



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
РИНОЛОГОВ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Под редакцией А.С. Лопатина и В.В. Шиленковой



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
РИНОЛОГОВ



АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Под редакцией А. С. Лопатина и В. В. Шиленковой



УДК 616.211-022.8-002(035.3)

ББК 56.8я81

A50

A50 Аллергический ринит: клинические рекомендации / Емельянов А. В. [и др.]; под редакцией А. С. Лопатина и В. В. Шиленковой. — СПб.: Скифия-принт; М.: Профмедпресс, 2022. — 66 с.

ISBN 978-5-98620-610-3

Клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита составлены согласно принципам доказательной медицины. При их создании авторы руководствовались опытом зарубежных и отечественных ученых, а также учитывали особенности диагностики и схем лечения, которые существуют в России.

Для оториноларингологов, офтальмологов, аллергологов, врачей общей практики, семейных врачей и педиатров.

УДК 616.211-022.8-002(035.3)

ББК 56.8я81

A50

ISBN 978-5-98620-610-3

©Авторский коллектив, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Авторский коллектив	4
Список сокращений.....	6
Введение	7
Аллергический ринит и качество жизни	10
Факторы риска	12
Классификация.....	14
Этиология	17
Патогенез	19
Клинические признаки и симптомы	22
Диагноз и рекомендуемые клинические исследования	25
Ринологическое обследование	26
Офтальмологическое обследование	27
Рентгенологическое исследование ОНП.....	27
Лабораторная диагностика	28
Дифференциальный диагноз	31
Сопутствующие заболевания и осложнения	34
Бронхиальная астма	34
Риносинусит, полипозный риносинусит, кисты околоносовых пазух ...	36
Средний отит	36
Гиперплазия глоточной миндалины	37
Храп и СОАС	37
Лечение	39
Элиминация аллергенов	39
Фармакотерапия	40
Фармакотерапия легкой формы АР	42
Фармакотерапия среднетяжелой и тяжелой форм интермиттирующего АР	44
Фармакотерапия персистирующего АР	47
Особенности фармакотерапии АР в детском возрасте	48
Особенности фармакотерапии АР у пациентов с деформацией перегородки носа	50
Особенности фармакотерапии АР у пациентов с острым или обострением хронического риносинусита	50
Аллерген-специфическая иммунотерапия	52
Хирургическое лечение при АР	53
Оценка эффективности лечения	53
Осложнения и побочные эффекты лечения	54
Ошибки и необоснованные назначения	56
Приверженность пациентов терапии АР	57
Прогноз	58
Приложения	59

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ



Лопатин Андрей Станиславович — д.м.н., профессор, научный руководитель по оториноларингологии Поликлиники № 1 УД Президента РФ, Президент Российского общества ринологов



Емельянов Александр Викторович — д.м.н., профессор, зав. кафедрой пульмонологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова



Карпищенко Сергей Анатольевич — д.м.н., профессор, зав. кафедрой оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова



Косяков Сергей Яковлевич — д.м.н., профессор, зав. кафедрой оториноларингологии Российской медицинской академии последипломного образования



Курбачева Оксана Михайловна — д.м.н., профессор, заведующая отделением бронхиальной астмы ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России



Пискунов Геннадий Захарович — член-корр. РАН, д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии Российской медицинской академии последипломного образования



Шиленкова Виктория Викторовна — д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет МЗ РФ, Генеральный Секретарь Российского общества ринологов

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АГП** — антигистаминные препараты
АК — аллергический конъюнктивит
АР — аллергический ринит
АРК — аллергический риноконъюнктивит
АСИТ — аллерген-специфическая иммунотерапия
БА — бронхиальная астма
ГКС — глюкокортикостероиды
ИнАГП — интраназальные антигистаминные препараты
ИнГКС — интраназальные глюкокортикостероиды
КЖ — качество жизни
ЛАР — локальный аллергический ринит
МКБ-10, МКБ-11 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го и 11-го пересмотров
ОНП — околоносовые пазухи
ОРС — острый риносинусит
ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь лёгких
ХРС — хронический риносинусит

ВВЕДЕНИЕ

Аллергический ринит (АР) — одно из наиболее распространенных хронических заболеваний, как среди взрослого, так и среди детского населения во всем мире. Проявления АР не угрожают жизни больного, но редко проходят незамеченными, поскольку с ними связаны существенные ограничения в физических, психологических и социальных аспектах жизни. АР сопутствует таким заболеваниям, как бронхиальная астма (БА), острый и хронический средний отит, хронический риносинусит, и является благоприятным фоном для их развития. Симптомы АР способствуют нарушению сна, а в тяжелых случаях создают проблемы в обучении и профессиональной карьере больного.

Определение заболевания

Аллергический ринит — это хроническое заболевание, в основе которого лежит воспалительная IgE-опосредованная реакция, вызванная попаданием причинно-значимых аллергенов на слизистую оболочку полости носа и проявляющаяся следующими основными клиническими симптомами:

- ринорея;
- заложенность носа;
- чихание;
- зуд в полости носа.

Эпидемиология

АР считается самым распространенным хроническим заболеванием респираторного тракта. При этом за последние 30 лет уровень заболеваемости значительно вырос. Как демонстрируют долгосрочные наблюдения в ряде стран Европы, распространенность аллергических заболеваний, в том числе и АР, удваивается каждые 10 лет.

По данным литературы АР страдает около 40% населения Земного шара¹.

Исследования, посвященные эпидемиологии АР и опубликованные в реферируемых международных журналах (базы данных MEDLINE, PubMed), свидетельствуют об огромном разбросе данных по распространенности АР в различных регионах мира. Так, по самым скромным подсчетам, уровень заболеваемости в Западной Европе составляет от 23 до 30%, в США — от 12 до 30%, в разных регионах Африки — от 7,2 до 54,1%, в Средиземноморской Азии — от 1,6 до 47,2%, в Средней Азии — от 7,4 до 45,2%, в Юго-Восточной Азии — от 5,5 до 44,3%, в Восточной

Европе и России — от 3,2 до 12,8%, в Южной Америке — от 5 до 74,6%, в Австралии — от 12 до 41,3%¹⁻⁴.

Согласно данным International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC, 2009), основанным на опросе 700 тыс. детей и их родителей из 56 стран, уровень заболеваемости АР среди детского населения колеблется от 2% (в Китае) до 54,1% (в Турции)⁵. Примечательно, что распространенность АР значительно выросла в экономически развитых и благополучных государствах, а самый низкий уровень заболеваемости приходится на экологически чистые страны с преобладанием сельского хозяйства. Отмечено, что в странах с низким уровнем дохода АР страдает в 2 раза меньше жителей, чем в странах с высокоразвитой индустрией и высокими социальными доходами. Такая тенденция связана с повышением уровня жизни, приводящего к усиленному воздействию множественных факторов риска, традиционных и нетрадиционных сенсibiliзирующих агентов.

В настоящее время одним из существенных факторов роста заболеваемости АР считается изменение климатических условий на Земле, связанных с повышением средней температуры окружающего воздуха и поверхности земли. Климатические изменения значительно повлияли на ускорение роста растений, увеличение количества пыльцы, производимой растениями, количества аллергенных белков, содержащихся в пыльце, удлинение времени роста растений и, следовательно, увеличение производства пыльцы, а также более ранние и длительные сезоны пыления⁶.

Распространенность АР в Российской Федерации составляет 18–38%^{7,8,9}. Наибольшая заболеваемость поллинозом отмечается в Северокавказском и Поволжском регионах, на Урале, в Сибири, где в некоторых городах сезонной формой АР страдает до 80% больных с анамнезом аллергии. Высокая распространенность сезонного АР отмечается в Краснодарском и Ставропольском краях, где большинство случаев поллиноза связано с аллергией к сорному растению амброзии.

Средняя распространенность симптомов АР в детском возрасте (по данным ISAAC), составляет 8,5% (1,8–20,4%) у 6–7-летних детей и 14,6% (1,4–33,3%) у детей 13–14 лет⁵. У подростков 15–18 лет симптомы АР встречаются гораздо чаще, в 34,2% случаев, что подтверждено исследованием, проведенным в соответствии с протоколом Глобальной сети по аллергии и астме в Европе (Global Allergy and Asthma European Network, GA2LEN, 2008–2009)¹⁰. Чаще болеют мальчики. В возрастной группе до 5 лет распространенность АР самая низкая, а подъем заболеваемости отмечается в раннем школьном возрасте.

В целом, суммируя результаты многочисленных эпидемиологических исследований, можно выявить следующие закономерности:

- широкая вариабельность распространенности АР в разных странах мира, различных регионах одной страны и даже в пределах одного небольшого региона;
 - в развитых странах с более высоким качеством жизни АР встречается чаще;
 - существует зависимость распространенности симптомов АР от экологической обстановки в регионе;
 - у детей распространенность АР увеличивается в старших возрастных группах.
1. Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. *Eur Respir J*. 2004 Nov;24(5):758–64. doi: 10.1183/09031936.04.00013904.
 2. Bachert C, van Cauwenberge P, Olbrecht J, van Schoor J. Prevalence, classification and perception of allergic and nonallergic rhinitis in Belgium. *Allergy*. 2006 Jun;61(6):693–8. doi: 10.1111/j.1398-9995.2006.01054.x.
 3. Nathan RA, Meltzer EO, Derebery J, Campbell UB, Stang PE, Corrao MA, Allen G, Stanford R. The prevalence of nasal symptoms attributed to allergies in the United States: findings from the burden of rhinitis in an America survey. *Allergy Asthma Proc*. 2008 Nov-Dec;29(6):600–8. doi: 10.2500/aap.2008.29.3179.
 4. Katelaris CH, Lee BW, Potter PC, Maspero JF, Cingi C, Lopatin A, Saffer M, Xu G, Walters RD. Prevalence and diversity of allergic rhinitis in regions of the world beyond Europe and North America. *Clin Exp Allergy*. 2012 Feb;42(2):186–207. doi: 10.1111/j.1365-2222.2011.03891.x.
 5. Ait-Khaled N, Pearce N, Anderson HR, et al. Global map of the prevalence of symptoms of rhinoconjunctivitis in children: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three. *Allergy*. 2009; 64(1): 123–148. doi: 10.1111/j.1398-9995.2008.01884.x.
 6. D'Amato G, Baena-Cagnani CE, Cecchi L, Annesi-Maesano I, Nunes C, Ansotegui I, D'Amato M, Liccardi G, Sofia M, Canonica WG. Climate change, air pollution and extreme events leading to increasing prevalence of allergic respiratory diseases. *Multidiscip Respir Med*. 2013; 8(1): 12. doi: 10.1186/2049-6958-8-1.
 7. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Хаитов Р. М., и др. Аллергический ринит у детей. Клинические рекомендации Союза педиатров России. М.: Союз педиатров России; 2016.
 8. Аллергия у детей: от теории — к практике / Под ред. Намазовой-Барановой Л. С. М.: Союз педиатров России; 2011: 668.
 9. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Хаитов Р. М., Ильина Н. И., Курбачева О. М., Новик Г. А., Петровский Ф. И., Вишнёва Е. А., Алексеева А. А., Селимзянова Л. Р. Аллергический ринит у детей: принципы своевременной диагностики и эффективной терапии. Краткий обзор клинических рекомендаций. *Педиатрическая фармакология*. 2017; 14 (4): 272–282. doi: 10.15690/pf.v14i4.1758.
 10. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen). *Allergy*. 2008;63 Suppl 86:8–160. doi: 10.1111/j.1398-9995.2007.01620.x.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

АР оказывает существенное влияние на качество жизни (КЖ) пациентов, нарушая их сон, физическую и социальную активность¹⁻⁴. Общая оценка снижения производительности труда из-за АР (39,4%) сравнима с аналогичной оценкой при других хронических расстройствах здоровья, таких как депрессия (15–43%), ХОБЛ (19–42%), синдром раздраженного кишечника и запоры (36%), артрит (45%)⁵.

Пациенты с АР демонстрируют более низкое психическое благополучие, чем пациенты без АР, имеют худшее общее состояние здоровья и более низкую жизнеспособность⁶. При этом степень снижения КЖ сильно зависит от того, насколько пациент имеет отношение к активному курению, вдыханию табачного дыма или употреблению наркотиков. Снижение контакта с этими факторами может уменьшить проявления АР и, безусловно, снизить его негативное влияние на работоспособность.

Пациенты с АР часто испытывают трудности при засыпании, ночной сон у них тревожный, беспокойный, с частыми пробуждениями. В то же время днем они страдают от повышенной сонливости. Причем выраженность этих симптомов находится в прямой зависимости от тяжести течения АР⁷.

АР ухудшает течение БА, ХОБЛ, атопического дерматита, сердечно-сосудистых заболеваний, снижает половое влечение, особенно у мужчин, оказывает существенное негативное влияние на умственную активность, внимание, память, гибкость в принятии решений, настроение пациента. Исследования продемонстрировали прямую связь между состоянием психики пациента и степенью тяжести течения АР. Установлено, что с учетом демографических характеристик и социально-экономического статуса частые стрессы, депрессивное настроение, мысли о самоубийстве можно рассматривать как факторы, связанные с АР⁸.

1. Ridolo E, Montagni M, Bonzano L, Incorvaia C, Canonica GW. Bilastine: new insight into antihistamine treatment. *Clin Mol Allergy*. 2015 Apr 15;13(1):1. doi: 10.1186/s12948-015-0008-x.
2. Cingi C, Yorgancioglu A, Cingi CC, Oguzulgen K, Muluk NB, Ulusoy S, Orhon N, Yumru C, Gokdag D, Karakaya G, Çelebi Ş, Çobanoglu HB, Unlu H, Aksoy MA. The “physician on call patient engagement trial” (POPET): measuring the impact of a mobile patient engagement application on health outcomes and quality of life in allergic rhinitis and asthma patients. *Int. Forum Allergy Rhinol*. 2015;5(6):487–97. doi:10.1002/alr.21468.
3. Xiao J, Wu WX, Ye YY, Lin WJ, Wang L. A Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials Focusing on Different Allergic Rhinitis Medications. *Am J Ther*. 2016 Nov/Dec;23(6):e1568–e1578. doi: 10.1097/MJT.0000000000000242.

4. Шиленкова В. В., Лопатин А. С. Аллергический ринит и качество жизни. Российская ринология. 2019;27(4):215–223. doi: [org/10.17116/rosrino201927041215](https://doi.org/10.17116/rosrino201927041215).
5. Miller PS, Hill H, Andersson FL. Nocturia Work Productivity and Activity Impairment Compared with Other Common Chronic Diseases. *Pharmacoeconomics*. 2016 Dec;34(12):1277-1297. doi: [10.1007/s40273-016-0441-9](https://doi.org/10.1007/s40273-016-0441-9).
6. Mari A, Antonietta Ciardiello M, Passalacqua G, Vliagoftis H, Wardlaw AJ, Wickman M. Developments in the field of allergy in 2012 through the eyes of Clinical & Experimental Allergy. *Clin Exp Allergy*. 2013 Dec;43(12):1309-32. doi: [10.1111/cea.12212](https://doi.org/10.1111/cea.12212).
7. Léger D, Annesi-Maesano I, Carat F, Rugina M, Chanal I, Pribil C, El Hasnaoui A, Bousquet J. Allergic rhinitis and its consequences on quality of sleep: An unexplored area. *Arch Intern Med*. 2006 Sep 18;166(16):1744-8. doi: [10.1001/archinte.166.16.1744](https://doi.org/10.1001/archinte.166.16.1744).
8. Kim DH, Han K, Kim SW. Relationship Between Allergic Rhinitis and Mental Health in the General Korean Adult Population. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2016 Jan;8(1):49-54. doi: [10.4168/aair.2016.8.1.49](https://doi.org/10.4168/aair.2016.8.1.49).

ФАКТОРЫ РИСКА

Факторами риска (или триггерами) называют те предрасполагающие моменты или воздействия, которые могут спровоцировать дебют болезни или способствовать обострению уже имеющего заболевания.

Генетическая предрасположенность. Наличие прямых родственников, страдающих АР, увеличивает риск его развития. Пока неизвестно, мутации каких генов могут стать причиной этого заболевания, однако значение генетического фактора не должно переоцениваться еще и потому, что стремительный рост числа больных никак не может быть объяснен изменениями генетического пула.

Расовая принадлежность. Результаты проведенных исследований не позволяют определенно высказаться в пользу того, что принадлежность к той или иной расе или этнической группе может быть фактором риска для развития аллергического заболевания. Скорее всего, регистрируемые иногда различия обусловлены социально-экономическим условиями, характером питания и т. д.

Социальное положение и воздействие факторов окружающей среды. Факторы, сопутствующие развитию цивилизации, такие как загрязненность воздуха выхлопными газами автомобилей, центральное отопление, газификация и кондиционирование домов и квартир и особенно повышенная влажность в жилищах человека, могут стать дополнительными усугубляющими моментами в развитии респираторной аллергии. Целый ряд исследований свидетельствует том, что дети родителей, имеющих высшее образование и относящихся к более высоким слоям общества, чаще страдают аллергическими заболеваниями, в частности АР. Так, в Израиле среди еврейских детей и подростков, живущих обычно в лучших условиях, было выявлено 19,7% больных АР, в то время как среди арабских детей, проживающих в тех же городах — только 9,7%.

Пренатальные и перинатальные факторы. АР нередко проявляется уже в младенчестве, являясь в данном случае ранним проявлением атопической предрасположенности, которая манифестируется под действием различных триггерных факторов. Таким факторами могут быть молодой возраст матери, порядковый номер рождения ребенка в семье, роды в период цветения растений, курение матери во время беременности, преждевременные роды, недоношенность, окружность головки при рождении, перинатальная асфиксия, замедленное развитие ребенка, длительность грудного вскармливания. Для разработки мер по первичной профилактике АР, безусловно, нужны новые, более детальные, исследования, которые укажут, как и в каком направлении действует каждый из перечисленных факторов.

Ранний контакт с аллергенами. Одним из классических положений является то, что ранняя экспозиция аллергенов является триггерным фактором для последующего развития аллергических заболеваний, причем это в большей степени касается сезонных и в меньшей — бытовых аллергенов. Однако применительно к АР эта теория пока не нашла доказательного подтверждения. Более того, существует гипотеза, что ранний контакт с некоторыми аллергенами, например, с кошками и собаками, а также с пером подушки, может оказывать защитное действие, предохраняя от дальнейшего развития аллергического заболевания.

Респираторные инфекции. Инфицирование риновирусом, вирусом гриппа, респираторно-синцитиальным и другими вирусами вызывает повреждение, воспаление и отек слизистой оболочки носа и конъюнктивы, что сопровождается появлением или усилением назальных симптомов у больных АР. Существует мнение, что воздействие указанных вирусов может приводить к выработке вирус-специфичных IgE и потенцировать аллергический ответ путем усиления продукции медиаторов аллергии. Это касается людей с уже сформировавшейся иммунной системой.

Однако эпидемиологические наблюдения последних лет показали, что респираторные инфекции в раннем детском возрасте предупреждают последующее развитие атопических заболеваний. Доказана обратная взаимосвязь между риском развития сезонного АР и количеством детей в семье. Эпидемиологические наблюдения позволяют предположить, что повторные респираторные инфекции, часто передающиеся в больших семьях от старших детей младшим, предупреждают у последних развитие аллергических заболеваний в более поздние периоды жизни.

Воздействие табачного дыма. Этот фактор, безусловно, действует и на слизистую оболочку полости носа, и на конъюнктиву, угнетая мукоцилиарный транспорт и усиливая секрецию слезы. Доказано, что вдыхание табачного дыма (пассивное курение) является фактором риска БА. Особенно опасно курение матери. Дети курящих матерей в 2 раза чаще болеют астмой, чем дети некурящих матерей. Аналогичные исследования в отношении АР отсутствуют. В настоящий момент не доказано, что активное или пассивное курение повышает риск развития АР или воздействует на реактивность слизистой оболочки носа.

Холодовое воздействие (в частности охлаждение конечностей), **острая пища, эмоциональные нагрузки и стрессовые ситуации** могут также провоцировать развитие обострения АР путем стимуляции неспецифических механизмов назальной реактивности.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Коды по МКБ-10

- J30.0 Вазомоторный ринит.
- J30.1 Аллергический ринит, вызванный пылью растений.
- J30.2 Другие сезонные аллергические риниты.
- J30.3 Другие аллергические риниты.
- J30.4 Аллергический ринит неуточненный.

Коды по МКБ-11

- CA08.0 Аллергический ринит.
- CA08.00 Аллергический ринит, вызванный пылью растений.
- CA08.01 Аллергический ринит из-за других сезонных аллергенов.
- CA08.02 Аллергический ринит из-за клеща домашней пыли.
- CA08.03 Другой аллергический ринит.
- CA08.0Z Аллергический ринит, неуточненный.
- CA08.1 Неаллергический ринит.
- CA08.10 Неаллергический ринит с эозинофилами.
- CA08.1Y Другой уточненный неаллергический ринит.
- CA08.1Z Неаллергический ринит, неуточненный.
- CA08.2 Смешанный ринит.
- CA08.3 Вазомоторный ринит.
- CA08.Y Смешанный аллергический и неаллергический ринит.
- CA08.Z Ринит, неуточненный, аллергический или неаллергический.

Привычная классификация, разделяющая АР на сезонный и круглогодичный, в последние годы была пересмотрена ВОЗ, хотя так и не нашла отражения ни в МКБ-10, ни в МКБ-11. Вместо сезонной и круглогодичной эксперты ВОЗ предлагают выделять интермиттирующую и персистирующую формы АР.

- Сезонный АР (САР) возникает при сенсibilизации к пыльцевым (поллиноз) и грибковым аллергенам: пыльце деревьев, злаковых и сорных трав, спорам грибов *Cladosporium*, *Penicillium*, *Alternaria* и др.
- Круглогодичный АР (КАР) развивается у пациентов с сенсibilизацией 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 приеме, профессиональным аллергенам.

- Термин «*интермиттирующий АР*» означает, что проявления заболевания беспокоят больного менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в году.
- Термин «*персистирующий АР*» означает, что пациент отмечает проявление симптомов заболевания более 4 дней в неделю или более 4 недель в году.

Однако в связи с четкой сезонностью цветения всех растений, продуцирующих аэроаллергены в России, деление на сезонную и круглогодичную формы выглядит более привычным, удобным для документации и соответствующим МКБ-11. Кроме того, «старая» и «новая» классификации не противоречат друг другу, так как первая построена по этиологическому принципу, а вторая делит заболевание на формы по продолжительности симптомов. В любом случае при сезонной, круглогодичной или смешанной (сезонной + круглогодичной) сенсibilизации следует выделять интермиттирующую и персистирующую формы (рис. 1).

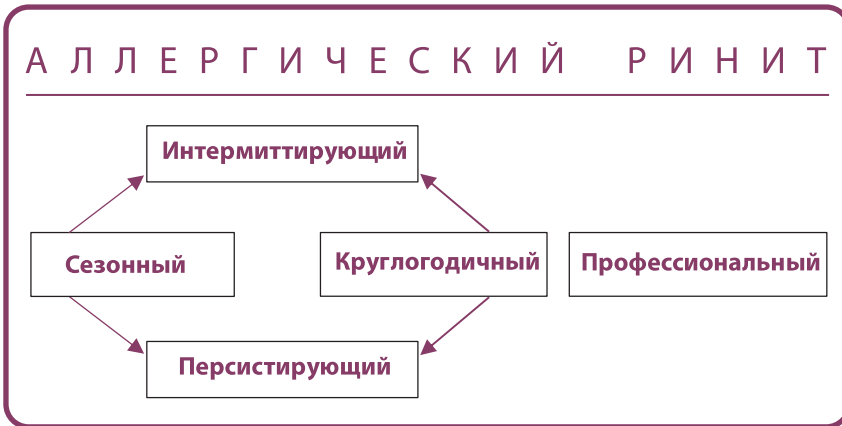


Рис. 1. Классификация аллергического ринита

В последние годы выделяют еще одну форму — **локальный аллергический ринит**, обусловленную местной продукцией IgE в слизистой оболочке полости носа. При этой форме заболевания кожные пробы с аллергенами отрицательны, а уровень специфических IgE в сыворотке крови остается в пределах нормального. Постановка диагноза возможна при проведении назальных провокационных тестов.

АР необходимо разделять также по степени выраженности симптомов. Эти термины определены в последних редакциях согласительного документа ВОЗ ARIA (2001, 2008, 2016, 2020).

- Определение «*легкая форма*» означает, что у пациента имеются лишь незначительные клинические признаки болезни, не нарушающие дневную активность и/или сон. Пациент осознает наличие проявлений заболевания и хочет лечиться, но, если надо, может обойтись без этого.
- Определение «*среднетяжелая форма*» означает, что симптомы нарушают сон пациента, препятствуют работе, учебе, занятиям спортом. Качество жизни существенно ухудшается.
- Термин «*тяжелая форма*» означает, что симптомы настолько выражены, что пациент не может нормально работать, учиться, заниматься спортом или досугом в течение дня и спать ночью, если не получает лечения.

В зависимости от уровня контроля заболевания различают контролируемый, частично контролируемый и неконтролируемый АР. Наиболее простым методом оценки контроля АР является использование визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Значение показателя самооценки пациента менее 2 баллов по ВАШ соответствует контролируемому АР, 2–5 баллов — частично-контролируемому АР и более 5 баллов — неконтролируемому АР.

1. Bousquet J, et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma Working Group. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. J Allergy Clin Immunol. 2020; 145(1): 70–80. doi: 10.1016/j.jaci.2019.06.049.

ЭТИОЛОГИЯ

Перечень аллергенов, способных вызвать развитие АР, чрезвычайно разнообразен. Группируют аллергены по происхождению (аллергены пыльцы растений, грибов, насекомых, животных и пр.), по способам поступления в организм, по встречаемости в тех или иных условиях (бытовые, профессиональные). Этиологическими факторами, вызывающими появление симптомов АР, являются содержащиеся в воздухе аллергены, которые принято делить на три группы:

- *аэроаллергены внешней среды* (пыльца растений);
- *аэроаллергены жилищ* (клещей домашней пыли, животных, насекомых, плесени, некоторых домашних растений);
- *профессиональные аллергены*.

АР чаще вызывается **пыльцой ветроопыляемых растений**, так как ее концентрация в атмосферном воздухе в период цветения намного превышает концентрацию пыльцы растений, опыляемых насекомыми. Кроме того, пыльцевые зерна ветроопыляемых растений являются относительно легкими и поэтому переносятся на большие расстояния. В центральной полосе России отмечаются три пика манифестации симптомов поллиноза. Первый из них связан с цветением *деревьев* (ольхи, лещины, березы, ивы, осины, тополя, ясеня, дуба и др.) и одуванчиков, он длится с конца марта до конца мая. Второй пик поллинозов наблюдается в июне-июле, когда начинают цвести *злаковые травы и культурные злаки* — тимopheевка, овсяница, ежа сборная, мятлик, райграс, пырей, лисохвост, костер, рожь, пшеница. Третий пик обычно начинается в конце июля и может длиться до начала октября, он связан с пылением *сорных трав и сложноцветных* (полынь, лебеда, крапива, конопля, щавель, подсолнечник, на юге — амброзия).

Ознакомиться с графиками пыления растений в различных географических зонах РФ вы сможете, отсканировав QR-код с помощью камеры смартфона для перехода на соответствующую страницу сайта Российского общества ринологов rhinology.ru (рис. 2).



Рис. 2. QR-код для получения доступа к графикам пыления растений в различных географических зонах РФ на сайте rhinology.ru

Аллергены домашних растений. Некоторые домашние растения, например хорошо известный фикус или фиговое дерево (*Ficus benjamina*), могут также продуцировать аэроаллергены. Это растение не имеет цветов, и носителями аллергенов являются выделяемый фикусом сок и пыль, скапливающаяся на его листьях. Нередкой является перекрестная сенсибилизация к аллергенам фикуса и латексу, который добывается также из тропического растения *Hevea brasiliensis*.

К **бытовым** относят аллергены клещей домашней пыли, животных, насекомых (тараканов), грибов, некоторых домашних растений. Аллергены жилищ играют ведущую роль в этиологической структуре АР. Сейчас их количество в домах резко возросло в связи с увеличением количества ковров, мягкой мебели, качественным отоплением и кондиционированием воздуха. В этих условиях жилища человека стали идеальным местом обитания не только для домашнего клеща, тараканов и других насекомых, но и для многих плесневых грибов и бактерий.

Обострение симптомов АР, вызванного домашними клещами, происходит при повышении влажности воздуха. Наивысшая экспозиция аллергенов клещей возникает во время уборки квартиры, при контакте с постельными принадлежностями, выбивании ковров и т. д., т. е. когда пыль вместе с содержащимися в ней аллергенами интенсивно перемешивается с воздухом помещения.

Сенсибилизация к **аллергенам животных** становится все более распространенным явлением, связанным с развитием цивилизации. Постоянное нахождение животных, в частности кошек и собак, в домах, квартирах и даже спальнях становится все более привычным явлением. Количество домашних животных значительно увеличилось за последние 20 лет.

Споры и мицелий грибов постоянно присутствуют в окружающей среде и попадают в дыхательные пути человека при каждом вдохе. В этиологии АР наибольшую роль играют плесневые и дрожжевые грибы. Темные, влажные и плохо проветриваемые помещения являются оптимальным местом для роста грибов, они в больших количествах находятся в ванных комнатах и на кухнях. Грибки могут размножаться в системах кондиционирования воздуха, причем домашние кондиционеры нередко увеличивают контаминацию воздуха мицелием и спорами в помещении.

Вопрос об этиологической роли **бактериальной сенсибилизации** при АР является наиболее спорным. На современном уровне наших знаний, несмотря на существование специфических IgE ко многим бактериям, мы не можем уверенно сказать, что бактериальная сенсибилизация может быть причиной развития АР. Возможно, бактерии могут играть роль суперантигена при некоторых осложненных формах ринита, в частности ассоциированных с полипозным риносинуситом.

ПАТОГЕНЕЗ

АР, как круглогодичный, так и сезонный, является классическим примером IgE-опосредованной аллергической реакции первого типа. В основе патогенеза АК лежат те же механизмы, что и при АР. После нанесения аллергена на конъюнктиву сенсibilизированного человека можно отметить развитие ранней, а затем поздней фазы аллергической реакции первого типа. Однако при АРК глазные симптомы обычно выражены в меньшей степени, и для того, чтобы они стали преобладающими, необходимы большие дозы аллергена или более высокая степень сенсibilизации.

Главными участниками аллергического воспаления в слизистой оболочке полости носа и конъюнктиве являются тучные клетки, эозинофилы, лимфоциты, базофилы, дендритические и эндотелиальные клетки. Участие их определяет раннюю, а затем и позднюю фазы аллергической реакции.

Благодаря фиксации аллерген-специфического IgE на его высокоаффинных Fcε рецепторах I типа (Fcε RI) тучных клеток слизистая оболочка полости носа и конъюнктивы приобретают универсальные механизмы, распознающие антигены. Если на Fcε RI тучных клеток присутствует аллерген-специфический IgE, то каждая молекула попавшего аллергена соединяется с двумя соседними молекулами антител и перекрестно связывает между собой молекулы IgE и Fcε RI в клеточной мембране. Это приводит к высвобождению депонированных и вновь синтезированных медиаторов, включая гистамин, сульфидопептидные лейкотриены (C4, D4, E4), простагландин D2, фактор активации тромбоцитов и другие биологически активные вещества. Медиаторы, действуя на клеточные структуры слизистой оболочки носа и конъюнктивы, в течение нескольких минут запускают процесс аллергического воспаления и вызывают общеизвестные симптомы АР и АК. Появление глазных симптомов при АР может быть вызвано не только непосредственной IgE-зависимой реакцией на аллерген, но и риноконъюнктивальным рефлексом. Возможно, этим объясняется тот факт, что симптомы конъюнктивита нередко быстро регрессируют при назначении одних только топических интраназальных препаратов.

Ранняя фаза аллергической реакции сопровождается интенсивной экссудацией плазмы — выходом через стенки сосудов в межклеточное пространство жидкости, содержащей белки и значительное количество биологически активных веществ. Именно с экссудацией плазмы связаны два основных симптома АР: ринорея и заложенность носа. Однако развитие ринореи не может быть объяснено только экссудацией плазмы. Нельзя исключать активацию гиперсекреции бокаловидных желез сли-

зистой оболочки полости носа, которая возникает в результате асинхронизма их деятельности и раздражения окончаний тройничного нерва медиатором воспаления — гистамином. Другие симптомы АР — жжение, чихание, слезотечение — также развиваются в результате вызванного гистамином и другими медиаторами раздражения нервных окончаний, расположенных в межэпителиальных соединениях.

Поздняя (отсроченная) фаза аллергического ответа развивается через несколько часов после разрешения ранней фазы, причем даже без повторного контакта с аллергеном. Ее выраженность сильно варьирует и не коррелирует с интенсивностью ранней фазы. Поздняя фаза аллергической реакции характеризуется вторичным повышением содержания провоспалительных медиаторов и увеличением количества эозинофилов и базофилов в собственном слое слизистой оболочки; Th_2 -лимфоциты участвуют в заключительной фазе аллергического ответа, так как для их накопления в тканях требуется довольно продолжительный интервал времени. Для активации Т-лимфоцитов необходимо их взаимодействие с антиген-презентирующими клетками, роль которых выполняют клетки Лангерганса.

Определенную роль в развитии поздней фазы аллергического воспаления играют колониестимулирующие факторы, которые вызывают приток в очаг воспаления новой порции клеток, в частности, эозинофилов, моноцитов, продуцирующих цитокины и биологически активные вещества.

Неспецифическая гиперреактивность слизистой оболочки полости носа у больных АР выражается в повышенной чувствительности к разнообразным раздражающим воздействиям (триггерам). В ее основе могут лежать конституциональные особенности, изменение рецепторной чувствительности к медиаторам и раздражающим стимулам, снижение порога рефлекторных реакций, а также сосудистые и микроциркуляторные изменения. Возможно, в патогенезе аллергического воспаления присутствует и нейрогенный компонент, проявляющийся высвобождением нейропептидов из окончаний холинэргических и пептидэргических нейронов.

В реальной жизни клиническое течение АР существенно отличается от описанной выше последовательности событий, происходящих после однократной провокации аллергеном. Повторные воздействия тех же концентраций аллергена вызывают более выраженные клинические симптомы. Этот феномен, названный **праймирующим эффектом**, заключается в том, что воздействие аллергена подготавливает слизистую оболочку полости носа и конъюнктиву к последующим контактам, делая их более чувствительными. В результате при каждой последующей провокации количество частиц аллергена, требующееся для появления симптомов АР, снижается в десятки раз. Этим объясняется и тот факт,

что лица, сенсибилизированные к пыльце деревьев и луговых трав, после окончания сезона цветения отвечают выраженными симптомами даже на минимальные концентрации пыльцы трав в воздухе.

При персистирующем АР, когда имеет место длительное воздействие низких концентраций аллергена, в слизистой оболочке дыхательного тракта развивается хроническое воспаление. Доказано, что у больных любой формой АР, даже в отсутствие повторных воздействий аллергена в течение длительного времени, в силу ряда причин сохраняются изменения, характеризующиеся как «*минимальное персистирующее воспаление*».

Результаты иммуногистохимических исследований, проведенных в начале XXI века, выявили высокий уровень тучных клеток и эозинофилов в слизистой оболочке полости носа не только при аллергическом, но и при идиопатическом рините у больных с типичными назальными симптомами АР, что подтвердило концепцию **локального аллергического ринита**. При этой форме АР активация тучных клеток, эозинофилов, а также синтез специфического IgE потенцируется локально при вдыхании аэроаллергенов, что подтверждается немедленной реакцией на назальный провокационный тест и сопровождается увеличением продукции триптазы, эозинофильного катионного протеина и антител к секреторному IgE в назальном секрете. Принципиальным отличием ЛАР от стандартного течения АР являются отрицательные кожные тесты и нормальный уровень сывороточного IgE при наличии типичных клинических симптомов при контакте с аллергенами. Поставить диагноз ЛАР позволяют назальный провокационный тест, проведенный как минимум с четырьмя аэроаллергенами, и исследование уровня sIgE в назальном секрете¹⁻⁵.

1. Çomoğlu Ş, Keles N, Değer K. Inflammatory cell patterns in the nasal mucosa of patients with idiopathic rhinitis. *Am J Rhinol Allergy*. 2012; 26(2): 55–62. doi: 10.2500/ajra.2012.26.3725.
2. Carney AS, Powe DG, Huskisson RS, Jones NS. Atypical nasal challenges in patients with idiopathic rhinitis: more evidence for the existence of allergy in the absence of atopy? *Clin Exp Allergy*. 2002; 32: 1436–1440.
3. Wedbäck A, Enbom H, Eriksson NE, Moverare R, Malcus I. Seasonal non-allergic rhinitis (SNAR)-a new disease entity? A clinical and immunological comparison between SNAR, seasonal allergic rhinitis and persistent non-allergic rhinitis. *Rhinology*. 2005; 43: 86–92.
4. Huggins KG, Brostoff J. Local production of specific IgE antibodies in allergic rhinitis patients with negative skin tests. *Lancet*. 1975; 2: 148–50.
5. Rondón C, Fernández J, Canto G, Blanca M. Local allergic rhinitis: concept, clinical manifestations, and diagnostic approach. *J Invest Allergol Clin Immunol*. 2010; 20(5): 364–337.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ

Клинические проявления АР характеризуются основными классическими симптомами:

- затруднение носового дыхания;
- выделения из носа;
- зуд в полости носа;
- приступообразное чихание.

В результате постоянно затрудненного носового дыхания к основным симптомам АР нередко присоединяются головная боль, неприятное ощущение стекания отделяемого по задней стенке глотки, изменение тембра голоса в виде гнусавости. Симптомы ринита и конъюнктивита нередко становятся еще более мучительными в ночное время, нарушая нормальный сон.

Снижение обоняния редко встречается при сезонной форме АР, но достаточно характерно для персистирующей формы. При нарушении функции слуховых труб появляются заложенность, пощелкивание и тяжесть в ушах, реже — снижение слуха. Боль и першение в горле, постоянное покашливание являются проявлениями сопутствующего фарингита. Кашель, связанный с постназальным синдромом, в детском возрасте зачастую приводит к гипердиагностике БА или, при ее наличии, к ошибочной констатации отсутствия контроля над симптомами астмы и необоснованному усилению базисной терапии.

Для сезонного АР особенно характерно сочетание назальных симптомов с глазными: слезотечением, светобоязнью, зудом и жжением в глазах, а также отеком век, однако эти симптомы всегда в той или иной степени выражены и при круглогодичной форме. В межсезонном периоде и вне стадии обострения при круглогодичном АК возможны слизистые «тянущиеся» выделения из глаз.

Особенности клинической картины основных форм АР представлены в табл. 1.

Ввиду большей выраженности назальных симптомов офтальмологические проявления АР часто недооцениваются как самими пациентами, так и врачами, однако проведенные исследования подтверждают их важность и высокую распространенность. Так, в одном исследовании, включавшем 239 больных с сезонным АР, вызванным аллергией к средиземноморскому растению *Parietaria*, проявления конъюнктивита были выявлены у 95,2% из них. В результате проведенного активного расспроса и анкетирования все больные сезонным АР отметили наличие зуда в глазах, причем 75% из них называли этот симптом выраженным.

Внешние проявления АР. Могут обращать на себя внимание приоткрытый рот, темные круги под глазами (из-за стаза в периорбитальных

Таблица 1

Характеристики основных форм аллергического ринита

Клинические проявления	Сезонный	Круглогодичный
Выделения из носа	Водянистые, обильные	Более густые, слизистые
Чихание	Характерно	Выражено, но в меньшей степени
Заложенность носа	Преходящая	Доминирующий признак, особенно выражена ночью
Снижение обоняния	Редко	Довольно часто
Светобоязнь и жжение в глазах	Типично	Сравнительно редко, усиливаются в стадии обострения
Гиперемия конъюнктивы	Выраженная	От минимальной до умеренной
Зуд в глазах	Выраженный	Редко
Отделяемое из глаз	Слезотечение	В виде слизистых нитей
Сопутствующий хронический синусит	Не характерен	Нередко
Вероятность развития БА	10–40%	30–60%
Связь появления и исчезновения симптомов со временем года	Отчетливая: весна — пыльца деревьев; начало лета — пыльца злаковых трав; позднее лето — пыльца сорных трав	Нечеткая: обострения при сезонных пиках размножения клещей в сырые осенние месяцы; середина влажного лета — грибы <i>Alternaria</i> , <i>Cladosporium</i>
Влияние жилищных условий, контакта с домашним животным	Отсутствует	Имеется
Влияние погодных условий	Улучшение самочувствия в дождливую безветренную погоду	Холодный воздух, резкие перепады температуры ухудшают самочувствие

венах лица в результате нарушенного носового дыхания), гиперемия сосудов конъюнктивы, повышенное слезотечение, отечность и гиперемия век, фолликулез в сводах конъюнктивы, гиперемия кожи крыльев носа и над верхней губой (при обильных выделениях из носа). У лиц, вынужденных из-за зуда постоянно потирать кончик носа, на коже спинки носа образуется поперечная складка. У детей этот привычный жест называют «аллергическим салютом».

Примерно в 23% наблюдений симптомы АР усугубляются наличием коморбидной патологии (АР СА 08.У — *смешанный (аллергический и неаллергический) ринит по МКБ-II*), когда клинические проявления АР сочетаются с проявлениями медикаментозного, гормонального (ринит беременных), пищевого, сенильного (ринит пожилого и старческого возраста) и другими формами неаллергического ринита. В таких ситуациях следует учитывать совокупность клинических симптомов, с особой тщательностью проводить сбор анамнестических данных. Особое значение имеет сочетание АР с зависимостью от назальных деконгестантов. В этих случаях, когда пациент с АР для того, чтобы дышать носом, пользуется сосудосуживающими каплями 5–7–10 раз в сутки, в том числе и ночью, когда заложенность носа не дает ему спать, единственным решением становится хирургическое вмешательство на носовых раковинах и/или перегородке носа.

ДИАГНОЗ И РЕКОМЕНДУЕМЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В стандартной ситуации диагноз АР не представляет больших сложностей. Данные, полученные при правильном сборе анамнеза и осмотре, позволяют в большинстве случаев установить диагноз, выявить причинные аллергены, определить тяжесть заболевания, и, следовательно, объем терапии.

Для уточнения степени тяжести заболевания обязательно узнать у больного, как проявления АР сказываются на качестве его жизни, т. е. насколько они снижают продуктивность работы или учебы, мешают занятиям спортом и активному отдыху, нарушают сон.

Оценка степени тяжести симптомов АР имеет важное значение для планирования и корректировки лечения. Стандартным методом оценки степени тяжести заболевания является 10-сантиметровая линейка (визуальная аналоговая шкала, visual analogue scale, VAS), на которой пациенту предлагают отметить в баллах от 0 до 10 суммарную выраженность основных симптомов ринита (заложенность носа, выделения из носа, зуд/щекотание и приступообразное чихание), а также глазных симптомов (жжение, слезотечение и покраснение глаз) в течение последних суток (рис. 3). Нулевая оценка означает полное отсутствие симптомов, 10 баллов — их максимальную выраженность. Оценку в 5 баллов и более трактуют как недостаточную эффективность проводимой терапии и необходимость ее коррекции.



Рис. 3. Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) оценки тяжести течения АР

Помимо этого, для дифференциальной диагностики между легкой и среднетяжелой/тяжелой формами АР необходимо на основании субъективной оценки пациента установить, насколько клинические проявления ринита сказываются на основных параметрах качества жизни. Если пациент не считает симптомы ринита мучительными и указывает, что они никаким образом не сказываются на качестве сна, трудоспособ-

ности и возможности заниматься спортом, то форму заболевания оценивают как легкую. Если присутствует хотя бы один из перечисленных критериев, следует считать, что АР протекает в среднетяжелой или тяжелой форме и требует адекватного лечения. Однако, известно, что больные с легкой формой АР, как правило, не обращаются к врачу и проводят лечение самостоятельно, подбирая препараты безрецептурного доступа.

При **сборе анамнеза** удается установить связь появления симптомов с определенными аллергенами.

Для **пыльцевой аллергии** характерны:

- сезонность обострений (появление признаков болезни весной, летом и ранней осенью — в период цветения растений);
- метеозависимость (ухудшение самочувствия больных в сухую ветреную погоду, когда создаются наилучшие условия для распространения пыльцы);
- перекрестная пищевая сенсibilизация (примерно в 40%) и непереносимость некоторых фитопрепаратов (у детей перекрестная пищевая аллергия “food-pollen syndrome” чаще всего формируется после 8 лет).

При **бытовой аллергии** типичны:

- эффект элиминации (уменьшение или исчезновение симптомов АР вне дома (на даче, в командировке, в отпуске);
- обострения в сырое время года (осенью, зимой, ранней весной);
- усиление симптомов в первую половину ночи;
- появление симптомов при заправлении кровати, уборке квартиры, выбивании ковров, просмотре старых книг и бумаг.

Для **аллергии на шерсть животных** характерно:

- возникновение симптомов при контакте с животными и ношении одежды из шерсти и меха;
- непереносимость лекарственных средств, содержащих белки животных (гетерологичные сыворотки, иммуноглобулины и т. д.).

При **грибковой аллергии** отмечают:

- непереносимость продуктов, содержащих дрожжи (пиво, квас, сухие вина, кисломолочные продукты);
- ухудшение состояния во влажную погоду, при посещении сырых, плохо проветриваемых помещений;
- сезонное или круглогодичное течение болезни с ухудшением весной, летом и в начале осени;
- иногда — наличие очагов грибковой инфекции.

Ринологическое обследование

При **передней риноскопии** и **эндоскопическом исследовании** выявляют отек носовых раковин, серый или цианотичный цвет и характерную пят-

нистость слизистой оболочки (симптом Воячека), а в момент обострения — значительное количество прозрачного, иногда пенистого секрета в носовых ходах. При многолетнем анамнезе персистирующего АР могут развиваться полипозные изменения слизистой оболочки, обычно в области среднего носового хода, гипертрофия и полипозное перерождение задних концов нижних носовых раковин. *Проба с эпинефрином* демонстрирует обратимость выявленных изменений.

При осмотре полости носа следует обращать внимание на аномалии анатомического строения полости носа, особенно острые шипы и гребни перегородки носа. Контактируя со слизистой оболочкой средней или нижней носовой раковины, они усиливают и поддерживают имеющийся уже отек и выраженность клинических проявлений, снижают эффективность медикаментозного лечения и, кроме того, могут быть источником патологического ринобронхиального рефлекса, приводящего к развитию бронхоспазма.

Офтальмологическое обследование

При внешнем осмотре можно выявить гиперемию и отек век, при биомикроскопии — гиперемию, отечность и разрыхленность конъюнктивы, слизистое отделяемое в виде тонких тянущихся нитей. В подостром периоде в нижнем своде конъюнктивы в подавляющем большинстве случаев наблюдаются фолликулы разного размера — от мелких до средних. В остром периоде фолликулы в конъюнктиве нижнего свода могут сглаживаться из-за отека конъюнктивы, однако мелкие фолликулы определяются на бульбарной конъюнктиве. Для подострой стадии при длительном течении заболевания иногда можно отметить признаки нарушения слезопродукции — отсутствие слезного ручья и снижение уровня слезного мениска. В подавляющем большинстве случаев поражение двустороннее, равномерное. Периодически при острой стадии (особенно при атопическом и лекарственном конъюнктивите) наблюдаются узелки Трантаса, которые представляют собой точечные очажки из дегенеративно измененных эозинофилов.

Исследование порогов обоняния, мукоцилиарного транспорта, риноманометрия, акустическая ринометрия имеют второстепенное значение в диагностике АР. Они редко применяются в рутинной клинической практике и используются лишь при планировании хирургического вмешательства или в научных исследованиях.

Рентгенологическое исследование ОНП

Как показывают исследования, у пациентов с АР на фоне ОРВИ отмечаются более значительные изменения ОНП на компьютерных томограм-

мах по сравнению с пациентами без аллергии. Данные изменения указывают на нарушение функции ОНП во время простудного заболевания, что увеличивает риск развития бактериального риносинусита у пациентов с аллергией¹.

Кроме того, показателем респираторной аллергии могут явиться полипозные изменения и отек слизистой оболочки ограниченной зоны полости носа в области средней носовой раковины и верхнего носового хода. В современной зарубежной литературе это состояние получило название Central compartment atopic disease (CCAD). На компьютерных томограммах CCAD проявляется двусторонним снижением пневматизации отдела синоназального комплекса, чаще без вовлечения ОНП. Это состояние теперь считают одной из форм хронического риносинусита (ХРС) у лиц с сопутствующим АР и в 73,5% случаев связывают с респираторной сенситизацией².

Таким образом, проведение компьютерной томографии ОНП в целом не показано. Показания для этого исследования возникают в случаях неконтролируемого течения АР для выявления возможных причин неэффективности стандартных алгоритмов лечения, в первую очередь сопутствующего ХРС.

1. Alho OP, Karttunen TJ, Karttunen R, Tuokko H, Koskela M, Suramo I, Uhari M. Subjects with allergic rhinitis show signs of more severely impaired paranasal sinus functioning during viral colds than nonallergic subjects. *Allergy*. 2003; 58(8): 767–771. doi: 10.1034/j.1398-9995.2003.00252.x.
2. Hamizan AW, Loftus PA, Alvarado R, Ho J, Kalish L, Sacks R, DelGaudio JM, Harvey RJ. Allergic phenotype of chronic rhinosinusitis based on radiologic pattern of disease. *Laryngoscope*. 2018; 128(9): 2015–2021. doi: 10.1002/lary.27180.

Лабораторная диагностика

Общий анализ крови (типична эозинофилия).

Более специфичным методом является *цитологическое исследование* мазков из полости носа или с конъюнктивы с последующей окраской по методу Романовского. При АР, особенно его сезонной форме в период обострения, содержание эозинофилов в мазках повышено и составляет от 10 до 100% от общего количества клеток.

Аллергологические диагностические пробы. Для выявления причинных аллергенов используют кожные пробы. Обычно применяют пробы уколом (*прик-тест*). Для этого набор аллергенов наносят на кожу предплечья, затем тонкой иглой прокалывают кожу в месте их нанесения и через определенное время измеряют размеры кожного волдыря. Одновременно с аллергенами наносят тест-контрольную жидкость (отрицательный контроль) и 0,01%-ный раствор гистамина (положительный контроль). Немедленная аллергическая реакция, развивающаяся после кон-

такта с аллергеном, проявляется *триадой Левиса*: волдырем, гиперемией (эритемой) и кожным зудом, которые максимально выражены через 10–20 мин после нанесения аллергена. Результаты прик-теста оценивают, измеряя размеры кожных папул и сравнивая их с положительным тест-контролем (табл. 2). Согласно документу PRACTALL, в педиатрической практике по показаниям кожное прик-тестирование может проводиться в любом возрасте при условии использования стандартизированных аллергенов. Чувствительность тестов уколом с ингаляционными аллергенами составляет 80–97%, специфичность — 70–95%.

Таблица 2

Шкала оценки результатов прик-тестов (По А. В. Кай, 1997)

Выраженность реакции	Условные обозначения	Волдырь (мм)	Эритема (мм)
Отрицательная	—	< 3	0,5
Слабо положительная	+	3–5	0–10
Положительная	++	5–10	5–10
Резко положительная	+++	10–15	> 10
Очень резко положительная	++++	> 15 (или с псевдоподиями)	> 20

Скарификационные пробы более чувствительны, но менее специфичны и чаще дают ложноположительные реакции.

Внутрикожные и скарификационные пробы с ингаляционными аллергенами в настоящее время не рекомендуются для использования в клинической практике экспертами Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии.

Для уточнения клинической значимости аллергена (помимо сопоставления с клиникой заболевания) используют *назальный или конъюнктивальный провокационный тест*. Его проводят только с теми аллергенами, на которые были получены положительные кожные реакции. Для постановки назального теста в одну половину носа вводят 2–3 капли дистиллированной воды и затем возрастающие разведения тестируемого аллергена: 1:100, 1:10 и цельный раствор. Тест считается положительным, если через 20 минут после введения аллергена появляется ринорея, чихание, жжение и заложенность носа. Положительный назальный тест подтверждает, что данный аллерген действительно вызывает симптомы ринита. Для более точной оценки результатов теста в динамике проводят эндоскопическое исследование полости носа, переднюю активную риноманометрию или собирают назальный секрет для цитологического исследования. Аналогичным образом проводят конъюнктивальный тест, объективно оценивая появление симптомов после нанесения причинных аллергенов.

Методы количественного определения концентрации общего и аллерген-специфических IgE имеют специфичность около 90%, могут выполняться даже при наличии сопутствующих заболеваний кожи, на их результате не сказывается одновременный прием антигистаминных и глюкокортикоидных препаратов. Определение концентрации аллерген-специфических антител может быть проведено радиоаллергосорбентным, радиоиммунным, иммуноферментным или хемолюминесцентным методами. Уровень общего IgE близок к нулю в момент рождения, но по мере взросления постепенно увеличивается. По достижении 20-летнего возраста уровни выше 100–150 ЕД/л (референсные параметры в зависимости от метода исследования) считаются повышенными.

Исследование уровня общего IgE сыворотки в детском возрасте имеет низкую ценность в выявлении аллергической этиологии ринита.

Этот метод может быть использован, в частности, в следующих ситуациях:

- трудные для интерпретации и недостоверные результаты кожных проб;
- наличие типичных клинических проявлений при отрицательной кожной пробе с данным аллергеном;
- ложноотрицательные кожные реакции вследствие приема противоаллергических препаратов, трициклических антидепрессантов при невозможности их отмены;
- невозможность постановки кожных проб, ограничения и противопоказания к кожному тестированию.

Существует лабораторная возможность определять аллерген-специфические IgE к большому числу (120) аллергенов в одной пробе крови (АллергоЧип). Он позволяет в сложных случаях более точно поставить диагноз и осуществить отбор пациентов для проведения аллерген-специфической иммунотерапии.

Следует отметить, что в целом кожные пробы имеют более высокую чувствительность и специфичность, чем методы диагностики *in vitro*.

Для диагностики АР не рекомендуется определение уровня эозинофильного катионного белка и аллерген-специфических IgG4, так как в настоящее время отсутствуют доказательства их диагностической ценности (данные показатели не включены ни в один международный и национальный согласительный документ по АР).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

В большинстве случаев диагностика АР не вызывает затруднения из-за четкой связи возникновения симптомов с контактом с определенным аллергеном. В то же время, многие состояния могут вызвать аналогичные симптомы.

В отдельных случаях необходимо проводить дифференциальную диагностику с заболеваниями, одним из симптомов которых является ринорея. Водянистые выделения из одной половины носа, не сопровождающиеся затруднением носового дыхания и приступами чихания, дают основание заподозрить диагноз назальной ликвореи. У детей в возрасте 2–4 лет значительные сложности представляет дифференциальная диагностика АР и рецидивирующих вирусных инфекций дыхательных путей.

Затруднение носового дыхания и ринорея могут быть проявлением инфицирования слизистой оболочки верхних дыхательных путей коронавирусом (SARS-CoV-2). Этот вирус проникает в клетки-хозяина посредством ангиотензинпревращающего фермента II (ACE2). Именно экспрессия гена ACE2 в респираторном эпителии слизистой оболочки полости носа обуславливает вероятность первоначального инфицирования SARS-CoV-2 и дальнейшего распространения в окружающую среду. При легком течении заболевания затруднение носового дыхания, ринорея и потеря обоняния могут быть единственными симптомами, что затрудняет дифференциальную диагностику между коронавирусной инфекцией и АР. В таком случае тщательный сбор анамнеза и выявление взаимосвязи между появлением типичных симптомов (ринорея, приступы чихания, зуд и покраснение конъюнктивы) при контакте с определенным аллергеном должны помочь в постановке правильного диагноза.

Особенное значение имеет дифференциальная диагностика между аллергическим и другими формами хронического ринита).

В табл. 3 указаны основные формы ринитов с указанием специфических клинко-диагностических особенностей. Следует отметить, что возможно сочетание аллергического ринита с другими формами хронических ринитов. В этой ситуации первостепенное значение приобретает аллерген-специфическая диагностика.

Таблица 3

Дифференциальная диагностика аллергического и различных форм неаллергического ринита

Фенотип ринита	Патогенез и причинные факторы	Клинические симптомы	Диагностика
Аллергический ринит	IgE-опосредованная аллергическая реакция на аэрополлютанты, бытовые и животные аллергены	Чихание, ринорея, заложенность носа, зуд в носу и глазах, слезотечение	Анамнез, кожные и лабораторные аллергические тесты
Вазомоторный ринит	Нейрогенное воспаление вследствие воздействия неспецифических факторов	Эпизодическая, попеременная заложенность носа то в одной, то в другой половине носа в горизонтальном положении, при воздействии холода, резких запахов, табачного дыма, при стрессе	Анамнез. Диагноз исключения
Пищевой ринит	Нейрогенное воспаление в сочетании с гиперреактивностью слизистой оболочки полости носа, краниальная нейропатия	Обильная ринорея в ответ на употребление острой, горячей пищи и некоторых неаллергических пищевых продуктов	Анамнез. Особенность клиники: отсутствие заложенности носа, чихания, зуда в носу, снижения обоняния
Гормональный ринит	Гормональный дисбаланс (период полового созревания, беременности, менопаузы), гипопункция щитовидной железы	Стойкая заложенность носа с обеих сторон без ринореи	Специфического обследования в большинстве случаев не требуется, только при подозрении на дисфункцию органов эндокринной системы
Ринит пожилого возраста (сенильный ринит)	Дисбаланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, назальная гиперреактивность	Периодическая обильная ринорея в течение дня	Анамнез

Фенотип ринита	Патогенез и причинные факторы	Клинические симптомы	Диагностика
Медикаментозный ринит	Нейрогенное воспаление, дисбаланс симпатической и парасимпатической иннервации полости носа, длительная вазоконстрикция и ишемия вследствие интенсивной стимуляции α_2 -адренорецепторов назальными деконгестантами	Стойкая заложенность носа с обеих сторон без ринореи	Анамнез
Ринит, связанный с анатомическими особенностями	Деформация перегородки носа, анатомические аномалии строения внутриносовых структур	Постоянная заложенность носа	Анамнез. Эндоскопия полости носа. Компьютерная томография ОНП
Неаллергический ринит с эозинофильным синдромом (NARES)	Назальная гиперреактивность, вызванная неспецифическими факторами	Чихание, зуд в носу, ринорея, заложенность носа	Эозинофилия в назальном секрете при отрицательных назальном провокационном и кожных тестах и нормальном уровне IgE в сыворотке крови
Профессиональный ринит	Иммунная сенсibilизация (опосредованная IgE) или раздражение хеморецепторов тройничного нерва профессиональными агентами	Чихание, зуд в носу, ринорея, заложенность носа	Появление симптомов в начале рабочего дня или частичное и полное исчезновение симптомов при возвращении домой, во время выходных или отпуска

1. Mullol J, Del Cuvillo A, Lockey RF. Rhinitis Phenotypes. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020 May;8(5):1492-1503. doi: 10.1016/j.jaip.2020.02.004.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Бронхиальная астма

Тесная связь между АР и БА подтверждается результатами целого ряда эпидемиологических, морфологических и клинических исследований. Сходство анатомического строения слизистой оболочки predisposes к развитию единого заболевания. Верхние и нижние дыхательные пути покрыты практически одинаковым по строению многорядным цилиндрическим мерцательным эпителием, расположенным на базальной мембране. Одинаковые нейропептиды присутствуют в слизистой оболочке носа и бронхов, и их действие может приводить как к развитию симптомов риноконъюнктивита (экстравазация плазмы), так и астмы. Еще одним нейротрансмиттером является окись азота (NO), продуцируемая в основном эпителием ОНП. Известно, что продукция NO значительно возрастает при БА, и именно этой субстанции сейчас отводится ведущая роль во взаимосвязи между верхними и нижними дыхательными путями, в частности при сочетании ринита и астмы.

Эпидемиологические исследования показали, что АР диагностируют у 80–90% больных БА, с другой стороны астмой страдают 38–40% пациентов с АР. Астму выявляют у 13,4% больных с симптомами круглогодичного АР, в то время как у лиц без проявлений ринита этот показатель составляет лишь 3,8%. Ринит (не только аллергический, но и так называемый «вазомоторный») является фактором риска формирования БА и предшествует ее развитию в 32–64% случаев. Анализ результатов обследования населения в различных странах Европы доказал, что круглогодичный ринит является независимым фактором развития астмы даже при отсутствии признаков атопии.

Клинические данные свидетельствуют о том, что у больных с сочетанием БА и АР назальные и глазные симптомы более выражены, чем у больных, страдающих одним только АР. Клинические проявления АР и астмы появляются при провокации одними и теми же аллергенами и при воздействии одинаковых триггерных факторов. У значительной части больных АР, даже без сопутствующей БА, выявляется неспецифическая гиперреактивность бронхов, эозинофилия трахеобронхиального секрета и высокая концентрация эозинофильного катионного белка в мокроте. При сезонном и круглогодичном АР, не сопровождающемся симптомами астмы, контакт с пылью растений и клещами домашней пыли вызывает повышение содержания эозинофилов, лимфоцитов и провоспалительных медиаторов в мокроте и слизистой оболочке бронхов.

С другой стороны, эозинофилия слизистой оболочки носа наблюдается и при астме, не сопровождающейся симптомами ринита.

Физиологические механизмы, которые опосредуют негативное влияние патологического процесса в полости носа на нижние дыхательные пути, могут быть следующими:

- воспалительная реакция, развившаяся в верхних дыхательных путях, может распространяться вниз по дыхательному тракту («воспалительный рефлекс»);
- попадание медиаторов воспаления, образовавшихся в полости носа, в бронхиальное дерево с последующим развитием бронхоспазма и воспалительного процесса;
- наличие ринобронхиального и риноконъюнктивального рефлексов, замыкающих связь между тройничным и блуждающим нервом и проявляющихся бронхоконстрикцией при раздражении слизистой оболочки носа и конъюнктивы;
- циркуляция в сосудистой системе медиаторов, образующихся в полости носа и достигающих бронхиального дерева;
- выключение защитной и кондиционирующей функции полости носа может усиливать влияние аллергенов, поллютантов и неспецифических триггеров (холодного воздуха) на нижние дыхательные пути.

Единство патогенетических механизмов АР и БА косвенно подтверждается и тем, что *одинаковые лекарственные препараты оказывают лечебный эффект* и на симптомы астмы, и на симптомы АР. Рациональное медикаментозное лечение при АР (в частности, терапия интраназальными ГКС) позитивно сказывается и на глазных проявлениях аллергии, и на течении БА. Все эти данные подтверждают наличие тесной связи между АР и БА, которые фактически являются проявлениями одного заболевания в различных органах.

Есть существенные отличия в иннервации верхних и нижних дыхательных путей. Лечение и дальнейшее наблюдение больных АР и астмой должно по возможности проводиться с участием врачей всех задействованных специальностей (оториноларинголога, офтальмолога, аллерголога, пульмонолога), и врачи каждой из этих специальностей должны быть в достаточной степени осведомлены обо всех возможных проявлениях аллергии.

Больные с персистирующим АР должны быть обследованы на предмет наличия сопутствующей астмы (исследование функции внешнего дыхания, проба с бронхолитиком для выявления латентной бронхиальной обструкции, суточная пикфлоуметрия). С другой стороны, у пациентов с БА всегда должны учитываться и правильно интерпретироваться проявления ринита и конъюнктивита и проводиться адекватное лечение с привлечением соответствующих специалистов.

Риносинусит, полипозный риносинусит, кисты околоносовых пазух

Отек слизистой оболочки, вызванный воздействием аллергена, может вызывать нарушение аэрации и оттока секрета из ОНП и приводить к развитию синусита. В процессе воздухообмена аллергены могут попадать в ОНП и вызывать там отек слизистой оболочки и аллергическое воспаление. Эксперименты показывают, что после инстилляции аллергена в полость носа развивается отек слизистой оболочки и повышается содержание эозинофилов в ОНП. Гистологические находки в ткани полипов и слизистой оболочки носа при аллергическом рините сходны: для обоих заболеваний характерны тканевой отек, клеточная инфильтрация, представленная преимущественно эозинофилами, хотя в основе патогенеза полипозного риносинусита и лежат другие, отличные от IgE-зависимой аллергии, иммунологические механизмы.

Менее исследованной является связь между АР и кистами ОНП. Наиболее логичное объяснение патогенеза ложных (лимфоангиоэктатических) кист, которые фактически являются тканевыми лакунами — скопление тканевого выпота в полости, образовавшейся в результате выраженного отека слизистой оболочки.

Средний отит

Полости носа, носоглотки и среднего уха имеют сходное строение, они выстланы одинаковым цилиндрическим мерцательным эпителием и сообщаются между собой посредством слуховой (евстахиевой) трубы, поэтому воздействие аллергена может вызывать воспалительный процесс не только в полости носа и конъюнктиве глаза, но, в ряде случаев и в полостях среднего уха.

Острый средний отит — это воспаление полостей среднего уха, проявляющееся одним или несколькими характерными симптомами: болью в ухе, повышением температуры, выделениями из уха, снижением слуха. У детей заболевание часто сопровождается возбуждением, раздражительностью, иногда рвотой поносом. Заболевание длится не более трех недель и даже при отсутствии лечения обычно разрешается спонтанно и полным восстановлением.

Термином *затянувшийся острый средний отит* определяют наличие симптомов и признаков воспаления среднего уха в течение 3–12 месяцев после одного или двух курсов терапии антибиотиками. Под *рецидивирующим острым средним отитом* подразумевают наличие трех или более отдельных эпизодов острого среднего отита за период 6 месяцев или четырех и более эпизодов за период 12 месяцев.

Экссудативный средний отит характеризуется наличием выпота в среднем ухе без острых клинических проявлений, что проявляется

обычно снижением слуха от 10 до 50 (в среднем на 30) дБ. Нарушение проходимости слуховой трубы может быть вызвано ее механической обструкцией, например, отеком слизистой оболочки на фоне АР. Исследования показали, что внутриносовой провокационный тест с аллергенами у сенсibilизированных к пыльце растений приводит к развитию дисфункции и нарушению проходимости слуховой трубы. Этиологическая роль аллергии была подтверждена исследованиями, которые показали, что распространенность атопических заболеваний у детей с экссудативным средним отитом достоверно выше, чем в общей популяции.

Поэтому у больных (особенно у детей), страдающих рецидивирующим и экссудативным средним отитом, тщательное исследование состояния полости носа и носоглотки, а также аллергологическое обследование являются обязательными.

Гиперплазия глоточной миндалины

В ряде исследований была достоверно продемонстрирована значительно более высокая распространенность гиперплазии глоточной миндалины у детей с АР по сравнению с контрольной группой пациентов, не имевших сенсibilизации к ингаляционным аллергенам, при этом увеличение размеров глоточной миндалины у пациентов с поллинозом отмечено именно в период пыления. Гиперплазия глоточной миндалины у детей может в значительной мере усугублять тяжесть течения АР за счет усиления назальной обструкции, вызывая переход на дыхание через рот, закрытой гнусавости, и храпа. В ряде случаев это приводит к развитию синдрома обструктивного апноэ, гипоксемии, фрагментации сна и дневной сонливости.

Храп и СОАС

Сон имеет решающее значение в жизнедеятельности организма человека. Плохое качество сна и/или недостаточная его продолжительность считаются триггерами развития артериальной гипертензии, сахарного диабета, ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний, повышают риск внезапной смерти. Исследования, касающиеся влияния АР на развитие синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), крайне противоречивы, поскольку в нескольких из них не выявлено достоверной взаимосвязи между этими заболеваниями¹⁻⁴. Однако в ряде исследований показано, что АР может потенцировать развитие СОАС^{5,6}. Это подтвердил крупный мета-анализ, содержащий результаты обсервационных исследований, опубликованных до августа 2019 года в PubMed, Embase и CINAHL (авторами отобрано 27 статей из 2544, анализирующих истории болезни более 240 млн пациентов, из которых более 19 млн страдали АР). Этот мета-анализ показал, что АР связан с более высоким риском ночных расстройств,

включающих бессонницу, ночной энурез, беспокойный сон, нарушения дыхания во сне, СОАС и храп. Исследование подтвердило, что АР может способствовать развитию различного рода дневных дисфункций, таких как трудности с пробуждением, дневная сонливость, утренняя головная боль, необходимость использования снотворных. Неоспоримым является факт, что заложенность носа, вызванная аллергией, почти в два раза повышает риск развития СОАС^{7,8}.

1. Roxbury CR, Qiu M, Shargorodsky J, Lin SY. Association between allergic rhinitis and poor sleep parameters in U.S. adults. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2018; 8(10): 1098–1106. doi: 10.1002/alr.22174.
2. Jernelov S, Lekander M, Almqvist C, Axelsson J, Larsson H. Development of atopic disease and disturbed sleep in childhood and adolescence — a longitudinal population-based study. *Clin Exp Allergy.* 2013; 43(5): 552–559. doi: 10.1111/cea.12087.
3. Loekmanwidjaja J, Carneiro ACF, Nishinaka MLT, Munhoes DA, Benezoli G, Wandalsen GF, et al. Sleep disorders in children with moderate to severe persistent allergic rhinitis. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2018; 84(2): 178–184. doi: 10.1016/j.bjorl.2017.01.008.
4. Zheng M, Wang X, Ge S, Gu Y, Ding X, Zhang Y, et al. Allergic and non-allergic rhinitis are common in obstructive sleep apnea but not associated with disease severity. *J Clin Sleep Med.* 2017; 13(8): 959–966. doi: 10.5664/jcsm.6694.
5. Tsai JD, Chen HJ, Ku MS, Chen SM, Hsu CC, Tung MC, et al. Association between allergic disease, sleep-disordered breathing, and childhood nocturnal enuresis: a population-based case-control study. *Pediatric nephrology (Berlin, Germany).* 2017; 32(12): 2293–2301. doi: 10.1007/s00467-017-3750-0.
6. Nguyen-Hoang Y, Nguyen-Thi-Dieu T, Duong-Quy S. Study of the clinical and functional characteristics of asthmatic children with obstructive sleep apnea. *J Asthma Allergy.* 2017; 10: 285–292. doi: 10.2147/JAA.S147005.
7. Liu J, Zhang X, Zhao Y, Wang Y. The association between allergic rhinitis and sleep: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS One.* 2020; 15(2): 0228533. doi: 10.1371/journal.pone.0228533.
8. Young T, Finn L, Kim H. Nasal obstruction as a risk factor for sleep-disordered breathing. The University of Wisconsin Sleep and Respiratory Research Group. *J Allergy Clin Immunol.* 1997; 99(2): 757–762. doi: 10.1016/s0091-6749(97)70124-6.

ЛЕЧЕНИЕ

Выбор метода и алгоритма лечения АР зависит от клинической формы и варианта заболевания. Существуют три основных метода терапии: *элиминация аллергенов, фармакотерапия и аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ)*. Повышению эффективности лечения способствует *обучение пациентов*. При наличии анатомических аномалий строения полости носа, а также при неэффективности консервативных мероприятий, когда преобладающим симптомом становится затрудненное носовое дыхание, показано *хирургическое вмешательство (коррекция перегородки носа, редукция носовых раковин)*.

Элиминация аллергенов

Тяжесть аллергического заболевания и его естественное течение напрямую связаны с концентрацией аллергена в окружающей среде. Таким образом, одно из основных мероприятий, способствующее уменьшению клинических проявлений АР — это идентификация причинно-значимых аллергенов и предупреждение контакта с ними. Устранение аллергенов уменьшает не только выраженность симптомов, но и потребность в медикаментозном лечении.

Элиминация аллергенов является непреложным условием при всех формах АР, однако ее не следует считать самым дешевым методом лечения. Во многих ситуациях эффективная элиминация аллергенов связана со значительными финансовыми затратами для пациента. Комплекс мер, направленных на предупреждение контакта с аллергенами при различных формах сенсибилизации, представлен в прил. 3. Из-за поливалентной сезонной и круглогодичной сенсибилизации, имеющейся у многих больных, а также ряда практических и экономических сложностей полное устранение контакта с аллергеном в большинстве случаев невозможно. Меры по элиминации аллергенов должны проводиться совместно с медикаментозным лечением.

Одной из важных мер по элиминации аллергенов при АР является ирригационная терапия. Регулярные промывания полости носа изотоническим или буферным раствором одним из известных методов или назальные души изотоническим раствором морской воды способствуют механическому удалению со слизистой оболочки уже попавших на нее аллергенов и, как следствие, облегчению симптомов ринита. С той же целью в некоторых ситуациях могут быть использованы препараты искусственной слезы.

Фармакотерапия

Для лечения АР применяют четыре основные группы лекарственных средств: обратные агонисты H_1 -гистаминных рецепторов (далее по тексту — антигистаминные препараты, АГП), интраназальные глюкокортикостероиды (ИнГКС), антилейкотриеновые препараты и стабилизаторы мембран тучных клеток. В определенных ситуациях могут использоваться сосудосуживающие препараты (деконгестанты), но не более 7 дней, и иммунобиологические препараты (анти-IgE-моноклональные антитела).

Выбор того или иного метода фармакотерапии определяется:

- выраженностью симптомов заболевания;
- эффективностью воздействия лекарственного препарата на отдельные симптомы и на течение заболевания в целом;

Таблица 4

Сравнительная характеристика лекарственных средств для лечения АР по эффективности воздействия на различные симптомы
(адаптировано из Bousquet et al. 2020¹)

	Рино- рея	Чиха- ние	Зуд в носу	Заложен- ность носа	Глазные симптомы	Начало действия
Пероральные АГП	++	++	+	+	+	1–3 ч
ИнАГП	++	++	+	+	0	< 30 мин
Окулярные АГП	0	0	0	0	+++	15 мин
ИнГКС	+++	+++	+++	+++	от + до ++	6–48 ч
ИнГКС+ИнАГП	++++	++++	++++	++++	+++	10–60 мин
Насальные деконгестанты	0	0	0	+++	0	15 мин
Интраназальные кромоны	+	+	+	+	0	15 мин
Окулярные кромоны	0	0	0	0	++	15 мин
Антагонисты лейкотриеновых рецепторов	+	+	+	+	0	1 час
Интраназальные антихолинергические средства	++	0	0	0	0	1 час

1. Bousquet J, Anto JM, Bachert C, Baiardini I, Bosnic-Anticevich S, Walter Canonica G, Melén E, Palomares O, Scadding GK, Togias A, Toppila-Salmi S. Allergic rhinitis. Nat Rev Dis Primers. 2020 Dec 3;6(1):95. doi: 10.1038/s41572-020-00227-0.

Примечание к табл. 4.

0 отсутствие эффекта, + минимальный эффект; ++++ выраженный эффект

- риском развития побочных эффектов и осложнений;
- возрастными ограничениями к назначению конкретных препаратов детям;
- стоимостью курсов лечения;
- приверженностью пациента к терапии и его возможностями.

Лечение АР должно быть ступенчатым и строиться в зависимости от систематичности появления симптомов и тяжести заболевания (прил. 1). При выборе лекарственной терапии необходимо также учитывать предпочтения пациентов и способность следовать назначенной терапии. Сравнительная характеристика лечебного эффекта отдельных групп препаратов на различные симптомы АР приводится в табл. 4, а степени обоснованности (доказательности) рекомендаций — в табл. 5.

Таблица 5

Степень обоснованности назначения различных методов лечения при АР¹

	САР		КАР		ПАР
	взрослые	дети	взрослые	дети	
Пероральные антигистаминные	A	A	A	A	A
Интраназальные антигистаминные	A	A	A	A	A*
Интраназальные ГКС	A	A	A	A	A*
Интраназальные кромоны	A	A	A	A	
Антагонисты лейкотриеновых рецепторов	A	A (старше 6 лет)	A		A*
АСИТ подкожным методом	A	A	A	A	A*
АСИТ сублингвальным/ интраназальным методом	A	A	A	B	A*
Элиминация аллергенов	D	D	A**	B**	
САР — сезонный аллергический ринит КАР — круглогодичный аллергический ринит ПАР — персистирующий аллергический ринит ГКС — глюкокортикостероиды АСИТ — специфическая иммунотерапия			* экстраполировано из исследований при КАР/САР ** не во всей популяции		

1. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Allergy 2008; 63 (Suppl. 86): 6–158.

Примечание к табл. 5

Убедительность (степени обоснованности) рекомендаций

- A: Заключение сделано на основе мета-анализа рандомизированных контролируемых испытаний (randomised controlled trials) или на основе

данных одного рандомизированного контролируемого клинического испытания.

- В: Заключение сделано на основе данных контролируемого нерандомизированного испытания или на основе данных испытания с высоким уровнем дизайна (Well-designed quasi-experimental Study), например, когортные исследования (Cohort Studies).
- С: Заключение сделано на основе данных описательных исследований (non-experimental descriptive studies): исследования «случай-контроль» (Case-control Studies), сравнительных исследований (Comparative studies), корреляционных исследований (Correlation Studies), одномоментных исследований (Cross-sectional Studies).
- D: Заключение сделано на основе исследований отдельных случаев (Case series, Case report, Clinical examples), консенсусов специалистов (Consensus opinion of authorities) и заключений экспертных комитетов (Expert committee reports).

Фармакотерапия легкой формы АР

Назначают повторные курсы *пероральных H₁-блокаторов II поколения*, которые имеют следующие преимущества перед классическими АГП:

- высокое сродство к H₁-рецепторам;
- быстрое начало действия;
- длительность действия (для большинства из них достаточно приема 1 р/сут);
- предельно низкая способность проникновения через гематоэнцефалический барьер;
- отсутствие связи абсорбции с приемом пищи;
- отсутствие тахифилаксии.

Данные препараты эффективно устраняют зуд, чихание, ринорею и слезотечение, а также сопутствующие кожные проявления аллергии (хотя на носовое дыхание действуют в меньшей степени).

- *Дезлоратадин* внутрь взрослым и детям старше 12 лет 5 мг 1 р/сут;
- *Лоратадин* внутрь взрослым и детям старше 12 лет 10 мг 1 р/сут;
- *Левоцетиризин* внутрь взрослым и детям старше 6 лет 5 мг 1 р/сут;
- *Фексофенадин* внутрь взрослым и детям старше 12 лет 120 мг 1 р/сут. Детям 6–11 лет 30 мг 2 р/сут;
- *Цетиризин* внутрь взрослым и детям старше 6 лет 10 мг 1 р/сут;
- *Эбастин* внутрь взрослым и детям старше 12 лет 10–20 мг 1 р/сут;
- *Биластин* внутрь взрослым и детям старше 12 лет 20 мг 1 раз в сут.

АГП II поколения, относящиеся к активным метаболитам (дезлоратадин, левоцетиризин, фексофенадин), являются по данным контролиро-

емых клинических исследований высокоэффективными и безопасными препаратами для лечения АР. Они обладают противовоспалительной активностью, связанной с комплексным механизмом действия и влиянием на разнообразные медиаторы и этапы аллергического каскада. Наряду с эффективным устранением таких симптомов, как чихание и насморк, они снижают отек слизистой оболочки и уменьшают заложенность носа — симптом, который плохо поддается лечению другими агонистами H_1 -рецепторов.

H_1 -антигистаминные препараты для местного применения (в виде назального спрея и глазных капель) уменьшают ринорею, зуд, чихание, гиперемию конъюнктивы и слезотечение, а при регулярном профилактическом использовании предотвращают развитие этих симптомов. Кроме того, топические H_1 -антигистаминные препараты могут применяться в сочетании с другими лекарственными средствами. Главным преимуществом данной группы препаратов является быстрое (в течение 10–15 минут) развитие эффекта:

- *Азеластин, спрей*, взрослым и детям старше 6 лет по 1 дозе в каждую половину носа 2 р/сут;
- *Левакабастин, спрей*, взрослым и детям старше 6 лет по 2 дозы в каждую половину носа 2–4 р/сут;
- *Азеластин, глазные капли* взрослым и детям старше 4 лет, по 1 капле в каждый глаз 2–4 р/сут;
- *Левакабастин, глазные капли* взрослым и детям старше 12 лет, по 1 капле в каждый глаз 2–4 р/сут;
- *Олопатадина гидрохлорид, глазные капли*, по 1 капле в каждый глаз 2 р/сут.

Препараты для местного применения назначают до исчезновения симптомов заболевания.

Стабилизаторы мембран тучных клеток также могут использоваться при легких формах интермиттирующего АР и в силу своей безопасности играют определенную роль в терапии этого заболевания у ограниченной категории пациентов: дети, беременные.

- *Кромогликат натрия, глазные капли*, взрослым и детям старше 2 лет по 1–2 капли 4 р/сут (до 6–8 раз) через равные интервалы времени;
- *Кромогликат натрия, назальный спрей* взрослым и детям старше 2 лет по 1 дозе в каждую половину носа 3–4 р/сут.

В период обострения АР стабилизаторы мембран тучных клеток в виде глазных капель слабо эффективны, однако возможно их использование для профилактики обострений во время ремиссии.

Фармакотерапия среднетяжелой и тяжелой форм интермиттирующего АР

Лечение среднетяжелой и тяжелой форм АР ($ВАШ \geq 5$) в зависимости от степени выраженности назальных и глазных симптомов рекомендуется начинать с H_1 -антигистаминных препаратов, топических ГКС либо их комбинаций.

Интраназальные глюкокортикостероиды (ИнГКС) считаются на сегодняшний день наиболее эффективным методом лечения АР. Из-за медленного развития максимального эффекта эти лекарственные средства должны применяться регулярно, а при тяжелых формах сезонного АР терапию нужно начинать за 2–4 недели до начала сезона цветения. Особенности фармакокинетики ГКС для местного применения позволяют длительно использовать необходимые поддерживающие дозы современных препаратов (мометазон, флутиказон) без риска развития системных эффектов. Считается, что современные ИнГКС не угнетают мукоцилиарную активность эпителия и не вызывают атрофических изменений в слизистой оболочке полости носа.

Несмотря на различия фармакокинетики и фармакодинамики, в сравнительных исследованиях не удалось выявить достоверной разницы в клинической эффективности различных препаратов из группы ГКС для местного применения, однако по профилю безопасности современные и более старые препараты могут существенно отличаться. Так, было показано, что использование назального аэрозоля беклометазона пропионата и, по данным некоторых исследований, будесонида в течение года может вызывать задержку роста ребенка. Поэтому на основании данных о безопасности различных интраназальных ГКС для длительного использования рекомендуют в основном препараты с минимальными показателями биодоступности.

Интересно, что назначение ИнГКС оказывает эффективное воздействие не только на назальные, но и на глазные симптомы. Таким образом, сама по себе терапия современными ИнГКС может во многих случаях быть достаточной для купирования глазных симптомов АР без дополнительного применения глазных капель.

Категорически не рекомендуется использовать в лечении АР интраназальные аэрозоли и капли с дексаметазоном, обладающим 100%-ной биодоступностью (в том числе и в комбинации с антибиотиками).

- *Беклометазон дипропионат, спрей* взрослым и детям старше 6 лет по 50 мкг в каждую половину носа 2–3 р/сут в течение 1–2 мес.;
- *Будесонид, спрей и капли* по 50–100 мкг в каждую половину носа 2 р/сут в течение 1–2 мес. взрослым и детям с 6 лет;
- *Мометазон фураат, спрей*, по 50–100 мкг в каждую половину носа 1 р/сут (взрослыми детям с 2 лет) в течение 1–2 мес.;

- *Флутиказона пропионат, спрей* по 50–100 мкг (взрослым и детям с 4 лет) в каждую половину носа 1 р/сут в течение 1–2 мес.;
- *Флутиказона фуруат, спрей* по 27,5– 55 мкг (взрослым и детям с 2 лет) в каждую половину носа 1 р/сут в течение 1–2 мес.

Определенными преимуществами в лечении среднетяжелой и тяжелой форм АР обладает **комбинация топических ГКС и H₁-антигистаминных препаратов** (например, мометазон фуруат + азеластин, мометазон фуруат + олопатадин) в виде назального спрея. По данным ряда исследований, комбинация пероральных антигистаминных препаратов с ИнГКС не показала преимуществ над монотерапией ИнГКС в отношении заложенности носа и других назальных симптомов. Напротив, комбинация ИнГКС с ИнАГП продемонстрировала не только лучшую эффективность по сравнению с монотерапией топическими ГКС, но и быстрое начало действия (от 10 мин)^{1,2}. По результатам сравнительного исследования интраназальных АГП, олопатадин обладает лучшим профилем переносимости в отношении таких нежелательных явлений, как горький вкус, жжение в носу, чихание по сравнению с азелестином. В связи с этим пациенты могут иметь более высокую степень приверженности к олопатадину по сравнению с азелестином в лечении АР, что может привести к лучшему контролю симптомов заболевания за счет хорошего комплаенса.

- *Мометазон фуруат/олопатадин, назальный спрей*, 25/600 мкг, по 1 впрыскиванию в каждую половину носа 2 раза в день у детей 6–11 лет при САР, 2 впрыскивания в каждую половину носа 2 раза в день у взрослых и детей с 12 лет при САР и КАР;
- *Мометазон фуруат/азеластин, назальный спрей*, 50/140 мкг, по 1 впрыскиванию в каждую половину носа 2 раза в день у взрослых с 18 лет.

1. Bousquet J, Meltzer EO, Couroux P, Koltun A, Kopietz F, Munzel U, Kuhl HC, Nguyen DT, Salapatek AM, Price D. Onset of Action of the Fixed Combination Intranasal Azelastine-Fluticasone Propionate in an Allergen Exposure Chamber. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2018 Sep-Oct;6(5):1726-1732.e6. doi: 10.1016/j.jaip.2018.01.031.
2. Patel P, Salapatek AM, Tantry SK. Effect of olopatadine-mometasone combination nasal spray on seasonal allergic rhinitis symptoms in an environmental exposure chamber study. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2019 Feb;122(2):160-166.e1. doi: 10.1016/j.anai.2018.10.011.
3. Meltzer EO, Garadi R, Laforce C, Chadwick SJ, Berger WE, Gross G, Edwards MR, Crenshaw K, Wall GM. Comparative study of sensory attributes of two antihistamine nasal sprays: olopatadine 0.6% and azelastine 0.1%. *Allergy Asthma Proc.* 2008 Nov-Dec;29(6):659-68. doi: 10.2500/aap.2008.29.3181.

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов. Считается, что антагонисты рецепторов LTD₄ уменьшают выраженность отека слизистой

оболочки полости носа, глазные симптомы и ринорею, а также усиливают действие антигистаминных лекарственных средств. Сравнительные исследования эффективности антилейкотриеновых препаратов подтвердили эффективность их воздействия на симптомы сезонного АР у взрослых и у детей старше 6 лет, а также круглогодичного АР у взрослых, в особенности при наличии сопутствующей бронхиальной астмы. В то же время по своей эффективности антагонисты лейкотриеновых рецепторов, очевидно, уступают ИнГКС.

В России зарегистрирован комбинированный препарат монтелукаста с антигистаминным препаратом (левоцетиризин), доказавший лучшую эффективность по сравнению с монотерапией каждым из компонентов¹. Мета-анализ 14 исследований с участием более 3000 пациентов показал лучшую эффективность комбинированной терапии монтелукаста с АГП по сравнению с монотерапией АГП в отношении ряда назальных симптомов².

- *Монтелукаст внутрь* перед сном, взрослым и детям старше 15 лет: по 10 мг 1 р/сут, детям от 6 до 14 лет — по 5 мг 1 р/сут;
- *Монтелукаст (10 мг) + левоцетиризин (5 мг) внутрь*, взрослым и детям старше 15 лет — по 1 табл. 1 р/сут.

1. Mahatme MS, Dakhale GN, Tadke K, Hiware SK, Dudhgaonkar SD, Wankhede S. Comparison of efficacy, safety, and cost-effectiveness of montelukast-levocetirizine and montelukast-fexofenadine in patients of allergic rhinitis: A randomized, double-blind clinical trial. *Indian J Pharmacol.* 2016 Nov-Dec;48(6):649-653. doi: 10.4103/0253-7613.194854.
2. Seresirikachorn K, Chitsuthipakorn W, Kanjanawasee D, Khattiyawittayakun L, Snidvongs K. Leukotriene Receptor Antagonist Addition to H1-Antihistamine Is Effective for Treating Allergic Rhinitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Rhinol Allergy.* 2019 Sep;33(5):591-600. doi: 10.1177/1945892419844459.

Сосудосуживающие препараты (деконгестанты) для местного применения (ксилометазолин, нафазолин, оксиметазолин, тетризолин, эпинефрин) опосредованно вызывают сокращение кавернозной ткани носовых раковин и сосудов конъюнктивы и, как следствие, способствуют улучшению носового дыхания, уменьшению гиперемии конъюнктивы и отека век. Интраназальное назначение деконгестантов носит исключительно вынужденный характер. Короткие (до 10 суток) курсы лечения могут применяться для уменьшения сильной заложенности носа и облегчения доставки других лекарственных средств для местного применения (в частности, интраназальных ГКС). Кратковременные курсы лечения ксилометазолином и оксиметазолином не приводят к функциональным и морфологическим изменениям в слизистой оболочке носа. Нафазолин характеризуется более выраженной тенденцией к развитию «синдрома рикошета» и тахифилаксии и не должен использоваться в лечении АР.

Применение деконгестантов в виде глазных капель как дополнительная терапия возможно только кратковременно или ситуационно.

- Ксилометазолин, 0,1% спрей, по 1–2 дозы в каждую половину носа 2 р/сут не более 10 сут (взрослым); 0,05% спрей, по 1–2 дозы в каждую половину носа 2 р/сут (детям);
- Оксиметазолин, 0,05% капли, по 1–2 капли в каждую половину носа 2–4 р/сут не более 10 сут;
- Фенилэфрин, 0,025% капли или спрей, по 3–4 капли или по 1–2 впрыскивания 3–4 р/сут;
- Тетризолин, 0,05% раствор (глазные капли) по 1–2 капли 2–4 р/сут не более 7 дней.

Фармакотерапия персистирующего АР

При легком течении персистирующего АР (ВАШ < 5) в зависимости от симптомов в качестве средств первого ряда могут использоваться пероральные АГП, ИнГКС или их комбинации.

При среднетяжелой и тяжелой формах персистирующего АР (ВАШ ≥ 5) рекомендуется ступенчатый подход к лечению, где препаратами выбора являются ИнГКС или комбинированные препараты ИнГКС и ИнаГП. В случае превалирования глазных симптомов в дополнение к базисной терапии используют различные комбинации перечисленных выше средств в виде глазных капель: АГП, препараты кромогликата натрия.

Эффект от проводимой терапии необходимо оценивать через две недели. Если выбранный метод лечения не оказывает достаточного эффекта, следует постараться установить и по возможности устранить причины его неэффективности. Ими могут быть:

- невыполнение предписаний врача;
- продолжающееся действие не устраненного аллергена;
- неправильно установленный диагноз, неправильное дозирование препаратов врачом или пациентом;
- наличие сопутствующей патологии (деформации перегородки носа, ХРС и т. д.).

Если вышеперечисленные причины исключены устранены, а носовое дыхание остается затрудненным, на следующей ступени лечения возможны следующие варианты:

- удвоение дозы ИнГКС (с 300 до 600 мкг/сут для беклометазона и с 200 до 400 мкг/сут для мометазона и флутиказона пропионата, со 110 до 220 мкг/сут для флутиказона фуората);
- короткий курс терапии системными ГКС;
- рассмотрение терапии иммунобиологическими препаратами;
- операция на нижних носовых раковинах.

Анти-IgE терапия (омализумаб) показана при тяжелом течении сезонного и круглогодичного АР (изолированного и в сочетании с БА) в случае недостаточного эффекта других лекарственных препаратов у пациентов 12 лет и старше. Доза препарата рассчитывается по специальной таблице в зависимости от уровня общего IgE и массы тела больного. Препарат вводится подкожно 1 раз в 2–4 недели.

Системные ГКС при лечении АР являются средством «последней надежды» и применяются в тех редких случаях, когда симптомы заболевания не удается купировать АГП и ИнГКС. Короткий курс системной терапии ГКС (10–14 суток) эффективно устраняет большинство симптомов АР, в том числе заложенность носа и снижение обоняния. Подобные курсы лечения можно повторять не чаще чем один раз в полгода.

- *Преднизолон внутрь* 0,5-1 мг/кг/сут в течение 14 сут с постепенным снижением дозы, начиная с 7-х сут.

Особенности фармакотерапии АР в детском возрасте

У детей до двух лет диагноз АР обычно не может быть достоверно верифицирован, а лечебные мероприятия чаще носят симптоматический характер или проводятся по принципу *ex juvantibus*. Возможности медикаментозного лечения в этой возрастной группе сильно ограничены. Фактически только для пероральных антигистаминных препаратов I поколения (диметинден) и кетотифена не установлены возрастные ограничения по применению, кроме того, цетиризин в каплях и дезлоратадин в сиропе могут назначаться с 6 месяцев.

Используют промывание полости носа теплым изотоническим раствором хлорида натрия или орошение изотоническим раствором морской соли в виде мелкодисперсного назального душа. Это помогает хотя бы частично удалить аллергены со слизистой оболочки носа и иногда восстановить носовое дыхание ребенка перед едой или сном. Для облегчения носового дыхания перед кормлением и сном в нос можно закапывать 0,01% или 0,025% раствор оксиметазолина или цинк-адреналиновые капли. Длительность непрерывного использования назальных деконгестантов у детей, как и у взрослых, не должна превышать 5–10 дней.

В связи с редкой выраженностью глазных проявлений АР у детей данной группы и возможностью токсических реакций на применение глазных капель рекомендуется максимально ограничить применение топических глазных препаратов.

- *Цетиризин внутрь*: детям 6–12 мес. — 2,5 мг 1 р/сут, детям 1–2 лет — по 2,5 мг 2 р/сут;
- *Дезлоратадин сироп внутрь*: детям 6–12 мес. — 1 мг/сут, от года до двух лет — 2,5 мл/сут;

- *Оксиметазолин 0,01% раствор*: детям до 1 года по 1-2 капли в каждую половину носа 2–4 р/сут, детям старше 1 года — 0,025% раствор в том же режиме;
- *Фенилэфрин 0,025% раствор*: грудным детям по 1 капле в каждую половину носа 3–4 раза в сутки.

У детей от 2 до 5 лет диагноз АР уже может быть подтвержден по результатам кожных проб. В этой возрастной группе можно применять кромогликат натрия в виде назального спрея и глазных капель и пероральные АГП, а с двухлетнего возраста — интраназальный спрей мометазона или флутиказона фууроата.

С 5-летнего возраста в соответствующих дозировках могут использоваться почти все лекарственные средства, применяющиеся у взрослых. Препаратами выбора при любой степени выраженности симптомов ринита являются неседативные пероральные или интраназальные АГП (кроме акривастина и эбастина). Кромогликат натрия может быть назначен в отдельных случаях, но его эффективность значительно ниже. При выраженных клинических проявлениях или в ситуации, когда H_1 -блокаторы не позволяют в достаточной степени купировать назальные симптомы и восстановить носовое дыхание, следует назначить ИнГКС в соответствующих возрастных дозировках.

При наличии легких глазных симптомов предпочтительно назначение стабилизаторов мембран тучных клеток в виде глазных капель в силу оптимального профиля их безопасности, несмотря на их относительно невысокую эффективность. При среднетяжелых и тяжелых формах заболевания возможно применение антигистаминных препаратов. Использование топических деконгестантов у детей нежелательно. В применении препаратов искусственной слезы, как правило, нет необходимости.

- *Дезлоратадин сироп внутрь*: детям 2–5 лет — 2,5 мл/сут, 6–11 лет — 5 мл/сут;
- *Лоратадин внутрь*: детям 2–12 лет 5 мг (1 ч. ложка сиропа)/сут;
- *Левоцетиризин внутрь*: детям от 2 до 6 лет — 2,5 мг/сут, старше 6 лет — 5 мг 1 р/сут;
- *Цетиризин внутрь* детям 2–6 лет 5 мг 1 р/сут, старше 6 лет — 10 мг 1 р/сут;
- *Фенилэфрин, 0,025% раствор*: детям от 1 до 6 лет по 1-2 капли в каждую половину носа 3–4 р/сут;
- *Мометазона фууроат спрей*: детям 2–11 лет по 50 мкг в каждую половину носа 1 р/сут;
- *Флутиказона фууроат спрей*: детям 2–11 лет по 27,5 мкг в каждую половину носа 1 р/сут;
- *Мометазона фууроат/олопатадин*: детям 6–11 лет при САР по 1 впрыскиванию в каждую половину носа 2 раза в день; с 12 лет по 2 впрыскивания в каждую половину носа 2 раза в день;

- *Азеластин спрей*: детям старше 6 лет по 1 дозе в каждую половину носа 2 р/сут;
- *Левакабастин спрей*: детям старше 6 лет по 2 дозы в каждую половину носа 2–4 р/сут;
- *Азеластин, глазные капли*: детям старше 4 лет по 1 капле в каждый глаз 2–4 р/сут.

Особенности фармакотерапии АР у пациентов с деформацией перегородки носа

Пациенты с АР при наличии у них искривления перегородки носа в большей степени страдают затруднением носового дыхания. Это вносит коррективы в терапию обострения АР и часто требует назначения деконгестантов с целью улучшения носового дыхания. Однако прием деконгестантов должен быть кратковременным и не превышать 10 дней во избежание развития медикаментозного ринита.

Деформация перегородки носа значительно снижает доставку лекарственного средства в виде аэрозоля в носовую полость. В экспериментальном исследовании доказано, что осаждение аэрозоля на выпуклой стороне перегородки носа в 4 раза меньше, чем на контралатеральной стороне, независимо от положения головы в момент инсуффляции¹.

Пациенту с деформацией перегородки носа и сезонным АР следует рекомендовать хирургическое лечение, но операция не должна выполняться в период палинации. В большинстве случаев необходимо сочетать хирургическое вмешательство на перегородке носа с редукцией нижних носовых раковин, особенно у пациентов с уже развившейся медикаментозной зависимостью от назальных деконгестантов².

1. Frank DO, Kimbell JS, Cannon D, Pawar SS, Rhee JS. Deviated nasal septum hinders intranasal sprays: a computer simulation study. *Rhinology*. 2012; 50(3): 311–318. doi: 10.4193/Rhino12.053.
2. Kim YH, Kim BJ, Bang KH, Hwang Y, Jang TY. Septoplasty improves life quality related to allergy in patients with septal deviation and allergic rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011; 145(6): 910–914. doi: 10.1177/0194599811424119.

Особенности фармакотерапии АР у пациентов с острым или обострением хронического риносинусита

Клинические проявления АР могут сочетаться с другими формами воспаления полости носа и ОНП, в частности с риносинуситом. Данные о том, что АР повышает риск развития риносинусита противоречивы. Важно проводить дифференциальную диагностику между АР и риносинуситом, чтобы правильно подобрать соответствующую конкретной нозологии терапию.

Риносинусит — заболевание слизистой оболочки ОНП, характеризующееся заложенностью носа, давлением или болью в области ОНП или головной болью, окрашенными выделениями из носа и расстройствами обоняния в виде anosмии/гипосмии. Острый риносинусит (ОРС) определяется как внезапное развитие указанных симптомов, которое длится не более 12 недель.

Рецидивирующий ОРС определяют как наличие не менее 4 эпизодов заболевания в год с полным отсутствием симптомов заболевания в периоды между этими эпизодами. ХРС представляет собой воспаление ОНП продолжительностью более 12 недель. Пациенты с ХРС должны иметь объективные признаки воспаления ОНП при эндоскопии полости носа (полипы, отек, слизисто-гнойное отделяемое в области среднего носового хода) либо при компьютерной томографии ОНП. Заболевание подразделяют на два основных фенотипа: ХРС с полипами (CRSwNP) и ХРС без полипов (CRSSNP)¹⁻³.

Для сравнения, АР характеризуется заложенностью носа, прозрачными водянистыми выделениями из носа и другими аллергическими симптомами в виде зуда в полости носа, чихания. В дифференциальной диагностике важно учитывать аллергологический анамнез, наличие других аллергических заболеваний, атопии, время появления назальных симптомов (сезонные проявления, контакт с аллергеном).

Лечение АР у пациента с ОРС или обострением ХРС не исключает применения стандартной медикаментозной терапии риносинусита, в том числе применения системных антибиотиков, интраназальных и системных ГКС, ирригации полости носа, моноклональных антител, тогда, когда это необходимо. Плановые хирургические вмешательства на ОНП следует проводить вне обострения АР после соответствующей подготовки пациента с назначением коротких курсов (7–10 дней) системных ГКС непосредственно перед операцией. При осложненном течении риносинусита, как острого, так и хронического (орбитальные, внутричерепные осложнения) хирургические вмешательства проводятся безотлагательно.

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, et al European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*. 2020; 58(Suppl S29): 1–464. doi: 10.4193/Rhin20.600.
2. Fokkens WJ, Lund V, Bachert C, Mullol J, Bjermer L, et al EUFOREA consensus on biologics for CRSwNP with or without asthma. *Allergy*. 2019; 74(12): 2312–2319. doi: 10.1111/all.13875.
3. Young T, Finn L, Kim H. Nasal obstruction as a risk factor for sleep-disordered breathing. The University of Wisconsin Sleep and Respiratory Research Group. *J Allergy Clin Immunol*. 1997; 99(2): 757–762. doi: 10.1016/s0091-6749(97)70124-6.

Аллерген-специфическая иммунотерапия

Метод заключается во введении больному возрастающих доз аллергена, к которому установлена повышенная чувствительность. Показанием к проведению АСИТ является невозможность прекращения контакта с этиологически значимым аллергеном (в частности, бытовая и пыльцевая аллергия). Цель АСИТ — устранение или уменьшение клинических проявлений АР при естественной экспозиции аллергена, что достигается снижением чувствительности к нему. Выбор лечебных аллергенов для проведения АСИТ должен быть основан на клинической картине, результатах кожных тестов и/или выявлении в сыворотке крови специфических IgE к предполагаемым аллергенам. Эффективность АСИТ при АР доказана целым рядом контролируемых исследований. Установлено, что:

- АСИТ приводит к уменьшению клинических проявлений АР и снижает потребность пациента в фармакотерапии;
- АСИТ предупреждает расширение спектра причинных аллергенов, переход моновалентной аллергии в поливалентную, развитие БА у детей;
- эффективность АСИТ выше в тех случаях, когда она начата в молодом возрасте и на ранних стадиях заболевания;
- эффект от успешного курса АСИТ сохраняется и по завершении лечения, иногда в течение нескольких лет.

Курс АСИТ обычно состоит из *фазы наращивания дозы*, когда используются возрастающие дозы аллергенов и *фазы поддерживающих доз*, когда экстракты аллергенов вводятся через определенные интервалы времени. Введение очищенных и стандартизированных экстрактов, строгое соблюдение показаний, противопоказаний и протоколов лечения является непреложным условием при проведении АСИТ. Ограничением при проведении АСИТ является поливалентная сенсibilизация с широким спектром причинных аллергенов, наличие в анамнезе анафилактического шока.

Для введения аллергенов применяют *подкожный и сублингвальный методы*. В последнем случае используются более высокие дозы лечебных аллергенов. В настоящее время в России зарегистрированы стандартизированные препараты для подкожной (например, Фосталь и Алюсталь) и сублингвальной (Сталораль пыльца березы, Сталораль клещи, Оралэйр, Акаризакс, Гразакс, Рагвизакс и др.) АСИТ.

Вопрос о назначении курса АСИТ в сочетании с базисной фармакотерапией должен быть рассмотрен совместно с аллергологом уже на ранних стадиях заболевания. Не следует рассматривать АСИТ как метод, который может применяться только в отсутствие эффекта фармакотерапии, так как это указывает на утяжеление течения АР и развитие сопут-

ствующих заболеваний и осложнений, которые в ряде случаев становятся противопоказаниями для проведения АСИТ.

В детском возрасте проведение АСИТ официально разрешено с 5-летнего возраста. В последнее время наметилась тенденция к снижению возрастных ограничений до 3 лет, но это положение требует подтверждения в дальнейших исследованиях. В настоящее время программа GINA не рекомендует АСИТ детям младше 5 лет в связи с отсутствием доказательной базы.

Хирургическое лечение при АР

Хирургическое лечение при АР показано:

- если возможности консервативного лечения не позволяют добиться стойкой ремиссии и восстановить носовое дыхание;
- при необратимых (фиброзной или сосочковой) формах гипертрофии носовых раковин;
- при наличии аномалий внутриносовой анатомии;
- при наличии сопутствующей патологии ОНП (ХРС).

В ситуации, когда консервативные методы лечения не позволяют восстановить носовое дыхание, предпочтение отдается минимально инвазивным подслизистым вмешательствам на нижних носовых раковинах (подслизистая радиоволновая редукция, подслизистая шейверная конхотомия или остеоконхотомия). Операция должна выполняться на фоне адекватного курса медикаментозного лечения, чтобы не спровоцировать обострение заболевания, дебют или манифестацию БА.

Оценка эффективности лечения

Критерии эффективности лечения включают: снижение выраженности клинических проявлений, уменьшение количества ежегодных обострений, улучшение качества жизни.

Наиболее простым методом оценки контроля симптомов и эффективности лечения АР является применение вышеупомянутой ВАШ общей оценки выраженности назальных и неназальных симптомов болезни.

АР является заболеванием, которое во многих случаях существенно ухудшает качество жизни; наличие мучительных симптомов ринита и АРК в большой степени сказывается на поведении пациента в обществе. Очевидно, что снижение качества жизни, проблемы в выполнении ежедневных функций на работе или в школе наиболее выражены у пациентов со среднетяжелой и тяжелой формами АР. Целью адекватно подобранного лечения является полный контроль симптомов заболевания и восстановление показателей качества жизни до нормальных параметров.

ОСЛОЖНЕНИЯ И ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ

При АР зачастую возникает необходимость в длительном применении лекарственных средств, многие из которых обладают рядом недостатков и побочных эффектов, описанных в соответствующих разделах.

Некоторые *антигистаминные препараты II поколения* (лоратадин, рупатадин, цетиризин, эбастин) трансформируются в печени в активные метаболиты с помощью системы цитохрома Р450, которая отвечает также и за метаболизм других лекарственных средств. Одновременное применение этих препаратов с противогрибковыми средствами или макролидными антибиотиками может создать в организме повышенные концентрации неметаболизированных препаратов, которые, действуя на цикл реполяризации сердечной мышцы, вызывают удлинение интервала QT на электрокардиограмме и повышают риск развития сердечной аритмии (вплоть до мерцания желудочков). Метаболизируемые препараты данной группы можно считать безопасными только при условии соблюдения правил их назначения: исключения одновременного приема макролидных и противогрибковых антибиотиков, ограничения применения у пациентов с патологией печени и страдающих нарушениями ритма сердца.

Комбинированные средства, включающие пероральные H₁-блокаторы и системные деконгестанты, обладают всеми недостатками входящих в их состав сосудосуживающих препаратов, вызывающих бессонницу, нервозность, тахикардию и повышение артериального давления. Побочные эффекты *псевдоэфедрина* наиболее выражены у детей и пожилых лиц. Применение *кетотифена* и *диметиндена* у детей школьного возраста ограничено из-за их седативного эффекта.

ИнГКС (в частности, беклометазон, будесонид) при длительном применении способны развивать системные побочные эффекты, особенно у детей, и оказывают раздражающее действие на слизистую оболочку носа, вызывая ринорею, ощущение сухости и раздражения в носу, носовые кровотечения, а при неправильном использовании — изъязвление слизистой оболочки полости носа вплоть до образования перфорации перегородки носа.

ГКС в виде глазных капель могут вызвать снижение продукции слезы, повышение внутриглазного давления, а также так называемую стероидную катаракту, при повреждении роговицы — замедлить эпителизацию, а при наличии латентных и острых вирусных инфекций — существенно утяжелить их клиническое течение.

Сосудосуживающие препараты для интраназального применения при длительной терапии вызывают развитие тахифилаксии. Использо-

вание этих препаратов свыше 10 дней (для нафазолина — свыше 5 дней) может вызывать выраженный отек в полости носа, назальную гиперреактивность, изменения гистологического строения (ремоделирование) слизистой оболочки, т. е. развитие медикаментозного ринита.

Кожные пробы и назальный провокационный тест с аллергенами в редких случаях могут вызывать бронхоспазм и тяжелые аллергические реакции, в частности, у пациентов с сопутствующей БА, поэтому должны проводиться только обученным персоналом в специальном кабинете. Допустимо использование только серийно выпускаемых стандартизированных экстрактов аллергенов, разрешенных к применению в России.

При несоблюдении существующих требований к проведению АСИТ возникает риск системных анафилактических реакций, которые развиваются примерно у 5% пациентов, чаще в фазе наращивания дозы. Специальные меры предосторожности необходимы у пациентов с сопутствующей БА. АСИТ с парентеральным введением аллергенов должна проводиться врачом, прошедшим специальную подготовку и способным оказать экстренную реанимационную помощь в случае развития осложнений. АСИТ сублингвальным методом обычно не связана с риском подобных осложнений и не требует таких мер предосторожности.

ОШИБКИ И НЕОБОСНОВАННЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ

При отсутствии клинических проявлений АР в анамнезе на момент обращения, даже при доказанной (по результатам кожных проб или по наличию повышенного уровня общего и специфических IgE) сенсibilизации к отдельным аллергенам, никаких лечебных мероприятий не требуется.

Нецелесообразно назначение H_1 -блокаторов I поколения, которые обладают снотворным эффектом, холинергической, антисеротониновой, антидофаминовой активностью, хинидиноподобным действием на сердечную мышцу и способны вызывать тахифилакцию.

Пероральные сосудосуживающие лекарственные средства (псевдоэфедрин, фенилпропаноламин) считаются допингом у спортсменов и противопоказаны беременным женщинам. Из-за побочных эффектов использование *сосудосуживающих препаратов для местного применения* у детей до 2 лет и при наличии у пациентов атрофических и субатрофических изменений слизистой оболочки полости носа резко ограничено.

Оптимальные дозировки, пути введения и зависимость результата от дозы *системных ГКС* изучены недостаточно. При АР не показано введение *депонированных ГКС* в нижние и средние носовые раковины в связи с отсутствием доказательных данных об их эффективности и безопасности.

Не следует назначать ГКС при конъюнктивите вирусного генеза, также глазные капли и глазные мази, содержащие антибиотики, противогрибковые и противовирусные средства при неосложненных формах АК.

Нельзя назначать плановые оперативные вмешательства в полости носа, на ОНП и на глазах больным с сезонным АР в периоде пыления этиологически значимых аллергенных растений.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПИИ АР

В большинстве случаев АР протекает в среднетяжелой или тяжелой форме, на долю таких пациентов приходится до 75%¹⁻³. Однако только 63% пациентов строго следуют рекомендациям врача. Как показало исследование, проведенное в РФ 2020 году, чем тяжелее проявления симптомов АР, тем чаще пациенты не обращаются за медицинской помощью к врачу, предпочитая самостоятельный выбор лекарственных препаратов в аптеке, либо ориентируясь на давние рекомендации врача. Из всех опрошенных в ходе исследования респондентов с симптомами АР 48% никогда не обращались к врачу, 36% из них при выборе лекарственного препарата прибегали к помощи фармацевтов, 51% пользовались советами родственников и друзей, 23% — информацией, полученной из сети Интернет^{2,3}. Согласно многочисленным опросам пациентов, одними из ключевых аспектов, влияющих на приверженность лекарственной терапии, являются: быстрота начала действия препарата, удобство применения, а также минимизация количества принимаемых препаратов. Использование фиксированных комбинаций лекарственных препаратов может являться важным аспектом для улучшения приверженности пациентов⁴⁻⁶.

1. Pitman R, Paracha N, Parker C. Episode Pattern and healthcare utilization in patients with seasonal allergic rhinitis. EAACI 2012. 31st Congress of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) Allergy. 2012;67 (96):342.
2. Ненашева Н. М., Шиленкова В. В. Контроль симптомов аллергического ринита у взрослых лиц в Российской Федерации: результаты онлайн-опроса. РМЖ. 2021; 5(2): 1–8.
3. Шиленкова В. В., Ненашева Н. М., Битиева Е. А. Аллергический ринит: на чем основан выбор лекарственного препарата пациентом? Результаты российского исследования. Вестник оториноларингологии. 2021; 86(2): 54–61. doi.org/10.17116/otorino20218602154.
4. Valovirta E, Myrseth SE, Palkonen S. The voice of the patients: allergic rhinitis is not a trivial disease. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2008 Feb;8(1):1-9. doi: 10.1097/ACI.0b013e3282f3f42f.
5. Long AA. Findings from a 1000-patient internet-based survey assessing the impact of morning symptoms on individuals with allergic rhinitis. Clin Ther. 2007 Feb;29(2):342-51. doi: 10.1016/j.clinthera.2007.02.007.
6. Du K, Qing H, Zheng M, Wang X, Zhang L. Intranasal antihistamine is superior to oral H1 antihistamine as an add-on therapy to intranasal corticosteroid for treating allergic rhinitis. Ann Allergy Asthma Immunol. 2020 Nov;125(5):589-596.e3. doi: 10.1016/j.anai.2020.06.038.

ПРОГНОЗ

Своевременно и правильно проведенная комплексная терапия, включающая элиминацию аллергенов, фармакотерапию, а при наличии показаний и АСИТ, в большинстве случаев позволяет устранить симптомы АР и предотвратить развитие осложнений.

Приложение 1

Ступенчатый подход к терапии аллергического ринита

Выбор фармакотерапии терапии зависит от выраженности симптомов АР. Дальнейшее усиление (step up) или уменьшение терапии (step down) определяется качеством достижения контроля симптомов на предыдущей ступени.

Таблица П.1

Контроль факторов внешней среды (элиминационные мероприятия)

Фармакотерапия для контроля симптомов			
1-ая ступень	2-ая ступень	3-я ступень	4-ая ступень (лечение только специалистами)
Один из: - Неседативный пероральный АГП - ИнаГП - Кромоглициевая кислота (назальный препарат) - АЛР	Один из: - ИнГКС (предпочтительно) - Неседативный пероральный АГП - ИнаГП - АЛР	Комбинация ИнГКС с одним или более препаратов из следующих: - Неседативный пероральный АГП - ИнаГП - АЛР	Рассмотреть терапию тяжелого АР омализумабом Рассмотреть показания к хирургическому лечению сопутствующей патологии, редукции носовых раковин
Препараты скорой помощи			
Альфа-адреномиметики коротким курсом			Глюкокортикостероиды пероральные системного действия
Пересмотреть диагноз и/или приверженность пациента лечению либо влияние сопутствующих заболеваний и/или анатомических аномалий, прежде чем усилить терапию (step-up)			

Сокращения:

АГП — антигистаминный препарат;
 ИнаГП — интраназальный антигистаминный препарат;
 АЛР — антагонист лейкотриеновых рецепторов;
 ИнГКС — интраназальный глюкокортикостероид.

Алгоритмы лечения аллергического ринита в зависимости от контроля заболевания с использованием визуально-аналоговой шкалы (адаптировано по ARIA 2020)



Рис. П.2.1. Пошаговый алгоритм у первичных пациентов (подростки и взрослые)¹

АГП — блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов, ИнГКС — интраназальные глюкокортикостероиды, ИнАГП — интраназальные блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов, АСИТ — аллерген-специфическая иммунотерапия

1. Bousquet J, et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma Working Group. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. J Allergy Clin Immunol. 2020; 145(1): 70–80. doi: 10.1016/j.jaci.2019.06.049.



Рис. П.2.2. Пошаговый алгоритм у пациентов, получавших терапию (подростки и взрослые)²

АГ — аллергены, АГП — блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов, ИнГКС — интраназальные глюкокортикостероиды, ИнАГП — интраназальные блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов, АСИТ — аллерген-специфическая иммунотерапия

2. Bousquet J, et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma Working Group. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. J Allergy Clin Immunol. 2020; 145(1): 70–80. doi: 10.1016/j.jaci.2019.06.049

Комментарии к прил. 2

Экспертами POP предложен адаптированный из ARIA 2020 алгоритм ступенчатой терапии на основе оценки выраженности симптомов по ВАШ.

1. При легком течении АР у первичных пациентов предлагается рассмотреть назначение АГП. При ринорее и чихании более предпочтительно применять интраназальные формы АГП. При пре-

обладании глазных и/или кожных симптомов оптимальным является использование пероральных АГП.

2. При преобладании назальных симптомов (преимущественно назальная обструкция) предпочтение необходимо отдавать ИнГКС или комбинации ИнГКС + ИнАГП в силу лучшей эффективности и более быстрого начала действия по сравнению с монотерапией ИнГКС.
3. В зависимости от тяжести симптомов можно рассматривать комбинации ИнГКС с АГП и монтелукастом (тройная комбинация).
4. Для пациентов с невозможностью применения интраназальных форм препаратов целесообразно рекомендовать комбинацию монтелукаста и пероральных АГП.
5. При отсутствии контроля симптомов АР либо при нарастании симптоматики до ВАШ 9-10 баллов следует рассмотреть возможность применения системных ГКС коротким курсом.
6. АСИТ рекомендован всем пациентам с АР в период ремиссии.

Приложение 3

Памятка для пациента с аллергическим ринитом

Аллергический ринит — одно из наиболее распространенных заболеваний, развитие которого обусловлено различными аллергенами (клещи домашней пыли, пыльца растений, аллергены животных и пр.). Характерными проявлениями заболевания является зуд в носу, чихание, заложенность носа, обильные водянистые выделения из носа, снижение обоняния. При отсутствии лечения аллергический ринит может привести к развитию бронхиальной астмы.

Диагноз аллергического ринита устанавливается совместно двумя специалистами: оториноларингологом и аллергологом-иммунологом. Для правильного лечения большое значение имеет аллергологическое обследование, целью которого является выявление аллергена, вызывающего развитие заболевания. На основании его результатов Вам будут рекомендованы меры по удалению аллергенов из окружающей среды, лекарственные препараты и в определенных случаях — сублингвальная или подкожная аллерген-специфическая иммунотерапия.

Меры по уменьшению контакта с причинным аллергеном**При пыльцевой аллергии**

- больше находиться в помещении во время сезона цветения растений;
- не выезжать за город;
- закрывать окна в квартире днем и открывать их только на ночь, когда снижается содержание пыльцы в воздухе;
- носить медицинскую маску и защитные очки;
- закрывать окна в автомобиле и использовать защитный фильтр кондиционера во время езды за городом;
- постараться уехать из постоянного места жительства в другую климатическую зону (например, взять отпуск) на время сезона цветения причинных растений;
- исключить употребление в пищу продуктов, обладающих перекрестными реакциями с пыльцой растений;
- не принимать фитопрепараты;
- не применять растительные косметические средства (мыло, шампуни, кремы, бальзамы);
- промывать полость носа теплым изотоническим раствором при возвращении домой.

При бытовой аллергии	■ заменить пуховые и перьевые подушки и матрасы, а также шерстяные одеяла на синтетические (синтепон), стирать их каждую неделю при температуре не ниже 60°C, менять ежегодно; ■ постельные принадлежности и шторы вымораживать на улице или проветривать на ярком солнце, так как клещи чувствительны к действию холода и ультрафиолетовых лучей; ■ использовать защитные чехлы для постельных принадлежностей (подушек, матраца, одеяла); ■ избавиться от ковров, плотных занавесок, мягких игрушек (особенно в спальне); ■ удалить из комнаты, где больной спит или проводит большую часть времени, ковры, мягкие игрушки, шкафы для хранения книг и одежды, гардины из толстого полотна, телевизор, компьютер (вокруг них концентрация пыли значительно повышается); ■ заменить ковровые покрытия на легко моющийся линолеум, плитку или деревянные покрытия; ■ делать влажную уборку не реже двух раз в неделю, уделяя особое внимание уборке мебели, обитой тканями; ■ использовать моющие пылесосы с одноразовыми пакетами и фильтрами (HEPA) или пылесосы с резервуаром для воды; ■ проводить уборку в отсутствие больного; ■ установить в квартире кондиционер или воздушный фильтр; ■ поддерживать в квартире влажность не выше 50%, так как это уменьшает интенсивность размножения клещей домашней пыли; ■ использовать акарицидные препараты на основе бензилбензоата (Acarosan, Acardust).
При аллергии к домашним животным	■ по возможности избавиться от домашних животных, не заводить новых; ■ полностью исключить нахождение животных в спальне; ■ регулярно мыть животных; ■ не посещать цирк, зоопарк и дома, где есть животные; ■ не пользоваться одеждой из шерсти, меха животных.
При грибковой аллергии	■ постоянно убирать помещения, условия которых способствуют росту плесени (душевые, подвалы). После пользования ванной насухо вытирать все влажные поверхности. Использовать для уборки растворы, предупреждающие рост плесени; ■ не допускать роста плесневых грибов на кухне, пользоваться вытяжкой для удаления пара, применять порошок буры для обработки мест скопления плесени, использовать одноразовые пакеты для мусора;

- сушить одежду только в проветриваемом помещении вне жилой комнаты;
- избегать посещения плохо проветриваемых сырых помещений (подвалов, амбаров, погребов);
- не принимать участие в садовых работах осенью и весной, так как именно залежалые листья и трава служат источником плесени в воздухе. Не находиться рядом с собранными или горящими листьями, заплесневелым сеном или соломой;
- не употреблять в пищу продукты, содержащие плесневые грибки (острые сыры рокфор и чеддер, кисломолочные продукты, пиво, шампанское, копчености);
- не разводить комнатные цветы, так как земля в горшках является средой для роста некоторых плесневых грибов;
- использовать специальные средства для удаления грибка и нейтрализации его аллергенных свойств.

Необходимые лекарственные препараты Вам назначит лечащий врач. Длительность их применения индивидуальна. Она зависит от формы и тяжести аллергического ринита. Большое значение имеет правильный прием назальных спреев, о которых Вам расскажет Ваш врач.

При отсутствии противопоказаний врач аллерголог-иммунолог назначит Вам лечение аллергенами (аллерген-специфическую иммунотерапию, АСИТ), которое уменьшает выраженность симптомов болезни, сокращает потребность в лекарственных препаратах и предупреждает развитие бронхиальной астмы. Такое лечение длительное, оно продолжается в среднем 3–5 лет.

ISBN 978-5-98620-610-3



Научное издание

Емельянов Александр Викторович, Карпищенко Сергей Анатольевич,
Косяков Сергей Яковлевич, Курбачева Оксана Михайловна,
Лопатин Андрей Станиславович, Пискунов Геннадий Захарович,
Шиленкова Виктория Викторовна

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

Клинические рекомендации

Под редакцией А. С. Лопатина и В. В. Шиленковой

Верстка — *Брылев С. В.*
Корректурa — *Крутоярова С. Л.*

Подписано в печать 24.07.2022. Заказ № 14064

Формат 60 × 90 ¹/₁₆. Бумага мелованая.

Усл. печ. л. 5,625. Тираж 3000 экз.

Издательство ООО «ПрофМедПресс»
Москва, ул. Подольских Курсантов, д.3, стр.2

Отпечатано в типографии «Скифия-принт».
Санкт-Петербург, ул. Большая Пушкарская, д. 10

Данная информация предоставлена ООО «Гленмарк Импэкс», в качестве профессиональной, информационной и образовательной поддержки специалистам здравоохранения. Точки зрения, изложенные в данной публикации, отражают опыт и мнение авторов и могут не совпадать с позицией компании или ее подразделений. Не является рекламой.

При назначении любого из упомянутых препаратов следует руководствоваться утвержденными инструкциями по их применению от компаний-производителей данных препаратов.