Аллергический ринит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J30.1, J30.2, J30.3, J30.4 · Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Союз педиатров России, Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Аллергический ринит — IgE-опосредованное воспаление слизистой носа, при котором ежедневно не менее часа присутствуют минимум два симптома: заложенность, ринорея, чихание или зуд. Рекомендация описывает подтверждение диагноза, оценку контроля и тяжести, медикаментозное лечение, элиминацию аллергенов и аллерген-специфическую иммунотерапию у взрослых и детей.

Главное

- Диагноз АР требует сочетания типичных симптомов, связи их с предполагаемым аллергеном и согласующихся результатов аллергологического обследования; одного только повышения общего IgE недостаточно.
- Интермиттирующий АР проявляется менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в году, персистирующий — более 4 дней в неделю и более 4 недель в году. При средней степени симптомы нарушают сон или повседневную активность, при тяжелой степени существенно ухудшают качество жизни.
- АР повышает риск бронхиальной астмы: уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств 1.
- При кашле, свистящем дыхании, приступах затрудненного дыхания или одышке проводят оценку функции внешнего дыхания; исследование также рекомендуется перед АСИТ.
- Наблюдение и лечение следует вести совместно оториноларингологом и аллергологом-иммунологом: первый оценивает полость носа, анатомические нарушения и осложнения, второй определяет аллергообследование, возможность АСИТ и исключает или подтверждает БА.
- Цель лечения — полный контроль симптомов. При продолжающемся контакте с аллергеном, табачным дымом или другими раздражителями обычно удается лишь уменьшить выраженность проявлений.
- Контроль оценивают при первичном обращении и через 2–4 недели после начала терапии с помощью теста «дыхание с закрытым ртом» и визуальной аналоговой шкалы; по ВАШ 0–50 соответствует контролируемому, а 50 и более — неконтролируемому течению.

Диагностика

1. Уточнить наличие ежедневно возникающих не менее часа двух или более симптомов: заложенности носа, ринореи, чихания и зуда. Оценить длительность, сезонность, интенсивность, влияние на сон и активность.
2. Собрать анамнез контакта с предполагаемым причинно-значимым аллергеном; выяснить наличие аллергического конъюнктивита, бронхиальной астмы, атопического дерматита и синдрома перекрестной пищевой непереносимости.
3. Провести физикальное обследование: осмотреть верхние дыхательные пути, оценить признаки сопутствующей аллергопатологии, выполнить общетерапевтический осмотр и аускультацию.
4. Выполнить переднюю риноскопию. Ищут отек носовых раковин, водянистый секрет, изменение цвета слизистой, ее пятнистость и возможные полипы.
5. Подтвердить сенсибилизацию кожными тестами при отсутствии противопоказаний. Если кожное тестирование невозможно, результаты сомнительны или не совпадают с анамнезом, определить аллерген-специфические IgE в сыворотке; результаты сопоставить с клиникой.
6. При выраженных симптомах в период обострения АР или перед проведением АСИТ провести развернутый общий анализ крови; при признаках риносинусита или маркерах бактериального воспаления — рентгенографию придаточных пазух носа.
7. При наличии симптомов риносинусита и/или маркеров бактериального воспаления провести рентгенографию придаточных пазух носа с целью исключения гнойного осложнения и определения тактики терапии.

Лечение

- Всем пациентам назначают элиминационные мероприятия в отношении причинного аллергена и используют изотонические солевые растворы для увлажнения, очищения и защиты слизистой оболочки носа. При применении назальных кортикостероидов «назальный душ» помогает удалить отделяемое и снизить риск сухости и носовых кровотечений. УУР А, УДД 1 для элиминации и солевых растворов; УУР С, УДД 5 для «назального душа».
- Для уменьшения зуда, чихания, ринореи и заложенности применяют системные антигистаминные препараты без седативного эффекта. Примеры доз для взрослых: дезлоратадин 5 мг 1 раз в сутки, левоцетиризин 5 мг 1 раз в сутки, лоратадин 10 мг 1 раз в сутки, фексофенадин 120 мг 1 раз в сутки. УУР А, УДД 1.
- При средней, средне-тяжелой и тяжелой степени АР, особенно при выраженной обструкции, применяют интраназальные глюкокортикостероиды. Например, мометазон взрослым и детям старше 12 лет — по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки; после улучшения — по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки. УУР А, УДД 1.
- При необходимости одновременного местного применения антигистаминного и кортикостероида используют назальные комбинации, например азеластин+флутиказон взрослым и детям старше 12 лет — по 1 дозе в каждый носовой ход 2 раза в сутки. УУР А, УДД 1.
- Монтелукаст рассматривают при любой степени тяжести АР, особенно при сочетании с бронхиальной астмой: детям 2–6 лет назначают 4 мг 1 раз в сутки, 6–15 лет — 5 мг 1 раз в сутки, взрослым и детям старше 15 лет — 10 мг 1 раз в сутки. УУР А, УДД 1.
- При выраженной обструкции во время обострения деконгестанты применяют коротко — 3–7 дней; длительные курсы не используют из-за риска медикаментозного ринита. Оксиметазолин взрослым и детям старше 6 лет назначают по 1–2 дозы 0,05% раствора в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки, препарат применяют 3–4 дня. УУР А, УДД 1 для короткого курса; УУР С, УДД 5 против длительного применения.
- В ремиссии при наличии показаний проводят АСИТ подкожным или сублингвальным методом. АСИТ позволяет уменьшить выраженность симптомов АР и потребность в препаратах симптоматической и базисной терапии. УУР А, УДД 1.
- При тяжелом персистирующем АР и/или тяжелом обострении, если неэффективны антигистаминные, антилейкотриеновые препараты и назальные кортикостероиды, у пациентов 12 лет и старше возможен омализумаб: подкожно 1 раз в 2 или 4 недели, в дозе от 75 до 600 мг по таблице дозирования. УУР А, УДД 1.

Когда направить и как наблюдать

- В большинстве случаев АР лечат амбулаторно. Госпитализация нужна при крайне тяжелом или осложненном течении.
- Детей госпитализируют при тяжелом обострении с выраженной назальной обструкцией.
- Плановая госпитализация возможна для ускоренного курса АСИТ в условиях элиминации аллергена.
- Диспансерное наблюдение проводит аллерголог-иммунолог или оториноларинголог: взрослым — не реже 1 раза в год, детям — не реже 2 раз в год.

Частые вопросы

Какие симптомы позволяют заподозрить аллергический ринит?

Диагностически значимы минимум два симптома — заложенность носа, выделения из носа, чихание или зуд — ежедневно в течение часа и более. Важна связь обострений с контактом с предполагаемым аллергеном.

Какой анализ подтверждает аллергию при рините?

При отсутствии противопоказаний выполняют кожные тесты. Если они невозможны, сомнительны или не согласуются с анамнезом, определяют аллерген-специфические IgE в крови; общий IgE для диагностики АР неинформативен.

Можно ли применять сосудосуживающие капли длительно?

Нет. Деконгестанты используют коротким курсом, обычно 3–7 дней; применение более 10 дней может привести к тахифилаксии, отеку слизистой и медикаментозному риниту.

Когда нужны назальные глюкокортикостероиды?

Их применяют при средней, средне-тяжелой и тяжелой степени АР, особенно при выраженной заложенности носа. Они уменьшают обструкцию, зуд, чихание и ринорею и превосходят по силе действия системные антигистаминные средства.

Когда направлять пациента на АСИТ?

АСИТ рассматривают у пациентов с АР в период ремиссии. Метод снижает симптомы и потребность в лекарствах, а также может предупредить трансформацию АР в БА и расширение спектра сенсибилизации.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/261-allergicheskij-rinit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/261_2