տարեկան, եգիպտացորեն:

<sup>1</sup> Կեչին սակավ է աճում Հայաստանում, թեպետ այն ամենատարածված ծառատեսակն է Եվրոպայում:



- **Ուշ ամռան և աշնան ալերգենները** (հուլիսի կեսից մինչև սեպտեմբերի կեսը) մոլախոտերն են օշինդր, աբեղախոտ, ավելուկ, ամբրոսիա, խատուտիկ, արևածաղիկ:
- **Բորբոսասնկերի սպորները** (*Alternaria*, *Cladosporium*) հայտնվում են օդում վաղ գարնանից սկսած և առավելագույն քանակի են հասնում ամենաշոգ շրջանում, անհետանալով առաջին ցրտերից սկսած: Այս պատճառով էլ ախտանշանները սկսվում են վաղ գարնանից և տևում մինչև առաջին ցրտերը:

**Շուրջտարյա ԱՌ-ի (ՇԱՌ)** պատճառներն են տնական ալերգենները՝ կենցաղային փոշին, գրադարանի փոշին, տան փոշու տզերը (*Dermatophagoides pterissimus*, *D. microcerans*, *D. farinae*), ընտանի կենդանիների մաշկի, մորթու մասնիկները, տնային միջատների մարմնի մասնիկները, բորբոսասնկերի սպորները (*Aspergillus*, *Penicillium*):

Պետք է նշել, որ, երբեմն, բորբոսասնկերի սպորներով կամ փոշու տզերով պայմանավորված ՇԱՌ-ը ունենում է սրացումներ ամռան և աշնան ամիսներին, պայմանավորված դրանց ակտիվ կենսագործունեությամբ հենց այդ ամիսներին: Մակայն ի տարբերություն ՄԱՌ-ի, ախտանշաններն առկա են նաև այդ սեզոններից դուրս:

**Մասնագիտական ԱՌ-ը** պայմանավորված է աշխատավայրում հանդիպող ալերգեններով: Դրանցից են դեղորայքը, ֆերմենտները, լատեքսը, կենդանիների բմբուլները, մորթին (ներառյալ լաբորատոր կենդանիները), պլատինի աղերը, ռետինը, սոսինձը, փայտի փոշին, իզոցիանատները, այլուրը, հատիկեղենը: Ախտանշաններն առաջանում են աշխատավայրում, պակասելով դրանից դուրս: Առաջին նշանները կարող են առաջանալ այդ ալերգենի հետ շփման սկզբից հետո տարիներ անց:

## **Ռիսկի գործոններ**

ԱՌ-ի զարգացմանը նպաստում են մի շարք ռիսկի գործոններ [9, 23, 24].

*Ժառանգական և ընտանեկան նախատրամադրվածություն:* Ինչպես և բոլոր ստոպիկ հիվանդությունները, ԱՌ-ի զարգացման համար նույնպես մեծ նշանակություն ունի ընտանիքում ալերգիկ հիվանդությունների առկայությունը:

*Մնուցումը, հատկապես վաղ մանկական հասակում:* Կրծքով սնուցման տևողությունը, հավելակերերի ներմուծման ժամկետները, վիտամին D-ի անբավարարությունը նույնպես դեր են խաղում ստոպիկ հիվանդությունների, այդ թվում նաև ալերգիկ ռինիտի զարգացման հարցում:

*Շրջակա միջավայրի գործոններ:* Կարևոր է այդ գործոնների էքսպոզիցիայի տևողությունը և մակարդակը.

- Տնային/կենցաղային գործոններ, որոնցից առավել մեծ նշանակություն ունեն տան փոշու, փոշու տզի, տնային կենդանիների, խավարասերների, բորբոսի, բույսերի առկայությունը և այլն: Վերը նշված գործոններից մի քանիսի ազդեցությունը միանշանակ չէ. այսպես, պարզվել է, որ ընտանի կենդանիներ (շուն, կատու) արդեն ունեցող ընտանիքներում ծնված երեխաներն ավելի քիչ են հիվանդանում ԱՌ-ով տվյալ ավերգենների ազդեցությամբ՝ ի համեմատ այն երեխաների, որոնք ծնվելուց հետո են առնչվել այդ գործոններին: Համամասն կանխարգելիչ նշանակություն է տրվում նաև գյուղական վայրերում ծնված երեխաների գյուղատնտեսական կենդանիների հետ ի ծնե շփմանը:
- Աշխատավայրի գործոններ, որոնք նպաստում են մասնագիտական ԱՌ-ի առաջացմանը:
- Օդը աղտոտող գործոններ, որոնք ոչ միայն նպաստում են ԱՌ-ի առաջացմանը, այլև ծանրացնում դրա ընթացքը: Դրանք են. ծծմբի օքսիդը (SO<sub>2</sub>), շնոլ գազը (CO), ազոտի դիօքսիդը (NO<sub>2</sub>), և մեքենաների վառելանյութի մասնիկները: Շինությունների ներսում օդի աղտոտման հիմնական գործոնն է ծխախոտի ծուխը: Սա առանցքային խնդիր է, քանզի ուրբանիզացիայի ներկայիս մակարդակի պայմաններում քաղաքային օդի աղտոտման աստիճանը խիստ բարձր է, նաև մարդիկ իրենց ժամանակի 80%-ից ավելին անցկացնում են փակ շինությունների ներսում:

*Քթի միկրոֆլորայի խանգարումներ:* Վերջին տարիների ուսումնասիրություններով պարզվել է, որ քթի հյուսվածքները, միկրոֆլորան և բորբոքումը փոխկապակցված են, սակայն այդ կապը դեռևս հստակեցման կարիք ունի:

*Շնչուղիների վիրուսային վարակներ և մրսածություն:* Վերին շնչուղիների վարակները վաղ մանկական հասակում կարող են նույնիսկ կանխարգելիչ նշանակություն ունենալ ընդհանուր բնակչության շրջանում ԱՌ-ով հիվանդացության առումով: Այնուամենայնիվ, ատոպիկ ընտանիքներում ծնված երեխաների դեպքում այդ վարակները ընդհակառակը նպաստում են ԱՌ-ի զարգացմանը: Ատոպիկ ֆենոտիպով երեխաների օրգանիզմում իջած է վիրուսով դրդված α-ինտերֆերոնի քանակը, որն էլ նախատրամադրում է հաճախակի վիրուսային վարակներով հիվանդացող երեխաներին ԱՌ-ի զարգացմանը:

***Կապը այլ հիվանդությունների հետ***

ԱՌ-ը հանդիսանում է ռիսկի գործոն բրոնխային ասթմայի (ԲԱ) զարգացման համար, ընդ որում ԲԱ-ի զարգացման հավանականությունը կախված է ԱՌ-ի տևողությունից [25, 26]: ԱՄՆ-ում ասթմայով հիվանդ երեխաների 80%-ն ունեն գուգակցված ԱՌ, իսկ ԱՌ-ով հիվանդ երեխաների 38%-ը՝ բրոնխային ասթմա [27-30]: Հատկապես սննդային ալերգիայով պայմանավորված ատոպիկ մաշկաբորբի (ԱտՄ) առկայությունը վաղ մանկական հասակում նախատրամադրում է հետագա ԱՌ-ի, այնուհետև ԲԱ-ի զարգացման համար և այդ վիճակը կոչվում է ատոպիկ քայլերք [31, 32]: Հետազոտությունով պարզվել է, որ ԱտՄ-ով երեխաների 57.6%-ը հետագայում ունենում են ԱՌ, իսկ 34.1%-ը ԲԱ, և դրանց զարգացումը կախված է ԱտՄ-ի ծանրության աստիճանից [33]: Ալերգիկ հիվանդությունները հաճախ գուգակցված են լինում, ուստի ԱՌ-ի վարման ընթացքում կարիք է լինում բուժել նաև ուղեկցող ալերգիկ հիվանդությունները (ԲԱ, ԱտՄ):

ԱՌ-ին հաճախ ուղեկցում են ԱԿ-ը, սինուսիտը, ադենոիդիտը, միջին ականջի օտիտը/եվստախիիտը, որոնց առաջացմանը նպաստում է քթի փակվածությունը և վատ դրենավորումը [34-37]: ԱՌ-ը նաև կարող է քնի ժամանակ շնչառական խանգարումների պատճառ հանդիսանալ քթային շնչառության խանգարման կամ բացակայության հետևանքով [38-42]:

### **Ախտաճանություն**

ԱՌ-ի դեպքում դիտվում է քթի խոռոչի լորձաթաղանթի IgE միջնորդավորված բորբոքում, հաճախ, ըմպանի, հարքթային խոռոչների, եվստախյան փողերի, միջին ականջի, քթաարցունքային խողովակի և շաղկապենու ընդգրկմամբ [2, 9]:

Երբ էկզոգեն պրոտեինը, որի հանդեպ առկա է սենսիբիլիզացիա, հայտնվում է լորձաթաղանթի վրա, այն կապվում է պարարտ բջիջների մակերեսներին տեղակայված յուրահատուկ IgE-ին՝ հանգեցնելով դրանց ակտիվացիայի և դեգրանուլյացիայի, ինչպես անհապաղ, այնպես էլ ուշ ազդող ակտիվ նյութերի ձերբազատմամբ:

- Անհապաղ պատասխանի նյութերն են՝ հիստամինը, տրիպտազը, քիմազը, հեպարինը, որոնք առաջացնելով տեղային հիպերեմիա, անոթների թափանցելության բարձրացում, նյարդային վերջավորությունների գրգռում, պայմանավորում են ԱՌ-ի անհապաղ առաջացող ախտանշանները. քթահոսությունը, փռշտոցը, քթի փակվածությունը, քորը և ճնշման զգացումը քթի խոռոչում:
- Ուշ փուլի նյութերն են՝ ցիտոկինները, որոնք համալիր փոխազդեցությունների արդյունքում նպաստում են այլ բջիջների՝

նեյտրոֆիլների, էոզինոֆիլների, լիմֆոցիտների, մակրոֆագերի քեմոտաքսիսին դեպի բորբոքման օջախ մոտ 4-8 ժամվա ընթացքում՝ ձևավորելով ուշ պատասխանը, որին բնորոշ է ավելի քիչ քորի զգացում և ավելի շատ փակվածության, լորձային արտադրության առկայություն: Այս փուլը կարող է տևել ժամերից մինչև օրեր:

### **Կլինիկա**

Սրացումը հաճախ սկսվում է պատճառական բույսի ծաղկման շրջանում, բնության գրկում ծաղկափոշու հետ շփումից, բնակարանը մաքրելիս, ընտանի կենդանու հետ անմիջական շփումից և այլն: ՄԱՌ-ի դեպքում ախտանշանները թեթևանում են սեզոնի ավարտին մոտ, անձրևային եղանակին, երբ օդը մաքրվում է:

*Հիմնական ախտանշաններն են [3, 5, 9, 23].*

- նոպայաձև փոշոտոցը,
- քթահոսությունը,
- քթի փակվածությունը,
- քորը քթի մեջ,
- նոպայաձև շնչառությունը,
- համի, հոտի զգացողության թուլացումը կամ կորուստը, լսողության թուլացումը:

*Տիզիկալ ախտաբանական նշաններն են [3, 5, 9, 23].*

- կիսաբաց բերանը (ադենոիդային դեմք),
- մուգ շրջաններն աչքերի շուրջ,
- Դենիի ծալքերը (մաշկային ծալքերն աչքերի տակ), ալերգիկ հրավառությունը/սալյուտը (քթի մեջքի մաշկային ծալքը), վերին շրթունքի մաշկի, քթի թևերը գրգռվածությունը, կարմրությունը և մացերացիան՝ քիթն ափով սրբելու պատճառով, պրոֆուզ քթահոսության արդյունքում:
- աչքերի քորը, օտար մարմնի զգացումը, կարմրությունը, արցունքառատությունը, կոնյունկտիվայի խեմոզը՝ նագոլակրիմալ ռեֆլեքսի կամ զուգակցված ալերգիկ կոնյունկտիվիտի (ԱԿ) արդյունքում:
- դիմային գանգի փոփոխությունները (հազվադեպ):

Ըստ ախտանշանների արտահայտվածության գերակշռման տարբերում ենք երկու կլինիկական ձև՝ քթահոսություն և քթի փակվածություն, որոնց տարբերակիչ հատկանիշները ներկայացված են ստորև:

**Ալերգիկ ռինիտի կլինիկական ձևերը՝ ըստ ախտանշանների գերակշռման**

<b>Ախտանշաններ</b>	<b>Քթահոսություն</b>	<b>Քթի փակվածություն</b>
<b>Փռշտոց</b>	պարոքսիզմալ	աննշան կամ չկա
<b>Քթահոսություն</b>	շճային արտադրություն առաջային և հետին հատվածներից	թանձր լորձային արտադրություն, ավելի հաճախ, հետին մասից
<b>Քոր քթի մեջ</b>	առկա է	բացակայում է
<b>Քթի փակվածություն</b>	անկայուն	հաճախ խիստ արտահայտված (քթի խեցիների այտուց)
<b>Օրական ռիթմ</b>	վատթարացում ցերեկը	վատթարացում գիշերը
<b>Ակնային ախտանիշներ</b>	առկա են	բացակայում են

Քթի խոռոչների արտահայտված օբստրուկցիայի դեպքում խանգարվում է հարքթային խոռոչների աերացիան և դրենավորումը, իսկ եվատախյան փողի անցանելիության խանգարման դեպքում՝ միջին ականջի աերացիան: Արդյունքում, մեկուսացած խոռոչում օդի աբսորբցիան հանգեցնում է բացասական ճնշման և հետևաբար ականջների, դիմային շրջաններում այսպես կոչված վակուումային գլխացավերի առաջացմանը:

*Փրայմինգ էֆֆեկտ:* Անհապաղ տիպի ռեակցիայի առաջացումն է հարուցող ալերգենի ավելի քիչ քանակից, դրա հետ տևական շփման պայմաններում, երբ բորբոքային բջիջները կուտակվում են լորձաթաղանթում, որի արդյունքում ռեակցիան կարող է առաջացանալ ալերգենի ավելի ու ավելի քիչ քանակից: Դրանով է բացատրվում այն փաստը, որ որոշ ՄԱՌ-ով պացիենտների ախտանշանները շարունակվում են ծաղկման շրջանի ավարտից հետո դեռ 2-3 շաբաթվա ընթացքում՝ մարելով աստիճանաբար [9]:

**Ախտորոշում**

*Դրույթ 1. Ալերգաբանական անամնեզ և զննում*

Պետք է ախտորոշել ԱՌ, եթե պացիենտը նշում է որևէ պատճառային ալերգեն և ունի հետևյալ նշաններից մեկը կամ ավելին. Քթի փակվածություն, քթահոսություն, քոր քթի մեջ կամ փռշտոցներ: ԱՌ-ի

եզրակացությունը ալերգիկ որևէ պատճառի առկայությամբ ներառում է, սակայն՝ չի սահմանափակվում միայն որոշակի ախտանշաններով, օրինակ՝ քթի փակվածություն, հասարակ ռինոռեա, քթի լորձաթաղանթի գունատություն և աչքերի կարմրություն և արցունքահոսություն (*ուժը՝ խորհուրդ, ապացույցի որակը՝ C, ապացույցի հավաստիությունը՝ բարձր*):

Ախտորոշման հարցում կարևոր է ճիշտ հարցադրումներով պարզել ախտանշանների կապը որևէ հստակ ալերգենի հետ, դրանց առաջացման սկզբը, ավարտը, կապը տարվա եղանակի, ապրելավայրը փոխելու, աշխատավայրը փոխելու, ընտանի կենդանի, բույս ձեռք բերելու հետ [9, 22-24, 31]: Հարցերը նաև պետք է ուղղված լինեն բացահայտելու ընտանեկան ալերգիկ անամները և երևույթների արտահայտվածության աստիճանը, ընթացիկ օգտագործվող դեղամիջոցները [23, 31]:

Ստորև բերված հարցաշարը ներառում է ախտանշանների ախտորոշիչ արժեք ունեցող ասպեկտները, թույլ տալով կողմնորոշվել, արդյո՞ք կարիք կա հետազոտել ԱՌ-ի վերաբերյալ:

Աղյուսակ 3.

**Ալերգիկ ռինիտի ախտանշանների հայտնաբերման հարցաշար**

Հարցաշար	այո	ոչ
1. Արդյո՞ք ունեք նշված ախտանշաններից որևէ մեկը.		
• ախտանշաններ քթի միայն մի կեսում		
• թանձր, կանաչ կամ դեղին արտադրություն քթից		
• քթից հետին հոսք դեպի ըմպան, գուգակցված թանձր լորձի և/կամ քթահոսության հետ		
• դեմքի շրջանում ցավ		
• կրկնվող քթային արնահոսություն		
• հոտի զգայության կորուստ		
2. Արդյո՞ք ունեք նշված ախտանշաններից որևէ մեկը նվազագույնը 1 ժամ տևողությամբ, այդ սեզոնին օրերի մեծամասնության ընթացքում (եթե սեզոնային է)		
• ջրանման քթահոսություն		
• փռշտոց, հատկապես նոպայաձև		
• քթի փակվածություն		
• քթի ներսում քոր		
• ակնային ախտանիշներ (այրոց, քոր, արցունքահոսություն, կարմրություն)		

Առաջին կետի նշանների առկայությունը բնորոշ չէ ԱՌ-ին և պետք է մտածել այլ ախտորոշումների մասին: Թարախային արտադրությունը, հետին հոսքը, դեմքի շրջանում ցավը և հոտի զգայության կորուստը սինուսիտի բնորոշ նշաններ են, ինչը չի բացառում նաև ԱՌ-ի առկայությունը: Ջրանման քթահոսությունը գուգակցված երկրորդ կետի

նշաններից որևէ մեկի հետ բնորոշ է ԱՌ-ին և ցուցում է հետազոտումը շարունակելու համար: 2 կետերի առկայությունը և ջրանման քթահոսության բացակայությունը ավելի քիչ է բնորոշ ԱՌ-ին և պետք է հաշվի առնել այլ ախտորոշումները: Բացի այդ, մեծահասակների ուշ սկզբով ռինիտի դեպքում պետք է մտածել մասնագիտական ռինիտի մասին [31, 43]:

Հարցաշարում նշված ախտանշանների առկայությունը պետք է գնահատել նաև օբյեկտիվորեն: Կան որոշակի ախտանշաններ, որոնք խոսում են ռինիտի քրոնիկական ընթացքի մասին. քթի և շրջակա մաշկի կարմրություն (ալերգիկ հրավառություն), քթի մեջքի մաշկի հորիզոնական ծալքի գոյացում, մշտական բերանային շնչառության պատճառով՝ ադենոիդային դեմք և այլն [23]:

## ***Դրույթ 2. Ալերգաբանական թեստեր***

Պետք է կատարել և մեկնաբանել կամ ուղեգրել այն մասնագետի մոտ, որը կարող է կատարել և մեկնաբանել այն ԱՌ-ի կլինիկական ախտորոշումով պացիենտների IgE սենսիբիլիզացիայի հայտնաբերման հետազոտությունները (մաշկային փորձերով կամ արյան շիճուկի մեջ), որոնք չեն արձագանքում էմպիրիկ բուժմանը, կամ նրանց ախտորոշումը անորոշ է, կամ հարկավոր է հստակ պարզել պատճառային ալերգենը թիրախային թերապիա կատարելու համար (*ուժը՝ խորհուրդ, ապացույցի որակը՝ B, ապացույցի հավաստիությունը՝ բարձր*):

Այս դրույթի նպատակն է օգնել բժիշկներին կողմնորոշվել, թե երբ է հարկավոր նշանակել յուրահատուկ ալերգաախտորոշման թեստերը և դրանցից որն է ավելի նպատակահարմար:

***Մաշկային փորձեր (ՄՓ):*** Մաշկային փորձերը ամբողջ աշխարհում, այդ թվում նաև Հայաստանում լայնորեն կիրառվում են ԱՌ-ի IgE-միջնորդավորված անհապաղ գերզգայունության մեխանիզմի հաստատման համար՝ թույլ տալով հայտնաբերել յուրահատուկ ալերգենը (թեստի զգայունությունը և յուրահատկությունը հասնում են 80%-ի) [44-48]: ՄՓ-ի համար օգտագործվում են ստանդարտ սերիական ալերգեններ, որոնցում ալերգենը գտնվում է 10000 PNU (protein nitrogen unit՝ սպիտակուցային ազոտի միավոր) 1 մլ ջրային լուծույթում նոսրացման վիճակում: Միաժամանակ դրվում են նաև դրական և բացասական վերահսկիչ թեստերը: ՄՓ-ի եղանակներից ներկայումս առավել հաճախ կիրառվում է ծակոց/փրիկ թեստը, որոշ դեպքերում (եթե փրիկ-թեստի արդյունքները կասկածելի են)՝ ներմաշկային եղանակը: Արդյունքները

զնահատվում են 15-20ր անց՝ ըստ ավերզենի հետ մաշկի IgE-երի կապման ռեակցիայից առաջացած բշտի չափսերի:

ՄՓ-ի անցկացման հակացուցումներ են.

- հիմնական հիվանդության սրացումը,
- սուր ինտերկուրենտ ինֆեկցիոն հիվանդությունները,
- տուբերկուլյոզ, ռևմատիկ տենդ սուր շրջանում,
- նյարդային, հոգեկան հիվանդություններ,
- հղիություն, լակտացիա:

ՄՓ-ի կեղծ բացասական արդյունքներից խուսափելու համար պետք է նախապես (3-7օր առաջ) ընդհատել կամ դադարեցնել որոշ դեղամիջոցների ընդունումը, օրինակ՝ հակահիստամինայինների, կամ հակադեպրեսանտների: ՄՓ-ը հազվադեպ առաջացնում են կողմնակի համակարգային ավերգիկ ռեակցիաներ, այդ իսկ պատճառով դրանք պետք է կատարվեն միայն համապատասխան որակավորում ունեցող մասնագետների կողմից և անհետաձգելի օգնության միջոցներով զինված բուժհաստատություններում:

**Յուրահասունիկ IgE-ի** որոշում արյան շիճուկում In vitro թեստերով (sIgE): Աշխարհում լայնորեն տարածված ImmunoCap Phadia թեստը համարվում է ոսկե ստանդարտ յուրահատուկ IgE-ի հայտնաբերման համար [49, 50]: Այս եղանակը հասանելի է նաև Հայաստանում: sIgE-ի որոշումն ունի մի շարք առավելություններ ՄՓ-ի համեմատ. չի առաջացնում կոմնակի ռեակցիաներ, կարող է կատարվել դեղերի ընդունման ընթացքում, պետք չէ հաշվի առնել ուղեկցող հիվանդությունները, և հիմնական հիվանդության սրացումը և այլ [44]:

Հարկ է նշել, որ թեպետ ՄՓ-ը և sIgE-ի որոշումն ունեն գրեթե հավասար ախտորոշիչ նշանակություն, այնուամենայնիվ ՄՓ-ն ավելի զգայուն թեստ է [50]: Բացի այդ ՄՓ-ի առավելություններից են դրա արդյունքների արագ ստացումը և այն, որ պացիենտներն իրենք կարող են տեսնել ինչպիսի ռեակցիա է առաջացնում այս կամ այն ավերզենը: Եվ, վերջապես ՄՓ-ը շատ ավելի մատչելի են, քան In vitro թեստերը: Այսպիսով, համադրելով այս եղանակների առավելությունները և թերությունները, ինչպես նաև հաշվի առնելով դրանց հասանելիությունը և մատչելիությունը, մասնագետը պետք է որոշի, թե դրանցից որն է նպատակահարմար: Կարևոր է շեշտել, որ այս եղանակներից յուրաքանչյուրի արդյունքները պետք է վերծանվեն ԱՌ-ի կլինիկական պատկերի առկայության համատեքստում, այսինքն ախտանշանների բացակայության դեպքում թեստերի դրական արդյունքները չեն նշանակում, որ պացիենտն ունի ավերգիա տվյալ ավերզենի նկատմամբ:



*Ներքթային հրահրման փորձը* կարելի է կատարել հատկապես մասնագիտական ռինիտի կասկածի դեպքում պատճառային ալերգենը հայտնաբերելու նպատակով [51]:

***Այլ լաբորատոր հետազոտություններ***

- *Հնդհանուր IgE-ի* որոշման կլինիկական նշանակությունը մեծ չէ, քանի որ այն ունի ցածր յուրահատկություն ալերգիկ հիվանդությունների համար [44]:
- *Քթի արտադրության քսուկի ցիտոլոգիական հետազոտություն*, որի արդյունքում սրացման շրջանում հայտնաբերվում է եոզինոֆիլների քանակի բարձրացում: Մակայն դրա յուրահատկությունը ևս ցածր է, քանի որ քթի արտադրության քսուկում եոզինոֆիլիա հայտնաբերվում է նաև մի շարք այլ հիվանդությունների դեպքում (ոչ ալերգիկ եոզինոֆիլային ռինիտ, բրոնխային ասթմա) [52]:
- *Արյան ընդհանուր հետազոտություն*, որը յուրահատուկ չէ և թույլ է տալիս հայտնաբերելու միայն եոզինոֆիլների, բազոֆիլների քանակը:
- *Քթի արտադրության ցանքս և բակտերիոլոգիական հետազոտություն*, որը կարելի է կիրառել միայն ոչ ալերգիկ ռինիտի հետ տարբերակելու կամ երկրորդային վարակի հայտնաբերման համար:

***Դրույթ 3. Ճառագայթային հետազոտություններ***

**Պետք չէ նշանակել քթային խորշերի պարտադիր ճառագայթային հետազոտություններ (Ռենտգեն կամ համակարգչային տոմոգրաֆիա), ԱՌ-ի ախտանշանների առկայության դեպքում (ուժը՝ խորհուրդ (հակադիր), ապացույցի որակը՝ C, ապացույցի հավաստիությունը՝ բարձր):**

Այն պացիենտներին, որոնց կլինիկական չափորոշիչները և ալերգաախտորոշման արդյունքները թույլ են տալիս ախտորոշել ԱՌ, կարիք չկա ուղեգրել պարտադիր ճառագայթային հետազոտություններ անցնելու համար: Այդ մտտեցման հիմնավորումները հետևյալն են. ֆինանսական բեռը (ավելորդ ծախսեր) և կողմնակի ազդեցությունները: Կարևոր է հիշել, որ ԱՌ-ով պացիենտները մտնում են անաֆիլաքսիայի ռիսկի խմբի մեջ, իսկ յոդի պարունակությամբ ռենտգեն կոնտրաստային նյութերը կարող են հրահրել անաֆիլաքսիկ ռեակցիաների առաջացումը: Բացի այդ ավելորդ ճառագայթումը կարող է հանգեցնել հետագայում քաղցկեղի առաջացմանը: Այնուամենայնիվ, քթի և հարակից խոռոչների Ռենտգեն հետազոտությունը և/կամ համակարգչային տոմոգրաֆիան կամ մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիան պետք է կատարել որոշ դեպքերում, մասնավորապես դրանք օգնում են հայտնաբերել ԱՌ-ի բարդացած տարբերակները, օրինակ՝ ռինոսինուսիտը, քթային պոլիպոզը,

կամ տարբերակել ԱՌ-ը այլ հիվանդություններից, օրինակ՝ նորագոյացություններից [53-57]:

***Այլ գործիքային հետազոտություններ.***

- *Առաջային ռինոսկոպիա:* Բնորոշ է լորձաթաղանթի գունատությունը, բծավորությունը (Վոյաչեկի նշան), հնարավոր պոլիպների առկայությունը, թափանցիկ կամ սպիտակավուն արտադրությունը քիթըմպանի հետին պատին:
- *Առաջային ռինոմանոմետրիա:* Քթային դժվարաշնչության խանգարման աստիճանը գնահատելու նպատակով չափվում է միավոր ժամանակահատվածում քթային անցուղիներով անցնող օդի ծավալը: Քթային անցուղիներով մեկ վայրկյանում անցնող օդի ծավալը նորմայում պետք է կազմի 500-800 սմ<sup>3</sup> և ըստ այդ ցուցանիշի տարբերում են՝ նորմալ շնչառություն, 0 աստիճան՝ >500 սմ<sup>3</sup>, թեթև (1)՝ 300-500 սմ<sup>3</sup>, միջին (2)՝ 180-300 սմ<sup>3</sup>, ծանր (3)՝ 60-180 սմ<sup>3</sup>, շատ ծանր (4) աստիճանի դժվարաշնչություն՝ <60 սմ<sup>3</sup>:

**Տարբերակիչ ախտորոշում**

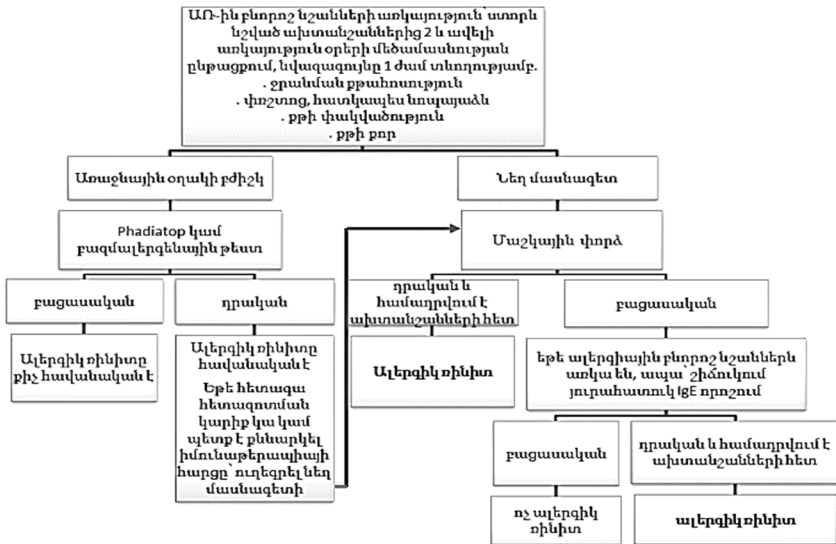
ԱՌ-ի ախտորոշման գործընթացում հարկ է լինում տարբերակել այն հետևյալ հիվանդություններից [49].

- *Սուր ինֆեկցիոն ռինիտ:* Սովորաբար վիրուսային են, հազվադեպ՝ բակտերիալ, սնկային: Քթային ախտանշանները տևում են 2-3 օր, մարում 5-7 օրում:
- *Վերին շնչուղիների սուր վիրուսային ինֆեկցիա,* որը հաճախ նպաստում է երկարատև ընթացքով (5-7 օրից ավելի) և հակաբիոտիկների նշանակման անհրաժեշտությամբ բակտերիալ ռինոսինուսիտի զարգացմանը: Այս դեպքում քթի արտադրությունում գերակշռում են նեյտրոֆիլները:
- *Դեղորայքային ռինիտ,* որի դեպքում լինում են քթի փակվածություն և քթահոսություն [43].
  - Ասպիրինի, ՈՄՀԴ-ների գերդոզավորման արդյունքում:
  - Ներքթային դեկոնջեստանտների (էֆեդրին, ֆենիլէֆրին, օքսիմետազոլին, քսիլոմետազոլին) երկարատև կիրառման արդյունքում, ռիկոշետի ֆենոմենի տեսքով: Այս դեպքում պացիենտը նշում է դրանց 5-7 օրից ավելի կիրառման և, ազդեցության նվազման պատճառով չափաբաժնի պարտադրված բարձրացման մասին: Քթի լորձաթաղանթը վառ կարմիր է:
  - Որպես կողմնակի ազդեցություն պրոպրանոլոլի, ԱՎՖ ինհիբիտորների, մեթիլդոպայի, ռեզերպինի, կլոնիդինի,

հիդրալազինի, որոշ հոգեմետ, օրալ հակաբեդմնավորիչների օգտագործման արդյունքում,

○ Ներքթային կոկայինի կիրառումից:

- *Լիկվորեա*, որը մաղոսկրի կոտրվածքի արդյունքում լիկվորի արտահոսքն է քթով: Սովորաբար դիտվում է միակողմանի ջրանման կամ ջրաարյունային արտադրություն, որը գլյուկոզայի առկայությամբ կարելի է արագ տարբերակել քթային արտադրությունից:
- *Ոչ ալերգիկ եոզինոֆիլային ռինիտ* (Non allergic rhinitis eosinophilic syndrome, NARES): Առկա են կառուցվածքային փոփոխություններ՝ միջնապատի թեքում, բուլյոզ խեցիներ, երեխաների շրջանում՝ ադենոիդներ [52]:
- *Սյլ վիճակներ*. մուկովիսցիդոզ, ասրոֆիկ ռինիտ, հիպոթիրեոզ, գրանուլեմատոզ հիվանդություններ (սիֆիլիս, Վեգեների գրանուլեմատոզ, սարկոիդոզ):



**Պատկեր 1. Ալերգիկ ռինիտի ախտորոշման ընթացակարգ:**

**Բուժում**

**Դրույթ 4. Շրջակա միջավայրի գործոններ**

Կարելի է խորհուրդ տալ խուսափել հայտնի պատճառային ալերգեններից կամ վերահսկել շրջակա միջավայրի ազդեցությունը (օրինակ՝ հեռացնել տնային կենդանիներին, տեղադրել օդափոխիչներ, վերացնել ծածկոցները, օգտագործել ակարիցիդ նյութեր և այլն) այն պացիենտներին, որոնց ԱՌ-ի պատճառային ալերգենը հայտնի է և այն

**համապատասխանում է առկա կլինիկական նշաններին (ուժը՝ կարծիք, սպացույցի որակը՝ B, սպացույցի հավաստիությունը՝ միջին):**

Շրջակա միջավայրի գործոնների վերահսկողությունը ներառում է որոշ միջոցառումներ, որոնք նվազեցնում կամ բացառում են ալերգենները և կամ հրահրիչ գործոնները ԱՌ-ով պացիենտի շրջապատից: Արդյունքում դա նպաստում է նրա առողջական վիճակի և կյանքի որակի բարելավմանը:

Որպես շրջակա միջավայրի վերահսկողություն, ԱՌ-ի դեպքում քննարկվում է նաև կյանքի առաջին 3-6 ամիսների ընթացքում բացառապես կրծքի կաթով սնուցման կանխարգելիչ ազդեցությունը: Մի շարք հետազոտությունների մեթավերլուծությունը չի հայտնաբերել էական կապակցվածություն մանուկների կրծքի կաթով սնուցման և հետագայում մանկական տարիքում ԱՌ չհիվանդանալու միջև [58-60]: Թեպետ կրծքի կաթով սնուցման տևողության կանխարգելիչ նշանակությունը ԱՌ-ի զարգացման առումով լիովին պարզ չէ, այնուամենայնիվ դա համարվում է ատուպիկ հիվանդությունների առաջնային կանխարգելման միջոց:

Մյուս կանխարգելիչ միջոցառումները ուղղված են հիմնականում ախտանիշների առաջացման կանխարգելմանը: Ալերգենի հետ շփման նվազեցումը, իսկ հնարավորության դեպքում՝ լրիվ բացառումը, առանցքային են ԱՌ-ի ծանրության նվազեցման հարցում: Երբեմն, ինչպես օրինակ ալերգոլոգների դեպքում, անհնար է լիովին խուսափել ալերգենից, սակայն, վարքային որոշ օրինաչափությունների հետևելով՝ հնարավոր է նկատելիորեն նվազեցնել ախտանշանների արտահայտվածությունը [61]: Դրանք են.

- Չոր, տաք եղանակին փողոցում գտնվելու ժամանակը բերել նվազագույնի, հատկապես ցերեկային ժամերին [62]:
- Խաչաձև ազդման հնարավորությամբ սննդամթերքի, կոսմետիկ միջոցների, դեղորայքի բացառում:
- Խուսափել այգեգործությունից, տնային բույսերից, կենդանիներից, արշավներից:
- Հնարավորության դեպքում ալերգենի էքսպոզիցիայի սեզոնին տեղափոխվել ալերգենից զերծ աշխարհագրական գոտի:
- Բնակարանում տեղադրել օդի մաքրման հակաալերգիկ հատուկ ֆիլտրեր:
- Տան փոշու տգերի դեմ պայքարի համար խորհուրդ է տրվում տանից հեռացնել փափուկ կահույքը, գորգերը, հին բրդյա իրերը, բարձերը և անկողնային պարագաները փոխարինել սինթետիկ կտորներից

պատրաստված պարագաներով: Կարելի է օգտագործել ակարիցիդ (տգերին սպանող) միջոցներ [63, 64]:

ՄԱՌ-ով պացիենտներին խորհուրդ է տրվում իրականացնել պլանային վիրահատությունները, ինվազիվ հետազոտությունները կամ կանխարգելիչ վակցինացիաներն ավերգենի էքսպոզիցիայի սեզոնից դուրս, իսկ եթե այնուամենայնիվ դրանց անհրաժեշտությունը կա այդ սեզոնին, ապա պետք է դեղորայքային նախապատրաստում (կանխարգելիչ թերապիա), ինչը ներառում է պարէնտերալ գլյուկոկորտիկոիդներ և H<sub>1</sub>, H<sub>2</sub> ընկալիչների պաշարիչներ [61]:

### ***Դրույթ 5. Քրոնիկ վիճակներ և ուղեկցող հիվանդություններ***

**Պետք է գննել, գնահատել և գրանցել ԱՌ-ի ախտորոշումով պացիենտի բժշկական քարտերում այլ ուղեկցող այնպիսի հիվանդությունների առկայությունը, ինչպիսիք են՝ բրոնխային ասթման, ատոպիկ մաշկաբորբը, քնի ընթացքում շնչառության խանգարումները, կոնյունկտիվիտը, ռինոսինուսիտը և միջին ականջի օտիտը (*ուժը՝ խորհուրդ, սպացույցի որակը՝ B, սպացույցի հավաստիությունը՝ բարձր*):**

ԱՌ-ը հաճախ ուղեկցվում է տարբեր այլ բրոնիկ հիվանդություններով. ԲԱ-ով, ԱտՄ-ով, ռինոսինուսիտով, միջին ականջի օտիտով, քնի ժամանակ շնչառական խանգարումներով: Համակցված ատոպիկ հիվանդությունների կապի բացահայտումն ունի մեծ նշանակություն և ախտորոշման, և բուժման համար: Այսպես, ԲԱ-ի կամ ԱտՄ-ի առաջնային առկայությունը ավելի հավանական է դարձնում ԱՌ-ի ախտորոշումը քթային ախտանիշների պարագայում: ԱՌ-ով պացիենտի գնահատման ընթացքում միշտ պետք է կատարել նաև ԲԱ-ի գնահատում, հաշվի առնել այնպիսի ախտանշանների առկայությունը, ինչպիսիք են. դժվարացած շնչառությունը, հազը, հևոցը և վարժությունների ազդեցությունը, կատարել աուսկուլտացիա: Այդ գնահատումը պետք է կրկնել յուրաքանչյուր այցի ժամանակ և հատկապես երեխաներին կատարել նաև սպիրոմետրիա, ԲԱ-ի անգամ թեթև կասկածի դեպքում: ԲԱ-ի ուղեկցությամբ ԱՌ-ի բուժումը պետք է անհատականացնել: Ինչպես երևում է որոշ հետազոտություններից օրալ հակահիստամինայինների և ներքթային ստերոիդների նշանակումը նվազեցնում է բրոնխների գերեռեակտիվականությունը և բարելավում ԲԱ-ի վերահսկումը [26, 65, 66]: Ի լրումն, հակալեյկոտրիենային դեղամիջոցները կարող են բարենպաստ ազդեցություն ունենալ ԲԱ և ԱՌ համակցության դեպքում [67]: Նմանապես, դրական ազդեցություն է ունենում ավերգենաբնորոշ իմունաթերապիան, որը հատկապես միայն ԱՌ-ով երեխաների դեպքում

կանխարգելում է ԲԱ-ի զարգացումը, ինչպես նաև նոր ակերգենների հանդեպ սենսիբիլիզացիայի առաջացումը: Կան նաև որոշ փոքրաթիվ տվյալներ, որ ԱՌ-ի իմունաթերապիան օգնում է ԱտՄ-ի վերահսկողության հարցում [68-70]:

Քթի փակվածությունը և լորձաթաղանթի բորբոքումը կարող են նախատրամադրել հարքթային խորոչների վարակային հիվանդությունների առաջացմանը, թեպետ այդ կապը դեռևս հստակ ապացուցված չէ [34]: Ադենոիդային գերաճի առկայությունը նույնպես պետք է բացահայտել ԱՌ-ով կամ այլ քթախորշային հիվանդությամբ պացիենտի վիճակը գնահատելիս: Միջին ականջի օտիտի հետ համակցված ԱՌ-ի դեպքում ներքթային ստերոիդներով բուժումը (հակաբիոտիկների հետ կամ առանց դրանց) բարելավում է միջին օտիտի վիճակը [37]: Կան հետազոտություններ, որոնց տվյալների համաձայն քնի ընթացքում շնչառության խանգարումներով ուղեկցվող ԱՌ-ի համարժեք բուժումը նպաստում է նաև քնի ժամանակ շնչառական խանգարումների կարգավորմանը [41]: Մյուս կողմից, չնայած քթի փակվածությունը սովորաբար չի համարվում քնի ապնոէի առաջնային պատճառային գործոն, ուղեկցող ԱՌ-ի բուժումը զգալիորեն բարելավում է ապնոէի ցուցանիշը [42]:

### ***Դրույթ 6. Տեղային ստերոիդներ***

**Պետք է նշանակել ներքթային ստերոիդներ ԱՌ-ի ախտորոշումով այն պացիենտներին, որոնց քթային ախտանշանները ազդում են կյանքի որակի վրա (ուժը՝ ուժեղ խորհուրդ, ապացույցի որակը՝ A, ապացույցի հավաստիությունը՝ բարձր):**

Ներքթային ստերոիդները (ՆՔՍ) շատ արդյունավետ հակաբորբոքային դեղամիջոցներ են ԱՌ-ի բուժման համար և առաջին ընտրության միջոցն է միջին-ծանր անընդհատ ԱՌ-ի համար: Այս դեղախմբից կիրառվում են հետևյալ դեղամիջոցները [71].

- Բեկլամետազոնի դիպրոպիոնատ,
- Բուդեսոնիդ,
- Ֆլուտիկազոնի պրոպիոնատ (ֆլիկսոնագ),
- Ֆլուտիկազոնի ֆուրոատ (ավամիս),
- Մոմետազոնի ֆուրոատ (նագոնէքս),
- Տրիամցինոլոնի ացետատ, և այլն:

ՆՔՍ-ները ազդում են ռինիտի բոլոր ախտանշանների վրա: Ազդեցության սկիզբը նկատվում է 6-12 ժամից, բայց առավելագույն ազդեցությունը զարգանում է մի քանի օր անց: Ավելի արդյունավետ է

անընդհատ օգտագործումը, սակայն կան տվյալներ, որ որոշ դեպքերում ըստ անհրաժեշտության օգտագործումը նույնպես արդյունավետ է [72-74]:

Տեղային ստերոիդներն ազդում են ակնային ախտանշանների վրա, ներառյալ քորը, կարմրությունը, այտուցվածությունը [75, 76]: Որոշ հետազոտությունների տվյալներով, ՆՔՄ-ները բարելավում են նաև աաթմայի ախտանշանները համակցված ԱՌ-ի և ԲԱ-ի դեպքում [77, 78]:

ՆՔՄ-ներն ունեն մի շարք կողմնակի ազդեցություններ, որոնք հիմնականում տեղային բնույթ են կրում, ինչպես օրինակ՝ չորությունը, այրոցի զգացումը, հոստառության խանգարումները, արյունային քթային արտադրությունը և քթային արյունահոսությունը: Վերջինիս հաճախականությունը կարող է հասնել 20%-ի մեկ տարուց ավելի տևողությամբ բուժման դեպքում [79]: Այդ կողմնակի ազդեցությունը կարելի է նվազեցնել՝ խորհուրդ տալով պացիենտին շիթն ուղղել ոչ դեպի միջնապատը, այլ կողմնայնորեն: Կան տվյալներ ՆՔՄ-ների ակնային կողմնակի ազդեցությունների մասին, ինչպիսիք են հետին ենթաթաղանթային կատարակտան, կամ ներակնային ճնշման բարձրացումը և գլաուկոման [80]:

Ուսումնասիրվել է նաև ՆՔՄ-ների ազդեցությունը երեխաների աճի և զարգացման վրա: Այդ հետազոտություններով պարզվել է, որ որոշ ստերոիդների (բուդեսոնիդ, բեկլոմեթազոնի դիպրոպիոնատ) երկարատև կիրառումը կարող է հանգեցնել աճի դանդաղեցման, սակայն տարբերությունները էական չեն: Այնուամենայնիվ, ԱՌ-ով երեխաների բուժման համար ավելի նպատակահարմար է կիրառել այնպիսի ՆՔՄ-ներ, որոնք չունեն բացասական ազդեցություն աճի և զարգացման վրա, օրինակ՝ ֆլուտիկազոնի պրոպիոնատ, մոմետազոնի ֆուրոատ, տրիամցինոլոնի ացետատ [79, 80]:

Բացի բուժումից ՆՔՄ-ները կարելի է նշանակել կանխարգելման նպատակով հստակ սեզոնային սկիզբ ունեցող ՍԱՌ-ով պացիենտներին սրացումից մի քանի օր առաջ [81]:

Միջին-ծանր ԱՌ-ի դեպքում կարելի է կարճ տևողությամբ նշանակել օրալ կամ մ/մ համակարգային կորտիկոստերոիդներ (ՀԿՍ) (դեքսամեթազոն, հիդրոկորտիզոն, մեթիլպրեդնիզոլոն, պրեդնիզոլոն, տրիամցինոլոն, բետամետազոն, դեֆլազակորտ) և արագ փոխարինել դրանք ներքթային դեղաձևերով: Թեպետ ՀԿՍ-ները ունեն հզոր հակաբորբոքային ազդեցություն, միննույն է դրանք ցուցված չեն ԱՌ-ի բոլոր պացիենտներին և հատկապես որպես առաջին ընտրության դեղամիջոցներ նշանակելու համար՝ արտահայտված համակարգային կողմնակի ազդեցությունների պատճառով [82]:

### ***Դրույթ 7. Օրալ հակահիստամինայիններ***

**Պետք է նշանակել երկրորդ սերնդի/քիչ սեղատիվ օրալ հակահիստամինայիններ ԱՌ-ով այն պացիենտներին, որոնց առաջնային գանգատները փոշոտոցներն են և քթի քորը (*ուժը՝ ուժեղ խորհուրդ, ապացույցի որակը՝ A, ապացույցի հավաստիությունը՝ բարձր*):**

Օրալ հակահիստամինայինները/Ի՛ր ընկալիչների պաշարիչները (ՕՀՀ) առաջին ընտրության դեղախումբ է (բացի միջին-ծանր պերսիստող ԱՌ-ից) իրենց հակաբորբոքային արդյունավետության և ազդեցության արագության շնորհիվ (մեկ ժամվա ընթացքում): ԱՌ-ի բուժման համար հաճախ կիրառվում են 2-րդ սերնդի հետևյալ դեղամիջոցները [83-86].

- Ցետիրիզին (ցետիրիզին, զիրտեկ, պաուլազին),
- Էբաստին (կեստին),
- Ֆեքսոֆենադին (տելֆաստ)
- Լորատադին (կլարիտին, լումիլան),
- Դեզլորատադին (երիուս, լորդեստին),
- Լեոցետիրիզին (կսիզալ, պոլեզին),
- Բիլաստին (նիքսաո)
- Ռուպատադին<sup>2</sup> (ռուպաֆին) և այլն:

Երկրորդ սերնդի հակահիստամինայինները նախընտրելի են առաջին սերնդի դեղամիջոցների (քրորոպիրամին, դիֆենհիդրամին, հիդրօքսիզին) համեմատ, դրանց քիչ սեղատիվ, օրական մեկանգամյա օգտագործման և առանց դեղատոմսի հասանելի լինելու առավելությունների հիման վրա [87, 88]: ՕՀՀ-ների անընդհատ օգտագործումը ավելի արդյունավետ է, սակայն հետազոտությունները ցույց են տվել, որ այս դեղերը կարելի է օգտագործել նաև ըստ անհրաժեշտության, հատկապես թեթև և ընդմիջվող ախտանշանների պարագայում [89-92]:

### ***Դրույթ 8. Ներքթային հակահիստամինայիններ***

**Կարելի է առաջարկել ներքթային հակահիստամինայինները սեզոնային, ընդմիջվող կամ էպիզոդիկ ԱՌ-ով պացիենտներին (*ուժը՝ կարծիք, ապացույցի որակը՝ A, ապացույցի հավաստիությունը՝ բարձր*):**

Տեղային/ներքթային Ի՛ր հակահիստամինայիններից (ՆՔՀՀ) ներկայումս կիրառվում են Ազալեստինը (ալերգոդիլ), Լեոկոբաստինը (գիստիմետ) և Օլոպատադինը: Այս դեղամիջոցները երկրորդ սերնդի են և օժտված են լավ հակաբորբոքային հատկություններով [93, 94]: Ունեն մի շարք

---

<sup>2</sup> Հայաստանում ռուպատադինը պաշտոնապես գրանցված չէ:



առավելություններ ՕՀՀ-ների համեմատ, օրինակ՝ ավելի արդյունավետ են քթի փակվածության դեպքում, ազդեցության սկիզբը 30 ր-ից ավելի արագ է: Կան համեմատական հետազոտություններ նաև ՆՔՄ-ների հետ, որոնց մի մասը ցուցադրում են այս դեղախմբերի արդյունավետության հավասարություն, մյուսները առավելությունը տալիս են ՆՔՄ-ներին: Այդ սակայն խորհուրդ է տրվում օգտագործել դրանք թեթև, էպիզոդիկ ԱՌ-ի դեպքերում [95-99]:

ՆՔՀՀ-ների հիմնական կողմնակի ազդեցություններն են՝ հոտառության խանգարումները, քթային արյունահոսությունը, գլխացավը, քնկոտությունը և քթի մեջ այրոցի զգացումը: Այս դեղամիջոցներն ունեն որոշակի տարիքային սահմանափակումներ (կարելի է նշանակել մեծահասկներին և 6 տ. բարձր երեխաներին): Այս դեղամիջոցներն արդյունավետ են ԱՌ-ի բուժման համար և կարող է կիրառվել որպես առաջին և երկրորդ շարքի միջոցներ, հատկապես էպիզոդիկ քթային ախտանշաններով պացիենտների համար կամ որպես կանխարգելիչ բուժում՝ նախքան հայտնի պերզենի ազդեցությունը [95, 98-101]:

### ***Դրույթ 9. Լեյկոտրիենային ընկալիչների անտագոնիստներ (LSCU)***

**Պետք չէ առաջարկել հակալեյկոտրիենայինները, որպես ԱՌ-ի առաջնային բուժման միջոցներ (ուժը խորհուրդ հակադիր, սպացույցի որակը՝ A, սպացույցի հավաստիությունը՝ բարձր):**

Այս խմբի դեղամիջոցներից են՝ մոնտելուկաստը (սինգուլյար), պրանլուկաստը, զաֆիրլուկաստը: Համաձայն մի շարք համակարգային ամփոփումների և մեթավերլուծությունների տվյալների, LSCU-ները արդյունավետ են քթային, ակնային բոլոր ախտանշանների համար և բարելավում են կյանքի որակը [102-106]: Կան համեմատական հետազոտություններ LSCU-ների և այլ դեղախմբերի (ՕՀՀ, ՆՔՄ, դեկոնջեստանտներ) միջև: Մասնավորապես օրալ դեկոնջեստանտների (էֆեդրին, պսևդոէֆեդրին, ֆենիլէֆրին) հետ համեմատությունները պարզել են, որ այս դեղախմբերն ունեն գրեթե հավասար արդյունավետություն քթային ախտանշանների վրա, բացի քթի փակվածության ախտանիշից, որի վերացման առումով դեկոնջեստանտներն ավելի արդյունավետ են: LSCU-ները հատկապես արդյունավետ են համակցված ԱՌ-ի և ԲԱ-ի դեպքում՝ բարելավելով բոլոր ախտանշանները [107, 108]:

LSCU-ներն ընդհանուր առմամբ լավ են ընդունվում պացիենտների կողմից, սակայն ըստ որոշ տվյալների շատ հազվադեպ կարող են առաջացնել մի շարք հոգեվարքագծային կոմնակի խնդիրներ (ագրեսիա,

դեպրեսիա, սուիցիդալ մտքեր և վարքագիծ) [109]: Հաշվի առնելով ԼՏԱ-ների համեմատական հետազոտությունների տվյալները, որոնք բավականին տարաբնույթ են, և այս դեղախմբի մատչելիությունը, խորհուրդ չի տրվում դրանք նշանակել պարտադիր բոլոր պացիենտներին և որպես առաջնային դեղամիջոցներ ԱՌ-ի բուժման համար: Սակայն, ըստ ցուցումների, մասնավորապես ողեկցող ԲԱ-ի դեպքում, այս դեղամիջոցները կարելի է նշանակել:

Վերը նշված դեղամիջոցների ազդեցության արդյունավետությունը տարբերվում է ԱՌ-ի հիմնական ախտանշանների վերացման առումով, ինչպես նաև ԱՌ-ի տարբեր ձևերի և ծանրության աստիճանների դեպքում: Այդ տարբերությունները պարզ երևում են ստորև ներկայացված աղյուսակ 5-ում:

Աղյուսակ 5.

**ԱՌ-ի դեպքում կիրառվող հիմնական դեղամիջոցների արդյունավետությունը**

Դեղախումբ	Արդյունավետություն							
	ըստ ախտանշանների				ըստ հաճախության		ըստ ծանրության	
	Փակ քիթ	Քթա հոսություն	փռշտոց	քոր քթի մեջ	ընդմիջվող	անընդհատ	թեթև	ծանր
<b>ՆՔԿՍ</b>	+++	+++	+++	+++	++	++	++	++
<b>ՕՀՀ</b>	+	++	++	++	++	+	+	ոչ
<b>ՆՔՀՀ</b>	++	++	++	++	++	+	++	+
<b>ԼՏԱ</b>	+	+	+	+	ոչ	այո	այո	ոչ մոտ թերապիա

**Դրույթ 10. Համակցված բուժում**

Վարելի է առաջարկել համակցված դեղորայքային բուժում ԱՌ-ով այն պացիենտներին, որոնք համարժեքորեն չեն արձագանքում մոնոթերապիային (*ուժը կարծիք, սպացույցի որակը՝ A, սպացույցի հավաստիությունը՝ բարձր*):

Եթե ԱՌ-ի սկզբնական բուժման մարտավարությունը, հիմնականում ՆՔԿՍ-ներով մոնոթերապիան չի հանգեցնում ավերգիկ քթային ախտանշանների համարժեք վերահսկմանը, կամ պացիենտը չի կարողանում ընդունել այդ դեղամիջոցները, բուժող բժիշկը կարող է ընտրել համակցված բուժման մարտավարությունը:

Մի շարք հետազոտությունների համաձայն առավել արդյունավետ համադրությունը ՆՔՍ-ների հետ ՆՔՀՀ-րի կիրառումն է [102, 110-112]:

Ծանր քթային օբստրուկցիայի դեպքում ՆՔՄ-ները կարելի է համադրել ներքթային դեկոնջեստանտների (օբսիմետեթազոլին, քսիլոմեթազոլին) հետ, որոնք ավելի արագ ու արդյունավետ են քան օրալ ձևերը: Խնդիրն այն է, որ վերջիններիս պատճառով կարող է զարգանալ դեղորայքային ռինիտ, ուստի այդ դեղախումբը չի կարելի անընդհատ երկար օգտագործել (10 օրից ոչ ավելի) [113-115]:

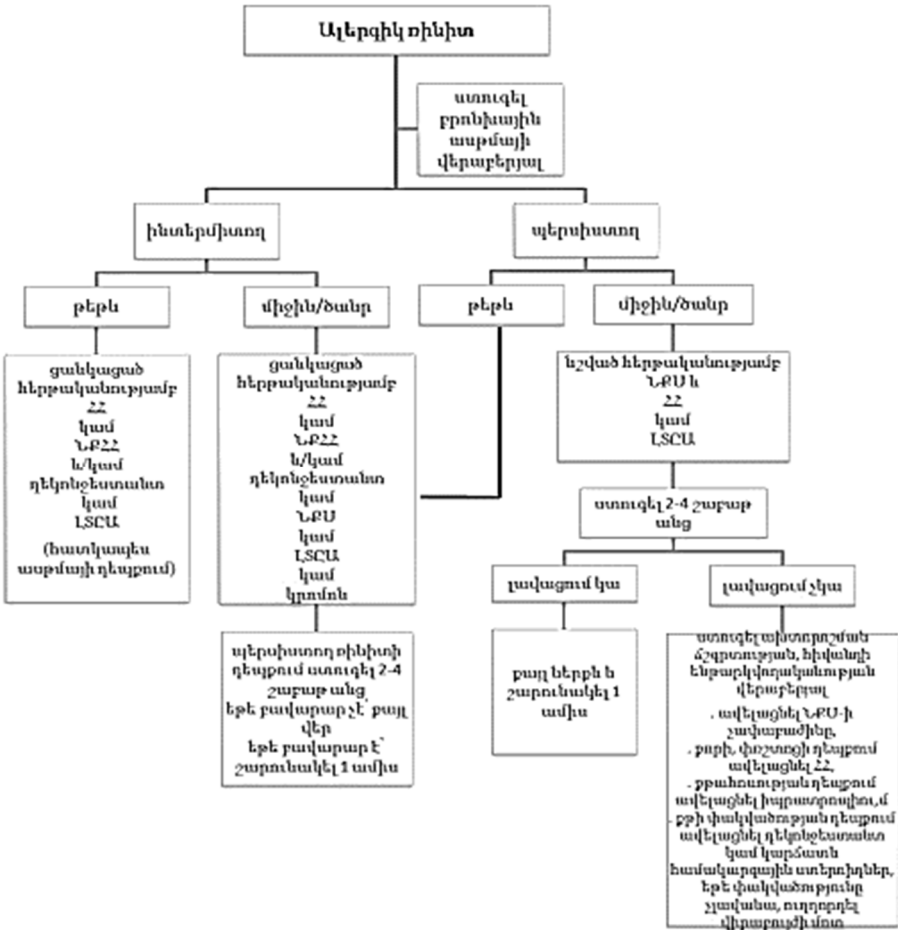
Մյուս բավականին արդյունավետ համադրությունը՝ ՕՀՀ-ների և օրալ դեկոնջեստանտների համադրությունն է, սակայն վերջիններիս պետք է զգուշությամբ կիրառել սիրտանոթային հիվանդությունների դեպքում [116-122]:

Արդյունավետ համակցված ֆարմակոթերապիայի ընտրությունը մեծապես կախված է նաև ուղեկցող հիվանդությունների հատկապես ԲԱ-ի և ԱԿ-ի առկայությունից, օրինակ ԲԱ-ի դեպքում արդյունավետ է աավելացնել ԼՏՀԱ-ներ [123, 124]: Որոշ հետազոտությունների համաձայն ՕՀՀ-ներ և ԼՏՀԱ-ների համադրությունն ունի ավելի լավ կանխարգելիչ ազդեցություն ախտանշանների առաջացման առումով, քան յուրաքանչյուրն առանձին [125-130]:

Թեպետ ՕՀՀ-ները և ՆՔԿՄ-երը մոնոթերապիայի առաջին ընտրության առավել հաճախ նշանակվող դեղամիջոցներն են, սակայն դրանց համադրությունը չի հանգեցնում կլինիկական արդյունավետության մեծացմանը [131, 132]:

Բացի վերը նշված դեղախմբերից, ԱՌ-ի համակցված բուժման համար կարող են կիրառվել տեղային կրոմոններ (կրոմոզիլկատ, նեդոկրոմիլ), ընդ որում ներակնային կաթիլներն ավելի արդյունավետ են քան ներքթային կաթիլները, ինչպես նաև ներքթային հակախտլիներգիկներ (իպրատրոպիում), որոնք արդյունավետ են հատկապես ալերգիկ և ոչ ալերգիկ քթահոսության դեպքում և ունեն մինիմալ համակարգային ազդեցություններ:

ԱՌ-ի դեղորայքային բուժման համար կիրառվող դեղամիջոցների ընտրությունը պետք է կատարել ըստ կլինիկական վիճակի՝ վերահսկելով այն որոշակի պարբերականությամբ և անհրաժեշտության դեպքում փոփոխել դեղամիջոցները, եթե դրանք համարժեք չեն (Նկար 2):



**Պատկեր 2. Ալերգիկ ռինիտի բուժման ընթացակարգ:**

**Հրույթ 11. Բնունաթերապիա**

Պետք է առաջարկել, կամ ուղեգրել այն մասնագետի մոտ, որը կարող է առաջարկել իմունաթերապիայի (ենթալեզվային կամ ենթամաշկային) եղանակը ԱՌ-ով այն պացիենտներին, որոնք համարժեքորեն չեն արձագանքում դեղորայքային բուժմանը (անկախ շրջակա միջավայրի գործոնների վերահսկողությունից) (ուժը խորհուրդ, սպացույցի որակը՝ A, սպացույցի հավաստիությունը՝ բարձր):

Ալերգենաբնորոշ իմունաթերապիան (ԱԲԻԹ) արդյունավետ, գիտականորեն հիմնավորված բուժման եղանակ է, որը կարող է փոխել հիվանդության զարգացման ընթացքը: Այս եղանակով իրականացվում է յուրահատուկ հիպոսենսիբիլիզացիա պատճառային ալերգենի աճող չափաբաժիններն օրգանիզմ ներմուծելու միջոցով: Ընդունված են *ենթամաշկային* և *ենթալեզվային* ներմուծման եղանակները, որոնց տևողությունը սովորաբար կազմում է 3-5 տարի [133-138]:

Իրականացման համար անհրաժեշտ պայմաններն են.

- Ապացուցված IgE միջնորդավորված մեխանիզմ, հայտնաբերված պատճառային ալերգեն:
- Բուժման սկիզբը հայտնաբերված պատճառային ալերգենի էքսպոզիցիայի շրջանից դուրս:
- Նախքան բուժումը սկսելը՝ պատճառային ալերգենի բացառման միջոցառումների անցկացում (եթե հնարավոր է):
- Ուղեկցող հիվանդությունների հայտնաբերում և բուժում:
- ԱԲԻԹ-ի իրականացման հակացուցումներ են.
- Վարակիչ հիվանդությունները,
- Տարբեր օրգան-համակարգերի դեկոմպենսացված հիվանդությունները,
- Ծանր իմունաախտաբանական, իմունադեֆիցիտային վիճակներ, լիմֆոպրոլիֆերատիվ հիվանդություններ,
- Հոգեբուժական ծանր հիվանդությունները
- $\beta$ -բլոկատորների, ՄԱՕ ինհիբիտորների և ադրենոմիմետիկների համակցված ընդունում, կամ ցանկացած հակացուցում ադրենոմիմետիկի համար,
- Ծանր չվերահսկվող ԲԱ,
- ԱԱԾ-ի պատշաճի 70% և ցածր մակարդակ համարժեք բուժման պայմաններում,
- Տուբերկուլոզ,
- Օնկոլոգիական հիվանդություններ,
- Հղիություն, լակտացիա,
- 5 տարեկանից ցածր տարիք ենթամաշկային եղանակի համար:

ԱԲԻԹ-ն ունի որոշակի կողմնակի ազդեցություններ՝ տեղային և համակարգային: Ենթամաշկային ԱԲԻԹ-ի դեպքում կարող են առաջանալ (հաճախությունը մինչև 58%) ներարկման տեղում կարմրություն կամ այտուցվածություն, իսկ ենթալեզվայինի դեպքում (հաճախությունը մինչև 97%)՝ քոր, անհարմարավետության զգացում բերանի մեջ: Համակարգային երևույթները կարող են զարգանալ յուրաքանչյուր եղանակի կիրառման

ընթացքում՝ ներառելով եղնջացան, ստամոքսաղիքային խանգարումներ, շնչահեղձություն և անաֆիլաքսիա: Ե/մ ԱԲԻԹ-ի դեպքում դրանց հաճախությունը կազմում է 0.06-0.9%, մահվան ելքով՝ 1: 2 500 000 ԱԲԻԹ-ից և ենթալեզվային եղանակով կատարելիս՝ 0.056%, առանց մահվան դեպքերի [135, 139-141]:

ԱԲԻԹ-ի երկու եղանակներն էլ արդյունավետ են, սակայն դեռևս վերջնականապես հստակեցված չէ, թե դրանցից որն է ավելի արդյունավետ և հետևաբար, նախընտրելի [142-144]: Այսպիսով, ԱԲԻԹ-ը պետք է առաջարկել պացիենտներին, եթե նրանք լավ չեն արձագանքում դեղորայքային բուժմանը, եթե անհրաժեշտ է նվազեցնել դեղամիջոցների քանակը, դրանց կողմնակի ազդեցությունների պատճառով, ուղեկցող ԲԱ-ի դեպքում կամ ԲԱ-ն կանխելու նպատակով: Հարկ է նշել, որ ԱԲԻԹ-ը բավականին թանկարժեք եղանակ է, և վերջնական որոշումը պետք է կայացնի պացիենտը [135, 145]:

Հայաստանում ԱԲԻԹ-ն իրականացվում է ծաղկափոշային, փոշու տղի, սնկային ալերգեններով: Այդ ցանկը վերջնական չէ, այն հնարավոր է ընդլայնել:

### ***Դրույթ 12. Ստորին քթային խեցիների վիրահատական փոքրացում***

**Կարելի է առաջարկել կամ ուղեգրել վիրաբույժի մոտ՝ ստորին քթային խեցիների վիրահատական փոքրացման համար ԱՌ-ով այն պացիենտներին, որոնք դրանց հետևանքով ունեն քթային օբստրուկցիա և լայնացած քթային խեցիներ և չեն արձագանքում դեղորայքային բուժմանը (ուժը՝ կարծիք, ապացույցի որակը՝ C, ապացույցի հավաստիությունը՝ միջին):**

Այն պացիենտներին, որոնց քթային օբստրուկցիան չի ենթարկվում դեղորայքային բուժմանը, կամ նրանք չեն կարողանում ընդունել դեղորայքային բուժումը, կարելի է ուղեգրել վիրաբույժի մոտ: Լորձաթաղանթի հիպերտրոֆիայի և պոլիպների առկայության դեպքում կարելի է քննարկել դրանց վիրահատական հեռացման և խեցիների փոքրացման հարցը [146-148]: Կան մի շարք վիրահատական մոտեցումներ. խեցու հեռացում (տրեֆինէկտոմիա), ենթալորձային հատում, հյուսվածքի հեռացում (աբյացիա), լազերային այրում, կրիոթերապիա և այլն: Այս եղանակների համեմատական ուսումնասիրության տվյալների համաձայն՝ ենթալորձային հատումը առավել արդյունավետ և ամենաքիչ բարդություններով վիրահատական միջամտությունն է [146]: Թեպետ վիրահատական միջամտությունների հիմնական սպասելի ազդեցությունը՝ քթի փակվածության վերացումն է,

սակայն մի շարք հետազոտությունների համաձայն, վիրահատությունից որոշ ժամանակ (1, 3, 6, 12 ամիս) անց դիտվում է ԱՌ-ով պացիենտների ոչ միայն այդ, այլև մյուս (փոշոտոցներ, քթահոսություն) ախտանշանների աստիճանական նվազում և այդ բարելավումը պահպանվում է 3-5 տարի անց [149, 150]:

Խեցիների վիրահատական փոքրացումը միջամտություն է, որը կատարվում է անզգայացմամբ (հիմնականում՝ ընդհանուր) և հազվադեպ կարող է ունենալ բարդություններ, ինչպես օրինակ՝ քթային արյունահոսություն, կպումներ, ատրոֆիկ ռինիտի ձևավորում [150]: Բացի այդ, այն կապված է լրացուցիչ ծախսերի հետ, ուստի այս մոտեցումը կարելի է կիրառել ոչ բոլոր պացիենտների բուժման ընթացքում, այլ միայն այն դեպքերում, երբ դեղորայքային բուժումը քիչ կամ անարդյունավետ է:

### ***Դրույթ 13. Ասեղնաբուժություն***

**Կարելի է առաջարկել կամ ուղեգրել ասեղնաբույժի մոտ ԱՌ-ով այն պացիենտներին, որոնք ցանկանում են բուժվել ոչ դեղորայքային եղանակներով (ուժը՝ կարծիք, սպացույցի որակը՝ B, սպացույցի հավաստիությունը՝ ցածր):**

Այլընտրանքային բուժման եղանակներից առավել ուսումնասիրվածը ասեղնաբուժությունն է, թեև դրա ազդեցության մեխանիզմները դեռևս լիովին պարզ չեն: Այս եղանակի կիրառմամբ հետազոտությունները դեռևս չունեն բավարար սպացուցողականության մակարդակ, սակայն որոշ դեպքերում, երբ պացիենտները լավ չեն արձագանքում մինչ այդ կիրառված բուժման եղանակներին, կամ նախընտրում են ոչ դեղորայքային բուժումը, կարելի նրանց առաջարկել ասեղնաբուժությունը [151-155]:

ՇԱՌ-ով երեխաների շրջանում կատարված հետազոտության համաձայն, այս եղանակով բուժման դեպքում ավելանում են պացիենտների անախտանիշ օրերը, սակայն չի նվազում դեղորայքի օգտագործումը: Մյուս կողմից այդ բարելավումները պահպանվում են միջամտությունից նույնիսկ 10 ամիս անց: Մեթավերլուծության համաձայն, ասեղնաբուժությունը ավելի արդյունավետ է ՇԱՌ-ի դեպքում՝ ՄԱՌ-ի համեմատ [154]: Ուսումնասիրվել են նաև կյանքի որակի փոփոխությունները և հայտնաբերվել է, որ ասեղնաբուժություն ստացած պացիենտների շրջանում կյանքի որակի բարելավումը վիճակագրորեն հավաստի ավելի մեծ է եղել՝ միայն դեղորայքային բուժում ստացած պացիենտների համեմատ [152]: Մինևույն ժամանակ, չի հայտնաբերվել ասեղնաբուժության որևէ էական վնասակար ազդեցություն:

Այսպիսով, ասեղնաբուծությունը որպես ԱՌ-ի բուժման եղանակ կարելի է առաջարկել այն պացիենտներին, որոնք լավ չեն արձագանքում դեղորայքային բուժմանը, կամ ցանկանում են բուժվել այս եղանակով:

#### ***Դրույթ 14. Բուսաբուծություն***

**ԱՌ-ով պացիենտներին բուսաբուծության եղանակներով բուժման վերաբերյալ խորհուրդները բացակայում են:** *(ուժը՝ բացակայում է, ապացույցի որակը՝ անորոշ, ապացույցի հավաստիությունը՝ ցածր):*

Սյուս այլընտրանքային եղանակը բուսաբուծությունն է: Կան փոքրաթիվ հետազոտություններ, որոնք ցուցադրում են որոշ հակաբորբոքային և իմունամոդուլացնող հատկություններով չինական դեղաբույսերի դրական ազդեցությունները ԱՌ-ի բուժման համար: Այնուամենայնիվ, մասնագիտների կարծիքով, այս եղանակի արդյունավետությունը հստակ չէ և կա հնարավոր սրացումների բարձր վտանգ, հատկապես սեզոնային ռինիտի դեպքում, ուստի այն խորհուրդ չի տրվում ԱՌ-ի բուժման [155]:

ԱՌ-ի տարբեր ձևերի և տարբեր տարիքային խմբերում կիրառվող հիմնական բուժման եղանակների ապացուցելիության մակարդակները և ուղեցույցի վերը նշված դրույթների ամփոփումը ներկայացված են *Հավելված 2-ում* և *Հավելված 3-ում*, համապատասխանաբար:



## Օգտագործված գրականության ցանկ

1. Johansson SGO, Bieber T, Dahl R, Friedmann PS, Lanier BQ, Lockey RF *et al.* Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113: 832-836.
2. Min YG. The pathophysiology, diagnosis and treatment of allergic rhinitis. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2010;2(2):65-76.
3. Seidman M., Gurgel R., Lin S., Schwartz S., Baroody F. *et al.* Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis. Otolaryngology–Head and Neck Surgery 2015, Vol. 152(1S) S1–S43.
4. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy.* 2008;63(suppl 86):8-160.
5. Wallace DV, Dykewicz MS. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol.* 2008;122:S1-S84.
6. Rosenfeld RM, Shiffman RN, Robertson P. Clinical practice guideline development manual, third edition: a quality-driven approach for translating evidence into action. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;148(1 suppl):S1-S55.
7. Nguyen PT, Vickery J, Blaiss MS. Management of rhinitis: allergic and non-allergic. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2011;3(3):148-156.
8. Meltzer EO, Bukstein DA. The economic impact of allergic rhinitis and current guidelines for treatment. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2011;106(2 suppl):S12-S16.
9. Global Atlas of Allergic Rhinitis and Chronic Rhinosinusitis. EAACI Executive Committee 2015, P.442; [www.eaaci.org](http://www.eaaci.org).
10. Shiffman RN, Dixon J, Brandt C, et al. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2005;5:23.
11. AAP Steering Committee on Quality Improvement and Management. Policy statement: classifying recommendations for clinical practice guidelines. *Pediatrics.* 2004;114(3):874-877.
12. Oxford Centre for Evidence-based Medicine. Levels of Evidence and Grades of Recommendation. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Last accessed 25 March 2013
13. Mattos JL, Woodard CR, Payne SC. Trends in common rhinologic illnesses: analysis of U.S. healthcare surveys 1995-2007. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2011;1:3-12.
14. National ambulatory medical care utilization estimates for 2006. *Natl Health Stat Report.* 2008;8:1-29.
15. Salo PM, Calatroni A, Gergen PJ, et al. Allergy related outcomes in relation to serum IgE: results from the National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2006. *J Allergy Clin Immunol.* 2011;127:1226-1235.
16. Asher MI, Montefort S, Bjorksten B, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in

- childhood: ISAAXC Phase One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet*. 2006;368:733-743.
17. Schoenwetter WF, Dupclay L, Appajosyula S, et al. Economic impact and quality of life burden of allergic rhinitis. *Curr Med Res Opin*. 2004;20:305-317.
  18. Nathan RA. The burden of allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc*. 2007;28:3-9.
  19. Blaiss MS. Allergic rhinitis: direct and indirect costs. *Allergy Asthma Proc*. 2010;31:375-380.
  20. Lamb CE, Ratner PH, Johnson CE, et al. Economic impact of workplace productivity losses due to allergic rhinitis compared with select medical conditions in the United States from an employer perspective. *Curr Med Res Opin*. 2006;22:1203-1210.
  21. McCrory DC, Williams JW, Dolor RJ, et al. Management of allergic rhinitis in the working-age population. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2003;(67):1-4.
  22. Blaiss MS. Pediatric allergic rhinitis: physical and mental complications. *Allergy Asthma Proc*. 2008;29:1-6.
  23. de Groot H, Brand PL, Fokkens WF, et al. Allergic rhinoconjunctivitis in children. *BMJ*. 2007;335(7627):985-988.
  24. Wang DY. Risk factors of allergic rhinitis: genetic or environmental? *Ther Clin Risk Manag*. 2005;1(2):115.
  25. Erickson J, Berg A, Lotvall J, et al. Rhinitis phenotypes correlate with different symptom presentation and risk factor patterns of asthma. *Respir Med*. 2011;105:1611-1621.
  26. Boulay ME, Morin A, Laprise C, et al. Asthma and rhinitis: what is the relationship? *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2012;12:449-454.
  27. Guagris S, Sazonov-Kocevar V, Thomas M. Burden of concomitant allergic rhinitis in adults with asthma. *J Asthma*. 2006;43(1):1-7.
  28. Kapsali T, Horowitz E, Diemer F, et al. Rhinitis is ubiquitous in allergic asthmatics. *J Allergy Clin Immunol*. 1997;99:S138.
  29. Martin PE, Matheson MC, Gurrin L, et al. Childhood eczema and rhinitis predict atopic but not nonatopic asthma: a prospective cohort study over 4 decades. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;127(6):1473-1479.
  30. Zeiger RS, Heller S. The development and risk of allergy in high risk children: follow-up at age seven years in a prospective randomized study of combined maternal and infant food allergen avoidance. *J Allergy Clin Immunol*. 1995;95(6):1179-1190.
  31. Dold S, Wjst M, von Mutius E, et al. Genetic risk for asthma, allergic rhinitis and atopic dermatitis. *Arch Dis Child*. 1992;67:1018.
  32. Spergel JM. From atopic dermatitis to asthma, the atopic march. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2010;105(2):99-106.
  33. Ricci G, Patrizi A, Baldi E, et al. Long term follow-up of atopic dermatitis: retrospective analysis of related risk factors and association with concomitant allergic diseases. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55(5):765-771.
  34. Vlastos I, Athanasopoulos I, Mastronikolis NS, et al. Impaired mucociliary clearance in allergic rhinitis patients is related to a predisposition to rhinosinusitis. *Ear Nose Throat J*. 2009;88(4):E17-E19.

35. Kreiner-Moller E, Chawes BL, Caye-Thomasen P, et al. Allergic rhinitis is associated with otitis media with effusion: a birth cohort study. *Clin Exp Allergy*. 2012;42(11):1615-1620.
36. Luong A, Roland PS. The link between allergic rhinitis and chronic otitis media with effusion in atopic patients. *Otolaryngol Clin North Am*. 2008;41(2):311-323.
37. Lack G, Caulfield H, Penagos M. The link between otitis media with effusion and allergy: a potential role for intranasal corticosteroids. *Pediatr Allergy Immunol*. 2011;22(3):258-266.
38. Kimple AJ, Ishman SL. Allergy and sleep disordered breathing. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;21:277-281.
39. Lin SY, Melvin TA, Boss EF, et al. The association between allergic rhinitis and sleep disordered breathing in children: a systematic review. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2013;3(6):504-509.
40. Pratt EL, Craig TJ. Assessing outcomes from the sleep disturbance associated with rhinitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2007;7:249-256.
41. Lunn M, Craig T. Rhinitis and sleep. *Sleep Med Rev*. 2011;15:293-299.
42. Mason M, Welsh EJ, Smith I. Drug therapy for obstructive sleep apnoea in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(5):CD003002.
43. Varghese M, Glaum MC, Lockey RF. Drug-induced rhinitis. *Clin Exp Allergy*. 2010;40(3):381-384.
44. Bernstein LE, Li JT, Bernstein DI, et al. Allergy diagnostic testing: an updated practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2008;100(3 suppl 3):S1-S148.
45. Anon JB. Introduction to in vivo allergy testing. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1993;109(3 pt 2):593-600.
46. Kim BJ, Mun SK. Objective measurements using the skin prick test in allergic rhinitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010;136(11):1104-1106.
47. Oppenheimer J, Nelson HS. Skin testing: a survey of allergists. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2006;96(1):19-23.
48. Bousquet J, Heinzerling L, Bachert C, et al. Practical guide to skin prick tests in allergy to aeroallergens. *Allergy*. 2012;67(1):18-24.
49. Fornadley J, Corey J, Osguthorpe J, et al. Allergic rhinitis: clinical practice guideline. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996;115(1):115-122.
50. Tschopp J, Sistek D, Schindler C, et al. Current allergic asthma and rhinitis: diagnostic efficiency of three commonly used atopic markers (IgE, skin prick tests, and Phadiatop). Results from 8329 randomized adults from the SAPALDIA Study. Swiss Study on Air Pollution and Lung Diseases in Adults. *Allergy*. 1998;53(6):608-613.
51. Chafen JJ, Newberry SJ, Riedl MA, et al. Diagnosing and managing common food allergies: a systematic review. *JAMA*. 2010;303(18):1848-1856.
52. Ahmadiafshar A, Taghiloo D, Esmailzadeh A, et al. Nasal eosinophilia as a marker for allergic rhinitis: a controlled study of 50 patients. *Ear Nose Throat J*. 2012;91(3):122-124.
53. American College of Radiology. ACR position statement on recent studies regarding CT scans and increased cancer risk. 2009. <http://www.acr.org/About->

Us/Media-Center/Position-Statements/Position-Statements-Folder/ACR-Statement-on-Recent-Studies-Regarding-CT-Scans-and-Increased-Cancer-Risk. Accessed March 4, 2014.

54. Pearce MS, Salotti JA, Little MP, et al. Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours. *Lancet*. 2012;380(9840):499-505.
55. Katayama H, Yamaguchi K, Kozuka T, et al. Adverse reactions to ionic and nonionic contrast media. *Radiology*. 1990;175:621-628.
56. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;137(3 suppl):S1-31.
57. Setzen G, Ferguson BJ, Han JK, et al. Clinical consensus statement: appropriate use of computed tomography for paranasal sinus disease. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2012;147(5):808-816.
58. Mimouni Bloch A, Mimouni D, Mimouni M, et al. Does breastfeeding protect against allergic rhinitis during childhood? A metaanalysis of prospective studies. *Acta Paediatr*. 2002;91:275-279.
59. Kramer MS. Breastfeeding and allergy: the evidence. *Ann Nutr Metab*. 2011;59(suppl 1):20-26.
60. Matheson MC, Allen KJ, Tang ML. Understanding the evidence for and against the role of breastfeeding in allergy prevention. *Clin Exp Allergy*. 2012;42:827-851.
61. Custovic A, van Wijk RG. The effectiveness of measures to change the indoor environment in the treatment of allergic rhinitis and asthma: ARIA update (in collaboration with GA2LEN). *Allergy*. 2005;60:1112-1115.
62. Portnoy J, Kennedy K, Sublett J, et al. Environmental assessment and exposure control: a practice parameter—furry animals. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2012;108:223.e1-223.e15.
63. Sheikh A, Hurwitz B, Nurmatov U, et al. House dust mite avoidance measures for perennial allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(7):CD001563.
64. Nurmatov U, van Schayk CP, Hurwitz B, et al. House dust mite avoidance measures for perennial allergic rhinitis: an updated Cochrane systematic review. *Allergy*. 2012;67:158-165.
65. Varghese BT, Murthy PS, Rajan R. Clinico-pathological correlation between allergic rhinitis and bronchial asthma. *J Laryngol Otol*. 2000;114(5):354-358.
66. Lohia S, Schlosser RJ, Soler ZM. Impact of intranasal corticosteroids on asthma outcomes in allergic rhinitis: a meta-analysis. *Allergy*. 2013;68(5):569-579.
67. Nishimura M, Koga T, Kamimura T, et al. Comparison of leukotriene receptor antagonists and antihistamines as an add-on therapy in patients with asthma complicated by allergic rhinitis. *Kurume Med J*. 2011;58(1):9-14.
68. Kim JM, Lin SY, Suarez-Cuervo C, et al. Allergen-specific immunotherapy for pediatric asthma and rhinoconjunctivitis: a systematic review. *Pediatrics*. 2013;131:1155-1167.
69. Niggemann B, Jacobsen L, Dreborg S, et al. Five-year followup on the PAT study: specific immunotherapy and long-term prevention of asthma in children. *Allergy*. 2006;61(7):855-859.

70. Gendelman SR, Lang DM. Specific immunotherapy in the treatment of atopic dermatitis: a systematic review using the GRADE system. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2013;111(6):555-561.
71. Herman H. Once-daily administration of intranasal corticosteroids for allergic rhinitis: a comparative review of efficacy, safety, patient preference, and cost. *Am J Rhinol.* 2007;21:70-79.
72. Rodrigo GJ, Neffen H. Efficacy of fluticasone furoate nasal spray vs. placebo for the treatment of ocular and nasal symptoms of allergic rhinitis: a systematic review. *Clin Exp Allergy.* 2011;41:160-170.
73. Penagos M, Compalati E, Tarantini F, et al. Efficacy of mometasone furoate nasal spray in the treatment of allergic rhinitis: meta-analysis of randomized, double-blind, placebocontrolled, clinical trials. *Allergy.* 2008;63:1280-1291.
74. Rachelefsky G, Farrar JR. A control model to evaluate pharmacotherapy for allergic rhinitis in children. *JAMA Pediatr.* 2013;167(4):380-386.
75. Bielory L, Chun Y, Bielory BP, et al. Impact of mometasone furoate nasal spray on individual ocular symptoms of allergic rhinitis: a meta-analysis. *Allergy.* 2011;66:686-693.
76. Baroody FM, Shenaq D, deTineo M, et al. Fluticasone furoate nasal spray reduces the nasal-ocular reflex: a mechanism for the efficacy of topical steroids in controlling allergic eye symptoms. *J Allergy Clin Immunol.* 2009;123:1342-1348.
77. Taramarcaz P, Gibson PG. Intranasal corticosteroids for asthma control in people with coexisting asthma and rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD003570.
78. Yanez A, Rodrigo GJ. Intranasal corticosteroids versus topical H1 receptor antagonists for the treatment of allergic rhinitis: a systematic review with meta-analysis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2002;89(5):479-484.
79. Meltzer EO, Jacobs RL, LaForce CF, et al. Safety and efficacy of once-daily treatment with beclomethasone dipropionate nasal aerosol in subjects with perennial allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc.* 2012;33:249-257.
80. Laliberte F, Laliberte MF, Lecart S, et al. Clinical and pathologic methods to assess the long-term safety of nasal corticosteroids. *Allergy.* 2000;55:718-722.
81. Meltzer EO. Formulation considerations of intranasal corticosteroids for the treatment of allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2007;98:12-21.
82. Karaki M, Akiyama K, Mori N. Efficacy of intranasal steroid spray (mometasone furoate) on treatment of patients with seasonal allergic rhinitis: comparison with oral corticosteroids. *Auris Nasus Larynx.* 2013;40(3):277-281.
83. Wilson AM, Haggart K, Sims EJ, et al. Effects of fexofenadine and desloratadine on subjective and objective measures of nasal congestion in seasonal allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy.* 2002;32(10):49-54.
84. Ciprandi G, Cirillo IG, Vizzacarro A, et al. Levocetirizine improves nasal symptoms and airflow in patients with persistent allergic rhinitis. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 2005;37(1):25-29.
85. Patou J, De Smedt H, van Cauwenberge P, et al. Pathophysiology of nasal obstruction and meta-analysis of early and late effects of levocetirizine. *Clin Exp Allergy.* 2006;36:972-981.

86. Simons FE, Simons KJ. Histamine and H1-antihistamines: celebrating a century of progress. *J Allergy Clin Immunol.* 2011;128:1139-1150.
87. Ng KH, Chong D, Wong CK, et al. Central nervous system side effects of first- and second-generation antihistamines in school children with perennial allergic rhinitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled comparative study. *Pediatrics.* 2004;113(2):e116-e121.
88. Mosges R, Konig V, Koberlein J. The effectiveness of modern antihistamines for treatment of allergic rhinitis—an IPD metaanalysis of 140,853 patients. *Allergol Int.* 2013;62:215-222.
89. Casale TB, Blaiss MS, Gelfand E, et al. First do no harm: managing antihistamine impairment in patients with allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2003;111(5):S835-S842.
90. Kaiser HB, Goplan G, Chung W. Loratadine provides early symptom control in seasonal allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc.* 2008;29(6):654-658.
91. Yamamoto H, Yonekura S, Sakurai D, et al. Comparison of nasal steroid with antihistamine in prophylactic treatment against pollinosis using an environmental challenge chamber. *Allergy Asthma Proc.* 2012;33(5):397-403.
92. Juniper EF, Guyatt FH, Ferris PJ, et al. First-line treatment of seasonal (ragweed) rhinoconjunctivitis: a randomized management trial comparing a nasal steroid spray and a nonsedating antihistamine. *CMAJ.* 1997;156(8):1123-1131.
93. Nickels AS, Dimov V, Wolf R. Pharmacokinetic evaluation of Olopatadine for the treatment of allergic rhinitis and conjunctivitis. *Expert Opin Drug Metab Toxicol.* 2011;7:1593-1599.
94. Horak F, Zieglmayer UP, Zieglmayer R, et al. Azelastine nasal spray and Desloratadine tablets in pollen-induced seasonal allergic rhinitis: a pharmacodynamic study of onset of action and efficacy. *Curr Med Res Opin.* 2006;22:151-157.
95. Kaliner MA, Berger WE, Ratner PH, et al. The efficacy of intranasal antihistamines in the treatment of allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2011;106:S6-S11.
96. LaForce CF, Corren J, Wheeler WJ, et al. Efficacy of Azelastine nasal spray in seasonal allergic rhinitis patients who remain symptomatic after treatment with Fexofenadine. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2004;93:154-159.
97. Berger WE, White MV; Rhinitis Study Group. Efficacy of Azelastine nasal spray in patients with an unsatisfactory response to loratadine. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2003;91:205-211.
98. Patel P, Roland PS, Marple BF, et al. An assessment of the onset and duration of action of olopatadine nasal spray. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;137:918-924.
99. Kaliner MA. Azelastine and Olopatadine in the treatment of allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2009;103:373-380.
100. Carr WW, Ratner P, Munzel U, et al. Comparison of intranasal Azelastine to intranasal fluticasone propionate for symptom control in moderate-to-severe seasonal allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc.* 2012;33:450-458.

101. Hampel FC, Ratner PH, Van Bavel J, et al. Double-blind, placebo-controlled study of azelastine and fluticasone in a single nasal spray delivery device. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2010;105:168-173.
102. Wilson AM, O'Byrne PM, Parameswaran K. Leukotriene receptor antagonists for allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med.* 2004;116:338-344.
103. Gonyeau MJ, Partisano AM. A clinical review of montelukast in the treatment of seasonal allergic rhinitis. *Formulary.* 2003;38:368-378.
104. Grainger J, Drake-Lee A. Montelukast in allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Otolaryngol.* 2006;31:360-367.
105. Rodrigo GJ, Yanez A. The role of antileukotriene therapy in seasonal allergic rhinitis: a systematic review of randomized trials. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2006;96:779-786.
106. Nayak A, Langdon RB. Montelukast in the treatment of allergic rhinitis: an evidence-based review. *Drugs.* 2007;67:887-901.
107. Mucha SM, deTineo M, Naclerio RM, et al. Comparison of montelukast and pseudoephedrine in the treatment of allergic rhinitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;132:164-172.
108. Papadopoulos NG, Philip G, Giezek H, et al. The efficacy of montelukast during the allergy season in pediatric patients with persistent asthma and seasonal aeroallergen sensitivity. *J Asthma.* 2009;46:413-420.
109. Philip G, Hustad CM, Malice MP, et al. Analysis of behavior-related adverse experiences in clinical trials of montelukast. *J Allergy Clin Immunol.* 2009;124:699-706.
110. Badorrek P, Dick M, Schauerte A, et al. A combination of cetirizine and pseudoephedrine has therapeutic benefits when compared to single drug treatment in allergic rhinitis. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2009;47(2):71-77.
111. Meltzer EO, LaForce C, Ratner P, et al. MP29-02 (a novel intranasal formulation of azelastine hydrochloride and fluticasone propionate) in the treatment of seasonal allergic rhinitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of efficacy and safety. *Allergy Asthma Proc.* 2012;33(4):324-332.
112. Carr W, Bernstein JP, Lieberman P, et al. A novel intranasal therapy of azelastine with fluticasone for the treatment of allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2012;129:1282-1289.
113. Meltzer EO, Bernstein DI, Prenner BM, et al. Mometasone furoate nasal spray plus oxymetazoline nasal spray: short-term efficacy and safety in seasonal allergic rhinitis. *Am J Rhinol Allergy.* 2013;27(2):102-108.
114. Baroody FM, Brown D, Gavanescu L, et al. Oxymetazoline adds to the effectiveness of fluticasone furoate in the treatment of perennial allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2011;127:927-934.
115. Matreja PS, Gupta V, Kaur J, et al. Efficacy of fluticasone and oxymetazoline as the treatment for allergic rhinitis. *J Clin Diagn Res.* 2012;6:85-88.
116. Sussman GL, Mason J, Compton D, et al. The efficacy and safety of fexofenadine HCl and pseudoephedrine, alone and in combination, in seasonal allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol.* 1999;104(1):100-106.

117. Kaiser HB, Banov CH, Berkowitz RR, et al. Comparative efficacy and safety of once-daily versus twice-daily loratadine pseudoephedrine combinations versus placebo in seasonal allergic rhinitis. *Am J Ther.* 1998;5(4):245-251.
118. Salerno SM, Jackson JL, Berbano EP. Effect of oral pseudoephedrine on blood pressure and heart rate: a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2005;165(15):1686-1694.
119. Schenkel E, Corren J, Murray JJ. Efficacy of once-daily desloratadine/pseudoephedrine for relief of nasal congestion. *Allergy Asthma Proc.* 2002;23(5):325-330.
120. Berkowitz RB, McCafferty F, Lutz C, et al. Onset of action of fexofenadine hydrochloride 60 mg/pseudoephedrine hydrochloride 120 mg in subjects aged 12 years with moderate to severe seasonal allergic rhinitis: a pooled analysis of two single-dose, randomized, double-blind, placebo-controlled allergen exposure unit studies. *Clin Ther.* 2006;28(10):1658-1669.
121. Pleskow W, Grubbe R, Weiss S, et al. Efficacy and safety of an extended-release formulation of desloratadine and pseudoephedrine vs the individual components in the treatment of seasonal allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2005;94(3):348-354.
122. Chervinsky P, Nayak A, Rooklin A, et al. Efficacy and safety of desloratadine/pseudoephedrine tablet, 2.5/120 mg two times a day, versus individual components in the treatment of patients with seasonal allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc.* 2005;26(5):391-396.
123. Di Lorenzo G, Pacor ML, Pellitteri ME, et al. Randomized placebo-controlled trial comparing fluticasone aqueous nasal spray in mono-therapy, fluticasone plus cetirizine, fluticasone plus montelukast and cetirizine plus montelukast for seasonal allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy.* 2004;34(2):259-267.
124. Pullerits T, Praks L, Ristioja V, et al. Comparison of a nasal glucocorticoid, antileukotriene, and a combination of antileukotriene and antihistamine in the treatment of seasonal allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2002;109(6):949-955.
125. Lu S, Malice MP, Dass SB, et al. Clinical studies of combination montelukast and loratadine in patients with seasonal allergic rhinitis. *J Asthma.* 2009;46(9):878-883.
126. Ciebiada M, Barylski M, Gorska Ciebiada M. Nasal eosinophilia and serum soluble intercellular adhesion molecule 1 in patients with allergic rhinitis treated with montelukast alone or in combination with desloratadine or levocetirizine. *Am J Rhinol Allergy.* 2013;27(2):e58-e62.
127. Watanasomsiri A, Poachanukoon O, Vichyanond P. Efficacy of montelukast and loratadine as treatment for allergic rhinitis in children. *Asian Pac J Allergy Immunol.* 2008;26(2-3):89-95.
128. Lombardo G, Quattrocchi P, Lombardo GR, et al. Concomitant levocetirizine and montelukast in the treatment of seasonal allergic rhinitis: influence on clinical symptoms. *Italian Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 2006;16:63-68.
129. Cingi C, Gunhan K, Gage-White L, et al. Efficacy of leukotriene antagonists as concomitant therapy in allergic rhinitis. *Laryngoscope.* 2010;120:1718-1723.



130. Yamamoto H, Yamada T, Sakashita M, et al. Efficacy of prophylactic treatment with montelukast and montelukast plus add-on loratadine for seasonal allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc.* 2012;33(2):e17-e22.
131. Anolik R. Clinical benefits of combination treatment with mometasone furoate nasal spray and loratadine vs monotherapy with mometasone furoate in the treatment of seasonal allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2008;100(3):264-271.
132. Nasser M, Fedorowicz Z, Aljufairi H, et al. Antihistamines used in addition to topical nasal steroids for intermittent and persistent allergic rhinitis in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(7):CD006989.
133. Sikora JM, Tankersley MS. Perception and practice of sublingual immunotherapy among practicing allergists in the United States: a follow-up survey. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2013;110: 194-197.
134. Lin SY, Erekosima N, Kim JM, et al. Sublingual immunotherapy for the treatment of allergic rhinoconjunctivitis and asthma: a systematic review. *JAMA.* 2013;309(12):1278-1288.
135. Cox L, Nelson H, Lockey R, et al. Allergen immunotherapy: a practice parameter third update. *J Allergy Clin Immunol.* 2011;121:S1-S55.
136. Erekosima N, Suarez-Cuervo C, Ramanathan M, et al. Effectiveness of subcutaneous immunotherapy for allergic rhinoconjunctivitis and asthma: a systematic review. *Laryngoscope.* 2014;124(3):616-627.
137. Calderon MA, Alves B, Jacobson M, et al. Allergen injection immunotherapy for seasonal allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1):CD001936.
138. Matricardi PM, Kuna P, Panetta V, et al. Subcutaneous immunotherapy and pharmacotherapy in seasonal allergic rhinitis: a comparison based on meta-analyses. *J Allergy Clin Immunol.* 2011;128(4):791-799.
139. Wilson DR, Torres LI, Durham SR. Sublingual immunotherapy for allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(2):CD002893.
140. Radulovic S, Wilson D, Calderon M, et al. Systematic reviews of sublingual immunotherapy (SLIT). *Allergy.* 2011;66(6):740-752.
141. Calderon MA, Penagos M, Sheikh A, et al. Sublingual immunotherapy for allergic conjunctivitis: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Allergy.* 2011;41(9):1263-1272.
142. Moller C, Dreborg S, Ferdousi HA, et al. Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (the PAT-study). *J Allergy Clin Immunol.* 2002;109(2):251-256.
143. Dretzke J, Meadows A, Novielli N, et al. Subcutaneous and sublingual immunotherapy for seasonal allergic rhinitis: a systematic review and indirect comparison. *J Allergy Clin Immunol.* 2013;131(5):1361-1366.
144. Chelladurai Y, Suarez-Cuervo C, Erekosima N, et al. Effectiveness of subcutaneous versus sublingual immunotherapy for the treatment of allergic rhinoconjunctivitis and asthma: a systematic review. *J Allergy Clin Immunol Practice.* 2013;1(4):361-369.
145. Di Bona D, Plaia A, Leto-Barone MS, et al. Efficacy of subcutaneous and sublingual immunotherapy with grass allergens for seasonal allergic rhinitis: a meta-analysis based comparison. *J Allergy Clin Immunol.* 2012;130:1097-1107.

146. Passali D, Passali FM, Damiani V, et al. Treatment of inferior turbinate hypertrophy: a randomized clinical trial. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2003;112:683-688.
147. Lee JY, Lee JD. Comparative study on the long-term effectiveness between coblation and microdebrider assisted partial turbinoplasty. *Laryngoscope*. 2006;116(5):729-734.
148. Gunhan K, Unlu H, Yuceturk AV, et al. Intranasal steroids or radiofrequency turbinoplasty in persistent allergic rhinitis: effects on quality of life and objective parameters. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2011;268(6):845-850.
149. Fukazawa K, Ogasawara H, Tomofuji S, et al. Argon plasma surgery for the inferior turbinate of patients with perennial nasal allergy. *Laryngoscope*. 2001;11(1):147-152.
150. Mori S, Fujieda S, Yamada T, et al. The long-term effect of submucous turbinectomy for patients with perennial allergic rhinitis was assessed. *Laryngoscope*. 2002;112(5):865-869.
151. Schafer T, Riehl A, Wichmann H, et al. Alternative medicine in allergies: prevalence, patterns of use, and costs. *Allergy*. 2002;57:694-700.
152. Passalacqua G, Bousquet P, Carlsen K, et al. ARIA update: I—systematic review of complementary and alternative medicine for rhinitis and asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2006;117:1054-1062.
153. Ng DK, Chow PY, Ming SP, et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of acupuncture for the treatment of childhood persistent allergic rhinitis. *Pediatrics*. 2004;114:1242-1247.
154. Lee MS, Pittler MH, Shin BC, et al. Acupuncture for allergic rhinitis: a systematic review. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2009;102:269-279.
155. Seidman MD. Allergies and asthma: alternatives in treatment. *Hearing Health*. 1999;15(1):34-38.
156. Paediatric Allergy Care Pathways Project – Audit Criteria. 2011. [www.ubht.nhs.uk/clinicalaudit](http://www.ubht.nhs.uk/clinicalaudit).

## Տեղեկություններ աշխատանքային խմբի վերաբերյալ

### Պատասխանատու համակարգող

**Գամբարով Սպարտակ Սեմյոնի**՝ Բ.Գ.Պ., պրոֆեսոր, ԵՊԲՀ կլինիկական իմունոլոգիայի և ալերգոլոգիայի ամբիոնի վարիչ, Հերացի թիվ 1 համալսարանական հիվանդանոցի կլինիկական իմունոլոգիայի և ալերգոլոգիայի բաժանմունքի վարիչ:

**Կալիկյան Զարուհի Գևորգի**, Բ.Գ.Թ., ԵՊԲՀ կլինիկական իմունոլոգիայի և ալերգոլոգիայի ամբիոնի ավագ դասախոս, ԵՊԲՀ օտարերկրացիների նախապատրաստական ուսուցման բաժնի պետ, բժիշկ ալերգոլոգ – իմունոլոգ: Էլ.հասցե՝ [zkalikyan@yandex.ru](mailto:zkalikyan@yandex.ru)

**Հակոբյան Արմինե Վիլենի**, Բ.Գ.Թ., ԵՊԲՀ կլինիկական իմունոլոգիայի և ալերգոլոգիայի ամբիոնի վարիչի պաշտոնակատար, Հերացի թիվ 1 համալսարանական հիվանդանոցի կլինիկական իմունոլոգիայի և ալերգոլոգիայի կլինիկայի ղեկավար:

Էլ.հասցե՝ [arminehakobyan.v@gmail.com](mailto:arminehakobyan.v@gmail.com)

**Հարությունյան Սոնա Մերգելի**, Բ.Գ.Թ., ԵՊԲՀ կլինիկական իմունոլոգիայի և ալերգոլոգիայի ամբիոնի դոցենտ, Միքայելյան համալսարանական հիվանդանոցի կլինիկական իմունոլոգիայի և ալերգոլոգիայի բաժանմունքի բժիշկ ալերգոլոգ – իմունոլոգ:

Էլ.հասցե՝ [sonaallergy1@mail.ru](mailto:sonaallergy1@mail.ru)

**Կծոյան Լուսնթագ Արծրունու**, Բ.Գ.Թ., ԵՊԲՀ կլինիկական իմունոլոգիայի և ալերգոլոգիայի ամբիոնի դոցենտ, Արաբկիր բժշկական կենտրոնի բժիշկ ալերգոլոգ – իմունոլոգ: Էլ.հասցե՝ [iktsoyan52@mail.ru](mailto:iktsoyan52@mail.ru)

**Գաբրիելյան Արսեն Ռոբերտի**, Բ.Գ.Թ., ԵՊԲՀ կլինիկական իմունոլոգիայի և ալերգոլոգիայի ամբիոնի ավագ դասախոս, Հերացի թիվ 1 համալսարանական հիվանդանոցի կլինիկական իմունոլոգիայի և ալերգոլոգիայի բաժանմունքի բժիշկ ալերգոլոգ – իմունոլոգ:

Էլ.հասցե՝ [13arsen73@mail.ru](mailto:13arsen73@mail.ru)

**Զախարյան Ալեքսանդրա Սպարտակի**, ԵՊԲՀ կլինիկական իմունոլոգիայի և ալերգոլոգիայի ամբիոնի դասախոս, բժիշկ ալերգոլոգ – իմունոլոգ: Էլ.հասցե՝ [alexandra-zak@rambler.ru](mailto:alexandra-zak@rambler.ru)

### **Շնորհակալական խոսք**

Պատասխանատու համակարգողը իր երախտագիտությունն է հայտնում աշխատանքային խմբի բոլոր անդամների, ինչպես նաև սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գիտելիքները տրամադրած գործընկերներին:

## Բովանդակություն

Ամփոփում.....	3
Հապավումների ցանկ .....	4
Նախաբան.....	5
Մեթոդաբանություն.....	5
Համաճարակաբանություն .....	7
Դասակարգում.....	7
Պատճառագիտություն .....	8
Ռիսկի գործոններ .....	9
Ախտածնություն .....	11
Կլինիկա .....	12
Ախտորոշում.....	14
Բուժում .....	20
Օգտագործված գրականության ցանկ .....	33
Տեղեկություններ աշխատանքային խմբի վերաբերյալ.....	43
Բովանդակություն.....	44
<i>Հավելվածներ.....</i>	<i>45</i>

**Ապացուցելիության աստիճանների և խորհուրդների որակի սանդղակ**

<b>Ապացուցելիության աստիճանները</b>		
<b>Աստիճան</b>	<b>Ապացույցների որակը ախտորոշման համար</b>	<b>Ապացույցների որակը բուժման համար</b>
A	Հետևողականորեն կիրառված չափանիշներով և կոյր լայնական հետազոտությունների համակարգային ամփոփում:	Լավ մշակված պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումներ (ՊԲՎՓ) ուղեցույցի թիրախային տարիքային խմբին համապատասխան ազգաբնակչության շրջանում:
B	Հետևողականորեն կիրառված չափանիշներով և կոյր լայնական առանձին հետազոտություններ:	Պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումներ (ՊԲՎՓ). Ճնշող մեծամասնության ապացույցները ստացվում են դիտարկումային հետազոտություններից:
C	Ոչ հաջորդական, դեպ-վերահսկում, կամ աղքատ, ոչ անկախ, կամ ոչ հետևողականորեն կիրառված չափանիշներով հետազոտություններ:	Դիտարկումային հետազոտություններ (դեպ-վերահսկում և կոհորտային)
D	Մեխանիզմների վրա հիմնված հաղորդումներ:	պատճառաբանումներ կամ դեպքերի
X	Բացառիկ իրավիճակներ, որտեղ վավերացման հետազոտություններ չեն կարող իրականացվել, և օգուտը հստակ գերազանցում է վնասը:	
<b>խորհուրդների որակը</b>		
<b>Ուժը</b>	<b>Բնորոշում</b>	<b>Կատարում</b>
Ուժեղ խորհուրդ	Նշանակում է, որ օգուտը զգալիորեն և հստակ գերազանցում է վնասը կամ հակառակը՝ ուժեղ հակադիր խորհրդի դեպքում և ապացույցների որակը գերազանց է (A կամ B աստիճանի):	Մասնագետները պետք է հետևեն ուժեղ խորհրդին՝ անկախ հստակ այլընտրանքի առկայությունից:
խորհուրդ	Նշանակում է, որ օգուտը գերազանցում է վնասը կամ հակառակը՝ հակադիր խորհրդի դեպքում, սակայն ապացույցների որակը այդքան բարձր չէ (B կամ C աստիճանի):	Մասնագետները պետք է հիմնականում հետևեն խորհրդին, սակայն պետք է զգոն լինեն նոր տեղեկատվության հանդեպ և հաշվի առնեն պացիենտի նախընտրությունները:
Կարծիք	Նշանակում է, որ կամ ապացույցների որակն է կասկածելի (D), կամ լավ որակի ապացույցները (A, B, կամ C) չեն ցուցաբերում բացահայտ առավելություններ մեկը մյուսի համեմատ:	Մասնագետները պետք է ճկուն լինեն որոշումների կայացման առումով, թեև նրանք կարող են կայացնել այլընտրանքային որոշում, պացիենտների նախընտրությունները պետք է ունենան էական նշանակություն:
խորհուրդ չկա	Նշանակում է չկա ապացույց, կամ այն կասկածելի է (D) և ոչ հստակ հավասարակշռություն օգուտի և վնասի միջև:	Մասնագետները պետք է փոքր-ինչ սահմանափակեն որոշում կայացնելու գործառույթը և զգոն լինեն նոր ապացույցների հանդեպ, որոնք կթեքեն օգուտ-վնաս հավասարակշռությունը դեպի օգուտը, պացիենտների նախընտրությունները պետք է ունենան էական նշանակություն:

**ԱՌ-ի բուժման տարբեր դեղախմբերի և եղանակների արդյունավետության ապացուցելիության աստիճանները ըստ ձևի և տարիքի**

Դեղամիջոց, եղանակ	ՄԱՌ	ՄԱՌ երեխ.	ՇԱՌ	ՇԱՌ երեխ.
Օրալ H <sub>1</sub> պաշարիչներ	A	A	A	A
Ներքթային H <sub>1</sub> պաշարիչներ	A	A	A	A
Ներքթային ստերոիդներ	A	A	A	A
Ներքթային կրոմոններ	A	A	A	A
Հակալեյկոտրիենայիններ	A	A (>6տ)	A	-
Ենթամաշկային ԱԲԻԹ	A	A	A	A
Ենթալեզվային ԱԲԻԹ	A	A	A	B
Ալերգենից խուսափում	D	D	A	B

**Ուղեցույցի խորհուրդների ամփոփում**

Միջամտություն	Խորհուրդ	Ուժ
Պացիենտի անամնեզ և ֆիզիկալ զննում	Պետք է ախտորոշել ԱՌ, եթե պացիենտը նշում է որևէ պատճառային ալերգեն և ունի հետևյալ նշաններից մեկը կամ ավելին. Քթի փակվածություն, քթահոսություն, քոր քթի մեջ կամ փռոտոցներ: ԱՌ-ի եզրակացությունը ալերգիկ որևէ պատճառի առկայությամբ ներառում է, սակայն չի սահմանափակվում միայն որոշակի ախտանշաններով, օրինակ՝ քթի փակվածություն, հասարակ ռինոռեա, քթի լորձաթաղանթի գունատություն և աչքերի կարմրություն և արցունքահոսություն:	Խորհուրդ
Ալերգիկ թեստեր	Պետք է կատարել և մեկնաբանել կամ ուղեգրել այն մասնագետի մոտ, որը կարող է կատարել և մեկնաբանել այն ԱՌ-ի կլինիկական ախտորոշումով պացիենտների IgE սենսիբիլիզացիայի հայտնաբերման հետազոտությունները	Խորհուրդ

	(մաշկային փորձերով կամ արյան շիճուկի մեջ), որոնք չեն արձագանքում էմպիրիկ բուժմանը, կամ նրանց ախտորոշումը անորոշ է, կամ հարկավոր է հստակ պարզել պատճառային պլերգենը թիրախային թերապիա կատարելու համար:	
Ճառագայթային հետազոտություններ	Պետք չէ նշանակել քթային խորշերի պարտադիր ճառագայթային հետազոտություններ (Ռենտգեն կամ համակարգչային տոմոգրաֆիա), ԱՌ-ի ախտանշանների առկայության դեպքում:	Խորհուրդ (հակադիր)
Շրջակա միջավայրի գործոններ	Կարելի է խորհուրդ տալ խուսափել հայտնի պատճառային պլերգեններից կամ վերահսկել շրջակա միջավայրի ազդեցությունը (օրինակ՝ հեռացնել տնային կենդանիներին, տեղադրել օդափոխիչներ, վերացնել ծածկոցները, օգտագործել ակարիցիդ նյութեր և այլն) այն պացիենտներին, որոնց ԱՌ-ի պատճառային պլերգենը հայտնի է և այն համապատասխանում է առկա կլինիկական նշաններին:	Կարծիք
Քրոնիկ վիճակներ և ուղեկցող հիվանդություններ	Պետք է գնահատել, գնահատել և գրանցել ԱՌ-ի ախտորոշումով պացիենտի բժշկական քարտերում այլ ուղեկցող այնպիսի հիվանդությունների առկայությունը, ինչպիսիք են՝ բրոնխային ասթման, ատոպիկ մաշկաբորբը, քնի ժամանակ շնչառության խանգարումները, կոնյունկտիվիտը, ռինոսինուսիտը և միջին ականջի օտիտը:	Խորհուրդ
Տեղային ստերոիդներ	Պետք է նշանակել ներքթային ստերոիդներ ԱՌ-ի ախտորոշումով այն պացիենտներին, որոնց քթային ախտանշանները ազդում են կյանքի որակի վրա:	Ուժեղ խորհուրդ
Օրալ հակա-հիստամինայիններ	Պետք է նշանակել երկրորդ սերնդի/քիչ սեղատիվ օրալ հակահիստամինայիններ ԱՌ-ով այն պացիենտներին, որոնց առաջնային զանգատները փոշոտոցներն են և քթի քորը:	Ուժեղ խորհուրդ

Ներքթային հակա- հիստամինայիններ	Կարելի է առաջարկել ներքթային հակահիստամինայինները սեզոնային, ընդմիջվող կամ էպիզոդիկ ԱՌ-ով պացիենտներին:	Կարծիք
Լեյկոտրիենային ընկալիչների անտագոնիստներ (LSCU)	Պետք չէ առաջարկել հակալեյկոտրիենայինները, որպես ԱՌ-ի առաջնային բուժման միջոցներ:	Խորհուրդ (հակադիր)
Համակցված բուժում	Կարելի է առաջարկել համակցված դեղորայքային բուժում ԱՌ-ով այն պացիենտներին, որոնք համարժեքորեն չեն արձագանքում մոնոթերապիային:	Կարծիք
Իմունաթերապիա	Պետք է առաջարկել, կամ ուղեգրել այն մասնագետի մոտ, որը կարող է առաջարկել իմունաթերապիայի (ենթալեզվային կամ ենթամաշկային) եղանակը ԱՌ-ով այն պացիենտներին, որոնք համարժեքորեն չեն արձագանքում դեղորայքային բուժմանը (անկախ շրջակա միջավայրի գործոնների վերահսկողությունից):	Խորհուրդ
Ստորին քթային խեցիների վիրահատական փոքրացում	Կարելի է առաջարկել կամ ուղեգրել վիրաբույժի մոտ՝ ստորին քթային խեցիների վիրահատական փոքրացման համար ԱՌ-ով այն պացիենտներին, որոնք դրանց հետևանքով ունեն քթային օբստրուկցիա և լայնացած քթային խեցիներ և չեն արձագանքում դեղորայքային բուժմանը:	Կարծիք
Ասեղնաբուժություն	Կարելի է առաջարկել կամ ուղեգրել ասեղնաբույժի մոտ ԱՌ-ով այն պացիենտներին, որոնք ցանկանում են բուժվել ոչ դեղորայքային եղանակներով:	Կարծիք
Բուսաբուժություն	ԱՌ-ով պացիենտներին խորհուրդ չի տրվում բուժվել բուսաբուժության եղանակներով:	