

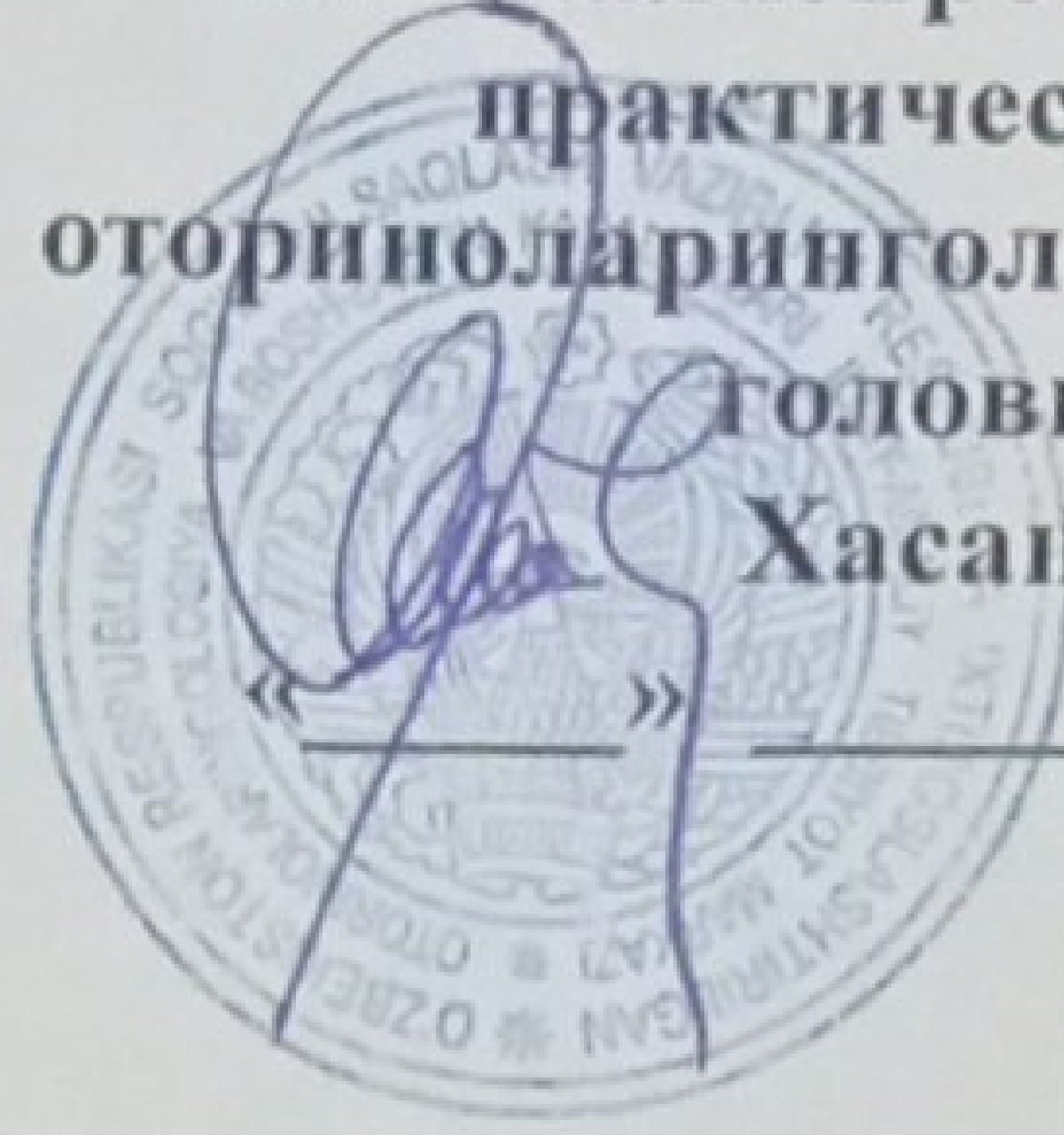
Приложение 4  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
ОТОЛАРИНГОЛОГИИ И ХИРУРГИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ  
УЗБЕКИСТАНА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ «АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

**"УТВЕРЖДАЮ"**  
Директор Республиканского  
специализированного научно-  
практического центра  
оториноларингологии и заболеваний  
головы и шеи  
Хасанов У.С.  
\_\_\_\_\_ 2025 год



**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО  
НОЗОЛОГИИ «АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И  
ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ  
«АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

## **1. Вводная часть**

– МКБ-10 шифр аллергический ринит J 30

- **Международная классификация болезни – МКБ-10 шифр:**

МКБ-10	
Код	Аллергический ринит J 30
	<a href="http://mkb-10.com">mkb-10.com</a>
МКБ-11	
SC 90	Аллергический ринит
	<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2112395905">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2112395905</a>

- **Дата разработки и пересмотра протокола:** 2025 год., дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

- **Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:** Ассоциации отоларингологии, хирургии головы и шеи Узбекистана.

**В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:**

По организации процесса члены рабочей группы по направлению оториноларингологии сотрудники кафедр оториноларингологии ЦРПКМР и ТМА.

**Список основных авторов, дополнительного коллектива авторов (Ф.И.О., Место работы, звание/должность);**

1. Хасанов У.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТМА, д.м.н., профессор;

2. Эргашев У.М. доцент кафедры Оториноларингология ТМА, к.м.н.,

3. Амонов Ш.Э зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТашПМИ, д.м.н., профессор;

4. Арифов С.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТашИУВ, д.м.н., профессор;

5. Ботиров А.Ж. ассистент кафедры Оториноларингология ТМА, к.м.н.,

6. Шаумаров А.З. к.м.н., старший преподаватель кафедры Оториноларингологии ТМА,

7. Жуманов Д.А. ассистент кафедры Оториноларингология ТМА, к.м.н.,

8. Джабборов Н.Н. ассистент кафедры Оториноларингология ТМА,

9. Абдуллаев У.П., ассистент кафедры Оториноларингологии ТМА.

- **Рецензенты:** Внешний: Генеральный секретарь ассоциации Оториноларингологов Республики Казахстан, заведующий Центра оториноларингологии, главный внештатный оториноларинголог Республики Казахстан, д.м.н., профессор Мухамадиева Г.А.

Внутренний: Шамсиев Д.Ф. зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТГСИ, д.м.н., профессор;

- **Обсуждено** в заседании Совета Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра Оториноларингологии и заболеваний головы-шеи, протокол №5, от \_\_\_\_\_ г.;

**Экспертная оценка со стороны специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:**

1. Ашуров А.М. д.м.н. главный эксперт Уз Минздрава по ЛОР специальности

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.Э, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

**Сокращения, используемые в протоколе:**

КТ	компьютерная томография
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
ОРВИ	острая респираторная вирусная инфекция
УВЧ	Ультра высокочастотная терапия

- **Пользователи протокола по данной нозологии:** врачи общей практики, оториноларингологи.
- **Категория пациентов в данной нозологии:** взрослые.
- **Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.**

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической

	ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

## 2. Основная часть.

**2.1. Введение.** Аллергический ринит представляет собой серьезную проблему общественного здравоохранения во всем мире, затрагивая как развитые, так и развивающиеся страны. Во всем мире аллергическим ринитом страдают более 400 миллионов человек, при этом уровень распространенности составляет от 10% до 30% среди взрослых и более 40% среди детей. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10582485/#:~:text=Globally%2C%20allergic%20rhinitis%20affects%20more,and%20over%2040%25%20among%20children.>

В Республике Узбекистан распространенность аллергического ринита колеблется от 12 до 24%. Следует отметить, что в разных регионах республики отмечается гиподиагностика этого заболевания. В Республике Узбекистан по поводу поллиноза к врачам обращаются от 10 до 20% населения, аллергического ринита - от 9 до 16% а по некоторым данным - до 32.7%.

**2.2. Определение:** Аллергический ринит – это заболевание, вызванное опосредованной IgE воспалительной реакцией, развивающейся в результате попадания аллергенов на слизистую оболочку полости носа, и проявляющееся четырьмя основными симптомами: выделениями из носа, затруднением носового дыхания, чиханием, зудом в полости носа.

Эти симптомы носят обратимый характер и способны к обратному развитию после прекращения экспозиции аллергенов или под воздействием лечения.

**Патогенез аллергического ринита.** Аллергический ринит является IgE-обусловленным заболеванием и относится к аллергическим реакциям немедленного типа. Проявления реакции гиперчувствительности немедленного типа включают в себя зуд, чихание и водянистые выделения из носа, которые развиваются в результате IgE-зависимой активации тучных клеток в слизистой оболочке полости носа. Эти симптомы могут утомлять и раздражать, негативно влиять на качество жизни больного. Высвобождаемые медиаторы содержатся в гранулах (например, гистамин, триптаза) или в оболочке клеток (лейкотриены B<sub>4</sub> и C<sub>4</sub> и простагландин D<sub>2</sub>). При этом триптаза, химаза, катепсин G, карбоксипептидаза вызывают повреждение межклеточного соединительно-тканного матрикса. Гистамин и гепарин резко повышают проницаемость сосудов и являются причиной сокращения гладких мышц стенок сосудов. В ходе аллергического воспаления выделяется

множество иммуномедиаторов: интерлейкины -3, -4, -5, -13, гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор (GM-CSF). Если IL-4 и IL-13 стимулируют ответ Т-хелперов типа 2 и тем самым усиливают продукцию IgE, то IL-3, IL-5 и GM-CSF вызывают дифференцировку, привлечение и активацию эозинофилов, роль которых в патогенезе аллергического ринита до недавнего времени недооценивалась. Особую роль в развитии аллергического воспаления играет и фактор некроза опухолей- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), который в преформированном виде находится в гранулах тучных клеток. Этот медиатор сам по себе может индуцировать весь каскад реакций воспаления, но при этом он также стимулирует продукцию иммуоцитоклинов различными типами клеток и вызывает активацию эндотелия, что способствует привлечению в формирующийся очаг аллергического воспаления различных клеток воспаления, прежде всего нейтрофилов и макрофагов. Эту функцию хематтрактанта выполняет и белок MIP-1 $\alpha$ , также содержащийся в гранулах тучных клеток. Еще одним медиатором является фактор активации тромбоцитов (ФАТ), который вызывает миграцию всех лейкоцитов в очаг воспаления, усиливает продукцию лейкотриенов и простагландинов, а также вызывает активацию нейтрофилов, эозинофилов и кровяных пластинок. Медиаторы оказывают сосудорасширяющее действие и повышают проницаемость сосудов, что приводит к блокаде полости носа. Повышенная секреция сопровождается появлением слизистых выделений из носа. Стимуляция афферентных нервных волокон вызывает зуд и чихание. Кроме того, афферентная стимуляция (особенно под влиянием гистамина) может усилить аксонный рефлекс с местным высвобождением нейропептидов (субстанция P, тахикинины), которые, в свою очередь, вызывают дальнейшую дегрануляцию тучных клеток.

В течение нескольких минут после контакта с аллергеном появляются зуд, чихание и ринорея. В зависимости от дозы аллергена и индивидуальной чувствительности к нему у части больных аллергией через 6–12 часов развиваются проявления поздней фазы аллергической реакции. Последняя характеризуется еще большей гиперреактивностью слизистой оболочки носа, которая может быть специфической (по отношению к определенному аллергену) или неспецифической (повышенная чувствительность к раздражающим стимулам, таким как табачный дым или бытовые аэрозоли). Исследование смывов из полости носа подтвердило наличие повышенного числа медиаторов гиперчувствительности как в раннюю, так и позднюю фазы аллергической реакции.

В смывах было обнаружено увеличение числа эозинофилов, особенно в позднюю фазу, а также базофилов.

При повторном воздействии аллергена число частиц пыльцы, способных вызывать ответную реакцию, значительно снижается. Сенсibilизация не развивается, если временной интервал между контактами с аллергеном превышает 1 неделю. Сенсibilизацию слизистой оболочки носа связывают с выбросом воспалительных клеток в ответ на воздействие аллергена. Клиническое значение этого феномена заключается в том, что у

сенсibilизированных больных в весеннее время симптомы ринита могут появиться даже при контакте с небольшим количеством пыльцы растений. Возможность сенсibilизации подчеркивает важность ранней противовоспалительной терапии, которую лучше начать еще до начала воздействия аллергена.

Ринит, вызванный пылью растений, – это наиболее часто встречающийся тип аллергического ринита, возникающий под воздействием аллергена. Ринит сопровождается увеличением количества эозинофилов, базофилов и тучных клеток в слизистой оболочке. Высвобождение различных медиаторов из этих клеток как при аллергическом воспалении, так и при неспецифической гиперреактивности, вовлекает в процесс другие клетки. Гистамин считается одним из главных эффекторов воспалительной реакции, обеспечивающих развитие специфических симптомов аллергии, таких как отек слизистой оболочки и появление водянистого отделяемого. Однако в развитии клинических симптомов участвуют также и другие медиаторы, цитокины, нейропептиды, адгезивные молекулы и различные клетки.

Очень важной чертой аллергического ринита является экссудация плазмы в воздухоносные пути и прилежащие ткани как реакция слизистой оболочки носа на аллергическое или воспалительное воздействие. Сильная васкуляризация – это одна из главных черт слизистой оболочки носа, и изменение характера циркуляции в кровеносных сосудах может быстро привести к заложенности носа и к экссудации. В свою очередь, секреция из носа регулируется разнообразными нервными путями, опосредованными мускариновыми и холинергическими рецепторами.

Аллерген-специфические IgE-антитела играют центральную роль в патогенезе реакций гиперчувствительности I типа. Это связано с их способностью специфически связываться с высокоаффинными рецепторами для IgE на мембранах тучных клеток и выступать в качестве посредников при высвобождении из тучных клеток различных медиаторов и провоспалительных цитокинов в ответ на попадание аллергена. IgE-антитела производятся В-лимфоцитами после стимуляции интерлейкинами-4 (IL-4), IL-5 и IL-13. Большинство Т-клеток, вовлеченных в аллергический ответ, это – Т-хелперы 2 типа. Они выделяют цитокины, регулирующие синтез IgE и способствующие созреванию и привлечению эозинофилов в очаг воспаления. Исследования клеток, инфильтрирующих слизистую оболочку во время сезона цветения, показали, что количество клеток, опосредующих воспалительные реакции, коррелировало с тяжестью симптомов. Эозинофилы и тучные клетки, в основном дегранулированные, почти всегда обнаруживаются в слизистой оболочке и подслизистой основе. Клетки Лангерганса, различные типы лимфоцитов и другие клетки, опосредующие воспалительные реакции, выделяют медиаторы, которые запускают и углубляют аллергическую реакцию. В период цветения эти медиаторы обнаруживаются даже в назальном секрете. При продолжительном воздействии аллергена при сезонных и круглогодичных аллергических ринитах, также имеет место накопление эозинофилов в тканях.

Во время цветения растений в слизистой оболочке полости носа увеличивается число эозинофилов. Важно отметить, что в этот период повышается число “активированных” эозинофилов, продуцирующих медиаторы. Также наблюдается миграция тучных клеток в эпителий слизистой оболочки. Воспалительные изменения сохраняются на протяжении всего периода цветения растений и приводят к развитию гиперреактивности слизистой оболочки и обострению ринита при воздействии неспецифических триггеров (табачный дым, резкие запахи, изменения температуры окружающей среды, физическая нагрузка).

У больных с сохраняющимися симптомами ринита постоянно обнаруживают признаки хронического воспаления в слизистой оболочке и подслизистом слое, развивающиеся в результате непрерывного воздействия аллергенов, например клещей домашней пыли (*Dermatophagoides pteronyssinus* и *D. farinae*), тараканов и домашних животных (особенно кошек, собак и лошадей). Воспалительные инфильтраты состоят из тучных клеток, эозинофилов, Т-лимфоцитов и макрофагов. Персистирование воспалительной реакции объясняет частую потребность в местном применении кортикостероидов с целью уменьшения симптомов ринита. Изучение биоптатов слизистой оболочки носа у больных с круглогодичным аллергическим ринитом подтвердило наличие хронического воспаления. Особое значение имеют выраженность воспаления и персистирование аллергической воспалительной реакции.

Аллергический ответ подразделяется на реакции ранней и поздней фазы. На ранней стадии аллергический ринит представляет собой опосредованную иммуноглобулином Е (Ig E) реакцию на вдыхаемые аллергены, вызывающие воспаление, управляемое хелперными клетками 2 типа (Th2). [2] Первоначальный ответ возникает в течение 5–15 минут после воздействия антигена, что приводит к дегрануляции тучных клеток хозяина. При этом высвобождаются различные предварительно сформированные и вновь синтезированные медиаторы, включая гистамин, который является одним из основных медиаторов аллергического ринита. Гистамин вызывает чихание через тройничный нерв, а также играет роль в ринорее, стимулируя слизистые железы. Другие иммунные медиаторы, такие как лейкотриены и простагландины, также принимают участие, поскольку они действуют на кровеносные сосуды, вызывая заложенность носа. Через четыре-шесть часов после первоначального ответа происходит приток цитокинов, таких как интерлейкины (IL)-4 и IL-13, из тучных клеток, что указывает на развитие поздней фазы ответа. Эти цитокины, в свою очередь, способствуют проникновению эозинофилов, Т-лимфоцитов и базофилов в слизистую оболочку носа и вызывают отек носа с последующей заложенностью. [3]

НеIgE-опосредованная гиперреактивность может развиваться вследствие эозинофильной инфильтрации и облитерации слизистой оболочки носа. Слизистая оболочка носа становится гиперреактивной на обычные

раздражители (такие как табачный дым и холодный воздух) и вызывает такие симптомы, как чихание, ринорея и зуд в носу. [4]

Есть данные, позволяющие предположить наличие генетического компонента аллергического ринита, но высококачественные исследования, как правило, отсутствуют. У монозиготных близнецов конкордантность составляет от 45% до 60%, а у дизиготных близнецов уровень конкордантности составляет примерно 25% при развитии АР. Определенные участки хромосом 3 и 4 также коррелируют с аллергическими реакциями

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538186>

### **2.3. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

В зависимости от этиологического фактора выделяют:

- сезонный (САР)
- круглогодичный / бытовой (КАР) или профессиональный АР.

По характеру течения выделяют:

- интермиттирующий АР – симптомы беспокоят менее 4 дней в неделю или -- менее 4 нед в году;
- персистирующий АР – симптомы беспокоят более 4 дней в неделю и более 4 нед в году.

По степени тяжести:

- легкая степень – у пациента имеются слабовыраженные симптомы ринита, которые не нарушают дневную активность и сон;
- средняя степень – симптомы ринита препятствуют работе, учебе, занятиям спортом, нарушают сон пациента;
- тяжелая степень – симптомы значительно ухудшают качество жизни пациента, который в отсутствие терапии не может нормально работать, учиться, заниматься спортом; значительно нарушается ночной сон.

По стадии заболевания:

- Обострение
- ремиссия.

Формулировка диагноза включает указание спектра аллергенов, к которым выявлена повышенная чувствительность.

Признаки и симптомы аллергического ринита включают следующее:

- Чихание ( приступообразное, чаще в утренние часы )
- заложенность носа, характерное дыхание через рот, сопение, храп, изменение голоса
- Зуд: нос, глаза, уши, небо.
- Ринорея (водянистые выделения из носа)
- После носовых капель
- гипосмия (снижение обоняния)

- Головная боль
- Ушная боль
- гиперемия конъюнктивы и отек склер
- Усталость
- Сонливость
- Недомогание

<https://emedicine.medscape.com/article/134825-overview?form=fpf>

Дополнительные симптомы АР развиваются вследствие обильного выделения секрета из носа, нарушения дренирования околоносовых пазух и проходимости слуховых труб:

- раздражение, отечность, гиперемия кожи над верхней губой и у крыльев носа;
- носовые кровотечения вследствие форсированного сморкания и травматичного туалета носа;
- боль в горле, покашливание (проявления сопутствующего аллергического фарингита, ларингита);
- боль и треск в ушах, особенно при глотании;
- нарушение слуха (проявления аллергического тулоотита).

Основным признаком круглогодичных ринитов является хроническая заложенность носа, которая у детей может привести к хроническому среднему отиту; симптомы разнообразны по тяжести на протяжении г. Зуд менее выражен по сравнению с сезонным ринитом. Могут развиваться хронический синусит, а также носовые полипы.

Из объективных признаков следует отметить отечные, багрово-синюшные носовые раковины и, в некоторых случаях сезонного ринита, инъекцированные конъюнктивы и отек век.

Если присутствует аллергический конъюнктивит, симптомы будут включать: двусторонний зуд глаз от легкой до тяжелой степени, гиперемию конъюнктивы, светочувствительность, отек век и водянистые или вязкие выделения.

### **3. Методы, подходы и процедуры диагностики**

Обследование пациентов с АР включает:

- Жалобы:
  - насморк и заложенность носа (заложенность)
  - Слезящиеся, зудящие, красные глаза (аллергический конъюнктивит).
  - Чихание
  - Кашель

-Зуд в носу, нёбе или горле. зуд, реже чувство жжения в носу (иногда сопровождается зудом неба и глотки). Зуд носа может проявляться характерным симптомом – «аллергическим салютом» (постоянное почесывание кончика носа с помощью ладони движением снизу вверх), в результате чего у части пациентов появляется поперечная носовая складка, расчески, царапины на носу;

- Слизь, стекающая по задней стенке горла (постназальное затекание).

- Опухшая кожа под глазами с синяками (аллергический блеск).

- Сильная усталость (усталость), часто из-за плохого сна.

- Аллергологический анамнез – сбор анамнеза, который имеет первостепенное значение в диагностике АР. Необходимо обращать внимание на продолжительность симптомов заболевания, выявление возможных триггеров, его провоцирующих, ответ на фармакотерапию, наличие сопутствующих заболеваний, семейного анамнеза атопии, влияние на течение заболевания экологических факторов, наличие профессиональных вредностей, а также влияние всех этих факторов на качество жизни пациента. Правильно собранный анамнез помогает определить возможные пусковые механизмы в развитии АР и предполагаемые причинно-значимые аллергены. Физикальное обследование – обращают внимание на затрудненное носовое дыхание, приступообразное чихание, постоянное обильное отделение водянистого секрета из полости носа. В случае присоединения вторичной инфекции выделяемый секрет может носить слизистогнойный характер. Аллергологические исследования – проведение специфической аллергологической диагностики включает постановку кожных проб с аллергенами, определение специфических IgE-антител, проведение назального провокационного теста со специфическими аллергенами.

- Инструментальные исследования – при передней риноскопии отмечают значительное количество водянистого секрета, резкий отек носовых раковин, ярко-красный цвет слизистой оболочки в период обострения сезонного АР, серый или цианотичный цвет – при круглогодичном АР, наличие характерной «мраморности» слизистой оболочки (симптом Воячека).

- Эндоскопическое исследование полости носа имеет значение в основном для дифференциальной диагностики с носовым полипозом, искривлениями носовой перегородки. Характерных эндоскопических признаков, свойственных исключительно аллергическому риниту, нет. Отечные носовые раковины и бледная слизистая оболочка с синюшными пятнами Воячека считаются характерными признаками аллергического ринита, но в то же время аналогичную картину можно наблюдать при медикаментозном и при идиопатическом рините.

- Дополнительные инструментальные исследования: рентгенологическое исследование полости носа и придаточных пазух носа; компьютерная томография полости носа и придаточных пазух носа; риноманометрия; эндоскопическое исследование полости носа; аппликационная проба с

раствором адреналина гидрохлорида 0,1% для демонстрации обратимости назальной обструкции. Оценка наличия сопутствующих заболеваний: астма, синусит, ларингит, фарингит хронический, средний отит, снижение слуха, головная боль.

Оценки качества жизни: учеба, работа, нарушение сна и социальной активности. Оценивают изменение качества жизни больных АР с помощью специальных вопросников RQLQ (Rhino conjunctivitis quality of life questionnaire – вопросник для оценки качества жизни при риноконъюнктивитах) и WPAI-S (Alergic-specific work productivity and activity impairment questionnaire – вопросник по аллерген-специфическому нарушению работоспособности)

<https://cyberleninka.ru/article/n/allergicheskiy-rinit-sovremennye-metody-terapii/viewer>

#### **Лабораторные обследования:**

- Общий анализ крови проводят с целью выявления эозинофилии (чаще обнаруживают в период обострения заболевания).

- Цитологическое исследование. Изучение мазков и смывов из полости носа позволяет проводить дифференциальный диагноз между аллергическим и инфекционным ринитом. Для аллергического ринита и неаллергического ринита с синдромом эозинофилии (NARES) характерна эозинофильная инфильтрация (характерно увеличение относительного количества эозинофилов до 10% и более от общего количества клеток), в то время как при бактериальной инфекции выявляются нейтрофилы.

Следует отметить, что этот метод на практике не всегда является абсолютно надежным – в ряде случаев возможно отсутствие эозинофилов в носовом секрете больных аллергическим ринитом. Это снижает диагностическую ценность метода.

- Кожные пробы. Кожные реакции гиперчувствительности немедленного типа используют для выявления IgE-зависимой аллергии. Эти пробы являются основным методом диагностики в аллергологии. Результаты адекватно выполненных проб позволяют подтвердить наличие специфической аллергии, хотя этот метод имеет определенные недостатки. Обычно используют пробы уколом (прик-тест), когда стандартный набор аллергенов наносят на кожу предплечья, затем тонкой иглой прокалывают кожу в месте нанесения диагностикумов, и через определенное время измеряют размеры кожного волдыря. В нашей стране этот метод стал шире использоваться в последние годы, но пока не заменил полностью скарификационных проб. Последние являются более чувствительными, но менее специфичными и дают большее число ложноположительных реакций.

#### **4. Лечение АР.**

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

– медикаментозную терапию;

- элиминационные мероприятия;
- АСИТ.

Таблица 1. Ступенчатый подход к терапии аллергического ринита

Иммунотерапия (АСИТ)			
Контроль факторов внешней среды (элиминационные мероприятия)			
Рассмотреть хирургическое лечение сопутствующей патологии			
Фармакотерапия для контроля симптомов			
1-я ступень	2-я ступень	3-я ступень	4-я ступень (лечение только специалистом)
Один из: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Н1-АГ</li> <li>• интраназальные АГ</li> <li>• кромоглициевая кислота (назальный препарат)</li> <li>• АЛТ</li> </ul>	Один из: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ИНГКС (предпочтительно)</li> <li>• Н1-АГ</li> <li>• интраназальные АГ</li> <li>• АЛР</li> </ul>	Комбинация ИНГКС с одним или более из: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Н1-АГ</li> <li>• интраназальные АГ</li> <li>• АЛР</li> </ul>	Рассмотреть терапию тяжелого АР омализумабом 1
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 увеличить терапию (step-up)			

Примечание. нсН1-АГ – антигистаминные средства системного действия без седативного эффекта (последнего поколения); АЛР – антагонисты лейкотриеновых рецепторов; ИНГКС – интраназальные глюкокортикостероиды – кортикостероиды для местного, назального применения (код по АТХ R01AD). 1 – назначение омализумаба возможно для пациентов 12 лет и старше при недостаточной эффективности предшествующей терапии.

**Медикаментозная терапия.** Пациентам с АР рекомендуется назначение следующих препаратов:

Антигистаминные средства системного действия без седативного эффекта (последнего поколения) с целью уменьшения зуда в полости носа, чихания, ринореи, заложенности носа (нсН1-АГ):

- дезлоратадин,
- левоцетиризин,
- лоратадин,
- фексофенадин,
- цетиризин,
- эбастин,
- рупатадин,
- биластин.

Не рекомендуется пациентам с АР назначать антигистаминные средства системного действия с седативным эффектом (первого поколения) ввиду наличия у них выраженных побочных эффектов.

Назальные противоаллергические препараты (интраназальные антигистаминные препараты) с целью быстрого уменьшения выраженности основных симптомов АР:

- азеластин,
- левокабастин.

Назальные препараты кортикостероидов с целью уменьшения заложенности носа, зуда в полости носа, чихания, ринореи:

- мометазон,
- флутиказона фуроат,
- флутиказона пропионат,
- будесонид,
- беклометазон.

Кортикостероиды в комбинации с другими препаратами (назальные комбинированные препараты, содержащие интраназальный антигистаминный препарат и кортикостероид) с целью уменьшения выраженности всех симптомов АР при сокращении количества используемых препаратов:

- флутиказон/азеластин спрей назальный дозированный,
- мометазон/азеластин спрей назальный дозированный,
- мометазон/олопатадин спрей назальный дозированный.

Пациентам с АР, в том числе в сочетании с БА, рекомендуется рассмотреть возможность назначения антагонистов лейкотриеновых рецепторов с целью реализации противоаллергического, противовоспалительного и противоастматического действия:

- монтелукаст.

При необходимости сочетанного применения антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта и назначения антагонистов лейкотриеновых рецепторов рекомендуется рассмотреть возможность назначения монтелукаста в комбинации с другими препаратами (антигистаминными средствами системного действия без седативного эффекта) с целью уменьшения выраженности всех симптомов АР при сокращении количества используемых препаратов:

– монтелукаст/левоцетиризин.

Пациентам с легкой степенью тяжести АР рекомендуется рассмотреть возможность назначения кромоглициевой кислоты (назальный препарат) с целью уменьшения чихания, ринореи и заложенности носа:

– кромоглициевая кислота спрей назальный дозированный.

Пациентам с обострением АР и выраженной назальной обструкцией рекомендуется применение адреномиметиков для местного применения (симпатомиметики, сосудосуживающие средства, стимуляторы альфа-1-адренорецепторов, деконгестанты) коротким курсом от 3 до 7 дней с целью уменьшения заложенности носа:

– оксиметазолин спрей назальный дозированный или капли для носа,

– ксилометазолин спрей назальный дозированный или капли для носа.

Пациентам с АР при тяжелом обострении и/или неэффективности препаратов, используемых на 3-й ступени терапии (антигистаминные средства системного действия, антагонисты лейкотриеновых рецепторов, кортикостероиды назального применения), рекомендуется рассмотреть возможность назначения глюкокортикоидов (системного действия, пероральных) коротким курсом с целью уменьшения выраженности всех симптомов АР:

– преднизолон,

– метилпреднизолон,

– дексаметазон.

Пациентам с тяжелым персистирующим течением АР и/или тяжелым обострением и при неэффективности препаратов, используемых на 3-й ступени терапии (антигистаминные средства системного действия, антагонисты лейкотриеновых рецепторов, кортикостероиды назального применения), следует рассмотреть возможность назначения омализумаба с целью уменьшения выраженности всех симптомов АР и уменьшения потребности в препаратах симптоматической терапии.

Элиминационные мероприятия. Всем пациентам с АР рекомендуется проведение элиминационных мероприятий в отношении причинно-значимых аллергенов с целью уменьшения выраженности симптомов АР и снижения фармакологической нагрузки.

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

При применении кортикостероидов (назальных препаратов) рекомендуется проведение «назального душа» с целью удаления избытка отделяемого, препятствующего эффективному контакту кортикостероида со слизистой оболочкой носа, и профилактики развития побочных эффектов (сухость слизистой оболочки, носовые кровотечения).

Аллерген-специфическая иммунотерапия. Рекомендуются всем пациентам с АР в период ремиссии, в том числе медикаментозной, с целью уменьшения выраженности всех симптомов АР и снижения потребности в препаратах симптоматической и базисной терапии.

Организация оказания медицинской помощи. Лечение АР, в большинстве случаев, проводят в амбулаторных условиях. При клинической необходимости может быть оказана медицинская помощь в любой форме и условиях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- крайне тяжелое и/или осложненное течение заболевания (экстренная/неотложная);
- у детей – тяжелое обострение с выраженной назальной обструкцией (экстренная/неотложная);
- необходимость проведения ускоренного курса АСИТ в условиях элиминации аллергена (плановая).

Экспертиза по назначению таргетной терапии для пациентов с АР осуществляется с проведением врачебного консилиума.

<https://www.mediasphera.ru/issues/non-nocere/2023/4/1265864282023041044>

#### **4.1. Особенности лечения АР у беременных и в период грудного вскармливания**

При диагностике АР у беременных необходимо учитывать возможность наличия такого распространенного состояния, как ринит беременных, обусловленного физиологическими изменениями во время гестации (повышением уровня эстрогенов и плацентарного гормона роста). Ринит беременных - это заложенность носа, возникающая во время беременности, не сопровождающаяся признаками респираторной инфекции или аллергии и полностью проходящая в течение 2 недель после родов. Выявление сенсibilизации к определенным респираторным аллергенам будет в пользу АР. Кожное тестирование во время беременности и лактации не проводится из-за существующего, пусть и минимального, риска развития анафилаксии. Для аллергообследования в период беременности и кормления проводится исследование уровня специфических IgE в сыворотке крови. При лечении АР у беременных и кормящих грудью предпочтение отдается элиминационным мероприятиям, включая ирригационную терапию. При недостаточной эффективности элиминационных подходов фармакологическое лечение назначают с учетом потенциальных рисков для течения беременности, здоровья матери и будущего ребенка. По этическим соображениям у беременных не проводилось контролируемых исследований для препаратов, используемых при АР. Соответственно, для этих препаратов не существует данных, продемонстрировавших отсутствие риска для плода в любом триместре беременности (категория А по классификации риска токсического влияния на плод Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (Food and Drug Administration, FDA). Некоторые медикаменты, используемые для лечения АР, относятся к группе

В (отсутствие риска в исследованиях у беременных животных, наличие данных систематических обзоров исследований «случай-контроль» об использовании у беременных женщин), которые не имеют доказательств риска для человека: лоратадин, цетиризин, будесонид, кромоглициевая кислота. Большинство препаратов, применяемых при АР, относится к группе С (существует шанс вреда для плода, но потенциальная польза может перевесить потенциальный риск). Нежелательно назначение лекарственных средств в I триместре беременности (в период эмбриогенеза), кроме случаев, обусловленных жизненной необходимостью. При назначении терапии в период грудного вскармливания следует по возможности ограничиться лекарственными средствами для местного применения с минимальной системной биодоступностью. Все препараты для системного применения, используемые для лечения АР, проникают в грудное молоко, соответственно, при необходимости их назначения следует рассмотреть вопрос о прекращении грудного вскармливания

**6. Осложнения.** Хронический риносинусит, хотя и отличается от аллергического ринита, может быть осложнением АР. Он характеризуется воспалением носа с симптомами заложенности носа или выделениями, продолжающимся более 3 месяцев. При хроническом риносинусите могут наблюдаться также проявления полипов носа (полипоз носа), образующихся в результате хронического воспаления слизистой оболочки околоносовых пазух. Полипы носа обычно доброкачественные и располагаются двусторонне. Односторонние полипы носа должны вызывать опасения относительно их злокачественности. Заболеваемость полипами носа среди населения в целом составляет примерно 4% и чаще встречается у мужчин. Варианты лечения включают местные стероиды и орошение солевым раствором. Хирургическое удаление предназначено для пациентов, которые не реагируют на медикаментозную терапию.

Также известно, что сенсibilизация к аллергенам при АР может изменять иммунологические параметры аденоидов, приводя к их гипертрофии. [4] Дисфункция евстахиевой трубы обычно проявляется у пациентов с АР и проявляется заложенностью ушей, оталгией и хлопанием в ушах. Приблизительно от 10 до 40% пациентов с АР также страдают астмой, и некоторые исследования показывают, что астма чаще встречается при умеренном и тяжелом персистирующем рините. Многие исследования показали, что АР является независимым фактором риска развития астмы, особенно у пациентов, у которых АР диагностирована в младенчестве. Некоторые другие сопутствующие осложнения включают средний отит с выпотом, постоянный кашель и эозинофильный эзофагит, хотя существует необходимость более четкого определения связи.

У пациентов, проходящих десенсибилизацию аллергена (прививки от аллергии), может возникнуть острое обострение ринита или астмы, или, в худшем случае, у пациента может развиваться анафилаксия. Поэтому

сотрудники отделений, предоставляющих такую терапию, должны хорошо разбираться в диагностике и лечении таких тяжелых реакций и иметь в наличии соответствующие лекарства для неотложной помощи (особенно адреналин) и оборудование для обеспечения проходимости дыхательных путей.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538186/>

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ  
ПРОТОКОЛЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПО  
НОЗОЛОГИИ «АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ  
РИНИТ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

**1. Основная часть. Ведение.** Аллергический ринит (АР) — атопическое заболевание, характеризующееся симптомами заложенности носа, прозрачной ринореей, чихания, постназального затекания и назального зуда. Оно затрагивает каждого шестого человека и связано со значительной заболеваемостью, потерей производительности и расходами на здравоохранение. Исторически считалось, что АР представляет собой заболевание только носовых дыхательных путей. Тем не менее, развитие единой теории дыхательных путей классифицировало АР как компонент системной аллергической реакции, при этом другие связанные состояния, такие как астма и атопический дерматит, имеют общую системную патологию. АР можно классифицировать как сезонную (интермиттирующую) или круглогодичную (хроническую), при этом примерно 20% случаев являются сезонными, 40% — многолетними и 40% — с признаками того и другого. В дополнение к назальным симптомам у пациентов с АР также может наблюдаться сопутствующий аллергический конъюнктивит, непродуктивный кашель, дисфункция евстахиевой трубы и хронический синусит. После постановки диагноза АР поддается лечению различными методами, при этом интраназальные глюкокортикоиды являются терапией первой линии.

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538186/#:~:text=Allergic%20rhinitis%20\(AR\)%20is%20an,subsequent%20leukotriene%2Dmediated%20late%20phase.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538186/#:~:text=Allergic%20rhinitis%20(AR)%20is%20an,subsequent%20leukotriene%2Dmediated%20late%20phase.)

Факторы, предрасполагающие к развитию аллергического ринита:

- генетическая предрасположенность;
- повышенный уровень IgE в сыворотке крови (IgE > 130 МЕ/мл);
- высокая экспозиция аллергенов (бытовых, пылевых и т.д.);
- повышенная проницаемость слизистых оболочек;
- нарушение их барьерной функции.

Слизистая оболочка верхних дыхательных путей покрыта однослойным многорядным мерцательным эпителием, который образует тонкий и весьма ранимый барьер, постоянно бомбардируемый огромным количеством «живого и мертвого» антигенного материала. Слизистая является первым барьером на пути проникновения чужеродных агентов различной природы, ее состояние во многом определяет развитие воспалительного процесса. Иммуитет слизистых является многоуровневой системой, его состояние и нарушение функции может привести к развитию патологии.

[https://www.rmj.ru/articles/allergologiya/Profilaktika\\_i\\_lechenie\\_allergicheskogo\\_rinita/#ixzz8daZTdxFY](https://www.rmj.ru/articles/allergologiya/Profilaktika_i_lechenie_allergicheskogo_rinita/#ixzz8daZTdxFY)

## **2. Профилактические мероприятия:**

Ступенчатая профилактика АР.

- Первичная профилактика включает устранение причин, имеющих решающее значение для развития заболевания, включая изменение причинных или предрасполагающих факторов, связанных с окружающей средой и рабочим местом.

- Вторичная профилактика включает в себя избегание клинически значимых аллергенов и раздражителей.

- Третичная профилактика направлена на предотвращение обострений, тем самым улучшая контроль заболевания и снижая потребность в лекарствах, при необходимости фармакологической профилактики и аллерген-специфической иммунотерапии для пациентов с ранними симптомами

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9605427/>

Специфической профилактики аллергического ринита, к сожалению, не разработано. При уже развившейся болезни профилактические мероприятия сводятся к устранению аллергена из окружающей среды и проведению адекватного лечения. Характер профилактических мероприятий зависит от вида аллергена. Так при пищевой аллергии исключают те продукты, тесты с которыми были у пациента положительные.

При пыльцевой аллергии в период обострения, больным не рекомендуется выезжать за город, на природу. Выходить из дома лучше после 11-12 часов, когда концентрация пыльцы в воздухе уменьшается. Не рекомендуется открывать окна, особенно в первую половину дня. Желательно повесить воздухоочистители. Не ездить в машине с открытыми окнами. Не использовать травяные сборы и косметику на травах. Наиболее радикальным мероприятием является смена региона проживания на время цветения. Доказано, что на морском побережье и в горах содержание пыльцы ниже.

При бытовой аллергии рекомендуют проведение тщательной уборки не реже трех раз в неделю. Во время уборки необходимо одевать маску, препятствующую попаданию аллергенов пыли на слизистые. Подушки, матрасы, одеяла должны быть из гипоаллергенных материалов или помещаться в специальные защитные чехлы. Рекомендуют избавиться от ковров, половиков, больших мягких игрушек и других источников пыли. Вместо штор и тяжелых занавесей предпочтительнее использовать жалюзи, так как их легче

чистить. Мебель должна быть из материалов, которые можно часто вытирать. Хороший эффект имеет использование очистителей воздуха. Наиболее частым бытовым аллергеном являются клещи домашней пыли (около 50-60% от всех случаев бытовой сенсibilизации). Поэтому при уборке необходимо использовать акарицидные препараты, уничтожающие их. Высокую эффективность в борьбе с бытовыми аллергенами показали пылесосы с HEPA фильтрами.

**3. Элиминационные мероприятия:** устранение или ограничение воздействия аллергена или иных триггеров АР, исключение из рациона (ограничение) перекрестно реагирующих продуктов и лекарственных средств растительного происхождения (для пациентов с пыльцевой сенсibilизацией) (табл. 1).

Табл 1. Перекрестные пищевые и лекарственные аллергические реакции

Растения, на пыльцу которых имеется аллергия	Пищевые продукты, на которые может быть реакция	Лекарственные растения, на которые может быть реакция
Береза, ольха, лещина	Яблоки, груши, орехи, вишня, черешня, персики, абрикосы, слива, морковь, сельдерей, петрушка, мед, картофель, помидоры, киви, маслины, коньяк	Березовый лист (почки), ольховые шишки, сосновые почки
Злаковые травы	Пищевые злаки: пшеничный и ржаной хлеб, булочные изделия, овсяная и манная каша, рис, пшено, макаронны, мюсли, пшеничная водка, пиво, квас	Рожь, овес, тимофеевка, пшеница и др.
Подсолнечник, полынь, амброзия	Семена подсолнечника, подсолнечное масло, халва, майонез, горчица, дыня, арбуз, кабачки, тыква, баклажаны, огурцы, капуста, вермуты, манго	Полынь, одуванчик, лопух, пижма, золотарник, ромашка, календула, василек, череда, чертополох, мать-и-мачеха, девясил, цикорий, шиповник, подсолнечник, тысячелистник
Лебеда	Свекла, шпинат	Марь
Аллергены плесневых и дрожжевых грибов	Квашеная капуста, сыры (особенно с плесенью), сметана, йогурт, кефир,	Антибиотики группы пенициллина, витамины группы В, пивные дрожжи

виноград, сухофрукты, пиво, квас, сухие вина, шампанское
--

### Список использованной литературы.

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. Учебник для вузов. М.: Гэотар-Мед. -2002.С. 259-268.
2. Клинические рекомендации «Аллергический ринит». Non посере. Новый терапевтический журнал. 2023;(4):44-52.
3. Овчинников Ю.М., Гамов В.П. Болезни носа, глотки, гортани и уха. — М., 2003, -328с.
4. Оториноларингология // дарслик (ўзбек тили, лотин алифбосида). С.А.Хасанов, Н.Х.Вохидов Тошкент- 2013 й.
5. Оториноларингология детского возраста // учебник Қ.Қ. Қосимов , С.А Хасанов. Н.Х Вохидов Бухоро “Садриддин Салим Бухорий ” Дурдона нашриёти 2020 й.
6. Болезни уха, горла и носа. Ханс Бербом, Оливер Кашке, Тадеус Навка, Эндрю Свифт. Москва, Мед-пресс информ. 2016 г. с. 265-272.
7. Оториноларингология // В.Т.Пальчун, А.И.Крюков, М.М.Магомедов. Н.Х.Вохидов, У.Н.Вохидов. ”ГЕОТАР”-Медиа. Москва 2022 г.
8. Горячкина Л.А., Терехова Е.П. Поллиноз: современный взгляд на актуальную проблему. Фарматека. Аллергология и иммунология. Специальный выпуск, 2013: 49-56.
9. Аллергический ринит и его влияние на астму (ARIA-2008). Возможности использования в России новой версии документа. Российский аллергологический журнал, 2008, 5: 3-6.
10. Allergic Rhinitis. Shweta Akhouri; Steven A. House. University of Louisville July 16, 2023.
11. Epidemiology, Prevention and Clinical Treatment of Allergic Rhinitis: More Understanding, Better Patient Care. Yang Liu and Zheng Liu. Journal of clinical medicine/ 2022 y Oct 10.
12. Diseases of ear, nose and throat. 7-th edition. Pl. Dhingra. Elsevier, 2018 y.
13. Wilken JA, Kane RL, Ellis AK, et al. A comparison of the effect of diphenhydramine and desloratadine on vigilance and cognitive function during treatment of ragweed-induced allergic rhinitis. Ann Allergy Asthma Immunol, 2003, 91: 375-85.
14. Bachert C, Maurer M. Safety and efficacy of desloratadine in subjects with seasonal allergic rhinitis or chronic urticaria results of four postmarketing surveillance studies. Clin Drug Investig, 2010, 30(2): 109-22.