

Российская ассоциация аллергологов и
клинических иммунологов

Утверждено
Президиумом РААКИ
23 декабря 2013 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО
РИНИТА

Москва
2013г.

Список сокращений

АГ – антигистаминные препараты

АЗ – аллергические заболевания

АК – аллергический конъюнктивит

АКР – аллергическая крапивница

АД - атопический дерматит

АСИТ – аллерген-специфическая иммунотерапия

БА - бронхиальная астма.

ГКС – глюкокортикостероид

ИНГКС – интраназальный глюкокортикостероид

КАР- круглогодичный аллергический ринит

КР – клинические рекомендации

МКБ 10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятая 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения

ЛС – лекарственные средства

ОАС – оральный аллергический синдром

ОНП – околоносовые пазухи

РКИ – рандомизированные клинические исследования

САР - сезонный аллергический ринит

ARIA – Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma

H1 – гистаминовые рецепторы – рецепторы гистамина первого типа

IgE – иммуноглобулин класса E

Содержание:

Введение

1. Методология

2. Определение

3. Код по МКБ-10

4. Профилактика

5. Скрининг

6. Классификация

7. Диагностика

8. Дифференциальный диагноз

9. Лечение

10. Прогноз

11. Чего нельзя делать

12. Показания к консультации других специалистов, когда нужен консилиум.

13. Дальнейшее ведение

1.Методология

При разработке КР соблюдались принципы, являющиеся залогом высококачественных и надёжных клинических рекомендаций.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

Доказательной базой для рекомендаций служили публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, в базы данных EMBASE и PubMed/MEDLINE, данные международных согласительных документов по аллергическому риниту (EAACI/WAO, ARIA 2008). Глубина поиска составляла 10 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (Таблица 1).

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств

Настоящие КР основаны на доказательствах, ранжированы по уровню достоверности (табл.1). Выделяли 4 уровня достоверности данных — А, В, С и D.:

Таблица 1. - Рейтинговая схема оценки достоверности данных

Уровень достоверности		Описание уровней достоверности
А	Высокая достоверность	Основана на заключениях систематических обзоров рандомизированных контролируемых испытаний. Систематический обзор получают путём системного поиска данных из всех опубликованных клинических испытаний, критической оценки их качества и обобщения результатов методом метаанализа.
В	Умеренная достоверность	Основана на результатах, по меньшей мере, одного независимого рандомизированного контролируемого клинического испытания.
С	Ограниченная достоверность	Основана на результатах, по меньшей мере, одного клинического испытания, не удовлетворяющего критериям качества, например, без рандомизации.
Д	Неопределенная достоверность	Утверждение основано на мнении экспертов; клинические исследования отсутствуют.

Кроме того учитывали уровень доказательств в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме (табл. 2)

Таблица 2. - Рейтинговая схема для оценки силы доказательств

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

С целью исключения влияния субъективного фактора и минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, по меньшей мере, двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств:

Таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

Валидность источника информации указывали на основании других клинических рекомендаций, консенсусов обществ ит.д.).

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка
- Внутренняя экспертная оценка

Описание метода валидации рекомендаций:

Представленные рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, установившими, что доказательства, лежащие в основе настоящих рекомендаций, доступны для понимания.

С настоящими рекомендациями ознакомлены врачи первичного звена и терапевты, которые указали на доходчивость изложения и их важность, как рабочего инструмента повседневной практики.

Все комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы и, в случае необходимости, вносились поправки в клинические рекомендации.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Консультация и экспертная оценка:

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для обсуждения в предварительной версии на совещании Рабочей группы, Президиума РААКИ и членов Профильной комиссии в октябре 2013 года. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РААКИ для того, чтобы лица, не участвующие в совещании, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематической ошибки при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

2. Определение

АР — заболевание, характеризующееся наличием иммунологически обусловленного (чаще всего IgE-зависимого) воспаления слизистой оболочки носа, вызванного причинно-значимым

аллергеном, и клинически проявляющееся ежедневно в течение не менее часа двумя и более симптомами: обильной ринореей, затруднением носового дыхания, зудом в полости носа, повторяющимся чиханием и нередко anosmией.

3. Код по МКБ-10

J30 - вазомоторный и аллергический ринит, **J30.1** - аллергический ринит, вызванный пылью растений. **J30.2** - другие сезонные аллергические риниты. **J30.3** - другие аллергические риниты. **J30.4** - аллергический ринит неуточненный.

4. ПРОФИЛАКТИКА

- исключение контакта с неспецифическими раздражителями (табачным дымом, выхлопными газами и др.), факторами профессиональной вредности;
- соблюдение безаллергенной диеты с учетом спектра сенсибилизации;
- исключение диагноза АР у больных БА;
- обязательное аллергологическое обследование больных с «вазомоторным» ринитом
- проведение лечебных и диагностических мероприятий (кожные и провокационные пробы, АСИТ) только в специализированных стационарах и кабинетах под контролем врача аллерголога-иммунолога.
- для больных с диагностированным АР: постоянное наблюдение у аллерголога-иммунолога, наличие у больного письменного плана лечения, обучение и тренинг пациентов, в т.ч. в аллергошколах;
- исключение контакта с причинно-значимыми аллергенами (элиминационные меры)
- как мера вторичной профилактики, у лиц с atopией, исключение контакта с аллергенами и факторами, которые потенциально могут стать сенсибилизирующими (домашние животные, растения, фитотерапия, неблагоприятные бытовые и производственные условия и др.).

5. Скрининг

Цель скрининга — по возможности раннее выявление АР среди АЗ, что позволяет обеспечить раннее начало лечения в расчёте на облегчение состояния пациентов и снижение осложнений. Методы скрининга: сбор аллергологического анамнеза, прик-тесты с различными группами аллергенов, провокационный назальный тест. (С, 2+).

6. Классификация

АР классифицируют по форме, характеру, тяжести течения, стадии заболевания. С, 2+.

Формы аллергического ринита:

- САР возникает при сенсибилизации к пыльцевым (поллиноз) и грибковым аллергенам: пыльце деревьев, злаковых и сорных трав, спорам грибов *Cladosporium*, *Penicillium*, *Alternaria* и других.

-КАР развивается у пациентов с сенсбилизацией к аллергенам клещей домашней пыли, библиотечной пыли, эпидермальным аллергенам животных и птиц, инсектным аллергенам, аллергенам плесневых грибов, пищевых продуктов и лекарственных препаратов при постоянном их приёме, профессиональным аллергенам.

Классификация международных согласительных документов по АР (EAACI/WAO, ARIA 2008), которой в настоящее время отдается предпочтение, предлагает разделять:

По характеру течения: интермиттирующий АР (симптомы беспокоят менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в году), персистирующий АР (симптомы беспокоят более 4 дней в неделю или более 4 недель в году).

По тяжести течения: лёгкая степень тяжести АР (у пациента имеются лишь незначительные клинические проявления болезни, не нарушающие дневную активность и сон); средней степени тяжести АР (симптомы нарушают сон пациента, препятствуют работе, учёбе, занятиям спортом. Качество жизни существенно ухудшается; тяжёлая форма АР (симптомы настолько выражены, что пациент не может нормально работать, учиться, заниматься спортом или проводить досуг и спать ночью, если не получает лечения).

По стадии течения АР подразделяется на: стадию обострения и стадию ремиссии.

7. Диагностика

Жалобы: на заложенность носа, чихание, обильное отделяемое, зуд в полости носа. Часть больных в большей степени беспокоят ринорея (водянистый секрет) и чихание; в ночное время состояние может улучшаться. В других случаях сильнее выражена заложенность носа, назальный секрет при этом вязкий, тягучий, в ночное время состояние может ухудшаться; при длительном течении заболевания возникает аносмия.

Часто присутствует как назальная, так и бронхиальная гиперреактивность (усиленный ответ на неспецифические раздражители, проявляющееся в виде обострения АР при контакте со средствами бытовой химии, с резкими запахами, табачным дымом, холодным воздухом, при смехе, плаче, физической нагрузке, изменении положения тела и др.). А (1+).

Типичные симптомы АР: ринорея, чихание, затруднение носового дыхания и зуд часто сочетаются с глазными симптомами, особенно у пациентов с повышенной чувствительностью к пыльцевым аллергенам. Диагностика облегчается при использовании стандартизированных вопросников. Ответы на ключевые вопросы выявляют спектр возможных причин, хотя и не являются заменой для аллерген-специфической диагностики.

Появление сезонных симптомов в одно и то же время года – возможный индикатор роли пыльцы или спор плесневых грибов; ухудшение в домашних условиях - показатель сенсбилизации к эпидермальным аллергенам или клещам домашней пыли; при ухудшении

на работе нельзя исключить роль профессиональных аллергенов.

Особенности ринореи - задняя ринорея - приводит к синдрому так называемого «постназального стекания». Если характер выделений прозрачный - инфекция маловероятна, если выделения желтые или зеленые – инфекция весьма вероятна. Примесь крови в назальном секрете с обеих сторон может указывать на неправильное применение назального спрея, или наличие гранулематозного процесса, а также возможное нарушение свертывания крови и патологию сосудов в слизистой оболочке носа. Односторонние симптомы при АР либо указывают на устойчивый «назальный цикл» у пациента, либо требуют исключения нарушения анатомической структуры полости носа или инородного тела, опухолей, полипа верхнечелюстной пазухи (antrochoanal polyps), в редких случаях, как правило, после травмы головы, истечения цереброспинальной жидкости (ликвореи). Двусторонние симптомы указывают либо на сигмовидное искривление перегородки, либо на наличие полипоза носа, обтурирующего оба носовых хода. Попеременная заложенность - на генерализованный ринит с меняющимся носовым циклом.

Образование носовых корок может быть при гранулематозе Вегенера, саркоидозе, других васкулитах, озене и хроническом риносинусите. Редко могут вызывать образование корок ИНГКС. При АР возможны: храп, нарушение сна, сопение, гнусавость голоса, которые могут наблюдаться и при любых ринитах, сопровождающихся заложенностью носа. У некоторых пациентов с САР при попадании в организм перекрестно- реагирующих антигенов, содержащихся в некоторых фруктах, овощах и орехах, развивается оральная аллергический синдром (ОАС) (симптомы ОАС развиваются в первые минуты после употребления свежих фруктов или овощей, реже – спустя один-два часа). Характерно появление отека, покраснения, жжения в области языка, десен, неба, губ, а также эритематозных элементов в периоральной области, на шее. Нередко наблюдается усиление заложенности носа, насморк, чихание, явления конъюнктивита. В большинстве случаев симптомы кратковременные и купируются самостоятельно, однако в отдельных случаях возможно сочетание с бронхообструктивным синдромом, системными реакциями). При АР возможны: кашель, свистящие хрипы, заложенность в грудной клетке.

Аллергологический анамнез.

КАР. Заболевание носит круглогодичный характер.

Пациенты обнаруживают связь между возникновением симптомов и воздействием аллергена (контакт с шерстью животных, со старыми книгами, уборка помещения и др.). Симптомы заболевания присутствуют постоянно либо с эпизодическим ухудшением состояния или появляются лишь при контакте с причинным аллергеном. Заболевание может протекать без резких обострений, что не позволяет предположить причинно-значимый

аллерген без проведения специфического аллергологического обследования.

Возможно наличие других аллергических заболеваний (чаще АК, БА, АД).

САР. Заболевание носит чёткий сезонный характер (симптомы появляются в один и тот же сезон года). Сезонность чётко прослеживают при анализе дневника больного АЗ.

Могут беспокоить симптомы конъюнктивита, БА, системных проявлений: утомляемость, отсутствие аппетита, депрессия, приступы мигрени. Характерный признак пыльцевой сенсibilизации — ухудшение состояния при выходе на улицу из помещения, в сухую ветреную погоду, во время пребывания в загородной зоне и других местах, где цветение более активное. Могут отмечаться различные реакции при использовании косметических средств и ЛС, содержащих экстракты растений, а также при употреблении в пищу продуктов, содержащих растительные компоненты, меда и т.д.

При наличии грибковой сенсibilизации обострение чаще возникает весной и осенью (для средней полосы России это время наиболее активного спорообразования грибковых микроорганизмов); симптомы могут сохраняться весь тёплый период года, особенно при высоком уровне влажности.

Возможно ухудшение состояния при контакте с прелым сеном и травой, в период пребывания в сырых, плохо проветриваемых помещениях, при употреблении продуктов, подвергшихся ферментации — пива, кваса, дрожжевого теста, сыра и другие.

Клинические проявления гиперчувствительности к клещевым аллергенам могут носить сезонный характер (весна и осень — периоды активного размножения клещей домашней пыли).

Наиболее часто АР сочетается с АК, БА, АД, АКР. Нередко эти заболевания протекают длительно, без постоянной и выраженной симптоматики, а потому не являются столь беспокоящими пациента, как АР. Следует иметь в виду, что нередко не удается заподозрить ведущий причинно-значимый аллерген, поскольку у пациента имеется полисенсibilизация к аллергенам различных групп. Пациент может иметь сочетанную сенсibilизацию к аллергенам, с которыми он контактирует ежедневно и присутствующим в воздухе только в определённый сезон. В этом случае проявления ринита носят круглогодичный характер с сезонным ухудшением состояния. Затрудняет выявление аллергена и наличие гиперреактивности слизистой оболочки носа.

Риском развития АР является атопия, следует обратить внимание на наличие АЗ у ближайших родственников - АР, БА, АД и на наличие других АЗ у самого больного АР, неблагоприятные экологические, бытовые и производственные условия.

Физикальное обследование

Обращают на себя внимание на затруднённое носовое дыхание; приступообразное чихание;

постоянное обильное отделение водянистого секрета из полости носа; в случае присоединения вторичной инфекции выделяемый секрет может носить слизисто-гнойный характер.

Лабораторные исследования

Цитологическое исследование секрета из полости носа (мазок) на наличие эозинофилии (характерно увеличение относительного количества эозинофилов до 10% и более). (В, 2++). Общий анализ крови проводят с целью выявления эозинофилии (чаще обнаруживают в период обострения заболевания).

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

При передней риноскопии отмечают значительное количество водянистого секрета, резкий отёк носовых раковин, ярко - красный цвет слизистой оболочки в период обострения САР, серый или цианотичный цвет - при КАР, наличие характерной «мраморности» слизистой оболочки (симптом Воячека).

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рентгенологическое исследование полости носа и ОНП. А(1+).

Компьютерная томография полости носа и ОНП. В(2++).

Передняя риноманометрия. С(2+).

Эндоскопическое исследование полости носа. Аппликационная проба с раствором адреналина гидрохлорида 0,1 % для демонстрации обратимости назальной обструкции. С(2+).

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кожные тесты с atopическими аллергенами. А(1++).

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение уровня аллергенспецифических IgE в сыворотке крови. В(1+).

Провокационные назальные тесты с atopическими аллергенами. В(1+). Окончательный диагноз выставляют только после сопоставления результатов обследования с данными анамнеза заболевания.

8. Дифференциальный диагноз

АР дифференцируют с некоторыми хроническими заболеваниями полости носа. Чаще всего с ринитом, вызванным анатомическими аномалиями строения носовой полости или инфекционным ринитом.

Для неаллергического эозинофильного ринита характерно высокое содержание эозинофилов (до 80-90 %) при цитологическом исследовании, при этом не удается выявить сенсibilизацию ни одним из методов аллергодиагностики, при риноскопии характерна бледная рыхлая отёчная слизистая оболочка носа, возможно дальнейшее развитие полипоза.

При вазомоторном (идиопатическом) рините слизистая полости носа бледная, отёчная; отделяемое из носа водянистого или слизистого характера, не имеется признаков атопии.

Ринит неаллергического характера может быть вызван патологией эндокринной системы, приёмом медикаментов, психогенными факторами, беременностью и др.

Учитывают данные анамнеза и результаты клинического и аллергологического обследований, наличие сопутствующей патологии и приём медикаментов, которые могут привести к появлению симптомов ринита. Пациенты с подозрением на АР ведут дневник, в котором они ежедневно регистрируют выраженность симптомов, влияние условий окружающей среды на течение заболевания, а также указывает лекарственные препараты, которые были использованы в этот день. Анализ полученных из дневника сведений позволяет предположить аллергическую природу заболевания и причинный аллерген, эффект от применения препаратов. При сезонном течении необходимо сопоставить календарь цветения растений в данной климатической зоне с моментами появления и исчезновения симптомов у пациента.



Рис.1. Алгоритм дифференциальной диагностики АР

9. ЛЕЧЕНИЕ АР

Цель лечения — полный контроль над симптомами АР.

Лечение в большинстве случаев проводят в амбулаторно-поликлинических условиях. Госпитализация в стационар показана при тяжёлом и/или осложнённом течении заболевания, а также при необходимости проведения ускоренного курса АСИТ.

Образовательные программы

Пациент или родители детей должны быть проинформированы о природе заболевания, причинах и механизмах ринита, симптомах и доступных методах лечения. Необходимо предоставить информацию о способах элиминации или ограничения контакта с аллергеном, лекарственной терапии. Эффективность терапии зависит от правильной техники использования препаратов местного применения, которой следует научить больного. Пациенты должны быть осведомлены о возможных осложнениях АР, в том числе синусита, среднего отита и сопутствующих заболеваниях, таких как БА. Пациенты должны иметь представление о том, как распознавать признаки осложнений, для своевременного обращения к врачам-специалистам, а также получить информацию о возможных негативных влияниях ринита на качество жизни и преимуществах соблюдения врачебных рекомендаций. Необходимо ориентировать больного на реалистичные ожидания и понимание того, что хронические заболевания не излечиваются, поэтому требуется долгосрочное врачебное наблюдение и рациональная терапия.

Немедикаментозное лечение

Для повышения эффективности лечения необходимо прекратить (или максимально сократить) дальнейший контакт пациента с причинными аллергенами. Уровень D. Больной в соответствии с его сенсibilизацией должен получить лечебно-профилактические рекомендации.

Медикаментозное лечение

Медикаментозное лечение аллергического ринита включает симптоматическую терапию (купирование обострения и базисное лечение) и патогенетическое лечение – АСИТ.

Таблица 3. ЛС, предназначенные для лечения АР

(На основе международного согласительного документа «Аллергический ринит и его влияние на астму - Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA)», 2008-2010 г.)

Группа	Непатентованное название	Механизм действия	Побочные эффекты	Комментарии
Пероральные блокаторы гистаминовых рецепторов	Н1- Второе поколение Акривастин Азеластин Цетиризин Дезлоратадин Эбастин Фексофенадин Левосетиризин Меквитазин Мизоластин Рупатадин Первое поколение Хлорфенирамин Клемастин Диметиндена малеат Гидроксизин	Блокада Н1-гистаминовых рецепторов Обладают антиаллергической активностью Новые препараты можно назначать один раз в день Отсутствие тахифилаксии Отсутствие седативной активности у большинства препаратов Отсутствие антихолинергической активности Отсутствие кардиотоксичности	Второе поколение Акривастин оказывает седативное действие Меквитазин оказывает антихолинергическое действие Пероральный азеластин может вызвать седацию и имеет горький вкус Первое поколение Часто вызывают седацию и/или дают антихолинергический эффект	Пероральные антигистаминные средства второго поколения имеют преимущества в связи благоприятным профилем по эффективности/безопасности и фармакокинетике Быстро (<1 ч) уменьшают симптомы со стороны носа и глаз Умеренно эффективны при заложенности носа
Местные блокаторы Н1-рецепторов (интраназальные, внутриглазные)	Азеластин Левакабастин Олопатадин	Блокатор Н1-рецепторов Некоторая антиаллергическая активность у азеластина	Незначительные локальные побочные эффекты Азеластин: горький вкус	Быстро (<30 минут) уменьшают симптомы со стороны носа и глаз
Интраназальные кортикостероиды	Беклометазона дипропионат Будесонид Флутиказона пропионат Флутиказона фураат Мометазона фураат	Уменьшают воспаление слизистой носа Снижают гиперреактивность слизистой оболочки носа	Небольшие локальные побочные эффекты Низкий риск системных побочных эффектов Задержка роста возможна при применении беклометазона дипропионата только у маленьких детей	Отсутствие седативной активности у большинства препаратов Отсутствие антихолинергической активности Отсутствие кардиотоксичности
Антагонисты лейкотриенов	Монтелукаст Зафирлукаст	Блокируют рецепторы цистеиниловых лейкотриенов	Прекрасная переносимость	Эффективны при рините и астме Уменьшают все симптомы ринита и симптомы со стороны глаз
Местные кромоны (интраназальные, глазные капли)	Кромогликат	Механизм действия изучен плохо	Небольшие местные побочные эффекты	Кромоны в форме глазных капель высокоэффективны Интраназальные кромоны менее эффективны и

				оказывают короткое действие Высокая безопасность
Интраназальные деконгестанты	Оксиметазолин Ксилометазолин	Симпатомиметические средства Уменьшают заложенность носа	При длительном лечении (более 10 дней) может развиваться медикаментозный ринит	Лечение продолжают не более 10 дней, чтобы избежать развития медикаментозного ринита
Пероральные и внутримышечные кортикостероиды	Дексаметазон Метилпреднизолон Преднизолон Целестон (Дипроспан)	Уменьшают воспаление слизистой носа Снижают гиперреактивность	Часто наблюдаются системные побочные эффекты, особенно при внутримышечном введении Инъекции депонированных препаратов могут вызвать атрофию ткани	По возможности пероральные и внутримышечные кортикостероиды следует заменить интраназальными Однако при наличии выраженных симптомов может потребоваться короткий курс системной стероидной терапии
Интраназальные антихолинергические средства	Ипратропиум *	Эффективны только при ринорее	Незначительные местные побочные эффекты Практически не обладают системной антихолинергической активностью	Эффективны при аллергическом и неаллергическом рините с ринореей

* В России зарегистрирован комбинированный препарат ипратропиума бромид с ксилометазолином (Ксимелин-Экстра).

Препараты для местного применения.

В случае полной блокады носового дыхания за несколько минут до интраназального введения противоаллергических препаратов применяют стимуляторы адренорецепторов: нафазолин (С, 2+), или оксиметазолин (С, 2+), или ксилометазолин (С, 2+), по 2–3 инстилляций 2–4 раза в сутки. Длительность их применения составляет в среднем 3–5 сут, но не более 10 суток.

При обильной назальной секреции показаны антихолинергические препараты, содержащие ипратропиум бромид по 2–3 дозы в каждый носовой ход 3 раза в сутки. (В, 1+).

Не следует забывать, что при передозировке и постоянном (в течение нескольких месяцев, а иногда и лет) приеме стимуляторов-адренорецепторов наступает тахифилаксия, а также развивается ряд побочных эффектов и осложнений (гипертрофия носовых раковин, необратимые изменения слизистой оболочки носа, возможно развития ряда системных реакций со стороны сердечно-сосудистой системы).

При наличии легких и умеренных клинических проявлений ринита применяют кромоглициевую кислоту (В, 1+) в виде интраназального спрея в дозе 2,8 мг в каждый носовой ход 4–6 раз в сутки. В качестве альтернативы применяют АГ в виде интраназальных

средств: левокабастин по две инсуффляции в каждый носовой ход 2–4 раза в сутки (С, 2+), азеластин, по одной инсуффляции в каждый носовой ход 2 раза в сутки (С, 2+).

Интраназальные ГКС

Следует помнить, что АР и БА являются взаимозависимыми заболеваниями, поэтому своевременное и адекватное лечение АР, раннее назначение ИНГКС способствует уменьшению интенсивности аллергического воспаления как в слизистой оболочке носа, так и в бронхах и снижению уровня их гиперреактивности. Беклометазон дипропионат, в дозе 400 мкг/сут (А, 1++), мометазон фуруат, в дозе 200 мкг 1-2 раза в сутки (А, 1++), или будесонид в дозе 100–200 мкг 2 раза в сутки (А, 1++), или флутиказона пропионат в дозе 200 мкг 1 раз в сутки, либо 200 мкг 2 раза в сутки. (А,1++). Флутиказона фуруат в дозе 110 мкг 1 раз в сутки (А, 1++).

Антигистаминные препараты

Несмотря на эффективность пероральных АГ первого поколения, их применение не рекомендуется, если доступны препараты второго поколения, учитывая седативные и антихолинергические свойства первых. Установлена низкая эффективность АГ первого поколения по анализу эффективности затрат, стоимость лечения увеличивается из-за вызываемой ими седации. Целесообразно применять только безопасные АГ второго поколения, характеризующиеся благоприятным отношением –эффективность/безопасность.

АГ (блокаторы H_1 -рецепторов гистамина) второго поколения: лоратадин (А,1+) или цетиризин (А,1+) в дозе 10 мг/сут или дезлоратадин (А, 1+) в дозе 5 мг/сут. Возможно применение эбастина (А, 1+) в дозе 10–20 мг/сут, фексофенадина (А, 1+) в дозе 120–180 мг/сут или левоцетиризина (А,1+) в дозе 5 мг/сут или рупатадина фумората в дозе 10 мг/сут (В, 2++). В качестве альтернативной терапии могут использоваться блокаторы H_1 -рецепторов гистамина первого поколения: клемастин (В, 2+), в дозе 1 мг 2–3 раза в сутки или хлоропирамин (В, 2+) в дозе 25 мг 2–3 раза в сутки в течение 10 сут. В случае выраженной симптоматики первые несколько суток эти препараты применяют парентерально (в/м или в/в): клемастин в дозе 2 мг 1–2 раза в сутки, хлоропирамин в дозе 40 мг 1–2 раза в сутки.

Отечественные АГ представлены препаратами: мебгидролина нападизилат по 0,1- 0,3 г в сутки; секвифенадин гидрохлорид по 0,05-0,1 г 2-3 раза каждый день, хифенадина гидрохлорид по 25–50 мг 2–4 раза в день.

АГ системные препараты со стабилизирующим действием на мембраны тучных клеток: кетотифен в дозе 1 мг 2 раза в сутки, на протяжении до 3 мес. (А, 1+).

Блокаторы рецепторов лейкотриенов

По эффективности монтелукаст натрия по 10 мг в сутки и зафирлукаст по 40 мг в сутки, превосходят плацебо, но уступают АГ и ИНГКС (С, 2+).

Системные глюкокортикостероиды

В редких случаях больным с выраженными симптомами, которые не отвечают на лечение другими препаратами или не переносят интраназальные средства, может потребоваться системное применение ГКС (например, преднизолон в начальной дозе 5-10 мг/сут перорально) в течение короткого срока. Длительное лечение пероральными ГКС или их внутримышечное введение сопровождается хорошо известными системными побочными эффектами.

Базисная терапия АРТ

При сезонной форме предупреждающая противоаллергическая терапия должна быть назначена после проведения анализа данных о течении заболевания в предыдущий сезон (выраженность клинических проявлений, эффективность назначенных препаратов и результаты обследования) за 1–2 недели до предполагаемого сезонного обострения. Базисная терапия КАР обеспечивает стабильность состояния в условиях контакта с аллергеном.

В качестве базисной терапии при легком течении АР применяют следующие ЛС:

-таблетированные формы блокаторов H₁-рецепторов гистамина; предпочтительнее применение блокаторов H₁-рецепторов второго поколения; АГ со стабилизирующим действием на мембраны тучных клеток; препараты кромоглициевой кислоты;

При тяжёлом и средней степени тяжести течениях заболевания необходимо лечение ИНГКС. Перечень препаратов и дозировки указаны выше. Подбор и комбинирование препаратов базисной терапии проводят индивидуально с учётом тяжести заболевания, переносимости препаратов, условий жизни пациента.

Патогенетическое лечение

Патогенетический метод лечения АР — АСИТ, А(1++) (см. клинические рекомендации по АСИТ).

Лечение осложнений

Лечение осложнений АР (гайморита, этмоидита, отита). В случае присоединения вторичной инфекции противоаллергическую терапию необходимо сочетать с соответствующей антибактериальной, противовоспалительной и другими видами терапии, назначаемой отоларингологами.

10. Прогноз

Прогноз АР при адекватной терапии и профилактике, как правило, благоприятный.

11. Чего нельзя делать

- использовать продукты растительного происхождения, гомеопатию, косметику с

растительными компонентами при пыльцевой сенсibilизации;

- длительно и бесконтрольно использовать деконгестанты, заниматься самолечением;
- проводить хирургическое лечение в сезон пыления причинно-значимых растений.

12. ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ, КОГДА НУЖЕН КОНСИЛИУМ

Всем больным АР показана консультация аллерголога для выявления или подтверждения аллергического характера ринита, выявления спектра причинно-значимых аллергенов, подбора симптоматической терапии и назначения АСИТ. А (1++). Консультацию ЛОР-врача проводят для решения вопросов, касающихся хирургического лечения анатомических дефектов полости носа и осложнений АР. А (1++).

13. Дальнейшее ведение

Пациентам с круглогодичной формой АР необходимо наблюдение аллерголога вне зависимости от времени года для динамической оценки и коррекции базисной терапии. Пациентам с сезонной формой АР показаны консультации аллерголога: за 1–2 недели до предполагаемого обострения для решения вопроса о назначении симптоматической терапии в сезон пыления; в сезон цветения (спорообразования) для оценки эффективности назначенной терапии и её коррекции; по окончании сезона обострений для оценки эффективности проведённого лечения и решения вопроса о проведении АСИТ.