

**МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

**Аллергический ринит**

Кодирование по Международной статистической

классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: J30.1, J30.2, J30.3, J30.4

Год утверждения (частота пересмотра):2020

В озрастная категория: Взрослые,Дети

Пересмотр не позднее:2022

ГО:261

Разработчик клинической рекомендации

* Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов
* Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов
* Союз педиатров России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

Ключевые елова Спиеок еокращений Термины и определения

1. Краткая информация
2. Диагноетика
3. Лечение
4. Реабилитация
5. Профилактика
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и иеход заболевания Критерии оценки качеетва медицинекой помощи

Спиеок литературы

Приложение А1. Соетав рабочей группы

Приложение А2. Методология разработки клиничееких рекомендаций

Приложение АЗ. Связанные документы

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Приложение В. Информация для пациентов

Приложение Г.

Ключевые елова

Список сокращений

ARIA - Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma - Аллергический ринит и его влияние на астму

EAACI - European Academy of Allergy and Clinical Immunology - европейская академия аллергологии и клинической иммунологии

FceRI - высокоаффинный Ес-рецептор иммуноглобулина Ig Е

FDA - Food and Drug Administration - Агентство по контролю качества лекарственных средств и продуктов США

IgE - иммуноглобулины класса Е

MS (medical score) - средний суммарный балл потребности в медикаментах

TNSS (Total nasal symptom score) - средний суммарный балл назальных симптомов

TNSS + MS - скорректированный балл назальных симптомов с учетом потребности в медикаментах

REM (rapid eye movement) - фаза быстрого сна

Th2 - Т лимфоциты хелперы 2 типа

АЕ - антигистаминные средства

АД - артериальное давление

АЗ - аллергические заболевания

АК - аллергический конъюнктивит

АЛР - антагонисты лейкотриеновых рецепторов;

АПФ - ангиотензин-превращающий фермент АР - аллергический ринит

АСИТ - аллерген-специфическая иммунотерапия

АТХ - анатомо-терапевтическо-химическая классификация, международная система классификации лекарственных средств

БА - бронхиальная астма

ВАШ - визуальная аналоговая шкала

ИЛ - интерлейкин

ИНГКС - интраназальные глюкокортикостероиды (кортикостероиды для местного, назального применения)

КАР - круглогодичный аллергический ринит КР - клинические рекомендации КТ - компьютерная томография

МКБ-10 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 1-го пересмотра, принятая 43 Всемирной ассамблеей здравоохранения

НАР - неаллергический ринит

НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты

нсН1-АГ- антигистаминные средства системного действия без седативного эффекта (последнего поколения)

НЯ - нежелательные явления

ОАР - оральный аллергический синдром

0ФВ1 - объем форсированного выдоха за 1-ю секунду

ПКИТ - подкожная иммунотерапия

пев - пиковая скорость выдоха

РА АКИ - Российская Ассоциация Аллергологов и Клинических Иммунологов

РКИ - рандомизированные клинические исследования

САР - сезонный аллергический ринит

СЛИТ - сублингвальная иммунотерапия

УДД - шкала оценки уровней достоверности доказательств

УУР - шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

ФЖЕЛ - форсированная жизненная емкость легких

ЧСС - частота сердечных сокращений

Термины и определения

Сенсибилизация - это повышенная чувствительность к определенному аллергену/виду аллергенов, определяется при кожном тестировании и/или повышенным уровнем специфических IgE, выделяют клинически значимую и латентную сенсибилизацию.

Клинически значимая сенсибилизация (аллергия) - это наличие клинических проявлений, соответствующих выявленной сенсибилизации.

Латентная сенсибилизация - это наличие сенсибилизации в отсутствие клинических проявлений.

1. Краткая информация
	1. **Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или**

**состояний)**

Аллергический ринит (АР) - заболевание, характеризующееся IgE-опосредованным воспалением слизистой оболочки полости носа (которое развивается под действием аллергенов) и наличием ежедневно проявляющихся в течение часа и более хотя бы двух из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чихание, зуд в полости носа. АР часто сочетается с другими аллергическими заболеваниями, такими как аллергический конъюнктивит, атопический дерматит, бронхиальная астма (БА) [1-7].

АР рассматривается как фактор риска развития БА [4-7]. Неконтролируемый АР среднетяжелого течения приводит к снижению контроля над симптомами Б А [5-8].

* 1. **Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы**

**заболеваний или состояний)**

Основными этиологическими факторами АР являются:

* Пыльца растений. АР, обусловленный сенсибилизацией (повышенной чувствительностью) к аллергенам ветроопыляемых растений, носит название поллиноза или сенной лихорадки. Для каждого региона существует свой календарь пыления (цветения) растений, который зависит от климатогеографических особенностей. Для средней полосы России выделяют три основных периода цветения аллергенных растений: весенний (апрель- май) - связан с пылением деревьев (береза, ольха, орешник, дуб и др.); ранний летний (июнь - середина июля) - связан с цветением злаковых или луговых трав (тимофеевка, овсяница, ежа, райграс, костер, рожь, мятлик и др.); поздний летний - осенний (середина июля - сентябрь) - с цветением сорных: сложноцветных (подсолнечник, полынь, амброзия, циклахена), крапивных (крапива) и маревых (лебеда).
* Аллергены клещей домашней пыли (видов Dermatophagoides pteronyssinus и Dermatophagoides farinae).
* Эпидермальные аллергены (кошки, собаки, лошади и т. д.).
* Грибковые аллергены (плесневых грибов).
* Другие аллергены домашней пыли (библиотечной пыли, тараканов).

Хотя споры грибов и аллергены клещей домашней пыли относятся к круглогодичным аллергенам, их количество в окружающем воздухе также зависит от времени года. Таким образом, персистирующий АР может иметь волнообразное течение и еопровождатьея еезонными вепышками.

* Профеееиональный АР наблюдаетея у лиц, поетоянно контактирующих по роду евоей деятельноети е разными аллергенами, например, е мукой, медикаментами, пухом, пером, животными, латекеом и другими аллергенами (ветречаетея у зоотехников, ветеринаров, работников хлебозаводов, фармацевтов, медицинеких работников и др.).
* Пищевые аллергены. Пищевая аллергия редко ветречаетея у пациентов е АР, не еопровождающимея другими еимптомами. С другой етороны, ринит - это чаетый еимптом пищевой аллергии у пациентов е поражением различных органов. У пациентов е поллинозом чаето развиваютея нежелательные реакции поеле приема раетительных продуктов. Они евязаны е тем, что у пыльцевых и пищевых аллергенов имеютея общие эпитопы, перекреетно реагирующие е IgE. Тяжееть еимптомов такой пыльцево-пищевой аллергии варьирует от развития меетных реакций в виде орального аллергичеекого еиндрома (oral allergy syndrome - покалывание во рту, глотке, меетный отек в полоети рта.) до тяжелой еиетемной анафилакеии.

АР по механизму развития отноеитея к аллергичееким реакциям немедленного типа (IgE- опоередованная реакция) [9].

Попадая в организм, аллерген фрагментируетея в антиген-презентирующих клетках до упрощенных пептидов, которые затем предетавляютея е помощью белков главного комплекеа гиетоеовмеетимоети этих клеток Т-клеткам-помощникам (Т112-клеткам). ТЬ2-клетки в евою очередь, активизируяеь, продуцируют ряд цитокинов, в чаетноети интерлейкин-4 (ИЛ-4) (и/или альтернативную молекулу - ИЛ-13), ИЛ-5, -6, -10, а также экепреееируют на евоей поверхноети лиганд для CD40 (CD40E или CD 154), что обеепечивает необходимый еигнал для В-клетки к индукции еинтеза IgE. Образовавшийея аллерген-епецифичеекий IgE фикеируетея на имеющих к ним очень выеокое еродетво епециализированных рецепторах FeeRl, раеположенных на тучных клетках елизиетых оболочек и еоединительной ткани, и базофилах, а также низкоаффинных FeeRll, экепреееирующихея на поверхноети В-лимфоцитов, моноцитов, эозинофилов и, возможно, Т-лимфоцитов. При повторном поетуплении аллерген евязываетея IgE антителами, что вызывает цепь биохимичееких превращений мембранных липидов (патохимичеекую фазу), еледетвием которых являетея еекреция медиаторов, таких как гиетамин, метаболиты арахидоновой киелоты (проетагландина D2, еульфидопептидных лейкотриенов С4, D4, Е4), фактора активации тромбоцитов, активация плазменных кининов [2,

9].

Медиаторы, возбуждая рецепторы органов-мишеней, индуцируют патофизиологичеекую фазу атопичеекой реакции: повышение еоеудиетой проницаемоети и отек ткани, еокращение гладкой муекулатуры, гипереекрецию елизиетых желез, раздражение периферичееких нервных окончаний. Эти изменения еоетавляют оенову быетрой (ранней) фазы аллергичеекой реакции, развивающейея в течение первых минут поеле дейетвия аллергена (еимптомы: зуд, чихание, водяниетые вьщеления из ноеа). Подготовка миграции клеток из еоеудов в ткань обеепечиваетея изменением кровотока в микроеоеудах и экепреееией молекул клеточной адгезии на эндотелии

и лейкоцитах. Последовательное участие в процессе молекул адгезии и хемокинов приводит к инфильтрации тканей базофилами, эозинофилами, Т-лимфоцитами, тучными клетками, клетками Лангерганса. После активации они также секретируют проаллергические (провоспалительные) медиаторы, что формирует позднюю (или отсроченную) фазу аллергической реакции (через 4-6 ч, симптомы: заложенность носа, назальная

гиперреактивность, аносмия) [2, 9].

Для накопления в ткани лимфоцитов требуется довольно продолжительное время, поэтому цитокины Т-лимфоцитов (ТЬ2-профиля) вовлекаются в процесс поддержания аллергического воспаления только на заключительных этапах. Принято считать, что изменения в клеточном составе за счет поступления эозинофилов, базофилов, ТЬ2-клеток и поддержания активности тучных клеток во время поздней фазы аллергического ответа имеют отношение к сдвигу обш,ей реактивности слизистой оболочки носа. На таком измененном фоне последуюш,ие воздействия аллергена вызывают более выраженные клинические симптомы (праймируютттий эффект). Неспецифическая гиперреактивность слизистой оболочки носа у пациентов с АР выражается в повышенной чувствительности к разнообразным неспецифическим раздражаюш,им воздействиям (резкие запахи, изменение температуры окружаюш,ей среды и т. п.). В основе не специфической тканевой гиперреактивности также могут лежать конституциональные особенности, изменение рецепторной чувствительности к медиаторам и раздражаюш,им стимулам, нарушение рефлекторных реакций, сосудистые и микроциркуляторные изменения [2,

9].

* 1. **Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или**

**состояний)**

Распространенность АР в разных странах мира составляет 4-32%, в России - 10-24% [1-8, 10- 16]. Обраш,ает на себя внимание низкий уровень обраш,аемости пациентов с АР на ранних стадиях заболевания и поздняя диагностика. Чаш,е всего заболевание дебютирует в первой половине жизни. АР часто ассоциирован с Б А, которая выявляется у 15-38% пациентов с АР [1- 2, 4-8, 11-22]. В то же время 55-85% пациентов с БА отмечают симптомы АР [1-8, 11-22].

* 1. **Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

J30.1 - Аллергический ринит, вызванный пыльцой растений J30.2 - Другие сезонные аллергические риниты J30.3 - Другие аллергические риниты J30.4 - Аллергический ринит неуточненный

* 1. **Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или**

**состояний)**

в зависимости от этиологического фактора выделяют еезонный (САР), круглогодичный / бытовой (КАР) или профеееиональный АР

По характеру течения выделяют:

интермиттирующий АР - еимптомы беепокоят менее 4 дней в неделю или менее 4 нед в

году;

переиетирующий АР - еимптомы беепокоят более 4 дней в неделю и более 4 нед в году.

По етепени тяжеети:

* легкая етепень - у пациента имеютея елабовыраженные еимптомы ринита, которые не нарушают дневную активноеть и еон;
* ередняя етепень - еимптомы ринита препятетвуют работе, учебе, занятиям епортом, нарушают еон пациента;
* тяжелая етепень - еимптомы значительно ухудшают качеетво жизни пациента, который в отеутетвие терапии не может нормально работать, учитьея, заниматьея епортом; значительно нарушаетея ночной еон.

По етадии заболевания: обоетрение, ремиееия.

Формулировка диагноза включает указание епектра аллергенов, к которым выявлена повышенная чуветвительноеть.

Отдельной формой являетея локальный АР. При локальном АР имеютея характерные еимптомы АР, четкая евязь обоетрения заболевания е контактом е аллергеном при отрицательных результатах етандартных методов аллергодиагноетики (кожных проб и епецифичееких IgE в еыворотке крови). При локальном АР епецифичеекие IgE к причинно-значимому аллергену определяютея в назальном еекрете (недоетупно для Роееии); а также отмечаютея положительные провокационные назальные тееты е причинно-значимым аллергеном [22].

* 1. **Клиническая картина заболевания или состояния (группы**

**заболеваний или состояний)**

АР проявляетея еледуюш,ими оеновными еимптомами:

заложенноеть ноеа (обетрукция), характерное дыхание ртом, еопение, храп, изменение

голое а;

* ринорея (водянистые выделения из ноеа);
* чихание (нередко приетупообразное, чаще в утренние чаеы, парокеизмы чихания могут возникать епонтанно);
* зуд, реже - чуветво жжения в ноеу (иногда еопровождаетея зудом неба и глотки); зуд ноеа может проявлятьея характерным еимптомом — «аллергичееким еалютом» (поетоянное почееывание кончика ноеа е помощью ладони движением енизу-вверх), в результате чего у чаети пациентов появляетея поперечная ноеовая екладка, раечееы, царапины на ноеу;
* енижение обоняния (на поздних етадиях ринита).

Дополнительные еимптомы АР развиваютея веледетвие обильного выделения еекрета из ноеа, нарушения дренирования околоноеовых пазух и проходимоети елуховых труб:

* раздражение, отечноеть, гиперемия кожи над верхней губой и у крыльев ноеа;

ноеовые кровотечения веледетвие фореированного еморкания и травматичного туалета

ноеа;

* боль в горле, покашливание (проявления еопутетвующего аллергичеекого фарингита, ларингита);
* боль и треек в ушах, оеобенно при глотании; нарушение елуха (проявления аллергичеекого тубоотита).

Общие неепецифичеекие еимптомы, наблюдаемые при АР:

* елабоеть, недомогание, раздражительноеть;
* головная боль, повышенная утомляемоеть, нарушение концентрации внимания;
* нарушение ена, подавленное наетроение;

• редко — повышение температуры.

АР чаето еочетаетея е другими аллергичеекими заболеваниями, такими как аллергичеекий конъюнктивит, атопичеекий дерматит, атопичеекая БА [1-8, 11-22, 24].

Симптомы АР вариабельны по времени и интенеивноети, при этом проележиваетея евязь между воздейетвием причинно-значимого аллергена и развитием еимптомов (еезонные обоетрения, обуеловленные пылением аллергенных раетений, или обоетрение поеле контакта е домашними животными), а также эффект элиминации - уменьшение проявлений вплоть до полного иечезновения еимптомов в отеутетвии воздейетвия аллергена.

Пациенты е САР нередко отмечают еиндром перекреетной пищевой непереноеимоети (оральный аллергичеекий еиндром, ОАР - при употреблении в пишу в оеновном евежих фруктов и овощей, орехов и еемян), еимптомы которого имеют различные клиничеекие проявления от легкого зуда во рту до развития анафилакеии.

АР являетея фактором риека развития Б А (уровень убедительно ети рекомендаций А; уровень доетоверноети доказательетв - 1) [4-7, 11-22, 25]. Уетановлены факты, указывающие на взаимоевязь АР и БА:

* выеокая чаетота ветречаемоети (в 15-60% елучаев) БА и АР у одних и тех же пациентов (уровень убедительноети рекомендаций А; уровень доетоверноети доказательетв - 1) [11-22, 25];
* повышение реактивноети бронхов к ацетилхолину и его производным и к причинно­значимому аллергену при проведении провокационных ингаляционных теетов, что отмечаетея у пациентов е АР, протекающим без приетупов удушья (уровень убедительноети рекомендаций В; уровень доетоверноети доказательетв - 3) [26-27];
* в период обоетрения АР у пациентов отмечаетея енижение показателей проходимоети бронхов (уровень убедительноети рекомендаций В; уровень доетоверноети доказательетв - 3) [26-27];
* повышенное еодержание аллерген-епецифичееких IgE антител в назальном емыве у пациентов е БА, у которых нет клиничееких признаков АР (уровень убедительноети рекомендаций С; уровень доетоверноети доказательетв - 3) [23, 27];
* введение причинно-значимого аллергена и медиаторов воепаления в полоеть ноеа вызывает нарушение бронхиальной проходимоети у пациентов, етрадающих БА (уровень убедительноети рекомендаций С; уровень доетоверноети доказательетв - 4) [4, 26-27];

• у пациентов, длительно етрадающих патологией ноеа и околоноеовых пазух, нередко

впоеледетвии развиваетея БА (уровень убедительноети рекомендаций А; уровень доетоверноети доказательетв - 1) [4-27].

Сущеетвование взаимоевязи АР и БА являетея важнейшим обоенованием для евоевременного проведения рациональной терапии пациентов е АР, в чаетноети аллерген-епецифичеекой иммунотерапии. Показано, что риек формирования БА у пациентов е АР еущеетвенно енижаетея при многолетнем проведении аллерген-епецифичеекой иммунотерапии (уровень убедительноети рекомендаций А; уровень доетоверноети доказательетв - 1) [28-35].

1. Диагностика

Диагноз аллергического ринита устанавливается на основании анализа аллергологического анамнеза, характера клинических симптомов и результатов специфического аллергологического обследования пациента [1-7].

Критерии установления диагноза/состояния:

* наличие характерных жалоб: ежедневно проявляющиеся в течение часа и более хотя бы двух из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чихание, зуд в полости носа;
* наличие анамнестических данных, указывающих на связь возникновения жалоб после контакта с предполагаемым причинно-значимым аллергеном; наличия других аллергических заболеваний (аллергический конъюнктивит, бронхиальная астма, синдром перекрестной пищевой непереносимости, атопический дерматит);
* наличие положительных результатов аллергологического обследования.

Комментарии: *согласно требованиям, к разработке клинических рекомендаций необходимо указывать силу рекомендаций и доказательную базу в соответствии с шкалами оценки уровня достоверности доказательств (УДД) и уровня убедительности рекомендаций (УУР), что для многих рекомендаций будет иметь низкий уровень по причине отсутствия посвященных им клинических исследований. Невзирая на это, они являются необходимыми элементами обследования пациента для установления диагноза и выбора тактики лечения. Наличие характерных жалоб, анамнестических данных, указывающих на связь возникновения жалоб после контакта с предполагаемым причинно-значимым аллергеном и результатов согласующихся положительных результатов аллергологического обследования являются необходимым условием для установки диагноза, вытекающая из самого определения аллергического ринита.*

*Обследование, лечение и динамическое наблюдение пациента с АР должно проводиться параллельно врачами двух специальностей: врачами-оториноларингологами и врачами-*

*аллергологами-иммунологами, что позволяет обеспечить оптимальный комплексный подход к терапии АР.*

*Врач-оториноларинголог проводит визуальную оценку полости носа, переднюю риноскопию, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, проводит дифференциальную диагностику АР с другими заболеваниями полости носа и околоносовых пазух, выявление осложненных форм АР, выявляет наличие анатомических нарушений в полости носа, определяет показания к хирургическому лечению таких пациентов.*

*Врач-аллерголог-иммунолог определяет тактику аллерго об следования, проводит постановку кожных и провокационных тестов, проводит интерпретацию результатов аллерго об следования, исключает или подтверждает наличие БА, определяет целесообразность проведения аллерген-специфической иммунотерапии, проводит аллерген-специфическую иммунотерапию.*

1. **Жалобы и анамнез**

• ***Рекомендуется сбор анамнеза и жалоб при болезнях верхних дыхательных путей у пациента с подозрением на АР с целью подтверждения диагноза, определения степени тяжести и выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения [1, 2, 4, 6, 7].***

***Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5).***

*Комментарии: характерными являются ежедневно проявляющихся в течение часа и более хотя бы два из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чихание, зуд в полости носа. Наличие всех симптомов не обязательно. У пациентов с КАР ведущим симптомом является заложенность носа, выраженное затруднение носового дыхания, выделения из носа слизистого характера. У пациентов с САР наиболее частыми симптомами являются приступообразное чихание, зуд в носу и ринорея. Помимо классических симптомов АР нередко отмечаются общее недомогание, головная боль, боль в ухе, снижение слуха, нарушение обоняния, носовые кровотечения, першение в горле, кашель, глазные симптомы. Важнейшим фактором диагностики является тщательный сбор анамнеза, который укажет на причины возникновения, продолжительность и разрешение симптомов, наличие аллергических заболеваний (аллергический конъюнктивит, БА, атопический дерматит) у пациента и его кровных родственников, причинно-следственные особенности возникновения признаков болезни и ее обострений.*

1. **Физикальное обследование**
* ***Рекомендуется всем пациентам, как при подозрении на АР, так и при установленном диагнозе проводить физикальное обследование, включающее визуальное исследование верхних дыхательных путей, визуальный осмотр общетерапевтический и аускультацию общетерапевтическую с целью определения клинико-динамических особенностей заболевания, выявления признаков сопутствующей аллергопатологии (бронхиальная астма, аллергический конъюнктивит, атопический дерматит) и создания ориентиров в определении тяжести состояния [1, 2, 4, 6, 7].***

***Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5).***

*Комментарии: характерны внешние признаки ринита: затруднение носового дыхания; приоткрытый рот; темные круги под глазами. Может наблюдаться слизистое, слизисто­гнойное отделяемое из носа (в случае присоединения вторичной инфекции), мацерация кожи над верхней губой и в области крыльев носа; отечность лица; «аллергический салют» (потирание ладонью кончика носа).*

* ***Рекомендуется всем пациентам при первичном обращении исходно и через 2-4 недели после назначения терапии оценить уровень контроля над симптомами аллергического ринита и функциональный станке пациента с помощью нормального теста «дыхание с закрытым ртом» и визуальной аналоговой шкалы (Приложение Г1 и Г2) с целью определения степени тяжести, объема терапии, а в динамике - с целью оценки эффективности назначенной ранее терапии и целесообразности ее изменения [36-40].***

***Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)***

1. **Лабораторные диагностические исследования**
* ***Рекомендуется пациентам с выраженными симптомами в период обострения АР проводить исследование общего (клинического) анализа крови развернутого с целью выявления возможного повышения уровня эозинофилов [1-2] или выявления маркеров бактериального воспаления с целью дифференциальной диагностики с другой патологией или выявления осложнений для определения тактики терапии.***

***Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)***

*Комментарии: Повышение уровня эозинофилов возможно в период обострения АР. Вместе с тем эозинофилия периферической крови может иметь другие причины (паразитарные инвазии, грибковая инфекция и др.). Нормальный уровень эозинофилов периферической крови не является доказательством отсутствия аллергического заболевания. Необходимо также учитывать, что на данный параметр влияет прием некоторых медикаментов (прием антигистаминных средств системного действия, антагонистов лейкотриеновых рецепторов и глюкокортикоидов (системного действия) может приводить к снижению уровня эозинофилии периферической крови).*

*Повышение уровня маркеров бактериального воспаления (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево) является поводом для поиска очага инфекционного воспаления, в первую очередь, острого риносинусита* [7].

* Рекомендуется всем пациентам цитологическое исследование смывов с верхних дыхательных путей с целью выявления эозинофилии носового секрета при первичной диагностике АР, а в дальнейшем — при дифференциальной диагностике с другим хроническим ринитом и контроля эффективности терапии [7, 41-44].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 3)

Комментарии: *Характерно увеличение относительного количества эозинофилов до 10% и более. Вместе с тем эозинофилия цитологии носового секрета может иметь другие причины (NARES, полипозный риносинусит и др.). Необходимо также учитывать, что на данный параметр влияет прием некоторых медикаментов (прием антигистаминных средств системного и местного действия, антагонистов лейкотриеновых рецепторов, глюкокортикоидов (системного действия) и кортикостероидов (местного действия, назальные препараты) может приводить к снижению уровня эозинофилии цитологии носового секрета)* Д *41-44].*

• Не рекомендуется пациентам с АР проводить исследование уровня сывороточного иммуноглобулина Е в крови (общего уровня IgE в крови) [45-48].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 4)

Комментарии: *Нормальный или повышенный уровень общего IgE в сыворотке крови не является доказательством отсутствия или наличия аллергического заболевания, в том числе АР [45-48]. Нормальный уровень общего IgE может сочетаться с повышенным уровнем специфических IgE к причинно-значимым аллергенам, в то же время повышенный уровень общего IgE может наблюдаться в отсутствии сенсибилизации и атопии (иными причинами повышенного уровня общего IgE могут быть паразитарная инвазия, грибковая инфекция, онкопатология, гипер-IgE синдром и др.).*

1. **Инструментальные диагностические исследования**
* Рекомендуется всем пациентам с АР, как при подозрении на АР, так и при установленном диагнозе проводить переднюю риноскопию с целью выявления характерных признаков АР, анатомических особенностей и дифференциальной диагностики с другой патологией [1, 2, 7].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: *Характерны: отек носовых раковин, значительное количество водянистого секрета, ярко-красный цвет слизистой в период обострения САР, цианотичный или серый цвет слизистой при КАР, пятнистость («мрамориость») слизистой (симптом Воячека), могут выявляться полипы.*

* ***Рекомендуется пациентам с АР при неэффектиености стандартной терапии и/или при осложненных формах АР проводить эндоскопическую эндоназальную ревизию полости носа, носоглотки и околоносовых пазух с целью выявления анатомических нарушений полости носа и околоносовых пазух и дифференциальной диагностики с другой патологией для определения тактики терапии [1, 5, 7, 49-52].***

***Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 2)***

*Комментарии: Эндоскопическое исследование позволяет выявить анатомические нарушения полости носа и околоносовых пазух и другую патологию. Аппликационная проба с раствором адреномиметика может использоваться для выявления обратимого характера назальной обструкции.*

* ***Рекомендуется пациентам с АР при наличии симптомов риносинусита и/или маркеров бактериального воспаления проводить рентгенографию придаточных пазух носа с целью исключения гнойного осложнения и определения тактики терапии [1, 5, 7, 51, 52].***

***Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)***

*Комментарии: Показаниями для рентгенологического исследования полости носа и*

*околоносовых пазух является:*

*- наличие симптомов риносинусита (наличие гнойного отделяемого из полости носа, наличие боли в проекции пазух носа, головная боль, повышение температуры);*

*наличие маркеров бактериального воспаления: лейкоцитоз, нейтрофилъный сдвиг*

*лейкоцитарной формулы в клиническом анализе крови.*

* ***Рекомендуется пациентам с АР при неэффективности стандартной терапии, выраженной и продолжительной назальной обструкции, стойкой и продолжительной аносмии и/или отрицательных результатах аллергообследования проводить компьютерную томографию придаточных пазух носа, гортани с целью дифференциальной диагностики и выявления других причин назальной обструкции [7, 51, 52].***

***Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 3)***

*Комментарии: Компьютерную томографию проводят с целью дифференциальной*

*диагностики АР, выявления других причин назальной обструкции или при осложненных формах АР, в первую очередь при полипозном риносинусите.*

* ***Рекомендуется пациентам с АР при наличии жалоб на кашель, ceucnmmfee дыхание, присп^пы затруднения дыхания, одышку проводить исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (исследование функции внешнего дыхания) с целью выявления скрытого бронхоспазма и определения тактики ведения пациента [2, 10, 26].***

***Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 4)***

*Комментарии: Аллергический ринит является фактором риска развития бронхиальной астмы. У пациентов с аллергическим ринитом в период обострения может отмечаться снижение экспираторных потоков при исследовании функции внешнего дыхания, что может быть предиктором развития бронхиальной астмы. Обращают внимание на снижение скоростных показателей - 0ФВ1, при снижении данного показателя проводится тест с бронхолитическим средством на выявление скрытого бронхоспазма [2, 10, 26].*

1. **Иные диагностические исследования**

*Проведение аллергообследования необходимо для подтверждения аллергической природы ринита, выявления причинно-значимых аллергенов с целью выработки рекомендаций по образу жизни, питанию и определения целесообразности проведения аллерген-специфической иммунотерапии. Аллергологическое обследование может проводиться методом кожного тестирования с небактериальными аллергенами (накожные исследования реакции на аллергены), определения уровня специфических IgE в сыворотке крови, проведения провокационных тестов.*

*Выбор метода аллергологического обследования определяется доступностью и оснащенностью аллергологического кабинета и наличием/отсутствием противопоказаний к проведению кожного тестирования.*

* Рекомендуется пациентам с АР при отсутствии противопоказаний к тестированию проводить накожные исследования реакции на аллергены (кожное тестирование с небактериальными аллергенами) с целью подтверждения аллергической природы ринита, выявления причинно-значимых аллергенов с целью выработки рекомендаций по образу жизни, питанию и определения целесообразности проведения аллерген- специфической иммунотерапии [1, 2, 5, 7, 41, 53-56].

Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - 1)

Комментарии: *Кожные пробы проводят в условиях аллергологического кабинета специально обученная медицинская сестра или врач-аллерголог-иммунолог. Наиболее часто применяют prick-тесты (тесты уколом) или скарификационные тесты. Результаты тестирования с аллергенами соотносят с результатами отрицательного и положительного тест-контроля. Результаты кожных проб очень важны для диагностики атопическга заболеваний, однако они не являются абсолютными, имеют противопоказания* [1, 2, 7]. *На достоверность результатов могут влиять ранний детский (до 5 лет) или, наоборот, преклонный (старше 60 лет) возраст пациента, прием глюкокортикоидов (системного действия), антигистаминных средств системного действия, психотропных препаратов (снижают кожную чувствительность), дермографизм (ложноположительный результат), непродолжительный период после острой аллергической реакции (ложноотрицательный результат) и др.*

* Рекомендуется пациентам с АР при наличии противопоказаний или иных причин, препятствующих проведению кожного тестирования, сомнительных результатах кожного тестирования, расхождении данных, полученных при сборе анамнеза, с результатами кожного тестирования исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения (определение уровня аллерген-специфических IgE антител) с целью подтверждения аллергической природы ринита, выявления причинно-значимых аллергенов с целью выработки рекомендаций по образу жизни, питанию и определения целесообразности проведения аллерген- специфической иммунотерапии [1, 2, 5, 7, 41, 57-62].

Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств — 2)

Комментарии: *Определение уровня аллерген-специфических IgE антител в сыворотке особенно важно при неубедительных результатах кожных проб либо при невозможности их постановки (например, в период обострения аллергического заболевания или наличии иных противопоказаний), отсутствии необходимых диагностических аллергенов (например, грибковых аллергенов). На достоверность результата влияет используемая тест-система, которая может иметь невысокую чувствительность и специфичность, что в свою очередь отражается как в ложноположительном, так и в ложно отрицательном результате. Золотым стандартом лабораторной аллергодиагностики является иммунофлюоресценция на твердой фазе, например, с использованием автоматизированного прибора ImmunoCAP, которая обладает высокой чувствительностью к выявлению специфических IgE в сверхнизких концентрациях и, согласно независимым исследованиям, является наиболее точной и стабильной. Отчет по тесту выглядит как количественный результат и считается позитивным при значении > 0.70 kU/l* [2, 7].

*Компонентная (молекулярная) диагностика относится к третьему уровню аллергодиагностики, используется для картирования аллергенной сенсибилизации пациента на молекулярном уровне, с применением очищенных натуральных или рекомбинантных аллергенных молекул вместо экстрактов аллергенов* [61-62]. *Не рекомендуется всем пациентам с АР проводить молекулярную диагностику. Данный метод может быть использован при расхождении данных анамнеза и результатов аллергообследования первого уровня (кожные пробы, определение специфических IgE), при неэффективности АСИТ, при назначении АСИТ рекомбинантными аллергенами.*

*Исследование уровня общего IgE в сыворотке крови пациента с целью постановки диагноза АР нецелесообразно, так как не дает необходимой диагностической информации, не имеет ценности в проведении дифференциальной диагностики и никак не влияет на выбор лечения (см. выше, раздел 2.3)* [7].

*Назальный провокационный тест с аллергенами проводят для уточнения диагноза при возникновении расхождений между данными анамнеза и результатов других методов диагностики, а также при множественной сенсибилизации к различным аллергенам и необходимости выбора клинически значимого аллергена для проведения АСИТ. Все провокационные тесты может проводить только аллерголог-иммунолог, владеющий методикой выполнения данной процедуры в условиях специализированного аллергологического кабинета или стационара.*

*Интерпретация полученных результатов аллергообследования проводится в сопоставлении с данными анамнеза. Определяют клинически значимую и латентную сенсибилизацию.*

*Дифференциальную диагностику АР рекомендовано проводить со следующими заболеваниями: инфекционный ринит; ринит, обусловленный аномалиями внутриносовых анатомических структур, включая аденоиды (у детей) и полипозный риносинусит; неинфекционный неаллергический ринит (ИАР) и его фенотипы / субфенотипы: неаллергический эозинофильный ринит; лекарственно-индуцированный ИАР (вследствие применения нестероидных противовоспалительных препаратов, опосредованный сосудистыми эффектами алъфа- адреноблокаторов и бета-адреиоблокаторов, обусловленный приемом ингибиторов АПФ (аигиотеизиипревращающего фермента), резерпина или длительным использованием адреномиметиков (стимуляторов альфа-1 -адренорецепторов, деконгестантов); гормональный НАР (связанный с беременностью, половым созреванием, менструальным циклом, приемом гормональных контрацептивов системного действия, акромегалией, гипотиреозом); неаллергический профессиональный ринит (индуцированный низко-молекулярными химическими соединениями / ирритантами), ринит пожилых людей (атрофический); ринит, вызванный пищевыми продуктами/алкоголем; идиопатический НАР.*

1. Лечение

Рекомендуется достижение полного контроля симптомов АР. При сохранении триггерных факторов (продолжающееся воздействие причинно-значимого аллергена, воздействие табачного дыма, других ирритантов) можно говорить лишь о снижении выраженности симптомов АР

К основным принципам лечения АР относят (табл. 1):

* медикаментозную терапию
* элиминационные мероприятия
* аллерген-специфическую иммунотерапию (АСИТ)

Рассмотреть терапию

тяжелого АР

#омализумабом\*\*^ Рассмотреть хирургическое лечение сопутствующей патологии

Таблиц 1. Ступенчатый подход к терапии АР

Иммунотерапия (АСИТ)

Контроль факторов внешней среды (элиминационные мероприятия)

Фармакотерапия для контроля симптомов

1-я ступень

2-я ступень

3-я ступень

4-я ступень (лечение только специалистом)

Один из:

* НСН1-АГ
* интраназальные АГ
* кромоглициевая кислота (назальный препарат)

. АЛР

Один из:

. ИНГКС

(предпочтительно) . НСН1-АГ

• интраназальные АГ . АЛР

Комбинация ИНГКС с одним или более из:

* НСН1-АГ
* интраназальные АГ
* АЛР

Препараты скорой помощи

Адреномиметики коротким курсом

Глюкокортикоиды (системного действия, пероральные)

Перепроверить диагноз и/или приверженность лечению либо влияние сопутствующих заболеваний и/или анатомических аномалий, прежде чем увеличивать терапию (step-up)

нсН1-АГ - антигистаминные средства системного действия без седативного эффекта (последнего поколения); АЛР - антагонисты лейкотр неновых рецепторов; ИНГКС - интраназальные глюкокортикостероиды - кортикостероиды для местного, назального применения (код по АТХ R01AD).

^ назначение #омализумаба\*\* в данной ситуации в несоответствии с показаниями к применению, возможно для пациентов 12 лет и старше при недостаточной эффективности предшествующей терапии, подробное объяснение в тексте в п 3.1

1. **Медикаментозная терапия**
* Рекомендуется всем пациентам с АР назначение антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта (последнего поколения) с целью уменьшения зуда в полости носа, чихания, ринореи, заложенности носа [1-7, 63-81].

***Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - 1)***

Комментарии: *Рекомендуется применение антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта (нсН]-АГ) с преимущественными характеристиками: селективное воздействие на Нi-рецепторы, быстрое наступление клинического эффекта, эффективность в течение 24 ч и более, отсутствие тахифилаксии (привыкания), высокий уровень безопасности, отсутствие седативного эффекта, отсутствие клинически значимых взаимодействий с пищей, лекарственными препаратами, не должны являться субстратами транспортных белков, отсутствие взаимодействия с системой цитохромов Р450ЗА (CYP3A), отсутствие кардиотоксичности [1-5, 7, 63-81]. Отдельные нсН]-АГ различаются по фармакодинамике и фармакокинетике, способности проникать через гематоэнцефалический барьер и вызывать седацию (более выражено у цетиризина\*\*, в зависимости от дозы) и, возможно, по способности подавлять действие провоспалительных медиаторов, участвующих в развитии аллергической реакции* [63-81].

Дезлоратадин {код АТХ: R06AX27) детям в возрасте от 6 до 12 месяцев по 1 мг 1 р в сутки; детям в возрасте с 1 года до 5 лет - по 1,25 мг 1 раз в сутки; детям в возрасте от 6 до 11 лет по 2,5 мг 1 р в сутки; взрослым и подросткам от 12 лет по 5 мг 1 р в сутки.

Левоцетиризин {код АТХ: R06AE09) детям в возрасте от 2 до 6 лет по 1, 25 мг 2 р в сутки; взрослым и детям старше 6 лет по 5 мг 1 р в сутки.

Лоратадин\*\* {код АТХ: R06AX13) детям в возрасте от 2 до 12 лет при массе тела 30 кг и менее по 5 мг 1 р в сутки, при массе тела более 30 кг - 10 мг 1 р в сутки; взрослым и подросткам старше 12 лет по 10 мг 1р в сутки.

Фексофенадин {код АТХ: R06AX26) детям в возрасте от 6 до 11 лет 30 мг 1р в сутки; взрослым и подросткам старше 12 лет 120 мг в сутки.

Цетиризин\*\* {код АТХ: R06AE07) детям в возрасте от 6 до 12 месяцев по 2,5 мг 1р в сутки; детям в возрасте от 1 года до 2 лет по 2,5 мг 2 р в сутки; детям в возрасте от 2 до 6 лет по 2,5 мг 2 р в сутки или 5 мг 1 р в сутки; взрослым и детям старше 6 лет по5-10мг1рв сутки.

Эбастин {код АТХ: R06AX22) взрослым и подросткам старше 12 лет по 10-20 мг 1 р в сутки (суш,ествует сублингвальная быстродиспенгируемая форма).

Рупатадин {код АТХ: R06AX28) взрослым и подросткам старше 12 лет по 10 мг 1 р в сутки. Биластин {код АТХ: R06AX29) взрослым и подросткам старше 12 лет по 20 мг 1 р в сутки.

* Не рекомендуется пациентам с АР назначать антигистаминные средства системного действия с седативным эффектом (первого поколения) с учетом наличия у них

выраженных побочных эффектов [1-7, 82-83]

***Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)***

Комментарии: *Несмотря на рекомендации применения антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта (последнего поколения) для лечения пациентов с АР, в практической деятельности имеет место применение антигистаминных средств системного действия с седативным эффектом (первого поколения). Практически все АГ первого поколения помимо антагонистического действия по отношению к Н1-рецепторам блокируют и другие рецепторы, в частности мускариновые, серотониновые, допаминовые, что приводит к развитию ряда побочных эффектов [9, 49-50]. Наиболее часто регистрируемыми побочными эффектами являются седация, сонливость, головокружение вследствие проникновения лекарственных средств через гематоэнцефалический барьер и связыванием там гистаминовых рецепторов [9, 82, 83]. Гистамин является важным медиатором в ткани головного мозга, участвуя в регуляции цикла сна и бодрствования, общемозговой активности, психических функций и аппетита. Антигистаминные средства системного действия с седативным эффектом (за исключением доксиламина) угнетают REM (rapid eye movement) фазу сна, после чего вызывают выраженный синдром отмены REM-фазы — повышение ее количества и интенсивности. В результате сон становится прерывистым (фрагментация сна), нарушается сердечный ритм, развивается тканевая гипоксия и нарушение дыхания во сне (апноэ) [82-83]. Это приводит к дневной сонливости, снижению дневной активности и нарушению когнитивной функции. При апноэ во сне повышается риск внезапной смерти [82-83].*

• Рекомендуется всем пациентам АР рассмотреть возможность назначения назальных противоаллергических препаратов (интраназальных антигистаминных препаратов) с целью быстрого уменьшения выраженности основных симптомов АР [2, 4, 6, 7, 65, 71, 84, 85].

Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - 1)

Комментарии: *Интраназальные антигистаминные препараты могут назначаться в качестве монотерапии и в комбинации с другими препаратами. Данный класс препаратов характеризует быстрое начало действия (в течение первых 30 мин) и высокий профиль безопасности). К побочным эффектам можно отнести сухость слизистой [2, 4, б, 7, 71, 84, 85].*

Азеластин (код АТХ: R01AC03) спрей назальный дозированный, взрослым и детям старше 12 лет по 1 дозе (140 мкг/0,14 мл) в каждый носовой ход 2 раза в сутки. При необходимости взрослым и старше 12 лет по 2 дозы (280 мкг/0,28 мл) в каждый носовой ход 2 раза в сутки. Применяется до прекраш,ения симптомов и подходит для продолжительного применения, но не более 8 нед непрерывного лечения.

Левокабастин (код АТХ: R01AC02) спрей назальный дозированный, взрослым и детям старше 6 лет по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 2 раза в сутки, при более выраженных симптомах возможно использование 3-4 раза в сутки. При отсутствии клинического эффекта через 3 дня применение препарата прекращаетея. При наличии клиничеекого эффекта применяетея до прекращения еимптомов.

• Рекомендуется пациентам с средним, средне-тяжелым и тяжелым течением АР, особенно с выраженной назальной обструкцией, рассмотреть возможность назначения назальных препаратов кортикостероидов (код по АТХ R01AD, интраназальных глюкокортикостероидов) с целью уменьшения заложенности носа, зуда в полости носа, чихания, ринореи [1-7, 65, 71, 86-93].

***Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств -1)***

Комментарии: *Интраназалъные глюкокортикостероиды (ИНГКС) превосходят по силе действия антигистаминные средства системного действия и кромоглициевую кислоту (назальный препарат), эффективно уменьшают выраженность таких симптомов, как заложенность носа, зуд, чихание, ринорея за счет выраженного противоаллергического, противовоспалительного и сосудосуживающего действия [1-7, 65, 71, 86-93].*

*Также отмечено положительное действие ИНГКС на глазные симптомы у пациентов с АР в сочетании с аллергическим конъюнктивитом за счет торможения назоокулярного рефлекса [94, 95].*

*К побочным эффектам ИНГКС можно отнести сухость слизистой, носовые кровотечения, редко - перфорация носовой перегородки. С целью профилактики побочных реакций необходимо обучение пациента технике применения ИНГКС.*

Мометазон {код АТХ: R01AD09) епрей назальный дозированный взроелым и детям етарше 12 лет по 2 дозы (100 мкг) в каждый ноеовой ход 1 раз в еутки (200 мкг/еут). Поеле доетижения желаемого лечебного эффекта для поддерживающей терапии целееообразно уменьшение дозы до 1 (50 мкг) в каждый ноеовой ход 1 раз в еутки (100 мкг/еут). При необходимоети еуточная доза может быть увеличена до 4 доз (200 мкг) в каждый ноеовой ход 1 раз в день (400 мкг/еут). Поеле уменьшения еимптомов рекомендуетея енижение дозы. Детям е 2 до 12 лет по 1 дозе (50 мкг) в каждый ноеовой ход 1 раз в еутки (100 мкг/еут).

Флутиказона фуроат {код АТХ: R01AD12) епрей назальный дозированный взроелым и детям етарше 12 лет по 2 дозы (55 мкг) в каждый ноеовой ход 1 раз в еутки (ПО мкг/еут). Поеле доетижения желаемого лечебного эффекта для поддерживающей терапии целееообразно уменьшение дозы до 1 (27.5 мкг) в каждый ноеовой ход 1 раз в еутки (55 мкг/еут). Детям е 2 до 12 лет по 1 дозе (27.5 мкг) в каждый ноеовой ход 1 раз в еутки (55 мкг/еут). При необходимоети доза может быть увеличена до 2 доз (55 мкг) 1 раз в еутки (ПО мкг/еут). Поеле доетижения желаемого лечебного эффекта для поддерживающей терапии целееообразно уменьшение дозы до 1 (27.5 мкг) в каждый ноеовой ход 1 раз в еутки (55 мкг/еут).

Флутиказон (флутиказона пропионат) {код АТХ: R01AD08) епрей назальный дозированный взроелым и детям етарше 12 лет по 2 дозы (100 мкг) в каждый ноеовой ход 1 раз в еутки (200 мкг/еут). Поеле доетижения желаемого лечебного эффекта для поддерживающей терапии целесообразно уменьшение дозы до 1 (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (100 мкг/ сут). Детям с 4 до 12 лет по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (100 мкг/сут).

Будесонид[[1]](#footnote-1) [[2]](#footnote-2) {код АТХ: R01AD05) спрей назальный дозированный взрослым и детям старше 6 лет по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 2 раз в сутки (400 мкг/сут). После достижения желаемого лечебного эффекта для поддерживаюш,ей терапии целесообразно уменьшение дозы до 1 (50 мкг) в каждый носовой ход 2 раз в сутки или по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (200 мкг/сут). Продолжительность применения не более 3 мес.

Беклометазон\*\* {код АТХ: R01AD01) спрей назальный дозированный взрослым и детям старше 6 лет по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 2-4 раз в сутки (200-400 мкг/сут). После достижения желаемого лечебного эффекта для поддерживаюш,ей терапии целесообразно уменьшение дозы.

* Рекомендуется пациентам с АР при необходимости сочетанного применения назальных препаратов противоаллергического действия и кортикостероидов (антигистаминных и кортикостероидов местного действия) рассмотреть возможность назначения кортикостероидов в комбинации с другими препаратами (назальных комбинированных препаратов, содержаш,их интраназальный антигистаминный препарат и кортикостероид) с целью уменьшения выраженности всех симптомов АР при сокраш,ении количества используемых препаратов [2, 6, 7, 65, 71, 96-98].

***Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств -1)***

Комментарии: *Комбинированные интраназалъные антигистаминные и интраназалъные*

*глюкокортикостероиды (ИНГКС) сочетают действие обоих классов препаратов - быстрое начало действия и выраженный противовоспалительный эффект. Соответственно возможно развитие побочных эффектов, характерные для обоих классов комбинируемых препаратов [2, 6, 7, 65, 71, 96-98].*

Флутиказон / Азеластин {код АТХ: R01AD58) спрей назальный дозированный взрослым и детям старше 12 лет по 1 дозе (50 мкг флутиказона/ 137 мкг азеластина) в каждый носовой ход 2 раз в сутки.

Мометазон / Азеластин {код АТХ: R01A) спрей назальный дозированный взрослым (от 18 лет) по 1 дозе (50 мкг мометазона/ 140 мкг азеластина) в каждый носовой ход 2 раз в сутки. Продолжительность курса лечения - 2 недели.

*аллергеном и неспецифическими триггерами, обладают выраженным противоаллергическим и противовоспалительным действием, эффективны как в подавлении симптомов, так и с целью профилактики симптомов АР; антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛР) уступают по эффективности кортикостероидам (местного, назального применения). Могут применяться как в качестве монотерапии, так и в комплексной терапии АР [1-7, 65, 99-104].*

Монтелукаст {код АТХ: R03DC03) детям в возрасте от 2 до 6 лет по 4 мг (1 жевательная таблетка) 1р в сутки; детям в возрасте от 6 до 15 лет по 5 мг (1 жевательная таблетка) 1р в сутки; взрослым и детям старше 15 лет по 10 мг 1 р в сутки.

* Рекомендуется пациентам с АР в сочетании с бронхиальной астмой рассмотреть возможность назначения антагонистов лейкотриеновых рецепторов с целью реализации противоаллергического, противовоспалительного и противоастматического действия [2, 4, 6, 7, 105-107].

***Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)***

Комментарии: *назначение монтелукаста при сочетании АР с бронхиальной астмой позволяет контролировать симптомы как аллергического ринита, так и бронхиальной астмы и избегать полипрагмазии [2, б, 105-107]. Длительность курсового лечения составляет от 1 до 3 мес и более. Согласно инструкции, к медицинскому применению лекарственного препарата монтелукаст ограничений по длительности терапии АР нет.*

* Рекомендуется пациентам с легкой степенью тяжести АР назначение кромоглициевой кислоты (назальный препарат) с целью уменьшения чихания, ринореи и заложенности носа [2, 7, 84]

***Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств -1)***

Комментарии: *кромоглициевая кислота (назальный препарат) обладает стабилизирующим действием на мембраны тучных клеток, эффективность ниже, чем у антигистаминных средств системного действия, антагонистов лейкотриеновых рецепторов и кортикостероидов (местного, назального применения), отличаются высокой безопасностью.*

Кромоглициевая кислота\*\* спрей назальный дозированный, взрослым и детям старше 5 лет по 1 дозе (2.8 мкг) в каждый носовой ход 4 раза в сутки (22.4 мкг в сутки). При необходимости по 1 дозе (2.8 мкг) в каждый носовой ход 6 раза в сутки (33.6 мкг/сут). После достижения терапевтического эффекта частоту применения можно уменьшить и использовать только при контакте с аллергеном. Курс лечения - 4 недели.

* Рекомендуется пациентам с обострением АР и выраженной назальной обструкцией применение адреномиметиков для местного применения (симпатомиметики, сосудосуживающие средства, стимуляторы альфа-1-адренорецепторов, деконгестанты) коротким курсом от 3 до 7 дней с целью уменьшения заложенности носа [7,108].

***Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств -1)***

Комментарии: *Оказывают влияние на симпатическую регуляцию тонуса кровеносных сосудов за счет действия на адренергические рецепторы. Кратковременное применение местных препаратов не приводит к функциональным или морфологическим изменениям.*

Окисметазолин {код АТХ: R01AA05) спрей назальный дозированный или капли для носа, взрослым и детям старше 6 лет по 1-2 дозе 0.05% р-ра в каждый носовой ход 2-3 раза в сутки. Детям от 1 года до 6 лет по 1-2 капли 0.025% р-ра в каждый носовой ход 2-3 раза в сутки. Младенцам до 4 недель по 1 капле 0.01% р-ра в каждый носовой ход 2-3 раза в сутки, с 5-й недели жизни и до 1 года по 1-2 капли 0.01% р-ра в каждый носовой ход 2-3 раза в сутки. Препарат применяется 3-4 дней.

Ксилометазолин[[3]](#footnote-3) [[4]](#footnote-4) {код АТХ: R01AA07) спрей назальный дозированный или капли для носа, взрослым и детям старше 6 лет по 1 дозе 0.1% р-ра в каждый носовой ход 1-3 раза в сутки. Детям от 2 до 6 лет по 1 дозе 0.05% р-ра в каждый носовой ход 1-2 раза в сутки. Препарат применяется не более 5-7 дней.

* Не рекомендуется пациентам с АР использование длительных курсов адреномиметиков для местного применения (деконгестантов) для лечения АР в связи с риском развития побочных эффектов и медикаментозного ринита [2, 4, 7, 71,109]

***Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)***

Комментарии: *Длительное использование (более 10 дней) подобных препаратов может сопровождаться тахифилаксией, отечностью слизистой оболочки носа и развитием медикаментозного ринита.*

* Рекомендуется пациентам с обострением АР при выраженной назальной обструкции и необходимости сочетанного применения назальных препаратов противоаллергического действия (антигистаминных средств) и адреномиметиков (деконгестантов) местного применения рассмотреть вопрос о назначении назальных комбинированных препаратов, содержаш,их адреномиметик и антигистаминный препарат местного действия коротким курсом (до 7 дней) с целью быстрого уменьшения заложенности носа при сокраш,ении количества используемых препаратов [2, 6, 7].

***Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)***

Комментарии: *используются как симптоматическая терапия для быстрого уменьшения заложенности носа*

Фенилэфрин / диметинден {код АТХ: R01AB01) спрей назальный дозированный или капли для носа. Взрослым и детям старше 6 лет по 1-2 дозе спрея или по 3-4 капли в каждый носовой ход 3-4 раза в сутки. Детям от 1 года до 6 лет только в виде капель назальных по 1-2 капли в каждый носовой ход 3-4 раза в сутки, до 1 года по 1 капле в каждый носовой ход 3-4 раза в сутки.

системного действия, антагонисты леикотриеновых рецепторов, кортикостероиды назального применения) назначение глюкокортикоидов (системного действия, пероральных) коротким курсом с целью уменьшения выраженности всех симптомов АР [2, 4, 6, 7].

***Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)***

Комментарии: *Проведение короткого курса глюкокортикоидов (системного действия)*

*предлагается как терапия четвертой линии или лечение тяжелого обострения. Учитывая большой перечень побочных эффектов и ограничений к использованию глюкокортикоидов (системного действия), желательно ограничиться коротким курсом терапии. Интраназальные инъекции растворов глюкокортикоидов (системного действия) и депонированных препаратов при лечении АР недопустимо, так как могут привести к тяжелым осложнениям (слепоте и др.).*

Преднизолон[[5]](#footnote-5) [[6]](#footnote-6) {код АТХ: Н02АВ06) доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от показаний и тяжести заболевания

Метилпреднизолон\*\* {код АТХ: Н02АВ04) доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от показаний и тяжести заболевания

Дексаметазон\*\* {код АТХ: Н02АВ02) доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от показаний и тяжести заболевания

• Не рекомендуется пациентам с АР назначать депонированные формы глюкокортикоидов (системного действия) с учетом наличия у них выраженных побочных эффектов [2, 4, 6, 7, 71].

***Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)***

Комментарии: *Использование депонированных форм глюкокортикоидов (системного действия) при АР может приводить к быстрому развитию побочных эффектов, в том числе вторичной надпочечниковой недостаточности.*

*высокую эффективность в отношении уменьшения выраженности всех симптомов АР и снижения потребности в препаратах симптоматической терапии. Назначение #омализумаба[[7]](#footnote-7) [[8]](#footnote-8) при АР является назначением не в соответствии с показаниями к применению (off-lable), возможно для пациентов 12 лет и старше, предлагается как терапия четвертой линии при недостаточной эффективности предшествующей терапии. Длительность терапии определяется в зависимости от формы заболевания, однако, на основании мета-анализа данных 11 РКИ и данных исследования III фазы начальная продолжительность приема препарата не менее 3 мес [7, 110-113].*

# Омализумаб\*\* (код АТХ: R03DX05) для взрослых и подростков старше 12 лет в виде подкожных инъекций 1 раз в 2 или 4 недели. Доза препарата (от 75 до 600 мг) должна подбиратьея в еоответетвии е таблицей дозирования Омализумаба\*\*.

1. **Элиминационные мероприятия**

Элиминация или удаление причинно-значимых аллергенов отноеитея к этио-патогенетичееким методам лечения аллергии. В большинетве елучаев полноетью иеключить контакт е аллергеном невозможно.

* Рекомендуется всем пациентам с АР проведение элиминационных мероприятий в отношении причинно-значимых аллергенов с целью уменьшения выраженности симптомов АР и снижения фармакологической нагрузки [1-7,114,115].

***Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств -1)***

Комментарии: Даз/се *частичное выполнение мер, элиминирующих аллерген, облегчает течение заболевания, уменьшает потребность в количестве потребляемых лекарств, в том числе и сильнодействующих. Особое внимание рекомендуют уделять этим мероприятиям, когда существуют серьезные ограничения для приема многих фармакологических препаратов (беременность, ранний возраст, наличие сопутствующей патологии) и при наличии сенсибилизации к эпидермальным аллергенам [7, 114, 115].*

*Помимо общеизвестных элиминационных мероприятий (использование специальных фильтров, ежедневная влажная уборка, исключение контакта с домашними животными, переезд на время цветения причинно-значимых растений в другую климатическую зону и т. Д.), определенное значение имеет применение ирригационных процедур с препаратами для увлажнения, очищения и защиты слизистой оболочки носа - изотоническими солевыми растворами.*

аэроаллергенов ео елизиетой полоети ноеа и енижения фармакологичеекой нагрузки [7, 116- 119].

***Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств -1)***

Комментарии: *Применение изотонического солевого раствора, в том числе препаратов на основе морской воды, способствует разжижению вязкой слизи, улучшению функции мерцательного эпителия, уменьшению экспозиции на поверхности слизистой оболочки носа пылевых частиц, аллергенов и гаптенов, оказывает увлажняющее действие [7, 116-119].*

• Рекомендуется всем пациентам с АР при применении кортикостероидов (назальных препаратов) проведение «назального душа» с целью удаления избытка отделяемого, препятствующего эффективному контакту кортикостероида со слизистой оболочкой носа и профилактики развития побочных эффектов (сухость слизистой оболочки, носовые кровотечения) [2].

***Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)***

1. **Аллерген-специфическая иммунотерапия**

*Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) - основной метод патогенетического лечения связанных с IgE-опосредованным механизмом аллергических заболеваний, заключающийся во введении в организм пациента возрастающих доз аллергена, ответственного за клинические проявления заболевания у данного пациента [120]. [[9]](#footnote-9) подавлением пролиферативного и цитокинового ответа в отношении виновных аллергенов (см. методические рекомендации по проведению АСИТ) [28-35, 120-132].*

*Существует подкожный и сублингвальный методы АСИТ.*

*Основные лечебные формы аллергенов зарегистрированные на территории РФ:*

* *водно-солевые экстракты аллергенов пыльцы деревьев, злаковых трав, сорных трав, домашней пыли, клещей рода Dermatophagoides для подкожной АСИТ;*
* *аллергоиды, полученные путем полимеризации аллергена формальдегидом или карбамелированием;*
* *аллергены пыльцы деревьев, злаков, клещей домашней пыли, адсорбированные на суспензии фосфата кальция или гидроокиси алюминия, для подкожной АСИТ;*
* *аллергены пыльцы березы, злаковых трав, амброзии, клещей домашней пыли для сублингвального применения.*

*Иротоколы/схемы АСИТ не являются универсальными — они уникальны для каждого метода и препарата. Различия в схемах обусловлены различиями в химических и терапевтических свойствах препарата. Как правило, протокол проведения АСИТ включает два этапа: 1 этап - этап достижения максимальной терапевтической дозы (наращивания); 2 этап - этап поддерживающей терапии (фаза основной терапии). Протоколы некоторых современных лечебных аллергенов не предусматривают фазу наращивания дозы, лечение начинается сразу с поддерживающей дозы аллергена [120].*

*В зависимости от длительности протокола АСИТ может быть: предсезонной, предсезонно­сезонной и круглогодичной.*

*Наличие показаний и противопоказаний к АСИТ, выбор лечебного аллергена, назначение АСИТ проводит врач аллерголог-иммунолог в соответствии с инструкцией к выбранному лечебному аллергену и методическими рекомендациями по проведению АСИТ [2, 120]. Для оценки эффективности оценивают выраженность симптомов и потребность в медикаментах на исходном этапе обращения и после проведения АСИТ с помощью ИТкалы оценки назальных симптомов ринита с учетом потребности в медикаментах [133].*

1. **Хирургическое лечение**

*Хирургическое вмешательство при АР проводят только при наличии у пациента сопутствующей патологии. Показание к хирургическому вмешательству у пациентов с АР с назальной обструкцией определяет оториноларинголог на основании результатов клинического (в том числе эндоскопического обследования полости носа и носоглотки) и рентгенологического обследования пациента [2, 4, 7, 134, 135].*

*Решение о необходимости хирургического вмешательства, предоперационной подготовке и послеоперационному ведению принимает оториноларинголог, согласно протоколу соответствующего заболевания. Не рекомендовано проведение планового хирургического лечения в сезон пыления причинно-значимых аллергенов.*

1. **Методы нетрадиционной и альтернативной медицины**

*в связи с отсутствием доказательств положительного клинического влияния на течение АР не рекомендуется применение таких методов как гомеопатия, фитотерапия, гипноз, техники релаксации, применение ионизаторов воздуха, физиотерапия [2, 4, 7].*

• Рекомендуется пациентам с АР рассмотреть вопрос о целесообразности назначения иглоукалывания (акупунктуры) в комплексной терапии с целью уменьшения выраженности симптомов АР [7,136,137].

Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - 1)

Комментарии: *Систематический обзор и мета-анализ 13 рандомизированных клинических исследований, включающих 2365 пациентов, в том числе 1265 человек в группе активного лечения продемонстрировал снижение выраженности назальных симптомов и улучшение качества жизни на фоне данного вида терапии [7, 136, 137].*

1. **Особенности лечения АР у детей**

*в АР наиболее распространен у детей школьного возраста. В детской практике предлагается придерживаться тех же подходов к лечению АР, что и у взрослых [2, 4, 7 32-34, 86, 107, 114, 118 138-142]. Однако в связи с отсутствием клинических испытаний у детей младших возрастных групп существуют определенные ограничения в назначении некоторых препаратов. Кроме того, при диагностике и терапии АР у детей необходимо обращать внимание на особенности их физиологии и анатомии. Подбирать дозы и применять лекарственные препараты у детей следует в соответствии со специальными рекомендациями. В выборе терапии необходимо руководствоваться принципами безопасности, уделяя большее внимание проведению элиминационных мероприятий (включая применение препаратов для увлажнения, очищения и защиты слизистой оболочки носа (прочие назальные препараты, код АТХ R01AX10) - изотонических солевых растворов или барьерных средств на основе микрокристаллической целлюлозы - топических сорбентов) и минимизируя медикаментозное воздействие [118].*

*Антигистаминные средства системного действия. У детей симптомы АР могут отразиться на когнитивной функции и учебе в школе, которые могут еще больше ухудшиться под влиянием антигистаминных средств системного действия с седативным эффектом (препаратов первого поколения). АГ первого поколения негативно влияют на такие компоненты*

*когнитивной сферы как восприятие, внимание, образное мышление, память, аналитико­синтетические процессы, психомоторную деятельность, вероятностное прогнозирование, мелкую моторику. Любое изменение этих параметров ведет к развитию интеллектуальной недостаточности, снижает способность к обучению, проявляется социальной дезадаптацией и снижением качества жизни. Кроме того, антигистаминные средства с седативным эффектом (первого поколения) могут нарушать структуру сна и провоцировать развитие обструктивных апное во сне. Угнетающее влияние на REM-фазу сна приводит к дневной сонливости, снижению дневной активности и дальнейшему нарушению когнитивных функций [82-83].*

*В России в связи с возросшими требованиями по регистрации препаратов антигистаминные средства системного действия последнего поколения имеют большие возрастные ограничения по применению в педиатрической практике (цетиризин^^ с 6 мес, дезлоратадин с 12 мес, лоратадин^^ с 2 лет), по сравнению со старыми препаратами, многие из которых разрешены с 1 мес (хлоропирамин\*\*, диметинден). Несмотря на то, что рекомендациями Pediatric Section EAACI (Педиатрической секции Европейской Академии аллергологов и клиническш иммунологов), EDA (Eood and Drug Administration - Администрация no контролю пищевых продуктов и лекарств в США) применение антигистаминных средств системного действия с седативным эффектом (первого поколения) в Европе и США у детей в возрасте до 2 лет ограничено, при назначении антигистаминных средств системного действия детям до б мес в России необходимо руководствоваться действующим законодательством и утвержденными инструкциями к применению [2, 82-83, 140-142].*

*Кромоглициевая кислота\*\* в связи с высокой степенью безопасности может быть препаратом первого ряда при лечении АР у детей [2,7, 141-142].*

*Кортикостероиды (местного, назального применения — интраназальные глюкокортикостероиды, ИНЕКС) являются эффективными средствами лечения АР. Применение ППЕКС у детей с АР позволяет не только снизить выраженность назальной обструкции и других симптомов ринита, но и уменьшить степень выраженности гипертрофии аденоидных вегетаций, а, следовательно, и необходимость в хирургическом лечении.*

*Многочисленные исследования, проводившиеся у детей, показали, что применение современных ППЕКС в терапевтических дозах не влияет на рост и гипоталамо-гипофизарно- надпочечниковую систему. Тем не менее, кортикостероиды для местного (назального) применения следует назначать в минимальных терапевтических суточных дозах и при длительном применении контролировать рост ребенка. Безопасность ППЕКС и вероятность развития нежелательных эффектов определяется их системной биодоступностью и уровнем инактивации кортикостероидов при первичном прохождении через печень. Па территории РФ зарегистрированы и разрешены к применению в педиатрической практике следующие ППЕКС: флутиказона фуроат и мометазон (применяют у детей с 2 лет), флутиказон (флутиказона пропионат, применяют с 4 лет), беклометазон\*\* и будесонид\*\* (с б лет). Среди современных ППЕКС наиболее быстрой и полной инактивацией характеризуются препараты флутиказона фуроат, мометазон и флутиказон (флутиказона пропионат) с биодоступностъю 0,1% и 1-2%. Согласно рекомендациям АША 2008г. у детей необходимо ограничивать применение ИНГКС с высокой биодоступностъю, таких как будесонид\*\* (11%) и беклометазон\*\* (44%). Также при назначении терапии, особенно в педиатрической практике, необходимо учитывать высокую биодоступность дексаметазона (более 80%), который входит в состав многих комбинированных препаратов местного действия, часто применяющихся для лечения острых и хронических воспалительных заболеваний носоглотки [2, 4, 7, 86, 139-142].*

*Антагонисты лейкотриеиовых рецепторов. В детской практике АР в структуре так называемого «атопического марша» может выступать как предшествующая стадия БА. Раннее длительное применение препарата с доказанной противоастматической активностью может стать важным элементом профилактики БА у предрасположенных детей. У детей, уже страдающих БА и АР, назначение антагонистов лейкотриеиовых рецепторов позволяет избегать полипрагмазии. Монтелукаст в дозе 4 мг разрешен к применению у детей с 2 лет, в дозе 5 мг - с 6 лет [2, 4, 7, 107, 141-142].*

*АСИТ инъекционными методами можно проводить у детей старше 5 лет. Для сублингвальной АСИТ это ограничение снято в связи с высоким уровнем безопасности этого способа лечения. Проведение АСИТ у детей с АР позволяет предотвратить трансформацию АР в БА и расширение спектра причинно-значимых аллергенов [2, 4, 120, 32-34, 141-142]. Наличие лечебных аллергенов для проведения сублингвальной АСИТ существенно расширяет возможность этого метода в педиатрической практике (высокий уровень безопасности, отсутствие необходимости делать инъекции, отсутствие необходимости частых визитов к врачу). При назначении сублингвальной АСИТ детям необходимо проводить беседы с их родителями (опекунами) о важности строгого соблюдения индивидуального протокола, возможных последствиях в случае умышленного/неумышленного его нарушения и бесконтрольного лечения.*

1. **Особенности лечения АР у беременных и в период грудного**

**вскармливания**

*При диагностике АР у беременных необходимо учитывать возможность наличия такого распространенного состояния, как ринит беременных, обусловленного физиологическими изменениями во время гестации (повышением уровня эстрогенов и плацентарного гормона роста). Ринит беременных - это заложенность носа, возникающая во время беременности, не сопровождающаяся признаками респираторной инфекции или аллергии и полностью проходящая в течение 2 недель после родов [143-144]. Выявление сенсибилизации к определенным респираторным аллергенам будет в пользу АР. Кожное тестирование во время беременности и лактации не проводится из-за существующего, пусть и минимального, риска развития анафилаксии. Для аллергообследования в период беременности и кормления проводится исследование уровня специфических IgE в сыворотке крови [145].*

*При лечении АР у беременных и кормящих грудью предпочтение отдается элиминационным мероприятиям, включая ирригационную терапию [2, 4,* 7, *143-147]. При недостаточной эффективности элиминационных подходов фармакологическое лечение назначают с учетом потенциальных рисков для течения беременности, здоровья матери и будущего ребенка [2, 4, 7, 143-147].*

*По этическим соображениям у беременных не проводилось контролируемых исследований для препаратов, используемых при АР. Соответственно, для этих препаратов не существует данных, продемонстрировавших отсутствие риска для плода в любом триместре беременности (категория А по классификации риска токсического влияния на плод Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (Food and Drug Administration, FDA). Некоторые медикаменты, используемые для лечения АР, относятся к группе В (отсутствие риска в исследованиях у беременных животных, наличие данных систематических обзоров исследований «случай-контроль» об использовании у беременных женщин), которые не имеют доказательств риска для человека: лоратадии^^, цетиризин\*\*, будесонид\*\*, кромоглициевая кислота^^ [2, 4, 7, 143-149].*

*Большинство препаратов, применяемых при АР, относится к группе С (существует шанс вреда для плода, но потенциальная польза может перевесить потенциальный риск).*

*Нежелательно назначение лекарственных средств в I триместре беременности (в период эмбриогенеза), кроме случаев, обусловленных жизненной необходимостью.*

*При назначении терапии в период грудного вскармливания следует по возможности ограничиться лекарственными средствами для местного применения с минимальной системной биодоступностью. Все препараты для системного применения, используемые для лечения АР, проникают в грудное молоко, соответственно, при необходимости их назначения следует рассмотреть вопрос о прекращении грудного вскармливания.*

1. Реабилитация

**• Рекомендуется всем пациентам (законным представителям пациентов) с АР проводить обучение [2, 4, 7].**

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарии: *Программа обучения пациентов (законных представителей пациентов) с АР должна включать предоставление информации о заболевании, составление индивидуального плана лечения для пациента, и обучение технике управляемого самоведения.*

1. Профилактика

Профилактика направлена на сохранение длительного контроля и предупреждение обострений и включает элиминационные мероприятия: устранение или ограничение воздействия аллергена или иных триггеров АР, исключение из рациона (ограничение) перекрестно-реагирующих продуктов и лекарственных средств растительного происхождения (для пациентов с пыльцевой сенсибилизацией) [2, 7].

**• Рекомендуется всем пациентам с АР рассмотреть целесообразность проведения АСИТ с целью вторичной профилактики (предупреждения трансформации АР в бронхиальную астму, утяжеления симптомов и расширения спектра сенсибилизации) [2, 4, 6, 7, 28-25, 120].**

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств -5)

В ведении пациентов с аллергическими заболеваниями немаловажное место занимает ориентация пациентов на необходимость грамотного и своевременного лечения, ознакомление с современными методами специфической и неспецифической терапии, обучение правильному использованию лекарственных препаратов, различным мерам профилактики обострений, психологической реабилитации, самоконтролю, знакомство с последними научными достижениями в области аллергологии и иммунологии.

Организация оказания медицинской помощи

Лечение АР проводят в амбулаторных условиях.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

* крайне тяжелое и/или осложненное течение заболевания (экстренная);
* у детей тяжелое обострение с выраженной назальной обструкцией (экстренная);
* необходимость проведения ускоренного курса аллерген-специфической иммунотерапии в условиях элиминации аллергена (плановая)

Показания к выписке пациента из медицинской организации

1. достижение контроля над симптомами АР, нормализация лабораторных показателей;
2. завершение курса аллерген-специфической иммунотерапии.
3. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Аллергический ринит, как правило, не требует госпитализации и не приводит к инвалидности и смерти пациента. Однако, как любая хроническая патология, имеет тенденцию к утяжелению заболевания - симптомы со временем становятся более выраженными, у части пациентов развивается бронхиальная астма, расширяется спектр причинно-значимых аллергенов, а также снижается эффективность стандартной терапии [2, 4-7, 19-22]. Обраш,ает на себя внимание низкий уровень обраш,аемости пациентов с аллергическим ринитом на ранних стадиях заболевания и позднее направление пациентов к аллергологу (спустя 6-13 лет от дебюта заболевания) [2, 10, 12]. Поздняя диагностика аллергического ринита приводит к тому, что многие пациенты длительное время занимаются самолечением, как правило, включаюш,им чрезмерное употребление адреномиметиков (деконгестантов) и антигистаминных средств системного действия с седативным эффектом [12]. Физический дискомфорт, вызванный основными симптомами аллергического ринита, оказывает нежелательное действие на психологическое состояние и социальную жизнь людей, ограничивая профессиональную деятельность человека [2, 10, 12]. Неадекватная терапия, особенно препаратами с выраженными побочными эффектами (такими как седативный, кардиотоксический и др.), может влиять на обш,ее состояние, и, соответственно, ухудшать качество жизни пациента и приводить к снижению производительности труда и возрастанию косвенных затрат на лечение. Комплексный подход, включающий назначение рациональной фармакотерапии, проведения элиминационных мероприятий и аллерген-специфической иммунотерапии, как правило, приводит к уменьшению клинических проявлений и улучшению качества жизни пациента и позволяет достичь длительной ремиссии [29-33].

Критерии оценки качества медицинской помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Критерии качества | Уровеньубедительностирекомендаций | Уровень досто ве р н ости доказательств |
| Этап постановки диагноза |
| 1 | Выявлены характерные жалобы и анамнестические указания на связь симптомов ринита с контактом с аллергеном | С | 5 |
| 2 | Проведена передняя риноскопия | С | 5 |
| 3 | Проведено аллергологическое обследование (кожное тестирование с небактериальными аллергенами или определение уровня аллерген-специфических IgE антител) | А | 1 |
| 4 | Исключена / выявлена сопутствующая патология носа | С | 5 |
| Этап лечения обострения аллергического ринита |  |
| 5 | Выполнено назначение антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта (и/или назначение назальных препаратов противоаллергического действия -местных антигистаминных препаратов) | А | 1 |
| 6 | Выполнено назначение элиминационной терапии (даны рекомендации по ограничению контакта с аллергеном и назначена ирригационная терапия при отсутствии медицинских противопоказаний) | С | 3 |
| 7 | Проведена оценка контроля над симптомами аллергического ринита через 2-4 недели | С | 5 |
| 8 | Рассмотрена целесообразность (выполнено назначение) кортикостероидов (назального применения) и/или антагонистов лейкотриеновых рецепторов (при отсутствии медицинских противопоказаний) | А | 1 |
| 9 | Достигли уменьшения (исчезновения) симптомов аллергического ринита | С | 5 |

Список литературы

1. Аллергология и иммунология: национальное руководетво / Под ред. Хаитова РМ, Ильиной НИ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009:656.
2. Ильина НИ, Курбачева ОМ, Павлова КС, Польнер СА. Федеральные клиничеекие рекомендации: Аллергичеекий ринит. РАЖ. 2017;(2):47-54.
3. Хаитов МР, Намазова-Баранова ЛС, Чучалин АГ, Дайхее НА, Ильина НИ, Курбачева ОМ, Agaehe I, Baehert С, Bedbrook А, Canoniea GW, Casale Т, Cruz AA, Fokkens WJ, Hellings PW, Samolinski B, Bousquet J. ARIA 2016: Современные направления оказания медицинекой помощи больным аллергичееким ринитом в евете требований прецизионной медицины. РАЖ. 2017;(3):46-54.
4. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani СЕ et al. Allergie Rhinitis and its Impaet on Asthma (ARIA) guidelines: 2017 revision. J. Allergy Clin. Immunol. 2017; 140(4). DOI: 10/1016/j/jaei.2017.03.050
5. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA et al. Allergie Rhinitis and its Impaet on Asthma (ARIA) 2008 update (in eollaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen). Allergy. 2008; 63: 8-160.
6. Хаитов M.P, Намазова-Баранова Л.С., Ильина И.И., Курбачева О.М., Baehert С., Hellings P.W., Pfaar О., Sehunemann H.J., Wallaee D., Bedbrook A., Czarlewski W., Bousquet J. ARIA 2019: алгоритмы оказания помощи при аллергичееком рините в Роееии. РАЖ. 2020;17(1):7- 22
7. Wise SK, Ein SY, Toskala E, Orlandi RR, Akdis CA, Alt JA, Azar A, Baroody FM, Baehert C,

Canoniea GW, Chaeko T, Cingi C, Ciprandi G, Corey J, Cox ES, Cretieos PS, Custovie A, Damask C, DeConde A, DelGaudio JM, Ebert CS, Eloy JA, Flanagan CE, Fokkens WJ, Franzese C, Gosepath J, Halderman A, Hamilton RG, Hoffinan HJ, Hohlfeld JM, Houser SM, Hwang PH, Ineorvaia C, Jarvis D, Khalid AN, Kilpelainen M, Kingdom TT, Krouse H, Earenas-Einnemann D, Eaury AM, Eee SE, Eevy JM, Euong AU, Marple BF, MeCoul ED, MeMains КС, Melen E, Mims JW, Moseato G, Mullol J, Nelson HS, Patadia M, Pawankar R, Pfaar O, Platt MP, Reisaeher W, Ronddn C, Rudmik E, Ryan M, Sastre J, Sehlosser RJ, Settipane RA, Hemant P. Sharma HP, Sheikh A, Smith ТЕ, Tantilipikom P, Tversky JR, Veling MC, Wang DY, Westman M, Wiekman M, Zaeharek M. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Allergie Rhinitis - Int Forum Allergy Rhinol. 2018;8: 85-107. First published: 13 February 2018

<https://doi.org/10.1002/ah.22073>

1. Global atlas of allergy. Editors: Cezmi A. Akdis, loana Agaehe. Published by the European Aeademy of Allergy and Clinieal Immunology. 2014; 388.
2. Еущин ИС. Аллергичеекое воепаление и его фармакологичеекий контроль. М.: Фармаруе Принт, 1998.
3. Ильина Н.И., Курбачева О.М., Павлова К.С., Ильина Е.В. Скрининговое эпидемиологичеекое иееледование (GA2EEN) по выявлению аллергичееких заболеваний и заболеваний органов дыхания в Роееии. РАЖ 2009; 3:1.
4. Ильина Н. И., Луее Л. В., Курбачева О. М., Назарова Е. В., Павлова К. С. Влияние климатичееких факторов на епектр и етруктуру аллергичееких заболеваний на примере Моековекого региона. РАЖ. 2014. 2. С. 25-31.
5. Хаитов Р.М., Ильина Н.И., Курбачева О.М., Павлова К.С. Традиции, достижения и инновации в современной аллергологии. Физиология и патология иммунной системы. Иммунофармакогеномика, 2010, том 14, №1, стр. 3-14.
6. Asher М.1., Welland S.K. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). ISAAC Streering Committee. Clin. Exp. Allergy. 1998. 28 (suppl. 5). P. 52—66.
7. Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. Eur Respir J. 2004;24:758-764.
8. Van Cauwenberge PB, Ciprandi G, Vermeiren JS. J. Epidemiology of allergic rhinitis. The UCB Institute of Allergy. 2001; 27.
9. Pawankar R, Canonica GW, Holgate ST et al. The World Allergy Organization White Book on Allergy. 2013.
10. Corren J. The impact of allergic rhinitis on bronchial asthma. J Allergy Clin Immunol. 1998; 101(2 Pt2):S352-6.
11. Gergen PJ, Turkeltaub PC. The association of individual allergen reactivity with respiratory disease in a national sample: data from the second National Health and Nutrition Examination Survey, 1976-80 (NHANES 11). J Allergy Clin Immunol 1992;90(4 Pt l):579-88
12. Greisner Wr, Settipane RJ, Settipane GA. Co-existence of asthma and allergic rhinitis: a 23-year follow-up study of college students. Allergy Asthma Proc 1998;19(4): 185-8.
13. Guerra S, Sherrill DE, Martinez FD, Barbee RA. Rhinitis as an independent risk factor for adult- onset asthma. J Allergy Clin Immunol 2002; 109(3):419-25.
14. Tohidinik HR, Mallah N, Takkouche B. History of allergic rhinitis and risk of asthma; a systematic review and meta-analysis. World Allergy Organ J. 2019;12(10):100069. Published 2019 Oct 17. doi: 10.1016/j.waojou.2019.100069
15. Vignola AM, Chanez P, Godard P, Bousquet J. Relationships between rhinitis and asthma. Allergy 1998;53(9):833-9.
16. Rondon Cl, Campo P, Togias A, Fokkens WJ, Durham SR, Powe DG, Mullol J, Blanca M. Focal allergic rhinitis: concept, pathophysiology, and management. J Allergy Clin Immunol. 2012 Jun; 129(6): 1460-7. doi: 10.1016/j.jaci.2012.02.032. Epub 2012 Apr 18.
17. Курбачева ОМ, Павлова КС. Аллергический ринит и аллергический конъюнктивит: одна болезнь - две клинические формы. Российский аллергологический журнал. 2015;(3):22-29.
18. Thomas М. Allergic rhinitis: evidence for impact on asthma. BMC Pulmonary Medicine. 2006;6(Suppl 1):S4. DOl:10.1186/1471-2466-6-Sl-S4.
19. Poorey VK, Soni S, Thakur P, Gupta A. Effect of Nasal Allergy Over Spirometric Parameters: A Prospective Study. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;68(1):6-10. doi:10.1007/sl2070- 015-0876-x
20. Togias A. Unique mechanistic features of allergic rhinitis. J. Allergy Clin. Immunol. 2000; 105:S599-S604.
21. Курбачева ОМ, Павлова КС, Еалицкая МА. Аллерген-специфическая иммунотерапия. Аналитический обзор современных международных и отечественных позиционных документов. Российский аллергологический журнал. 2017; 1:24-32.
22. Calderdn МА, Casale ТВ, Togias А, Bousquet J, Durham SR, Demoly P. Allergen-specific immunotherapy for respiratory allergies: from meta-analysis to registration and beyond. J Allergy Clin Immunol. 2011:Jan;127(l):30-8. DOE 10.1016/j.jaci.2010.08.024. Epub 2010 Oct 20.
23. Jacobsen L, Niggemann B, Dreborg S, et al. Specific immunotherapy has long-term preventive effect of seasonal and perennial asthma: 10 year follow-up on the PAT study. Allergy. 2007;62(8):943-948.
24. Jutel M, Agache 1, Bonini S, Burks AW, Calderon M, Canonica W, Cox L, Demoly P, Frew AJ, O’Hehir R, Kleine-Tebbe J, Muraro A, Lack G, Larenas D, Levin M, Nelson H, Pawankar R, Pfaar O, van Ree R, Sampson H, Santos AF, Du Toit G, Werfel T, Gerth van Wijk R, Zhang L, Akdis CA. Intemetional Consensus On (ICON) Allergy Immunotherapy (AIT) J Allergy Clin Immunol. 2015 Sep;136(3):556-68
25. 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.
26. Niggemann B, Jacobsen L, Dreborg S, et al. Five-year follow-up on the PAT study: specific immunotherapy and long-term prevention of asthma in children. Allergy. 2006;61(7):855-859.
27. Papadopoulos NG, Arakawa H, Carlsen KH, et al. International consensus on (ICON) pediatric asthma. Allergy. 2012;67(8):976-997.
28. Zielen S, Devillier P, Heinrich J, Richter H, Wahn U. Sublingual immunotherapy provides long­term relief in allergic rhinitis and reduces the risk of asthma: a retrospective, real-world database analysis. Allergy. 2018;73(1): 165-177. Multiple regression analysis on data from real-world database demonstrates the long-term effect of SLIT and the preventive effect of SLIT on asthma onset and progression in patients with allergic rhinitis.
29. Bousquet P.J., Combescure C., Neukirch F., Klossek J.M., Mechin H., Daures J.P Visual analog scales can assess the severity of rhinitis graded according to ARIA guidelines. Allergy. 2007; 62 (4): 367-372. DOT 10.1111/j.l398-9995.2006.01276.x.
30. Bousquet J, Schunemann HJ, Hellings PW, Amavielhe S, Bachert C, Bedbrook A, et al. MACVIA clinical decision algorithm in adolescents and adults with allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol. 2016;138(2):367-74 c2.
31. Courbis AL, Murray RB, Amavielhe S, Caimmi D, Bedbrook A, Van Eerd M, et al. Electronic Clinical Decision Support System for allergic rhinitis management: MASK e-CDSS. Clin Exp Allergy. 2018;48(12): 1640-53.
32. Тюфилин Д.С., Деев И.А., Кобякова О.С., Куликов Е.С., Табакаев Н.А., Винокурова Д.А., Кириллова Н.А. Контроль аллергического ринита: современные инструменты оценки. Бюллетень сибирской медицины. 2019; 18 (2): 262-273. <https://doi.org>: 10.20538/1682-0363- 2019-2-262-273.
33. Papadopoulos NG, Bernstein JA, Demoly P, Dykewicz M, Fokkens W, Hellings PW, Peters AT, Rondon C, Togias A, Cox ES. Phenotypes and endotypes of rhinitis and their impact on management: a PRACTAEE report. Allergy. 2015 May;70(5):474-94. DOE 10.1111/all.12573. Epub 2015 Feb 19.
34. Droste JH, Kerhof M, de Monchy JG, Schouten JP, Rijcken B. Association of skin test reactivity, specific IgE, total IgE, and eosinophils with nasal symptoms in a community-based population study. The Dutch ECRHS Group. J Allergy Clin Immunol 1996;97:922-32.
35. Di Eorenzo G, Pacor ME, Amodio E, et al. Differences and similarities between allergic and nonallergic rhinitis in a large sample of adult patients with rhinitis symptoms. Int Arch Allergy Immunol. 2011;155:263-270.
36. Gelardi М, Passalacqua G, Fiorella ML, Quaranta N. Assessment of biofilm by nasal eytology in different forms of rhinitis and its fimetional eorrelations. Eur Ann Allergy Clin Immunol. 2013;45:25-29.
37. Gelardi M, Peroni DG, Ineorvaia C, et al. Seasonal ehanges in nasal eytology in mite-allergie patients. J Inflamm Res. 2014;7:39-44.
38. Park SC, Kim JH, Lee KH, Hong SC, Lee HS, Kang JW. Assoeiation of serum eosinophilia and total immunoglobulin E eoneentration with the risk of allergie symptoms and allergie sensitization, respeetively: A 2-year follow-up study. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2016;86:167-171.
39. Lay TR, Boseo J, Aumann H, 0"Hehir R, Hew M. Elevated total serum immunoglobulin E (>1000 lU/mL): implieations? Intern Med J. 2016;46:846-849.
40. Satwani H, Rehman A, Ashraf S, Hassan A. Is serum total IgE levels a good predietor of allergies in ehildren? J Pak Med Assoe. 2009;59:698-702.
41. Tu YE, Chang SW, Tsai HJ, et al. Total serum IgE in a population-based study of Asian ehildren in Taiwan: referenee value and signifieanee in the diagnosis of allergy. PLoS One. 2013;8:e80996.
42. Ameli F, Broeehetti F, Tosea MA, Signori A, Ciprandi G. Nasal endoseopy in ehildren with suspeeted allergie rhinitis. Laryngoseope. 2011;121:2055-2059.
43. Eren E, Aktas A, Arslanoglu S, et al. Diagnosis of allergie rhinitis: inter-rater reliability and predietive value of nasal endoseopie examination: a prospeetive observational study. Clin Otolaryngol. 2013;38:481-486.
44. Jareoneharsri P, Thitadilok V, Bunnag C, Ungkanont K, Voraprayoon S, Tansuriyawong P. Nasal endoseopie findings in patients with perennial allergie rhinitis. Asian Pae J Allergy Immunol. 1999;17:261-267.
45. Brunner JP, Jawad BA, MeCoul ED. Polypoid ehange of the middle turbinate and paranasal sinus polyposis are distinet entities. Otolaryngol HeadNeek Surg. 2017;157:519-523.
46. Tsehopp JM, Sistek D, Sehindler C, et al. Current allergie asthma and rhinitis: diagnostie effieieney of three eommonly used atopie markers (IgE, skin priek tests, and Phadiatop). Results from 8329 randomized adults from the SAPALDIA Study. Swiss Study on Air Pollution and Lung Diseases in Adults. Allergy. 1998;53:608-613.
47. Nevis IF, Binkley K, Kabali C. Diagnostie aeeuraey of skin-priek testing for allergie rhinitis: a systematie review and meta-analysis. Allergy Asthma Clin Immunol. 2016 Apr 27;12:20. DOE 10.1186/sl3223-016-0126-0. eColleetion 2016.
48. Health Quality Ontario. Skin Testing for Allergie Rhinitis: A Health Teehnology Assessment. Ont HealthTeehnol Assess Ser. 2016;16(10):l-45. Published2016 May 1.
49. Nevis 1 IF, Binkley K., Kabali C. Diagnostie aeeuraey of skin-priek testing for allergie rhinitis: a systematie review and meta-analysis. Allergy Asthma Clin Immunol. 2016,12:20 DOl 10.1186/sl3223-016-0126-0.
50. Liu CY, Zhang Y, Han DM, Zhang L. Evaluation of serum speeifie IgE for the diagnosis of allergie rhinitis with multi-allergens. Chin Med J (Engl). 2010;123(20):2836-2841.
51. Jiang XD, Li GY, Dong Z, Zhu DD. Correlation analysis of two serum-speeifie immunoglobulin E test systems and skin-priek test in allergie rhinitis patients from northeast China. Am J Rhinol Allergy. 2011;25(2): 116-119. doi:10.2500/ajra.2011.25.3572.
52. Cox L. Overview of serologieal-speeifie IgE antibody testing in ehildren. Curr Allergy Asthma Rep. 2011;ll(6):447-453. doi:10.1007/sll882-011-0226-3.
53. Hamilton RG, Oppenheimer J. Serological IgE Analyses in the Diagnostic Algorithm for Allergic Disease [published correction appears in J Allergy Clin Immunol Pract. 2016 Mar-Apr;4(2):374], J Allergy Clin Immunol Pract. 2015;3(6):833-842. doi:10.1016/j.jaip.2015.08.016.
54. Steering Committee Authors; Review Panel Members. A WAO - ARIA - GA2LEN consensus document on molecular-based allergy diagnosis (PAMD@): Update 2020. World Allergy Organ J. 2020;13(2): 100091. Published 2020 Mar 7. doi:10.1016/j.waojou.2019.100091
55. Ferrer M, Sanz ME, Sastre J, Bartra J, A del Cuvillo, Montoro J, Jauregui 1, Davila 1, Mullol J, Valero A. Molecular diagnosis in Allergology: application of the microarray technique. J Investig Allergol Clin Immunol. 2009; 19(1): 19-24.
56. Akdis CA, Jutel M, Akdis M. Regulatory effects of histamine and histamine receptor expression in human allergic immune responses. Chem Immunol Allergy. 2008;94:67- 82.
57. Allocco FT, Votypka V, De Tineo M, Naclerio RM, Baroody FM. Effects of fexofenadine on the early response to nasal allergen challenge. Annals of allergy, asthma & immunology. 2002;89(6):578-584.
58. Benninger M, Farrar JR, Blaiss M, et al. Evaluating approved medications to treat allergic rhinitis in the United States: an evidence-based review of efficacy for nasal symptoms by class. Ann Allergy Asthma Immunol. 2010;104:13e29.
59. Berger WE, Eumry WR, Meltzer EO, Pearlman DS: Efficacy of desloratadine, 5 mg, compared with fexofenadine, 180 mg, in patients with symptomatic seasonal allergic rhinitis. Allergy Asthma Proc. 2006, 27 (3): 214-223. DOT 10.2500/aap.2006.27.2851.
60. Bocsan Cl, Bujor Al, Miron N, Vesa SC, Deleanu D, Buzoianu AD. In vivo anti-inflammatory effect of HI antihistamines in allergic rhinitis: a randomized clinical trial. Balkan medical journal, 2015, 32(4), 352-358. D01:10.5152/balkanmedj.2015.15884
61. Bousquet J, Bachert C, Canonica GW, Mullol J, Van Cauwenberge P, et al. ACCEPT-1 Study Group. Efficacy of desloratadine in intermittent allergic rhinitis: a GA2EEN study. Allergy. 2009;64:1516-1523.
62. Canonica GW, Tarantini F, Compalati E, Penagos M. Efficacy of desloratadine in the treatment of allergic rhinitis: a meta-analysis of randomized, double-blind, controlled trials. Allergy. 2007;62:359-366.
63. De Blic J, Wahn U, Billard E, Alt R, Pujazon MC. Eevocetirizine in children: evidenced efficacy and safety in a 6-week randomized seasonal allergic rhinitis trial. Pediatric allergy and immunology, 2005, 16(3): 267-275.
64. Dykewicz MS, Wallace DV, Baroody F, Bernstein J, Craig T, Finegold 1, Huang F, Earenas- Einnemann D, Meltzer E, Steven G, Bernstein Dl, Blessing-Moore J, Dinakar C, Greenhawt M, Homer CC, Khan DA, Fang D, Oppenheimer J, Portnoy JM, Randolph CR, Rank MA; Workgroup Chair and Cochair, Dykewicz MS, Wallace DV. Treatment of seasonal allergic rhinitis: An evidence-based focused 2017 guideline update. Ann Allergy Asthma Immunol. 2017 Dec;119(6):489-511.e41. doi: 10.1016/j.anai.2017.08.012. Epub 2017 Nov 2.
65. Farre M, Perez-Mana C, Papaseit E, et al. Bilastine vs. hydroxyzine: occupation of brain histamine HI-receptors evaluated by positron emission tomography in healthy volunteers. Br J Clin Pharmacol. 2014;78(5):970-980. DOT 10.1111/bcp. 12421.
66. Gillman S, Gillard M, Strolin Benedetti M: The concept of receptor occupancy to predict clinical efficacy: a comparison of second generation HI antihistamines. Allergy Asthma Proc. 2009; 30 (4): 366-376. D01:10.2500/aap.2009.30.3226.
67. Leurs R, Church MK, Taglialatela M. HI-antihistamines: inverse agonism, anti-inflammatory aetions and eardiae effeets. Clin Exp Allergy. 2002;32:489-498.
68. Lukat K, Rivas P, Roger A, Kowalski M, Botzen U, Wessel F. A direet eomparison of effleaey between desloratadine and mpatadine in seasonal allergie rhinoeonjunetivitis: a randomized, double-blind, plaeebo-eontrolled study. Journal of asthma and allergy, 2013(6): 31-39.
69. Mosges R, Konig V, Koberlein J. The effeetiveness of modem antihistamines for treatment of allergie rhinitis - an IPD meta-analysis of 140,853 patients. Allergol Int. 2013;62(2):215-222. DOT 10.2332/allergolint. 12-OA-0486
70. Muntean A, Boesan 1, Deleanu, DM. The effeet of HI-antihistamines on allergie inflammation in patients with allergie rhinitis. Human and Veterinary Medieine; Cluj-Napoea. 2016, 8(4): 161-165.
71. Naelerio RM. The effeet of antihistamines on the immediate allergie response: a eomparative review. Otolaryngology—head and neek surgery. 1993,108(6):723-730.
72. Okubo K, Suzuki T, Tanaka A, Aoki H. Effleaey and safety of mpatadine in Japanese patients with seasonal allergie rhinitis: a double-blind, randomized, multieenter, plaeebo-eontrolled elinieal trial. Allergology international, 2019, 68(2):207-215
73. Valk P, Jetten A, Simons R, Valiente R, Eabeaga E. Effeets of a single oral dose of bilastine 20 mg on flying ability in healthy volunteers under eonditions of simulated eabin pressure. Allergy: european journal of allergy and elinieal immunology, 2015 (70):647.
74. Ильина Н.И., Павлова К.С. Антигиетминные, противовоепалительные и

противоаллергичеекие евойетва дезлоратадина. Consilium Medieum. 2015; 3: 79-83.

1. Chureh MK, Maurer M, Simons FE, et al. Risk of first-generation H(l)-antihistamines: a GA(2)EEN position paper. Allergy. 2010;65:459e466.
2. Simons FE: Advanees in HI-antihistamines. N Engl J Med. 2004, 351 (21): 2203-2217. DOE 10.1056/NEJMra033121.
3. Castillo M, Seott NW, Mustafa MZ, Mustafa MS, Azuara-Blaneo A. Topieal antihistamines and

mast eell stabilisers for treating seasonal and perennial allergie eonjunetivitis. Coehrane Database of Systematie Reviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD009566. DOT

10.1002/14651858.CD009566.pub2.

1. Fee ТА, Piekard AS. Meta-analysis of azelastine nasal spray for the treatment of allergie rhinitis. Pharmaeotherapy. 2007;27(6):852-859. doi:10.1592/pheo.27.6.852
2. Al Sayyad JJ, Fedorowiez Z, Alhashimi D, Jamal A. Topieal nasal steroids for intermittent and persistent allergie rhinitis in ehildren. Coehrane Database of Systematie Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD003163. DOT 10.1002/14651858.CD003163.pub4.
3. Dibildox J. Safety and effleaey of mometasone fiiroate aqueous nasal spray in ehildren with allergie rhinitis: results of reeent elinieal trials. J Allergy Clin Immunol. 2001;108:S54-S58.
4. Herman H. Onee-daily administration of intranasal eortieosteroids for allergie rhinitis: a eomparative review of effleaey, safety, patient preferenee, and eost. Am J RhinoT 2007;21:70-79.
5. Penagos M, Compalati E, Tarantini F, Baena-Cagnani CE, Passalaequa G, Canoniea GW. Effleaey of mometasone furoate nasal spray in the treatment of allergie rhinitis: meta-analysis of randomized, double-blind, plaeeboeontrolled, elinieal trials. Allergy. 2008;63:1280-1291.
6. Rodrigo GJ, Neffen H. Effleaey of flutieasone furoate nasal spray vs. plaeebo for the treatment of oeular and nasal symptoms of allergie rhinitis: a systematie review. Clin Exp Allergy.

2011;41:160-170.

1. Wu EL, Harris WC, Babcock CM, Alexander BH, Riley CA, MeCoul ED. Epistaxis Risk Assoeiated with Intranasal Cortieosteroid Sprays: A Systematie Review and Meta-analysis. Otolaryngol HeadNeek Surg. 2019;161(l):18-27. doi:10.1177/0194599819832277
2. Yanez A, Rodrigo GJ. Intranasal eortieosteroids versus topieal HI reeeptor antagonists for the treatment of allergie rhinitis: a systematie review with meta-analysis. Ann Allergy Asthma Immunol. 2002;89(5):479-84.
3. Zieglmayer P, Zieglmayer R, Bareille P, Rousell V, Salmon E, Horak F. Flutieasone fiiroate versus plaeebo in symptoms of grass-pollen allergie rhinitis indueed by exposure in the Vienna Challenge Chamber. Curr Med Res Opin. 2008;24(6): 1833-40.
4. DeWester J, Philpot EE, Westlund RE, Cook CK, Riekard KA. The effieaey of intranasal flutieasone propionate in the relief of oeular symptoms assoeiated with seasonal allergie rhinitis. Allergy Asthma Proe. 2003;24:331-337.
5. Bielory L, Chun Y, Bielory BP, Canoniea GW. Impaet of mometasone fiiroate nasal spray on individual oeular symptoms of allergie rhinitis: a meta-analysis. Allergy. 2011;66:686-693.
6. Bousquet J, Meltzer EO, Couroux P, Koltun A, Kopietz F, Munzel U, et al. Onset of aetion of the fixed eombination intranasal azelastine-flutieasone propionate in an allergen exposure ehamber. J Allergy Clin Immunol Praet. 2018;6(5): 1726-32.
7. Debbaneh PM, Bareiss AK, Wise SK, MeCoul ED. Intranasal Azelastine and Flutieasone as Combination Therapy for Allergie Rhinitis: Systematie Review and Meta-analysis. Otolaryngol HeadNeek Surg. 2019;161(3):412-418. doi:10.1177/0194599819841883
8. Hampel FC, Ratner PH, Van Bavel J, et al. Double-blind, plaeebo-eontrolled study of azelastine and flutieasone in a single nasal spray delivery deviee. Ann Allergy Asthma Immunol. 2010;105:168-173.
9. Chunhui Wei. The effieaey and safety of HI-antihistamine versus Montelukast for allergie rhinitis: A systematie review and meta-analysis C. Biomedieine & Pharmaeotherapy. 2016; (83): 989-997.
10. Lu Y, Yin M, Cheng L. Meta-analysis of leukotriene reeeptor antagonist montelukast in the treatment of allergie rhinitis. Zhonghua Er Bi Yan Hon Ton Jing Wai Ke Za Zhi. 2014; 49(8):659- 67.
11. Modgill V, Badyal DK, Verghese A. Effieaey and safety of montelukast add-on therapy in allergie rhinitis. Methods Findings Exp Clin Pharmaeol. 2010;32: 669-674.
12. Ngamphaiboon J. Montelukast in general pediatrie praetiees. J Med Assoe Thai. 2005;88:S348- S351.
13. Seresirikaehom K, Chitsuthipakom W, Kanjanawasee D, Khattiyawittayakun L, Snidvongs K. Leukotriene Reeeptor Antagonist Addition to H 1-Antihistamine Is Effeetive for Treating Allergie Rhinitis: A Systematie Review and Meta-analysis. Am J Rhinol Allergy. 2019;33(5):591-600. doi:10.1177/1945892419844459
14. Xu Y, Zhang J, Wang J. The Effieaey and Safety of Seleetive H 1-Antihistamine versus Leukotriene Reeeptor Antagonist for Seasonal Allergie Rhinitis: A Meta-Analysis. 2014; PEGS ONE 9(11): ell2815.
15. Nayak A. A review of montelukast in the treatment of asthma and allergie rhinitis. Expert Opin Pharmaeother. 2004;5:679-686.
16. Polos PG. Montelukast is an effective monotherapy for mild asthma and for asthma with co- morbid allergic rhinitis. Prim Care Respir J. 2006;15:310e311. author reply lc2.
17. Watts K, Chavasse RJPG. Leukotriene receptor antagonists in addition to usual care for acute asthma in adults and children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD006100. DOl: 10.1002/14651858.CD006100.pub2.
18. Khattiyawittayakun L, Seresirikachom K, Chitsuthipakom W, Kanjanawasee D, Snidvongs K. Effects of decongestant addition to intranasal corticosteroid for chronic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. Int Forum Allergy Rhinol. 2018;8(12): 1445-1453. doi:10.1002/alr.22193
19. Yoo JK, Seikaly H, Calhoun KH. Extended use of topical nasal decongestants. Earyngoscope. 1997;107(l):40-3.
20. Okubo K. et al. Efficacy of Omalizumab for Severe Allergic Rhinitis Induced By Japanese Cedar Pollen in Patients Treated with Combination Oral Antihistamines and Nasal Corticosteroids. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2019; 143(2): AB424;
21. Okubo K, et al. Poster presented at The EAACl. June 1-6, 2019, Eisbon,Poster#E1372
22. Tsabouri S. et al. Omalizumab for the treatment of inadequately controlled allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice. 2014; 2(3):332-340.
23. Yu C, Wang K, Cui X, et al. Clinical EfiRcacy and Safety of Omalizumab in the Treatment of Allergic Rhinitis: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. Am J Rhinol Allergy. 2020;34(2): 196-208. doi: 10.1177/1945892419884774
24. Kilbum SA, Easserson TJ, McKean MC. Pet allergen control measures for allergic asthma in children and adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1. Art. No.: CD002989. DOl: 10.1002/14651858.CD002989.
25. Sheikh A, Hurwitz B, Nurmatov U, van Schayck CP. House dust mite avoidance measures for perennial allergic rhinitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 7. Art. No.: CD001563. DOl: 10.1002/14651858.CD001563.pub3.
26. Head K, Snidvongs K, Glew S, Scadding G, Schilder AGM, Philpott C, Hopkins C. Saline irrigation for allergic rhinitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 6. Art. No.: CD012597. DOl: 10.1002/14651858.CD012597.pub2
27. Hermelingmeier KE, Weber RK, Hellmich M, Heubach CP, Mosges R. Nasal irrigation as an adjunctive treatment in allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. Am J Rhinol Allergy. 2012;26(5):ell9-el25. doi:10.2500/ajra.2012.26.3787
28. Ei CE, Ein HC, Ein CY, Hsu TF. Effectiveness of Hypertonic Saline Nasal Irrigation for Alleviating Allergic Rhinitis in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med. 2019;8(1):64. Published 2019 Jan 9. doi:10.3390/jcm8010064
29. Valerieva A, Church MK, Staevska M, Kralimarkova T, Petkova E, Nedeva D, Valerieva E, Eazarova T, Dimitrov V, Popov ТА. Micronized cellulose powder as a means to enhance intranasal symptoms-driven treatment: patients" attitudes in a real life setting. Allergy, 2016 (71): 13.
30. Курбачева ОМ, Павлова КС. Федеральные клинические рекомендации. Аллерген- специфическая иммунотерапия. Российский Аллергологический Журнал. 2006 (4-5): 55-6.
31. Des Roches А., Paradis Е., Menardo J.E., Bouges S., Daures J.P, Bousquet J. Immunotherapy with a standardized Dermatophagoides pteronyssinus extract. VI. Specific immunotherapy prevents the onset of new sensitizations in ehildren. J. Allergy Clin. Immunol. 1997; 99: 450-453.
32. Dhami S, Nurmatov U, Arasi S, et al. Allergen immunotherapy for allergie rhinoeonjunetivitis: A systematie review and meta-analysis. Allergy. 2017;72(11):1597-1631. doi:10.1111/all.l3201
33. Feng B, Wu J, Chen B, et al. Effieaey and safety of sublingual immunotherapy for allergie rhinitis in pediatrie patients: A meta-analysis of randomized eontrolled trials. Am J Rhinol Allergy. 2017;31(l):27-35. doi:10.2500/ajra.2017.31.4382
34. Kim J.M., Lin S.Y., Suarez-Cuervo C. Allergen-speeifie immunotherapy for pediatrie asthma and rhinoeonjunetivitis: a systematie review. Pediatries. 2013; 131: 1155-1167.
35. Li Y, Yu SY, Tang R, Zhao ZT, Sun JL. Sublingual Immunotherapy Tablets Relieve Symptoms in Adults with Allergie Rhinitis: A Meta-analysis of Randomized Clinieal Trials. Chin Med J (Engl). 2018;131(21):2583-2588. doi: 10.4103/0366-6999.244108
36. Mosges R, Santiago V, A, Allekotte, S. et al. Subeutaneous immunotherapy with depigmented- polymerized allergen extraets: a systematie review and meta-analysis. Clin Transl Allergy. 2019: 9; 29. DOT 10.1186/sl3601-019-0268-5
37. Purello-D’Ambrosio R, Gangemi S., Merendino R.A. et al. Prevention of new sensitizations in monosensitized subjeets submitted to speeifie immunotherapy or not. A retrospeetive study. Clin. Exp. Allergy. 2001; 31: 1295-1302.
38. Radulovie S, Calderon MA, Wilson D, Durham S. Sublingual immunotherapy for allergie rhinitis. Coehrane Database of Systematie Reviews 2010, Issue 12. Art. No.: CD002893. DOT 10.1002/14651858.CD002893.pub2.
39. Tahamiler R., Saritzali G., Canakeioglu S. Long-term efiReaey of sublingual immunotherapy in patients with perennial rhinitis. Laryngoseope. 2007; 117: 965-969.
40. Wilson DR., Lima ML, Durham SR. Sublingual immunotherapy for allergie rhinitis: systematie review and meta-analysis. Allergy. 2005; 60: 4-12.
41. Курбачева ОМ, Павлова КС, Еалицкая МА, Смирнов ДС. Актуальные предетавления о механизмах аллерген- епецифичеекой иммунотерапии, потенциальных маркерах эффективноети и путях еовершенетвования. Роееийекий аллергологичеекий журнал. Журнал. 2017; (4-5): 5-17.
42. Akdis М, Akdis СА. Meehanisms of allergen-speeifie immunotherapy: multiple suppressor faetors at work in immune toleranee to allergens. J Allergy Clin Immunol. 2014;(133):621-631. DOT 10.1016/j.jaei.2013.12.1088.
43. Pfaar O, Demoly P, Gerth van Wijk R, Bonini S, Bousquet J, Canoniea GW, Durham SR, Jaeobsen L, Mailing HJ, Mosges R, Papadopoulos NG, Rak S, Rodriguez del Rio P, Valovirta E, Wahn U, Calderon MA. Reeommendations for the standardization of elinieal outeomes used in allergen immunotherapy trials for allergie rhinoeonjunetivitis: an EAACl Position Paper. Allergy 2014; 69: 854-867.
44. Mishra A, Kawatra R, Gola M. Interventions for atrophie rhinitis. Coehrane Database of

Systematie Reviews 2012, Issue 2. Art. No.: CD008280. DOT

10.1002/14651858.CD008280.pub2.

1. Jose J, Coatesworth AP. Inferior turbinate surgery for nasal obstruetion in allergie rhinitis after failed medieal treatment. Coehrane Database of Systematie Reviews 2010, Issue 12. Art. No.: CD005235. DOT 10.1002/14651858.CD005235.pub2.
2. Feng S, Han M, Fan Y, Yang G, Liao Z, Liao W, et aL Acupuncture for the treatment of allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. Am J Rhinol Allergy. 2015; 29(l):57-62. DOL 10.2500/ajra.2015.29.4116
3. Zhang J, Zhang Y, Huang X, et al. Different Acupuncture Therapies for Allergic Rhinitis: Overview of Systematic Reviews and Network Meta-Analysis. Evid Based Complement Altemat Med. 2020;2020:8363027. Published 2020 Apr 23. doi: 10.1155/2020/8363027
4. Ant K., Pearce N., Anderson H.R., Ellwood P, Montefort S., Shah J. Global map of the prevalence of symptoms of rhino-conjunctivitis in children. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood ISAAC Phase Three. Allergy. 2009; 64: 123-148.
5. Maspero JF, Rosenblut A, Finn A Jr, Eim J, Wu W, Philpot E. Safety and efficacy of fluticasone fiiroate in pediatric patients with perennial allergic rhinitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;138:30-37
6. Nasser M, Fedorowicz Z, Aljufairi H, McKerrow W. Antihistamines used in addition to topical

nasal steroids for intermittent and persistent allergic rhinitis in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 7. Art. No.: CD006989. DOL

10.1002/14651858.CD006989.pub2.

1. Roberts G, Xatzipsalti M, Borrego LM, Custovic A, Halken S, Hellings PW, Papadopoulos NG, Rotiroti G, Scadding G, Timmermans F, Valovirta E. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy. 2013; 68: 1102-1116.
2. РАДАР. Аллергический ринит у детей: рекомендации и алгоритм при детском

аллергическом рините. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Оригинал-макет, 2017.

1. Лопатин АС. Диагностика и лечение ринита и риносинусита у беременных. Российский аллергологический журнал. 2006: (1); 12-18.
2. Gani F, Braida А, Eombardi С. et al. Rhinitis in pregnancy. Allerg. Immunol. (Paris). 2003; 35(8): 306- 313.
3. Курбачева ОМ, Швец CM. Аллергический ринит и беременность: возможности

современной терапии. Эффективная фармакотерапия;2013 (18): 74-80.

1. Gilbert С, Mazzotta Р, Eoebstein R, Коген G. Fetal safety of drugs used in the treatment of allergic rhinitis: a critical review. Drug Saf. 2005;28(8):707-719. doi: 10.2165/00002018-200528080- 00005
2. Yawn B, Knudtson M. Treating asthma and comorbid allergic rhinitis in pregnancy. J Am Board Fam Pract. 2007; 20:289-298 DOL 10.3122/jabfin.2007.03.060144
3. Cetirizine Pregnancy and Breastfeeding Warnings, [www.dru](http://www.dru)gs.com/stats/top 100/2013/q4/sales
4. Kallen B, Otterblad Olausson P. Use of anti-asthmatic drugs during pregnancy. 3. Congenital malformations in the infants. Eur J Clin Pharmacol. 2007; 63 (4):383-388.

Приложение Al. Состав рабочей группы

1. Астафьева Наталья Григорьевна, заведующая кафедрой клиничеекой иммунологии и аллергологии ФГБОУ ВО Саратовекий ГМУ им. В.И. Разумовекого М3 РФ, профеееор, Д.М.Н., член Роееийекой Аееоциации Аллергологов и Клиничееких Иммунологов.
2. Баранов Алекеандр Алекеандрович, академик РАН, почетный президент Союза педиатров Роееии, еоветник руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, главный внештатный епециалиет педиатр Минздрава РФ.
3. Вишнева Елена Алекеандровна, преее-еекретарь Союза педиатров Роееии, замеетитель руководителя по науке НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, доцент кафедры факультетекой педиатрии педиатричеекого факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. И.И. Пирогова» Минздрава Роееии, д.м.н., член Роееийекой Аееоциации Аллергологов и Клиничееких Иммунологов.
4. Дайхее Николай Аркадьевич, член-корр. РАН, директор ФЕБУ НКЦО ФМБА Роееии, главный внештатный епециалиет по оториноларингологии Минздрава РФ, вице-президент Национальной медицинекой аееоциации оториноларингологов, профеееор, д.м.н.
5. Жеетков Алекеандр Викторович, главный внештатный аллерголог-иммунолог Самарекой облаети, заведующий кафедрой общей и клиничеекой микробиологии, иммунологии и аллергологии СЕМУ М3 РФ, профеееор, д.м.н., член Роееийекой Аееоциации Аллергологов и Клиничееких Иммунологов, Роееийекого Реепираторного общеетва.
6. Ильина Наталья Ивановна, вице-президент Роееийекой Аееоциации Аллергологов и Клиничееких Иммунологов, замеетитель директора по клиничеекой работе - главный врач ФЕБУ «ГНЦ «Инетитут иммунологии» ФМБА Роееии, главный внештатный епециалиет по аллергологии и иммунологии ФМБА Роееии, профеееор, д.м.н.
7. Карнеева Ольга Витальевна, замеетитель директора по научной работе ФЕБУ НКЦО ФМБА Роееии, доцент, заведующая кафедрой оториноларингологии ФЕБУ НКЦО ФМБА Роееии, профеееор кафедры оториноларингологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова М3 РФ, д.м.н., член Национальной медицинекой аееоциации оториноларингологов.
8. Карпова Елена Петровна, заведующая кафедрой детекой оториноларингологии РМАПО, профеееор, д.м.н., член Национальной медицинекой аееоциации оториноларингологов.
9. Ким Ирина Анатольевна, начальник управления науки и образования ФЕБУ НКЦО ФМБА Роееии, кафедры оториноларингологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова М3 РФ, д.м.н., член Национальной медицинекой аееоциации оториноларингологов.
10. Крюков Андрей Иванович, член-корр. РАН, директор ЕБУЗ «Научно-иееледовательекий клиничеекий инетитут оториноларингологии им. Л.И. Свержевекого», главный внештатный оториноларинголог Департамента здравоохранения г. Моеквы, заведующий кафедрой оториноларингологии лечебного факультета ФЕБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова М3 РФ, профеееор, д.м.н., член Национальной медицинекой аееоциации оториноларингологов.
11. Курбачева Океана Михайловна, главный внештатный аллерголог-иммунолог Центрального федерального округа Роееии; профеееор кафедры клиничеекой аллергологии и иммунологии лечебного факультета Моековекого гоеударетвенного медико- етоматологичеекого универеитета им. А.И. Евдокимова, зав. отделением бронхиальной астмы ФГБУ «ГНЦ «Институт иммунологии» ФМБА России, профессор, д.м.н., член Президиума Роееийекой Аееоциации Аллергологов и Клиничееких Иммунологов.
12. Мешкова Раиеа Яковлевна, главный внештатный аллерголог-иммунолог Смоленекой облаети, заведуюш,ая кафедрой аллергологии и иммунологии СГМА, профеееор, д.м.н., член Роееийекой Аееоциации Аллергологов и Клиничееких Иммунологов.
13. Намазова-Баранова Лейла Сеймуровна, академик РАН, президент Союза педиатров Роееии, еоветник руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, доцент кафедры факультетекой педиатрии педиатричеекого факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. И.И. Пирогова» Минздрава Роееии, главный внештатный детекий епециалиет по профилактичеекой медицине Минздрава РФ, профеееор, д.м.н., член Роееийекой Аееоциации Аллергологов и Клиничееких Иммунологов.
14. Ненашева Наталия Михайловна, заведуюш,ая кафедрой клиничеекой аллергологии РМАПО, профеееор, д.м.н., член Президиума Роееийекой Аееоциации Аллергологов и Клиничееких Иммунологов, член Роееийекого Реепираторного обш,еетва.
15. Новик Геннадий Айзикович, замеетитель предеедателя иеполкома Союза педиатров Роееии, заведуюп1ий кафедрой педиатрии им. проф. И.М. Воронцова ФИ и ДПО ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургекий гоеударетвенный педиатричеекий медицинекий универеитет» Минздрава Роееии, профеееор, д.м.н., член Роееийекой Аееоциации Аллергологов и Клиничееких Иммунологов.
16. Ноеуля Евгений Михайлович, руководитель учебно-клиничеекого отдела ГБУЗ «Научно- иееледовательекий клиничеекий инетитут оториноларингологии им. Л.И. Свержевекого», профеееор, д.м.н., член Национальной медицинекой аееоциации оториноларингологов.
17. Павлова Кеения Сергеевна, етарший научный еотрудник отделения бронхиальной аетмы ФГБУ «ГНЦ Инетитут иммунологии» ФМБА Роееии, к.м.н., член Роееийекой Аееоциации Аллергологов и Клиничееких Иммунологов.
18. Пампура Алекеандр Николаевич, главный внештатный детекий аллерголог-иммунолог Моеквы, заведуюш,ий отделом аллергологии и клиничеекой иммунологии обоеобленного етруктурного подразделения научно-иееледовательекого клиничеекого инетитута педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтип1ева ФЕБОУ ВО «РНИМУ им. И.И. Пирогова» Минздрава Роееии, профеееор, д.м.н., член Роееийекой Аееоциации Аллергологов и Клиничееких Иммунологов, член Союза педиатров Роееии.
19. Свиетушкин Валерий Михайлович, главный внештатный оториноларинголог Центрального Федерального округа Роееии, директор клиники и заведуюш,ий кафедрой болезней уха, горла и ноеа ЕБОУ ВПО Первый МЕМУ им. И.М. Сеченова, профеееор, д.м.н., член Национальной медицинекой аееоциации оториноларингологов.
20. Селимзянова Лилия Робертовна, ведуш,ий научный еотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Миниетеретва науки и выешего образования Роееийекой Федерации, доцент кафедры педиатрии и детекой ревматологии ФЕАОУ «Первый МЕМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава Роееии (Сеченовекий Универеитет), член Союза Педиатров Роееии, к.м.н.
21. Хаитов Муеа Рахимович, член-корр. РАН, директор ФЕБУ «ЕНЦ «Инетитут иммунологии» ФМБА Роееии, профеееор, д.м.н., вице-президент Роееийекой Аееоциации Аллергологов и Клиничееких Иммунологов.
22. Хаитов Рахим Мусаевич, академик РАН, научный руководитель ФГБУ «ГНЦ «Инетитут иммунологии» ФМБА Роееии, главный внештатный епециалиет по аллергологии и иммунологии Минздрава РФ, Президент Роееийекой Аееоциации Аллергологов и Клиничееких Иммунологов, профеееор, д.м.н.

**Конфликта интересов нет.**

Приложение А2. Методология разработки
клинических рекомендации

**Целевая аудитория ланных клинических рекоменлапий:**

1. Врач-аллерголог-иммунолог
2. Врач-отриноларинголог
3. Врач терапевт
4. Врач-педиатр
5. Врач общей практики

Методы, иепользованные для ебора/еелекции доказательетв:

* поиек в электронных базах данных.

Опиеание методов, иепользованных для ебора/еелекции доказательетв:

* доказательной базой для рекомендаций являютея публикации, вошедшие в Кокрановекую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDEINE. Елубина поиека еоетавляла 5 лет.

Таблица 1 .Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД)для методов диагноетики (диагноетичееких вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| УДД | Расшифровка |
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

Таблица 2.Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД)для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

**Расшифровка**

**УДД**

3

4

Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа

Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа

Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования

Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай- контроль»

Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительноети рекомендаций(УУР) для методов профилактики, диагноетики, лечения и реабилитации (профилактичееких, диагноетичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| УУР | Расшифровка |
| А | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |
| В | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| С | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

**Экономический анализ:**

Анализ етоимоети не проводилея и публикации по фармакоэкономике не анализировалиеь. Метод валидизации рекомендаций:

* Внешняя экепертная оценка;
* Внутренняя экепертная оценка.

**Описание метода валидизации рекомендаций:**

Наетояш,ие рекомендации в предварительной вереии были рецензированы незавиеимыми экепертами, которых попроеили прокомментировать прежде веего то, наеколько интерпретация доказательетв, лежаш,их в оенове рекомендаций, доетупна для понимания.

Получены комментарии ео етороны врачей первичного звена и учаетковых терапевтов в отношении доходчивоети изложения рекомендаций и их оценки важноети рекомендаций как рабочего инетрумента повеедневной практики.

Предварительная вереия была также направлена рецензенту, не имеюш,ему медицинекого образования, для получения комментариев е точки зрения перепектив пациентов.

Комментарии, полученные от экепертов, тш,ательно еиетематизировалиеь и обеуждалиеь предеедателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обеуждалея, и вноеимые в результате этого изменения в рекомендации региетрировалиеь. Еели же изменения не вноеилиеь, то региетрировалиеь причины отказа от внееения изменений.

**Консультация и экспертная оценка:**

Предварительная вереия была выетавлена для широкого обеуждения на еайте РААКИ для того, чтобы вее заинтерееованные лица имели возможноеть принять учаетие в обеуждении и еовершенетвовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также незавиеимыми экепертами, которых попроеили прокомментировать, прежде веего, доходчивоеть и точноеть интерпретации доказательной базы, лежащей в оенове рекомендаций.

**Рабочая группа:**

Для окончательной редакции и контроля качеетва рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что вее замечания и комментарии экепертов приняты во внимание, риек еиетематичееких ошибок при разработке рекомендаций еведен к минимуму.

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клиничееких рекомендаций предуематривает их еиетематичеекую актуализацию - не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных е позиции доказательной медицины по вопроеам диагноетики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоенованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 мееяцев.

Приложение АЗ. Связанные документы

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 ноября 2012 г. N 606н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "аллергология и иммунология" Зарегистрировано в Минюсте РФ 28 января 2013 г. Регистрационный N 26732
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 г. N ЮЗн "Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации” Зарегистрировано в Минюсте РФ 08 мая 2019 г. Регистрационный N 54588
3. Рекомендации по разработке алгоритмов действий врача. М3 РФ 2016 г.



**Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента**

**алгоритм ведения пациента с аллергическим ринитом**



Приложение В. Информация для пациентов

Аллергический ринит - воспалительное заболевание елизиетой ноеа, обуеловленное дейетвием аллергена. Характерными еимптомами (проявлениями болезни) аллергичеекого ринита являютея еледуюшие:

* чихание,
* заложенноеть ноеа,
* водяниетые выделения из ноеа,
* зуд в полоети ноеа.

Чаето аллергичеекий ринит еочетаетея е другими аллергичеекими заболеваниями: аллергичеекий конъюнктивит (зуд век, покраенение глаз, елезотечение), бронхиальная аетма (кашель, приетупы затруднения дыхания, евиетяш,ее дыхание, одышка), атопичеекий дерматит (зуд кожи, покраенение кожи, еухоеть кожи, выеыпания) и др.

При аллергичееком рините еимптомы беепокоят при одних и тех же уеловиях, например:

* при контакте е домашней пылью (во время уборки или в запьшенном помеш,ении);
* при контакте е домашними животными (кошки, еобаки, морекие евинки, лошади и т.д.);
* при чтении книг и журналов, оеобенно етарых;
* в веееннее, летнее и/или оееннее время года.

Вышеуказанные еимптомы болезни могут беепокоить в течение веего года, как при бытовом (круглогодичном) аллергическом рините, или в определенный еезон (вееной, лето и/или оеенью), как при поллинозе.

**Бытовой** или **круглогодичный аллергический ринит** связан с **сенсибилизацией**

(повышенной чувствительностью) к аллергенам домашней пыли.

В состав домашней пыли входят:

* различные волокна (одежды, постельного белья, мебели);
* библиотечная пыль (пылевые частички книг, журналов);
* частицы эпидермиса (слуш,енные частички поверхностных слоев кожи) человека и животных (кошек, собак, грызунов), перхоть животных, перья птиц;
* споры микроскопических плесневых и дрожжевых грибов;
* аллергены тараканов и клеш,ей домашней пыли (частички хитинового панциря и продукты их жизнедеятельно сти).

Поллиноз или сенная лихорадка, или сезонный аллергический ринит связан с сенсибилизацией (повышенной чувствительностью) к аллергенам пыльцы ветроопыляемых растений.

Для каждого региона суш,ествует свой календарь пыления (цветения) растений, который зависит от климатогеографических особенностей.

Для средней полоеы Роееии выделяют три оеновных периода цветения аллергенных раетений:

* весенний (апрель-май) - евязан е цветением деревьев (береза, ольха, орешник, дуб и др.);
* ранний летний (июнь - еередина июля) - евязан е цветением злаковых или луговых трав (тимофеевка, овеяница, ежа, райграе, коетер, рожь, мятлик и др.);
* поздний летний - осенний (середина июля - сентябрь) - связан с цветением сорных трав: сложноцветных (подсолнечник, полынь, амброзия) и маревых (лебеда).

При наличии аллергии к пьшьце аллергенных растений или спорам плесневых грибов часто отмечаются перекрестные реакции на пиш,евые продукты. Это связано со схожей структурой аллергена пыльцы растений и определенным продуктом. Реакции пиш,евой непереносимости могут выражаться следуюш,ими симптомами: зуд или жжение неба, першение в горле, отек губ, чихание, заложенность носа, зуд век, слезотечение, покраснение кожи вокруг рта, затруднение дыхания, затруднение глотания, отек мягких тканей лица, отек гортани, зудяш,ие высыпания по всему телу, тошнота, рвота, боли в животе, расстройство стула. Крайне редко может отмечаться такая тяжелая реакция как анафилактический шок. Иногда пациенты с аллергией на пьшьпу деревьев отмечают контактный дерматит при чистке молодого картофеля или моркови.

Некоторые пациенты отмечают реакции пиш,евой непереносимости только в сезон обострения поллиноза, другие - в течение всего года (см. таблицу перекрестных реакций).

Аллергические реакции могут отмечаться на лекарственные и косметические средства растительного происхождения, а для аллергии к грибковым аллергенам - на лекарственные средства грибкового происхождения.

**Как проводится диагностика аллергического ринита?**

Наблюдение и лечение пациента с аллергическим ринитом осуш,ествляется параллельно врачом-оториноларингологом и врачом-аллергологом-иммунологом. При наличии вышеуказанных симптомов необходимо обратиться к врачам обеих специальностей. Врач- оториноларинголог проведет осмотр, оценит наличие анатомических особенностей и другой патологии. Врач-аллерголог-иммунолог проведет диагностику аллергии для выявления причинно-значимых аллергенов.

Для диагностики (определения) причинно-значимых аллергенов (те. тех аллергенов, которые у Вас вызывают симптомы аллергического ринита и конъюнктивита) врачи пользуются двумя основными методами:

Постановка кожных скарификационных или прик-тестов: на кожу предплечья или спины наносят капли растворов аллергенов, затем через эти капли скарификатором (специальной иголочкой) делают царапинки или уколы. Помимо растворов аллергенов наносят раствор гистамина (положительный контроль) и тест-контроль (отрицательный контроль). Тест занимает 15-20 мин. У всех людей на положительный контроль образуется покраснение и отечность (волдырь). На отрицательный контроль реакции быть не должно. При наличии аллергии на какое-либо веш,ество в месте присутствия аллергена образуется покраснение и волдырь, сходные с реакцией на положительный контроль. Накануне и в день поетановки теета нельзя принимать антигиетаминные ередетва еиетемного дейетвия. Теет не проводитея:

* при выраженном обоетрении заболевания (например, в еезон пыления причинных раетений);
* при повреждении кожных покровов обоих предплечий и епины;
* при невозможноети отмены антигиетаминных ередетв еиетемного дейетвия;
* во время беременноети и кормлении грудью.

При невозможноети проведения кожных провокационных теетов проводитея **определение уровня специфических IgE (иммуноглобулинов класса Е) в сыворотке крови.**

Что такое IgE и почему он повышается при аллергии? На каждое чужеродное вещеетво - антиген (назовем его «вредный агент»), проникающее в организм, иммунная еиетема вырабатывает антитела («защитники»), которые должны блокировать и выводить «вредных агентов» из организма. Взаимодейетвие антигена е антителом етрого епецифично, они подходят друг к другу как ключ к замку.

В здоровом организме вырабатываютея антитела (иммуноглобулины) класса G (IgG, назовем их «дейетвующая армия защитников»), которые помогают организму вовремя нейтрализовать врага. У пациента, етрадающего аллергией, в организме на конкретный аллерген (он же антиген) вырабатываютея антитела (иммуноглобулины) класса Е (IgE, назовем их «альтернативная армия лжезащитников»). Иммуноглобулины клаееа Е раеполагаютея на тучных клетках (которые находятея в коже, елизиетых оболочках дыхательного и пищеварительного тракта) и базофилах (которые находятея в крови). Эти клетки еодержат очень много активных вещеетв, подобных гистамину. Аллерген («ключ») попадая в организм етрадающего аллергией, открывает через иммуноглобулины клаееа Е (IgE - «замок») тучные клетки и базофилы, из которых выбраеываетея очень много активных вещеетв, подобных гистамину, что и определяет развитие аллергичеекой реакции (покраенение, отек, зуд и др.)

В норме общий уровень IgE крайне низок (менее 130 ME), а специфические IgE (IgE к конкретным аллергенам) практичееки не определяютея (0-1 клаее реакции). При наличии повышенной чуветвительноети к конкретному аллергену определяютея епецифичеекие IgE (2-4 клаее реакции) и определяетея повышение общего уровня IgE (не веегда).

**Перекрестные пищевые и лекарственные аллергические реакции**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| растения, на пыльцу имеется аллергия | которых | пищевые продукты, на которые может быть реакция | лекарственные растения, на которые могут быть реакции |
| береза, ольха, лещина | яблоки, груши, орехи, вишня, черешня, персики, абрикосы, слива, морковь, сельдерей, петрушка, мед, картофель, помидоры, киви, маслины, коньяк | березовый лист (почки), ольховые шишки, сосновые почки |
| злаковые травы | пищевые злаки: пшеничный и ржаной хлеб, булочные изделия, овсяная и манная каша, рис, пшено, макароны, мюсли, пшеничная водка, пиво, квас | рожь, овес, тимофеевка, пшеница идр. |
| подсолнечник, полынь. | амброзия | семена подсолнечника, подсолнечное масло, халва, майонез, горчица, дыня, арбуз. | ПОЛЫНЬ, одуванчик, лопух, пижма, золотарник, ромашка, календула, василек, череда, чертополох, мать- |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | кабачки, тыква, баклажаны, огурцы, капуста, вермуты, манго | и-мачеха, девясил, цикорий, шиповник, подсолнечник, тысячелистник |
| Лебеда | свекла, шпинат | марь |
| аллергены плесневых и дрожжевых грибов | квашенная капуста, сыры (особенно плесневые), сметана, йогурт, кефир, виноград, сухофрукты, пиво, квас, сухие вина, шампанское | антибиотики группы пенициллина, витамины группы В, пивные дрожжи |

**Какие меры профилактики аллергии существуют?**

Элиминация аллергена или уменьшение контакта е причинно-значимым аллергеном являетея первым и необходимым шагом в лечении аллергии. Оеобенно важно проводить эти мероприятия, когда имеютея еерьезные ограничения в медикаментозном лечении (беременноеть, кормление грудью, ранний детекий возрает, тяжелые еопутетвующие заболевания).

**Уменьшение контакта с бытовыми аллергенами:**

* поетарайтееь удалить из комнаты, где Вы епите и проводите большую чаеть времени, ковры, мягкие игрушки, шкафы для хранения книг, коробки, гардины из толетого полотна, телевизор, компьютер (около них концентрация пьши значительно повышаетея);
* замените ковровые покрытия на легко моющийея ламинат, линолеум или деревянные покрытия;
* покрытие етен: еледует предпочееть моющиеея обои или крашеные етены;
* замените пуховые, перьевые и шеретяные подушки, матраеы и одеяла на еинтетичеекие или ватные; етирайте подушки и одеяла каждый мееяц; подушки и одеяла меняйте каждый год; иепользуйте защитные чехлы для матраеов, меняйте их на новые не реже 1 раза в 10 лет;
* покрывала для кроватей должны быть из легко етирающихея тканей без вореа;
* не реже чем 2 раза в неделю проводите влажную уборку; иепользуйте моющие пылееоеы е одноразовыми пакетами и фильтрами или пьшееоеы е резервуаром для воды;
* уетановите в квартире кондиционер или воздушный фильтр; еледите за регулярной еменой фильтров;
* поддерживайте в квартире влажноеть не более 40% - это уменьшает интенеивноеть размножения клещей и плееневых грибов;
* не держите домашних животных, птиц или рыбок (даже еели у вае нет повышенной чуветвительноети к эпидермальным аллергенам);
* не держите комнатные раетения;
* не храните вещи под кроватью и на шкафах;
* не курите;
* не иепользуйте духи и другие резко пахнущие вещеетва, оеобенно в епреях;
* уборку лучше проводить в отеутетвии пациента; еели Вам приходитея убиратьея еамим - при уборке иепользуйте реепиратор, епоеобный задерживать мелкие чаетицы (аллергены);
* не разбраеывайте одежду по комнате; храните одежду в закрытом етенном шкафу; шеретяную и меховую одежду убирайте в чехлы на молнии;
* избегайте открытых книжных полок; книги должны хранитьея «за етеклом»;
* иепользуйте акарицидные ередетва - епециальные ередетва, которые уничтожают клещей;
* промывайте нос препаратами для увлажнения, очищения и защиты слизистой оболочки носа, содержащими изотонический солевой раствор, в том числе, препаратами на основе морской воды.

**Уменьшение контакта с эпидермальными аллергенами:**

* безаллергенных животных не существует;
* необходимо расстаться с домашними животными и не заводить новых;
* если это невозможно, то необходимо тщательно пылесосить помещения, мягкую мебель; исключить нахождение животных в спальне; регулярно мыть домашних животных;
* не посещать цирк, зоопарк и дома, где есть животные;
* не пользоваться одеждой из шерсти и меха животных.

**Уменьшение контакта с аллергенами плесневых грибов:**

* поддерживайте в квартире влажность не более 40%;
* постоянно убирать и просушивать помещения, условия которых способствуют росту плесени (душевые, подвалы);
* следите за регулярной сменой фильтров в кондиционерах;
* после пользования ванной насухо вытирать все влажные поверхности; для уборки использовать растворы, предупреждающие рост плесени (содержащие хлор, борную кислоту или пищевую соду);
* при наличии протечек, образовании черных точек на стенах, необходимо провести ремонт с использованием специальных фунгицидных средств (убивающих грибки и препятствующих их росту);
* не следует содержать аквариумных рыбок, не разводить домашние цветы;
* сушить одежду в проветриваемом помещении, вне жилой комнаты;
* не принимать участие в садовых работах осенью и весной;
* при планировании отдыха избегать поездок в страны с теплым влажным климатом;
* избегать посещения плохо проветриваемых помещений (подвалов, погребов);
* не употреблять в пищу продукты грибкового происхождения.

**Уменьшение контакта с пыльцой растений:**

* избегайте пребывания на улице в дни с максимальной концентрацией пыльцы в воздухе
* промывайте нос препаратами для увлажнения, очищения и защиты слизистой оболочки носа, содержащими изотонический солевой раствор, в том числе препаратами на основе морской воды
* исключите из рациона продукты, вызывающие перекрестные аллергические реакции (см. таблицу перекрестных реакций)
* по возможности следует выезжать в регионы, где растения, пыльца которых вызывает аллергию, цветут в другое время или они там не произрастают (горы на высоте более 1500- 2000 метров);
* не использовать лекарственные и косметические средства растительного происхождения;
* в сезон цветения раетении, к пыльце которых ееть аллергия, не рекомендовано проведение плановых оперативных вмешательетв и профилактичеекой вакцинации. Эти вмешательетва необходимо проводить до начала еезона цветения или откладывать на период, когда цветение завершитея.

**Что делать при появлении симптомов аллергического ринита?**

* С целью уменьшения выраженноети еимптомов возможно применение антигиетаминных ередетв еиетемного дейетвия без еедативного эффекта (поеледнего поколения) в дозировках, еоответетвуюш,их инетрукции к препарату.
* Не иепользуйте еоеудоеуживающие препараты более 7 дней.
* При отеутетвии контроля над еимптомами заболевания обратитееь к врачу для коррекции терапии.

**Что такое аллерген-специфическая иммунотерапия?**

Ни один из лекарственных препаратов, который Вы применяете для облегчения симптомов аллергического ринита, не может изменить отношения Вашего организма к аллергену. К сожалению, аллергические болезни имеют тенденцию развиваться как «снежный ком»: сначала это легкие проявления ринита и/или конъюнктивита, затем проявления становятся выраженными и Вам не помогают те лекарства, которые действовали раньше, присоединяется сухой кашель, а у кого-то появляются приступы удушья и развивается бронхиальная астма. Если в начале болезни сезон ограничивался 2 неделями, то в дальнейшем он удлиняется, или, если присоединилась аллергия на домашнюю пьшь. Вы весь год себя чувствуете неважно.

Единственным методом, суш,ествуюш,им на сегодняшний день, способным изменить отношение Вашего организма на аллерген и предотвратить дальнейшее развитие аллергии, является аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ). Этот метод суш,ествует уже более ста лет, широко применяется во всем мире, а в нашей стране используется с 60-х годов прошлого века.

Аллерген, который является причиной вашей болезни (домашняя пьшь, клеш, домашней пьши, пыльца деревьев или трав), разводят в миллион раз, и в постепенно возрастаюш,их дозах вводят в Ваш организм. В результате лечения Ваш организм привыкает к этому аллергену и перестает на него так сильно реагировать. В это время в Вашей иммунной системе происходят сложные реакции, конечным результатом которых является переключение ненормального (аллергического) на нормальный (здоровый) ответ на этот аллерген.

ЕЕосле проведения АСИТ пациенты отмечают уменьшение проявлений аллергического ринита и/или конъюнктивита, вплоть до полного исчезновения, уменьшение потребности в медикаментах и улучшение качества жизни. Эффективность лечения, в среднем, составляет 70%, а у некоторых пациентов достигает 90%. Эффект отмечается уже после проведения первого курса лечения, но для достижения лучшего эффекта необходимо проведение не менее трех полных курсов лечения. Эффективность выше у тех пациентов, у которых меньше продолжительность и тяжесть заболевания.

Существуют инъекционный и сублингвальный методы проведения АСИТ. Наличие показаний и противопоказаний к АСИТ, выбор лечебного аллергена, назначение АСИТ проводит врач аллерголог-иммунолог.

Учитывая общие тенденции течения аллергических заболеваний, которые «разрастаются как снежный ком», эффективность АСИТ, возможность предотвратить развитие бронхиальной астмы у пациентов с аллергическим ринитом, а также предотвратить расширение спектра причинно-значимых аллергенов (присоединение новых аллергенов, вызывающих реакции), безопасность АСИТ при правильном ее проведении, для многих пациентов АСИТ может стать хорошим методом лечения.

**В любом случае, только Ваш лечащий врач может определить тактику лечения, с учетом индивидуальных особенностей Вашего организма, течения аллергического заболевания и наличия сопутствующих заболеваний. Не занимайтесь самолечением! Своевременное обращение к врачу поможет вовремя подобрать правильное лечение.**

**Словарь пациента**

Аллерген - вещество, вызывающее развитие аллергической реакции Аллергия (атопия) - болезнь, обусловленная действием конкретного аллергена Симптомы - проявления болезни Ринит - воспалительное заболевание слизистой носа

Конъюнктивит - воспалительное заболевание слизистой оболочки глаза Сенсибилизация - повышенная чувствительность к какому-либо аллергену

Бытовой (круглогодичный) аллергический ринит связан с сенсибилизацией к аллергенам домашней пыли, эпидермальным аллергенам или грибковым аллергенам

**Поллиноз (сенная лихорадка, сезонный аллергический ринит)** связан с **сенсибилизацией** к

аллергенам пыльцы ветроопьшяемых растений.

Диагностика - определение

Причинно-значимый аллерген - тот аллерген, который вызывают симптомы аллергии Элиминация аллергена - уменьшение контакта с причинно-значимым аллергеном.

**Приложение Г.**

**Приложение Г1. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные
инструменты состояния пациента, приведенные в клинических
рекомендациях. Визуальная аналоговая шкала с алгоритмом
оптимизации фармакологического лечения аллергического ринита**

Название на русском языке: **Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) с алгоритмом для оптимизации фармакологического лечения аллергического ринита.**

Оригинальное название: **Visual analog scale (VAS) and Step-up algorithm in untreated patients using the VAS.**

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):

**Bousquet P.J., Comhescure С., Neukirch R, bClossek J.M., Mechin H., Daures J.P. Visual analog scales can assess the severity of rhinitis graded according to ARIA guidelines. Allergy. 2007; 62 (4): 367-372. DOI: 10.1111/j.l398-9995.2006.01276.x [36].**

**Bousquet J, Schunemann HJ, Hellings PW, Arnavielhe S, Bachert C, Bedhrook A, et al. MACVIA clinical decision algorithm in adolescents and adults with allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol. 20I6;I38(2):367-74 c2 [37].**

**Courhis AL, Murray RB, Arnavielhe S, Caimmi D, Bedhrook A, Van Eerd M, et al. Electronic Clinical Decision Support System for allergic rhinitis management: MASK e-CDSS. Clin Exp Allergy. 20I8;48(I2):I640-53 [38].**

Тип (подчеркнуть):

* **шкала опенки**
* индекс
* вопросник
* другое (уточнить):

Назначение: **Оценка выраженности симптомов аллергического ринита в процессе терапии**

Содержание (шаблон):

**Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) представляет собой горизонтальную градуированную линию длиной 10 см (Рис.), на которой пациент отмечает вертикальной чертой оценку влияния болезни (например, аллергического ринита) на свое самочувствие, выраженную в баллах от 0 до 100, где 0 — это отсутствие жалоб и симптомов, а 100 — максимально выраженные проявления болезни. Далее расстояние до вертикальной черты измеряется в миллиметрах и выражается в баллах.**

**Рис. Визуальная аналоговая шкала**

Ключ (интерпретация): **Результаты от О до 50 свидетельствуют о контролируемом течении АР, от 50 и выше — о неконтролируемом течении АР.**

Пояснения: **для выбора ступени терапии можно использовать результаты ВАШ согласно предложенному алгоритму. Предложенный алгоритм предполагает пошаговое лечение и учитывает предпочтения пациентов, в зависимости от результатов ВАШ (VAS). Если сохраняются глазные симптомы, предполагается добавление препаратов для лечения аллергического конъюнктивита.**



**Пошаговый алгоритм терапии пациентов, получавших лечение ранее, с использованием визуальной аналоговой шкалы (подростки и взрослые) [18].**

**Приложение Г2. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные
инструменты состояния пациента, приведенные в клинических
рекомендациях. Критерии контроля аллергического ринита**

Название на русском языке: **Критерии контроля аллергического ринита** Оригинальное название: **Practical а88е88шеп1 of rhiniti8 control**

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): **Papadopoulo8 NG, Bern8tein JA, Вешо1у Р, Dykewicz М, Роккеп8 W, Helling8 PW, Peter8 AT, Rondon С, Togia8 A, Cox LS. Phenotype8 and endotypc8 of rhiniti8 and their mpact on шanageшent: a PRACTALL report. Allergy. 2015 May;70(5):474-94. DOI: 10.1111/all.l2573. Epub 2015 Feb 19 [40].**

Тип (подчеркнуть):

* шкала оценки
* индеке
* вопроеник
* другое ^уточнить): **интегральная оценка с учетом субъективных и объективных параметров**
* Назначение: **Оценка контроля над симптомами аллергического ринита**

Нормальный тест «дыхание с закрытым ртом»\*

Если доступны, объективные тесты для оценки нормальной назальной проходимости (передняя активная риноманометрия)

Содержание (шаблон):

**Критерии контроля ринита**

**Контрол и руем ы й**

**Симптомы**

Нет симптомов (заложенность носа, ринорея, чихание, зуд, назальный затек)

**Качество жизни**

Нет нарушений сна

Нет нарушений дневной активности (учеба, работа, занятия в свободное время)

**Объективные измерения**

Критерии оцениваются за последние четыре недели до консультации

Следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний (астма, синусит, синдром ночного апноэ), поскольку их обострения могут повлиять на контроль ринита

Повышение потребности в препаратах скорой помощи указывает на утрату контроля

Любое отклонение от этих критериев указывает на утрату контроля, и терапия step-up может быть рассмотрена Рещение о терапии step-down следует принимать, оценивая клинически бессимптомный период времени (контроль симптомов ринита) в результате предществующей терапии в течение последних 4 недель

\* Пациента просят закрыть рот и дышать исключительно через нос в течение 30 секунд

Ключ (интерпретация): **Любое отклонение от этих критериев указывает на утрату контроля, и терапия step-up может быть рассмотрена. Решение о терапии step-down следует принимать, оценивая клинически бессимптомный период времени (контроль симптомов ринита) в результате предшествующей терапии в течение последних 4 недель.**

Пояснения -

**Приложение ГЗ. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях. Шкала оценки назальных симптомов с учетом**

**потребности в медикаментах**

Название на русском языке: **Шкала оценки назальных симптомов ринита с учетом потребности в медикаментах**

Оригинальное название: **Combined symptom and medication score (CSMS)**

Иеточник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): **Pfaar О, Demoly Р, Gerth van Wijk R, Bonini S, Bousquet J, Canonica GW, Durham SR, Jacobsen L, Mailing HJ, Mosges R, Papadopoulos NG, Rak S, Rodriguez del Rio P, Valovirta E, Wahn U, Calderon MA. Recommendations for the standardization of clinical outcomes used in allergen immunotherapy trials for allergic rhinoconjunctivitis: an EAACI Position Paper. Allergy 2014; 69: 854-867 [133]**

Тип (подчеркнуть):

* **ткала опенки**
* индекс
* вопросник
* другое (уточнить):

Назначение: **Оценка выраженности симптомов и потребности в медикаментах, может применяться на исходном этапе обращения и для оценки эффективности аллерген- специфической иммунотерапии**

Содержание (шаблон):

**Укажите выраженность симптомов по Зх балльной ткале, где 0 - симптомы отсутствуют, 1 - легкие симптомы, 2 — симптомы средней силы, 3 — выраженные проявления.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Симптомы | День терапии / дата |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Чихание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Водянистые выделения из носа |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Заложенность носа |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Зуд в полости носа |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Суммарный балл назальных симптомов\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* далее врач рассчитывает средний суммарный балл назальных симптомов за последние 7 дней (TNSS - Total nasal symptom score). Минимальное допустимое значение TNSS - 0 баллов означает полное отсутствие симптомов, максимальное допустимое значение TNSS - 12 баллов.

**Укажите все медикаменты, которые Вы принимали**

|  |  |
| --- | --- |
| Медикаменты | День терапии / дата |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

№

п/

п

\* далее врач раеечитывает ередний еуммарный балл потребноети в медикаментах за поеледние 7 дней (MS - medieal seore). При этом применение только антигиетаминных ередетв меетного или еиетемного применения раецениваетея как 1 балл, потребноеть в применении кортикоетероидах меетного применения (интраназальных) раецениваетея как 2 балла, а потребноеть в глюкокортикоидах (еиетемного дейетвия) - как 3 балла. Баллы не еуммируютея, выетавляетея макеимальный балл. Таким образом, минимальное допуетимое значение MS равно О и означает отеутетвие потребноети в медикаментах, а макеимально допуетимое значение MS равно 3 и означает потребноеть в медикаментах третьей линии)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Антигистаминные средства местного или системного действия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Кортикостероиды (местного, назального применения интраназальные гл юко ко рти костеро иды) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Глюкокортикоиды (системного действия) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Потребность в медикаментах в баллах\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ключ (интерпретация): **Далее врач рассчитывает скорректированный балл назальных симптомов с учетом потребности в медикаментах за последние 7 дней: TNSS + MS (минимальное допустимое значение равно О баллов и означает отсутствие симптомов и потребности в медикаментах, максимальное допустимое значение равно 15 баллов и означает максимальную выраженность симптомов ринита, несмотря на применение медикаментов третьей линии)**

**TNSS + MS =**

**баллов**

Пояснения: **Пациент заполняет данный дневник в период обострения (сезонное обострение и/или период активного контакта с причинно-значимым аллергеном) при первичном обострении и в следующий сезон или через 6-12 мес после проведения АСИТ. По динамике параметров исходных и после АСИТ принимается решение об эффективности терапии, необходимости повторных курсов или возможности завершения терапии.**

1. Рекомендуется всем пациентам с АР при любой степени тяжести рассмотреть целесообразность назначения антагонистов лейкотриеновых рецепторов с целью уменьшения заложенности носа, ринореи, зуда в полости носа, чихания [1-7, 65, 99-104]. [↑](#footnote-ref-1)
2. ***Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств -1)***

Комментарии: *За счет специфического связывания с цистеинил-лейкотриеновыми*

*рецепторами монтелукаст подавляет воспаление слизистой носа и бронхов, спровоцированное* [↑](#footnote-ref-2)
3. Рекомендуется пациентам с АР при тяжелом обострении и/или неэффективности [↑](#footnote-ref-3)
4. препаратов, используемых на 3 ступени терапии (антигистаминные средства [↑](#footnote-ref-4)
5. Рекомендуется пациентам с тяжелым персистирующим течением АР и/или тяжелым обострением и при неэффективности препаратов, используемых на 3 ступени терапии (антигистаминные средства системного действия, антагонисты лейкотриеновых рецепторов, кортикостероиды назального применения) рассмотреть вопрос о назначении # омализумаба\*\* с целью уменьшения выраженности всех симптомов АР и уменьшения потребности в препаратах симптоматической терапии [7,110-113]. [↑](#footnote-ref-5)
6. ***Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств -1)***

Комментарии: *омализумаб\*\* эффективно используется в терапии тяжелой атопической БА, но результаты нескольких двойных слепых плацебо-контролируемых клинических исследований при использовании омализумаба\*\* для лечения аллергического ринита продемонстрировали его* [↑](#footnote-ref-6)
7. Рекомендуется всем пациентам с АР использование препаратов для увлажнения, [↑](#footnote-ref-7)
8. очищения и защиты слизистой оболочки носа (прочие назальные препараты, код АТХ R01AX10) - изотонических солевых растворов с целью предотвращения контакта [↑](#footnote-ref-8)
9. Рекомендуется всем пациентам с АР в период ремиссии, в том числе медикаментозной, рассмотреть вопрос о целесообразности проведения аллерген-специфической терапии с целью уменьшения выраженности всех симптомов АР и снижения потребности в препаратах симптоматической и базисной терапии [2, 4, 6, 7, 28-35,120-130].

Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - 1)

Комментарии: *Эффективность АСИТ при АР выражается в уменьшении или полном отсутствии клинических симптомов при естественной экспозиции аллергена. После проведения АСИТ отмечаются уменьшение продолжительности обострения, снижение потребности в медикаментах как базисной, так и симптоматической терапии. Проведение АСИТ позволяет предупредить трансформацию АР в БА, предупредить расширение спектра аллергенов, к которым формируется повышенная чувствительность пациента. АСИТ действует как на раннюю, так и на позднюю фазу аллергического ответа, приводит к торможению не только аллерген-специфической реакции, но и к угнетению тканевой гиперреактивности, проявляющейся повышением чувствительности к медиатору аллергии - гистамину. Под действием АСИТ происходит подавление миграции эффекторных клеток в зону аллергического воспаления, возникает генерация регулирующих Т-лимфоцитов, способствующих индукции иммунологической толерантности, которая характеризуется* [↑](#footnote-ref-9)