

**ПРОТОКОЛ**  
**ведения пациента с диагнозом аллергический ринит**  
(нормативная ссылка: КР ID-261 Аллергический ринит 2024г МЗ РФ)

Категория возрастная	дети
Вид медицинской помощи	первичная
Условия оказания медицинской помощи	амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	плановая
Средние сроки лечения (количество дней)	не указаны
Врач	врач-аллерголог, врач-педиатр участковый
<b>Диагностика</b>	
<b>Анамнез</b>	Уточнить причины возникновения, продолжительность и разрешение симптомов, наличие аллергических заболеваний (аллергический конъюнктивит, БА, атопический дерматит) у пациента и его кровных родственников, причинно-следственные особенности возникновения признаков болезни и ее обострений.
<b>Жалобы</b>	Ежедневно проявляющиеся в течение часа и более хотя бы два из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чихание, зуд в полости носа. <i>Дополнительные симптомы:</i> раздражение, отёчность, гиперемия кожи над верхней губой и крыльев носа; носовые кровотечения; боль в горле и покашливание; боль и треск в ушах. <b>На поздних стадиях заболевания снижение обоняния.</b> Общие неспецифические симптомы: слабость, недомогание, раздражительность, головная боль, утомляемость, нарушение сна, редко-повышение температуры. Прослеживается связь между воздействием причинно-значимого аллергена и развитием симптомов и эффект от элиминации. Выяснить наличие перекрестной пищевой непереносимости.
<b>Данные объективного осмотра</b>	Визуальное исследование верхних дыхательных путей и наличие признаков ринита: затруднение носового дыхания, приоткрытый рот, слизистое отделяемое из носа, мацерация кожи верхней губы и крыльев носа, отечность лица, <b>темные круги под глазами, аллергический салют-потирание ладонью кончика носа.</b>
<b>Лабораторные диагностические исследования</b>	
<b>ОАК</b>	в период обострения для выявления возможного повышения уровня эозинофилов-неспецифический признак, или маркеров бактериального воспаления.
<b>Цитологическое исследование смывов с верхних дыхательных путей</b>	при первичной диагностике АР, дифференциальной диагностики с другим хроническим ринитом и контроля эффективности терапии.

<b>Инструментальные диагностические исследования</b>	
<b>Передняя риноскопия</b>	всем пациентам
<b>Эндоскопическая эндоназальная ревизия полости рта</b>	для выявления нарушения анатомии носа и дифференциальной диагностики
<b>Рентгенография придаточных пазух носа</b>	при наличии симптомов риносинусита и/или маркеров бактериального воспаления
<b>КТ придаточных пазух носа</b>	для выявления причин назальной обструкции или при осложненных формах АР
<b>Иные диагностические исследования</b>	
<b>Аллергологическое обследование</b>	для подтверждения аллергической природы ринита, выявления причинно- значимых аллергенов и определению целесообразности проведения аллерген-специфической иммунотерапии. <b>При наличии кашля, одышки, свистящего дыхания перед пробами на аллергены проведение СПГ с бронхолитиком для исключения астматического компонента.</b>
<b>Провокационный тест с аллергенами</b>	при множественной сенсибилизации к различным алергенам и при расхождении между данными анамнеза и результатами других методов диагностики. <b>При противопоказаниях для проб показано определение специфических YgE к аллергенам</b>
<b>Показания для госпитализации в стационар:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>-крайне тяжелое и/или осложненное течение заболевания,</li> <li>-тяжелое обострение с выраженной назальной обструкцией,</li> <li>-необходимость проведения ускоренного курса аллерген-специфической иммунотерапии в условиях элиминации аллергена.</li> </ul>	
<b>Классификация</b>	
<b>По характеру течения</b>	-интермиттирующий, симптомы менее 4дней в неделю или менее 4 недель в году, -персистирующий, симпоты более 4 дней в неделю и более 4 недель в году.
<b>По степени тяжести</b>	-лёгкая, слабовыраженные симптомы ринита не нарушают дневную активность и сон, -средняя, симптомы ринита препятствуют работе, учебе, занятиям спорта, нарушают сон, -тяжелая, симптомы ухудшают качество жизни пациента, нарушают ночной сон.
<b>По стадиям заболевания</b>	- обострение, -ремисия.
<b>По МКБ</b>	J30.1 Аллергический ринит, вызванный пылью растений J30.2 Другие сезонные аллергические риниты J30.3 Другие аллергические риниты J30.4 Аллергический ринит неуточненный

<b>Лечение</b>	
<p><b>Антигистаминные средства системного действия без седативного эффекта (для уменьшения зуда в полости носа, чихания ринореи, заложенности носа)</b></p>	<p>-<u>Дезлоратодин</u>, в возрасте от 6 до 12 месяцев по 1 мг 1 р в сутки; в возрасте с 1 года до 5 лет - по 1,25 мг 1 раз в сутки; в возрасте от 6 до 11 лет по 2,5 мг 1 р в сутки; подросткам с 12 лет по 5 мг 1 р в сутки.</p> <p>-<u>Левоцетиризин</u>, в возрасте от 2 до 6 лет по 1,25 мг 2 р в сутки; с 6 лет по 5 мг 1 р в сутки.</p> <p>-<u>Лоратадин</u>, в возрасте от 2 до 12 лет при массе тела 30 кг и менее по 5 мг 1 р в сутки, при массе тела более 30 кг - 10 мг 1 р в сутки; подросткам с 12 лет по 10 мг 1 р в сутки.</p> <p>-<u>Фексофенадин</u>, в возрасте от 6 до 11 лет 30 мг 1 р в сутки; подросткам с 12 лет 120 мг в сутки.</p> <p>-<u>Цетиризин</u>, в возрасте от 6 до 12 месяцев по 2,5 мг 1 р в сутки; в возрасте от 1 года до 2 лет по 2,5 мг 2 р в сутки; в возрасте от 2 до 6 лет по 2,5 мг 2 р в сутки или 5 мг 1 р в сутки; старше 6 лет по 5 - 10 мг 1 р в сутки.</p> <p>-<u>Эбастин</u>, подросткам с 12 лет по 10 - 20 мг 1 р в сутки.</p> <p>-<u>Рупатадин</u>, подросткам с 12 лет по 10мг 1 р в сутки.</p> <p>-<u>Биластин</u>, подросткам с 12 лет по 20 мг 1 р в сутки.</p> <p><b>Не рекомендуется прием антигистаминных препаратов 1 поколения ввиду выраженного побочного действия.</b></p>
<p><b>Интаразальные антигистаминные препараты (для быстрого уменьшения выраженности клинических симптомов)</b></p>	<p>-а<u>Азеластин</u> спрей назальный дозированный, детям с 12 лет по 1 дозе (140 мкг/0,14 мл) в каждый носовой ход 2 раза в сутки. Применяется до прекращения симптомов и подходит для продолжительного применения, но не более 8 нед непрерывного лечения.</p> <p>-<u>Левокабастин</u> спрей назальный дозированный, детям с 6 лет по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 2 раза в сутки, при более выраженных симптомах возможно использование 3 - 4 раза в сутки. При отсутствии клинического эффекта через 3 дня применение препарата прекращается. При наличии клинического эффекта применяется до прекращения симптомов.</p>
<p><b>Интраназальные глюкокортикостероиды (эффективно уменьшают заложенность носа, зуд, чихание, ринорею)</b></p>	<p>-<u>Мометазон</u> спрей назальный дозированный, детям с 12 лет по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (200 мкг/сут), с 2 до 12 лет по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (100 мкг/сут).</p> <p>-<u>Флутиказона фуроат</u> спрей назальный дозированный, детям с 12 лет по 2 дозы (55 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (110 мкг/сут), детям с 2 до 12 лет по 1 дозе (27.5 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (55 мкг/сут).</p> <p>-<u>Флутиказон</u> спрей назальный дозированный, детям с 12 лет по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (200 мкг/сут), детям с 4 до 12 лет по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (100 мкг/сут).</p> <p>-<u>Будесонид</u> спрей назальный дозированный, детям с 6 лет по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 2 раз в сутки (400 мкг/сут).</p> <p>-<u>Беклометазон</u> спрей назальный дозированный, детям с 6 лет по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 2 - 4 раз в сутки (200 - 400 мкг/сут).</p>
<p><b>Назальные комбинированные</b></p>	<p>-<u>Флутиказон/Азеластин</u> спрей назальный дозированный, детям с 12 лет по 1 дозе (50 мкг флутиказона/137 мкг азеластина) в каждый</p>

<p>препараты, содержащие интраназальный антигистаминный препарат и кортикостероид (уменьшают выраженность симптомов сокращения количества используемых препаратов) <b>при</b></p>	<p>носовой ход 2 раз в сутки.  <b>Левоцетиризин+монтелукаст с 15 лет</b>  <b>Азеластин+мометазон с 18 лет</b>  <b>Мометазон+олопатадин с 6 лет 50 мкг/1200 мкг по 1 впр 2 раза в день при сезонном и круглогодичном АР,</b>  <b>с 12 лет по 2 впр 2раза в день при сезонном и круглогодичном АР</b>  <i>-Монтелукаст</i>, в возрасте от 2 до 6 лет по 4 мг (1 жевательная таблетка) 1 р в сутки; в возрасте от 6 до 15 лет по 5 мг (1 жевательная таблетка) 1 р в сутки; старше 15 лет по 10 мг 1 р в сутки.</p>
<p><b>Кромоглициевая кислота (при легкой степени АР)</b></p>	<p><i>-Кромоглициевая кислота</i> спрей назальный дозированный, детям с 5 лет по 1 дозе (2.8 мкг) в каждый носовой ход 4 раза в сутки (22.4 мкг в сутки). При необходимости по 1 дозе (2.8 мкг) в каждый носовой ход 6 раза в сутки (33.6 мкг/сут). После достижения терапевтического эффекта частоту применения можно уменьшить и использовать только при контакте с аллергеном. Курс лечения - 4 недели.</p>
<p><b>Адреномиметики местного применения (уменьшают заложенность носа)</b></p>	<p><i>-Оксиметазолин спрей</i> назальный дозированный или капли для носа, детям с 6 лет по 1 - 2 дозе 0.05% р-ра в каждый носовой ход 2 - 3 раза в сутки. Детям от 1 года до 6 лет по 1 - 2 капли 0.025% р-ра в каждый носовой ход 2 - 3 раза в сутки. Младенцам до 4 недель по 1 капле 0.01% р-ра в каждый носовой ход 2 - 3 раза в сутки, с 5-й недели жизни и до 1 года по 1 - 2 капли 0.01% р-ра в каждый носовой ход 2 - 3 раза в сутки. Препарат применяется 3 - 4 дней.  <i>-Ксилометазолин спрей</i> назальный дозированный или капли для носа, детям с 6 лет по 1 дозе 0.1% р-ра в каждый носовой ход 1 - 3 раза в сутки. Детям от 2 до 6 лет по 1 дозе 0.05% р-ра в каждый носовой ход 1 - 2 раза в сутки. Препарат применяется не более 5 - 7 дней.</p>
<p><b>Назальные комбинированные препараты, содержащие адреномиметик и антигистаминный препарат (для уменьшения заложенности носа)</b></p>	<p><i>-Фенилэфрин/диметинден</i> спрей назальный дозированный или капли для носа. Детям с 6 лет по 1 - 2 дозе спрея или по 3 - 4 капли в каждый носовой ход 3 - 4 раза в сутки. Детям от 1 года до 6 лет только в виде капель назальных по 1 - 2 капли в каждый носовой ход 3 - 4 раза в сутки, до 1 года по 1 капле в каждый носовой ход 3 - 4 раза в сутки.</p>
<p><b>Глюкокортикостероиды системного действия, перорально коротким курсом</b></p>	<p><b>не рекомендованы в виду выраженного побочного действия</b></p>
<p><b>тяжелое персистирующее течение АР, тяжелое обострение и неэффективности ЛС</b></p>	<p><i>-Омализумаб</i>, подросткам с 12 лет в виде подкожных инъекций 1 раз в 2 или 4 недели. Доза препарата (от 75 до 600 мг) должна подбираться в соответствии с таблицей дозирования препарата.</p>

используемых на 3  
ступени

### Ступенчатый подход к терапии АР

Иммунотерапия (АСИТ)			
Контроль факторов внешней среды (элиминационные мероприятия)			
Фармакотерапия для контроля симптомов			
1-я ступень	2-я ступень	3-я ступень	4-я ступень (лечение только специалистом)
<p>Один из:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- нсН1-АГ</li> <li>- интраназальные АГ</li> <li>- кромоглициевая кислота (назальный препарат)</li> <li>- АЛР</li> </ul>	<p>Один из:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ИНГКС (предпочтительно)</li> <li>- нсН1-АГ</li> <li>- интраназальные АГ</li> <li>- АЛР</li> </ul>	<p>Комбинация ИНГКС с одним или более из:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- нсН1-АГ</li> <li>- интраназальные АГ</li> <li>- АЛР</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Рассмотреть терапию тяжелого АР омализумабом</li> <li>- Рассмотреть хирургическое лечение сопутствующей патологии</li> </ul>
Препараты скорой помощи			
Адреномиметики коротким курсом			Глюкокортикоиды (системного действия, пероральные)
Перепроверить диагноз и/или приверженность лечению либо влияние сопутствующих заболеваний и/или анатомических аномалий, прежде чем увеличивать терапию (step-up)			

### Элиминационные мероприятия

Проведение элиминационных мероприятий в отношении причинно-значимых аллергенов с целью уменьшения выраженности симптомов АР и снижения фармакологической нагрузки	использование специальных фильтров, ежедневная влажная уборка, исключение контакта с домашними животными, переезд на время цветения причинно-значимых растений в другую климатическую зону.
Использование препаратов для увлажнения, очищения и защиты слизистой оболочки носа	изотонические солевые растворы с целью предотвращения контакта аэроаллергенов со слизистой полости носа.
Всем пациентам с АР при использовании кортикостероидов (назальных препаратов) проводить "назальный душ"	профилактика развития побочных эффектов (сухость слизистой оболочки, носовые кровотечения).
<b>Аллерген-специфическая иммунотерапия</b>	
Рекомендован всем пациентам в период ремиссии	уменьшает выраженность симптомов и снижает потребность в используемых препаратах
Методы	подкожный и сублингвальный

Протоколы АСИТ	универсальны для каждого метода и препарата, бывают передсезонными, предсезонно-сезонными и круглогодичными.
<b>Хирургическое лечение</b>	
При наличии сопутствующей патологии	плановое хирургическое лечение в сезон пыления причинно-значимых аллергенов
<b>Методы нетрадиционной и альтернативной медицины</b>	
Отсутствуют доказательства положительного влияния гомеопатии, фитотерапии, гипноза, применение ионизаторов воздуха, физиотерапия.	Рекомендовано иглоукалывание в комплексной терапии для уменьшения выраженности симптомов.

### Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии оценки качества	Оценка выполнения да/нет
1	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача аллерголога первичный	Да/нет
2	Проведена передняя риноскопия	Да/нет
3	Проведено аллергологическое обследование (кожное тестирование с небактериальными аллергенами или определение уровня аллерген-специфических IgE антител при противопоказаниях к кожным пробам)	Да/нет
4	Терапия системными антигистаминными препаратами	Да/нет
5	Терапия противоаллергическими препаратами, кроме ГКС, и/или ГКС назального применения и/или назначение блокаторов рецепторов к АЛП в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний	Да/нет
6	Выполнена терапия другими назальными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/нет
7	Выполнен повторный прием врача-аллерголога	Да/нет

## Алгоритм ведения пациента с аллергическим ринитом

