

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ

Скорочення

АР	Алергічний риніт
АСІТ	Алерген-специфічна імунотерапія
БА	Бронхіальна астма
ІГКС	Інтраназальні глюкокортикостероїди
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
КМП	Клінічний маршрут пацієнта
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
ОАС	Оральний алергічний синдром
ПАл	Пилкові алергени
ПХА	Перехресна харчова алергія
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

1. Паспортна частина

1.1. Діагноз: Алергічний риніт

1.2. Код за МКХ-10

J30.1-4

J30.1 Алергічний риніт, зумовлений пилом рослин

J30.2 Інший сезонний алергічний риніт

J30.3 Інший сезонний риніт

J30.4 Алергічний риніт, неуточнений

1.3. Для кого призначений протокол

Протокол призначений для керівників ЗОЗ та їх заступників, фізичних осіб підприємців, лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-педіатрів дільничних, лікарів-алергологів, лікарів алергологів дитячих, лікарів-отоларингологів, лікарів-отоларингологів дитячих, лікарів приймальної палати (відділення), лікарів-терапевтів цехової лікарської дільниці, лікарів-терапевтів підліткових, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) з алергічним ринітом.

1.4. Мета протоколу

Мета протоколу: забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до медичної допомоги пацієнтам на основі доказів ефективності медичних втручань; даних доказової медицини; встановити єдині вимоги щодо профілактики, діагностики та лікування пацієнтів з алергічним ринітом відповідно до положень адаптованої клінічної настанови, що розроблена на засадах доказової медицини; обґрунтування кадрового забезпечення та оснащення ЗОЗ, фізичних осіб підприємців, які надають медичні послуги, для надання медичної допомоги пацієнтам з алергічним ринітом (наявність фахівців, обладнання та ресурсів); визначення індикаторів якості медичної допомоги для проведення моніторингу та клінічного аудиту в ЗОЗ.

1.5. Розробники протоколу

Заболотний Дмитро Ілліч	Директор Державної установи «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка» НАМН України, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор; Голова Правління ГО «Українське наукове медичне товариство лікарів-оториноларингологів»
Гогунська Інна Володимирівна	Заступник Керівника Центру алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка» НАМН України, доктор медичних наук, старший науковий співробітник
Дитятковська Євгенія Михайлівна	Завідуюча алергологічним відділенням Комунального закладу «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» Дніпропетровської обласної ради», доктор медичних наук, Заслужений лікар України, координатор МОЗ України з питань алергології
Ліщишина Олена Михайлівна	Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», заступник голови з методологічного супроводу; кандидат медичних наук, старший науковий співробітник
Романюк Лілія Іванівна	Керівник Київського міського алергологічного центру, Головний алерголог Департаменту охорони здоров'я м. Києва, доктор медичних наук, професор
Уманець Тетяна Рудольфівна	Головний науковий співробітник відділення захворювань органів дихання та респіраторних алергозів у дітей ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», доктор медичних наук
Чоп'як Валентина Володимирівна	Проректор з наукової роботи Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, доктор медичних наук, професор
Кайдашев Ігор Петрович	Проректор з наукової роботи Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», доктор медичних наук, професор; Президент Українського товариства фахівців з імунології, алергології та імунореабілітації.
Літус Віктор Іванович	Завідувач кафедри клінічної, лабораторної імунології та алергології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, доктор медичних наук, доцент.
Заболотна Діана Дмитрівна	Старший науковий співробітник відділу запальних захворювань ЛОР-органів ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», доктор медичних наук
Зарицька Ірина Станіславівна	Провідний науковий співробітник відділу запальних захворювань ЛОР-органів ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», кандидат медичних наук
Смагіна Тетяна Василівна	Старший науковий співробітник відділу запальних захворювань ЛОР-органів ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», кандидат медичних наук

Рецензенти

Деєва Юлія Валеріївна	Завідувач кафедри отоларингології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор
Пухлік Сергій Михайлович	Завідувач кафедри оториноларингології Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор

1.6. Коротка епідеміологічна інформація

Алергічний риніт (АР) представляє собою глобальну проблему охорони здоров'я, на нього хворіє від 10 до 20% населення, а серед дітей – від 4,0 % до 40%. Останніми роками спостерігається зростання частоти алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів, що проявляється збільшенням як абсолютних (захворюваності та поширеності), так і відносних (частка в структурі алергологічної та отоларингологічної патології) показників. Згідно результатів досліджень, проведених за програмою ISAAC у багатьох регіонах світу, перше місце за поширеністю алергічних симптомів належить Україні, яка поділяє його з Великобританією.

Проте, офіційні статистичні дані в Україні щодо показників як поширеності, так і захворюваності на АР залишаються заниженими. Так, поширеність АР серед дітей за останні 10 років складає 0,5 %. Це свідчить про гіподіагностику даної патології. Слід зазначити, що дані офіційної статистики не враховують наявність АР у дітей з бронхіальною астмою (БА), оскільки 60-80 % дітей з БА страждають на АР.

II. Загальна частина

Мета УКПМД – забезпечити організацію мультидисциплінарного надання медичної допомоги пацієнтам з АР на всіх етапах надання медичної допомоги. У протоколі зосереджено увагу на етіології алергічного риніту; наводяться визначення клінічних термінів, які використовуються в якості ключових точок для прийняття рішень; наведено методи раннього (своєчасного) виявлення хвороби; зосереджено увагу на клінічних та лабораторних критеріях діагностики. Для встановлення ступеня тяжкості береться до уваги як точка зору лікаря, так і суб'єктивна оцінка стану самим пацієнтом. Представлено алгоритм первинної діагностики алергічного риніту. Додатково міститься інформація для пацієнта.

Лікарі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), фізичні особи підприємці, які надають первинну медичну допомогу, відіграють ключову роль у підвищенні обізнаності пацієнта, своєчасному виявленні та профілактиці АР.

Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з АР у кожному ЗОЗ, кожною особою підприємцем, яка надає медичні послуги, будуть розроблятися та впроваджуватися локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), у яких визначений клінічний маршрут пацієнта (КМП) та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, фізичними особами підприємцями, які надають первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, визначається відповідним наказом структурного підрозділу з питань охорони здоров'я закладу місцевого самоврядування.

При наявності у пацієнта супутньої патології враховується взаємний обтяжуючий вплив патологічних процесів і, відповідно, планується тактика ведення пацієнта. В такому випадку обсяг і порядок проведення діагностичних процедур та методів лікування може відрізнятися від вимог даного протоколу.

III. Основна частина

3.1. Для закладів охорони здоров'я, фізичних осіб підприємців, які надають первинну медичну допомогу

3.1.1. Профілактика

Обґрунтування

Елімінація алергенів, якщо це можливо, - найбільш ефективний первинний профілактичний захід.

Грудне вигодовування повинно бути рекомендоване всім дітям, оскільки воно попереджує реалізацію атопії і має суттєві переваги стосовно поживних, імунологічних і психологічних аспектів над вигодовуванням сумішами. Виключно грудне годування рекомендовано в перші 4-6 місяців життя дитини.

Повне уникнення навколишнього тютюнового диму (тобто пасивного куріння).

У немовлят і дітей дошкільного віку пропонується запровадження профілактичних заходів для зниження ризику раннього впливу кліща домашнього пилу (наприклад, прання постільної білизни та м'яких іграшок при температурі вище 55°C, використання акарицидів, гладка підлога без килимів і т.ін.).

У осіб, які зазнають впливу алергенів на робочому місці, рекомендується проводити заходи щодо усунення або зменшення впливу алергенів на робочому місці.

У пацієнтів з алергією на плісняву в приміщеннях рекомендується уникати впливу цих алергенів в домашніх умовах.

У пацієнтів з алергічним ринітом через лупу тварин, рекомендується уникати впливу цих алергенів в домашніх умовах.

Дії лікаря

А). Обов'язкові.

Проводиться санітарно-просвітницька робота серед пацієнтів щодо проблем, пов'язаних з алергічними захворюваннями і АР, зокрема.

Б). Бажані.

Лікарем проводиться санітарно-просвітницька робота серед громади шляхом висвітлення проблем алергічних захворювань і АР, зокрема; наголошується на тому, що елімінація алергенів – це найбільш ефективний профілактичний захід виникнення алергічних захворювань і АР, зокрема.

Пацієнтам з АР на руки видається інформація (див. Додаток 1) щодо проблем АР.

В приміщенні ЗОЗ розміщуються плакати, які висвітлюють проблеми алергічних захворювань та АР, зокрема.

3.1.2. Організація діагностично-лікувального процесу

Дії лікаря

А). Обов'язкові.

Лікар в нетипових клінічних ситуаціях або у випадках невідповідності критеріям позитивної динаміки направляє пацієнта на консультацію до алерголога та оториноларинголога.

За наявності сумніву у типовому перебігу хвороби, лікар призначає лікування і на контрольний огляд направляє пацієнта до алерголога та оториноларинголога.

Пацієнтів з підозрою на супутню бронхіальну астму (БА) направляють на консультацію до лікаря-алерголога.

Пацієнти з АР направляються на консультацію до оториноларинголога на предмет виключення анатомічних аномалій внутрішньносових структур та інших станів, які сприяють порушенню носового дихання.

Лікар оцінює доцільність в проведенні консультацій іншими спеціалістами.

Забезпечується передача інформації щодо первинної клінічної картини, проведених

методів дослідження, проведеного лікування у разі направлення пацієнта на консультацію до ЗОЗ, фізичних осіб підприємців, які надають вторинну чи третинну медичну допомогу (заповнення форми № 027/о).

Б). Бажані.

Моніторинг регіональної та сезонної епідемічної ситуації відносно спектру і особливостей основних алергенів, що викликають АР.

3.1.3. Діагностика

Обґрунтування

Діагноз АР виставляється на підставі клінічних даних. Висновок лікаря спирається на скарги пацієнта, анамнез, наявність сімейної схильності до розвитку алергічних захворювань, симптоми і ознаки захворювання, дані лікарського огляду та враховує суб'єктивну оцінку стану тяжкості хвороби самим пацієнтом.

Діагноз підтверджується після проведення специфічної алергологічної діагностики, спрямованої на виявлення причинних алергенів:

- кожні проби (прик-тест) зі стандартним набором алергенів;
- визначення алергенспецифічних антитіл в сироватці крові.

Дії лікаря

А). Обов'язкові.

Пацієнт з ознаками загострення риніту, оцінюється лікарем на предмет відповідності клінічної картини критеріям АР та обстежується відповідно до алгоритму первинного обстеження пацієнта з підозрою на АР (див. Додаток 2).

Пацієнт з АР направляється на консультацію до алерголога (алерголога дитячого) для проведення алергологічного обстеження..

Пацієнт з АР направляється на консультацію до отоларинголога (отоларинголога дитячого) з метою виключення анатомічних аномалій внутрішньоносових структур та інших станів, які сприяють порушенню носового дихання.

Хворий на АР з підозрою на супутню бронхіальну астму (БА) направляється на консультацію до лікаря-алерголога (при необхідності – до лікаря-пульмонолога).

3.1.4. Лікування

Обґрунтування

АР належить до тих хвороб, одужання від яких без активного лікування не відбувається.

Лікування включає:

- елімінацію причинного алергену (по можливості);
- фармакологічне лікування:
 - пероральні Н1-антигістамінні препарати другого покоління;
 - інтраназальні Н1-антигістамінні препарати у дорослих та дітей з сезонним алергічним ринітом;
 - інтраназальні глюкокортикостероїди (ІГКС); у дітей – уникати призначення інтраназального бетаметазону;
 - фіксована комбінація Н1-антигістамінних препаратів та ІГКС у дорослих та дітей віком від 12 років – при тяжкому або середньої тяжкості перебігу АР;
 - пероральні антагоністи рецепторів лейкотрієнів у дорослих і дітей з сезонним алергічним ринітом;
 - пацієнтам з алергічним ринітом і наявністю помірних чи тяжких назальних та/або очних симптомів, які не контролюються іншими методами лікування, призначається короткий курс пероральних глюкокортикостероїдів (за строгим призначенням лікаря-алерголога); у дітей слід уникати призначення пероральних глюкокортикостероїдів для лікування АР;

- у дорослих з алергічним ринітом та тяжким закладенням носа призначається дуже короткий курс (не більше 5 днів, а переважно коротше) інтраназального протинабрякового засобу під час спільного введення інших препаратів. Інтраназальні протинабрякові засоби у дітей дошкільного віку не слід застосовувати;
- пацієнтам з алергічним ринітом та симптомами кон'юнктивіту призначаються внутрішньоочні H1-антигістамінні засоби.

- підшкірну або сублінгвальну алерген-специфічну імунотерапію (АСІТ). Лікування методом АСІТ проводиться тільки в спеціалізованих алергологічних кабінетах поліклінік і алергологічних відділеннях стаціонарів.

Для лікування АР не застосовують гомеопатію, фітопрепарати, голковколювання, фізичні методи лікування (фототерапія) у зв'язку з відсутністю доказовості щодо ефективності цих методів лікування.

Дії лікаря

А). Обов'язкові.

Пацієнту надається інформація щодо природного перебігу хвороби, імовірних ускладнень та сучасних методів лікування (зазначається інформація щодо того, ефективність яких препаратів доведено, а яких не доведено). Також лікар надає пацієнту інформацію щодо ризиків появи побічних реакцій на лікарські засоби, які лікар планує призначити пацієнту.

З урахуванням існуючих можливостей та думки пацієнта лікар приймає зважене рішення та призначає схему лікування (див. 4.4). Для проведення лікування методом АСІТ хворий на АР направляється до лікаря-алерголога (лікаря-алерголога дитячого).

Пацієнт інформується щодо доцільності зберігання (до завершення курсу лікування) первинної та/або вторинної упаковки лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

Пацієнт інформується, що при підозрі на появу побічних реакцій (інформація наводиться в інструкціях до лікарських засобів) він повинен звернутися до лікаря. При підозрі на появу побічних реакцій та/або відсутність ефективності лікарського засобу лікарем заповнюється форма № 137/о.

Під час кожного огляду пацієнта лікар оцінює ефективність лікування, наявність побічних реакцій, наявність факторів, що можуть перешкоджати ефективності лікування.

3.2. Для закладів охорони здоров'я, фізичних осіб підприємців, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

3.2.1. Профілактика

Обґрунтування

Елімінація алергенів, якщо це можливо, - найбільш ефективний первинний профілактичний захід.

Грудне вигодовування повинно бути рекомендоване всім дітям, оскільки воно попереджує реалізацію атопії і має суттєві переваги стосовно поживних, імунологічних і психологічних аспектів над вигодовуванням сумішами. Виключно грудне годування рекомендовано в перші 4-6 місяців життя дитини.

Повне уникнення навколишнього тютюнового диму (тобто пасивного куріння).

У немовлят і дітей дошкільного віку пропонується запровадження профілактичних заходів для зниження ризику раннього впливу кліща домашнього пилу (наприклад, прання постільної білизни та м'яких іграшок при температурі вище 55°C, використання акарицидів, гладка підлога без килимів і т.ін.).

У осіб, які зазнають впливу алергенів на робочому місці, рекомендується проводити заходи щодо усунення або зменшення впливу алергенів на робочому місці.

У пацієнтів з алергією на плісняву в приміщеннях рекомендується уникати впливу цих алергенів в домашніх умовах.

У пацієнтів з алергічним ринітом через лупу тварин, рекомендується уникати впливу цих алергенів в домашніх умовах.

Дії лікаря

А). Обов'язкові.

Проводиться санітарно-просвітницька робота серед пацієнтів щодо проблем, пов'язаних з алергічними захворюваннями, зокрема, АР.

Б). Бажані.

Лікарем проводиться санітарно-просвітницька робота серед громади шляхом висвітлення проблем алергічних захворювань і АР, зокрема; наголошується на тому, що елімінація алергенів – це найбільш ефективний профілактичний захід виникнення алергічних захворювань і АР, зокрема.

Пацієнтам з АР на руки видається інформація (див. Додаток 1) щодо проблем АР.

В приміщенні ЗОЗ розміщуються плакати, які висвітлюють проблеми алергічних захворювань та АР, зокрема.

3.2.2. Організація діагностично-лікувального процесу

Дії лікаря

А). Обов'язкові.

Алерголог (алерголог дитячий), оториноларинголог (оториноларинголог дитячий) співпрацює із лікарями ЗОЗ, фізичними особами підприємцями, які надають первинну медичну допомогу, в частині доступності надання медичної допомоги.

Алерголог (алерголог дитячий) оцінює доцільність проведення консультації пацієнтів з АР та супутньою БА пульмонологом.

Пацієнти з АР обстежуються отоларингологом (отоларингологом дитячим) на предмет виключення анатомічних аномалій внутрішньоносових структур та інших станів, які сприяють порушенню носового дихання. Лікар-отоларинголог оцінює доцільність проведення консультації стоматологом.

3.2.3. Діагностика

Обґрунтування

Діагноз АР виставляється на підставі клінічних даних. Висновок лікаря спирається на скарги пацієнта, анамнез, наявність сімейної схильності до розвитку алергічних захворювань, симптоми і ознаки захворювання, дані лікарського огляду та враховує суб'єктивну оцінку стану тяжкості хвороби самим пацієнтом.

Діагноз підтверджується після проведення специфічної алергологічної діагностики, спрямованої на виявлення причинних алергенів:

- кожни проби (прик-тест) зі стандартним набором алергенів;
- визначення алергенспецифічних антитіл в сироватці крові;
- проведення мультиалергенного серологічного скринінгу.

У пацієнтів з АР слід брати до уваги анатомічні відхилення внутрішньоносових структур та інші стани, які сприяють порушенню носового дихання, або наявність одонтогенних джерел інфекції.

Дії лікаря

А). Обов'язкові.

Пацієнт з ознаками алергічного риніта оцінюється лікарем-алергологом на предмет відповідності клінічної картини критеріям АР та обстежується відповідно до алгоритму первинного обстеження пацієнта з підозрою на АР (див. Додаток 2).

В клінічно складних випадках, при наявності супутньої бронхіальної астми відповідно до клінічної потреби проводяться додаткові методи обстеження.

Отоларинголог оцінює наявність анатомічних факторів, що створюють умови для погіршення перебігу захворювання. З пацієнтом обговорюються можливі шляхи усунення таких факторів, на підставі чого приймається зважене рішення.

Після консультації пацієнту видається на руки консультаційний висновок спеціаліста (форма № 028/о).

Б). Бажані.

Застереження пацієнтів, які пройшли лікування в ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу, щодо певних загроз, пов'язаних з відмовою від планового лікування осередків хронічного запалення.

У пацієнтів з полісенсibiliзацією до алергенів, які можуть мати перехресну реактивність, з метою визначення первинної сенсibiliзації та коректного відбору пацієнтів для АСИТ – проведення мультиалергенного серологічного скринінгу.

3.2.4. Лікування

Обґрунтування

АР належить до тих хвороб, одужання від яких без активного лікування не відбувається.

Лікування включає:

- елімінацію причинного алергену (по можливості);

- фармакологічне лікування:

- пероральні Н1-антигістамінні препарати другого покоління;
- інтраназальні Н1-антигістамінні препарати у дорослих та дітей з сезонним алергічним ринітом;
- інтраназальні глюкокортикостероїди (ІГКС); у дітей – уникати призначення інтраназального бетаметазону;
- фіксована комбінація Н1-антигістамінних препаратів та ІГКС у дорослих та дітей віком від 12 років – при важкому або середньої тяжкості перебігу АР;
- пероральні антагоністи рецепторів лейкотрієнів у дорослих і дітей з сезонним алергічним ринітом;
- пацієнтам з алергічним ринітом і наявністю помірних чи тяжких назальних та/або очних симптомів, які не контролюються іншими методами лікування, призначається короткий курс пероральних глюкокортикостероїдів; у дітей – уникати призначення пероральних глюкокортикостероїдів для лікування АР
- у дорослих з алергічним ринітом та тяжким закладенням носа призначається дуже короткий курс (не більше 5 днів, а переважно коротше) інтраназального протинабрякового засобу під час спільного введення інших препаратів. Інтраназальні протинабрякові засоби у дітей дошкільного віку не слід застосовувати;
- пацієнтам з алергічним ринітом та симптомами кон'юнктивіту призначаються внутрішньоочні Н1-антигістамінні засоби.

- підшкірну або сублінгвальну алерген-специфічну імунотерапію.

Лікування методом АСИТ проводиться тільки в спеціалізованих алергологічних кабінетах поліклінік і алергологічних відділеннях стаціонарів.

Для лікування АР не застосовують гомеопатію, фітопрепарати, голковколювання, фізичні методи лікування (фототерапія) у зв'язку з відсутністю доказовості щодо ефективності цих методів лікування.

Дії лікаря

А). Обов'язкові.

Пацієнту надається інформація щодо природного перебігу хвороби, імовірних ускладнень та сучасних методів лікування (зазначається інформація щодо того, ефективність яких препаратів доведена, а яких не доведена). Також лікар надає пацієнту інформацію щодо ризиків появи побічних реакцій на лікарські засоби, які лікар планує призначити пацієнту.

З урахуванням існуючих можливостей та думки пацієнта лікар приймає зважене рішення та призначає схему лікування (див. 4.4).

Пацієнт інформується, що при підозрі щодо появи побічних реакцій (інформація наводиться в інструкціях до лікарських засобів) він повинен звернутися до лікаря. При підозрі щодо появи побічних реакцій та/або відсутність ефективності лікарського засобу лікарем заповнюється форма № 137/о.

Під час кожного огляду пацієнта лікар оцінює ефективність лікування, наявність побічних реакцій, а також факторів, що можуть перешкоджати ефективності лікування.

3.3. Для закладів охорони здоров'я, фізичних осіб підприємців, які надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу

3.3.1. Організація діагностично-лікувального процесу

Дії лікаря

А). Обов'язкові.

Лікарі ЗОЗ, фізичні особи підприємці, які надають третинну медичну допомогу, співпрацюють із ЗОЗ, фізичними особами підприємцями, які надають вторинну (спеціалізовану) та первинну медичну допомогу, в частині ведення пацієнтів з АР; з ЗОЗ та фізичними особами підприємцями, які надають третинну медичну допомогу, в частині суміжної патології, яка впливає на перебіг АР.

Алерголог (алерголог дитячий) оцінює доцільність проведення консультації пацієнтів з АР при наявності супутньої БА – пульмонологом та, при наявності показань – інших спеціалістів.

Лікар-отоларинголог обстежує пацієнтів з АР на предмет наявності анатомічних аномалій внутрішньоносових структур та інших станів, які сприяють порушенню носового дихання, а також осередків хронічного запалення, оцінює доцільність проведення консультацій стоматологом на предмет виявлення та лікування джерел хронічного запалення.

Б). Бажані.

Лікар проводить санітарно-просвітницьку роботу серед пацієнтів щодо проблем, пов'язаних з алергічними захворюваннями і АР, зокрема.

3.3.2. Діагностика

Обґрунтування

В клінічно складних випадках, при нетиповому перебігу АР, при наявності супутньої алергологічної патології, при ускладненнях діагностика потребує проведення додаткових методів обстеження.

Дії лікаря

А). Обов'язкові.

Пацієнту у відповідності до клінічної ситуації проводяться додаткові методи обстеження (див. 4.3.3) в обсязі, достатньому для встановлення діагнозу.

Б). Бажані.

У пацієнтів з полісенсibiliзацією до алергенів, які можуть мати перехресну реактивність, з метою визначення первинної сенсibiliзації та коректного відбору пацієнтів для АСІТ – проведення мультиалергенного серологічного скринінгу.

При наявності додаткових факторів, що можуть свідчити про початок розвитку ускладнень чи супутніх станів, які обтяжують перебіг хвороби, лікар організовує консилиум.

3.3.3. Лікування

Обґрунтування

Лікування клінічно складних випадків АР з нетиповим перебігом включає комплексний підхід з урахуванням тяжкості стану та наявності супутньої патології.

Дії лікаря**А). Обов'язкові.**

Пацієнту надається інформація щодо природного перебігу хвороби, імовірних ускладнень та сучасних методів лікування (зазначається інформація щодо того, ефективність яких препаратів доведена, а яких не доведена). Також лікар надає пацієнту інформацію щодо ризиків появи побічних реакцій на лікарські засоби, які лікар планує призначити пацієнту.

З урахуванням існуючих можливостей та думки пацієнта лікар приймає зважене рішення та призначає схему лікування (див. 4.4).

Пацієнт інформується, що при підозрі на появу побічних реакцій (інформація наводиться в інструкціях до лікарських засобів) він повинен звернутися до лікаря. При підозрі на появу побічних реакцій та/або відсутність ефективності лікарського засобу лікарем заповнюється форма № 137/о.

Під час кожного огляду пацієнта лікар оцінює ефективність лікування, наявність побічних реакцій, а також факторів, що можуть перешкоджати ефективності лікування.

Медична допомога щодо супутньої патології та ускладнень надається у відповідності до встановленого діагнозу.

Кожному пацієнту надається інформація щодо необхідності планової санації осередків хронічного запалення (зазначається у формі № 027/о і повідомляється особисто лікуючим лікарем)

IV. Опис етапів медичної допомоги**4.1. Фактори ризику**

Фактори ризику включають: сімейна схильність до алергічних захворювань, активне та пасивне куріння, вдихання подразнюючих речовин, порушення анатомічної будови структур порожнини носа та навколоносових пазух (викривлення носової перегородки, аденоїдні вегетації), захворювання, пов'язані з порушенням роботи мукоциліарного кліренсу, імунодефіцитні стани, атопія, аномальна вологість повітря в приміщенні, зміни місця проживання, зміна режиму харчування.

4.2. Етіологія та патогенез

Алергічний риніт – імунологічно опосередковане (найчастіше IgE-залежне) запалення слизової оболонки порожнини носа, яке виникає після впливу алергену на слизову оболонку. Клінічні симптоми АР: набряк слизової оболонки порожнини носа, ринорея, закладеність носа, свербіж, приступи чхання, виділення з порожнини носа.

У хворих на АР виявляються такі супутні алергічні захворювання та ускладнення: алергічний кон'юнктивіт, перехресна, харчова реактивність, бронхіальна астма, а також бактеріальний синусит, поліпи навколоносових пазух, гострий та хронічний середній отит, евстахіїт.

Алергічний риніт, в залежності від тривалості симптомів, поділяється на інтермітуючий та персистуючий, а його перебіг – в залежності від тяжкості прояву симптомів – на легкий, середньо-важкий.

Класифікація алергічного риніту**За тривалістю**

Періодичний (інтермітуючий) – симптоми тривають менше 4 днів на тиждень або менше 4 тижнів.

Стійкий (персистуючий) – симптоми тривають не менше 4 днів на тиждень і не менше 4 тижнів.

За тяжкістю прояву симптомів

Легкий (все наведене): нормальний сон, немає труднощів під час щоденної активності, заняття спортом або відпочинку, не має нестерпних симптомів;

• **Від помірного до важкого ступеню (середньо-тяжкий)** – принаймні одна з наступних ознак присутня:

- порушення сну;
- погіршення повсякденної діяльності, відпочинку та/або спорту;
- погіршення працездатності, навчання;
- симптоми тривоги.

Алергічний риніт традиційно поділяється на сезонний, цілорічний і пов'язаний з впливом алергену на роботі. Цілорічний алергічний риніт найчастіше, хоча і не обов'язково, викликається алергенами кліщів домашнього пилу, плісняви, тарганів і лупи тварин. Сезонний алергічний риніт найчастіше викликають алергени пилку рослин або спори грибів.

Алергічний риніт і астма пов'язані епідеміологічними, патологічними і фізіологічними особливостями і загальним терапевтичним підходом. Вони часто співіснують – епідеміологічні дослідження показують, що астма зустрічається у 15-38% пацієнтів з алергічним ринітом.

Щодо специфічного лікування астми, ускладнень алергічного риніту або неалергічного риніту (наприклад, інфекційний риніт, хронічний синусит, отит і назальний поліпоз) лікарі повинні звернутися до клінічних протоколів, зосереджених на цих захворюваннях.

Деякі інші стани можуть викликати симптоми, схожі на алергічний риніт: вірусні та бактеріальні інфекції, гормональні зміни (риніт вагітних, риніт у осіб похилого віку), вплив фізичних факторів, а також інші причини. Риніт також може бути побічним ефектом деяких ліків. Таким чином, докладний і правильний діагноз повинен бути поставлений до вибору оптимального лікування.

Патогенез алергічного риніту.

При першому контакті з алергеном утворюються специфічні білки – IgE антитіла, які фіксуються на поверхні тучних клітин в різних органах організму людини. Цей стан називається сенсibiliзацією. В більшості випадків у одного пацієнта має місце сенсibiliзація одночасно до кількох алергенів, що належать до різних груп.

При повторному контакті сенсibiliзованого організму пацієнта з алергеном відбувається IgE-залежна активація тучних клітин і базофілів і виділення в позаклітинний простір медіаторів алергії: гістаміну, триптази, простагландину D₂, лейкотрієнів, фактора активації тромбоцитів. Гістаміну належить найважливіша роль в патогенезі основних симптомів алергічних захворювань. Його дія опосередковується через стимуляцію гістамінових рецепторів. В даний час відомо чотири типи рецепторів гістаміну. В розвитку алергічних реакцій в основному беруть участь H₁-рецептори, активація яких призводить до скорочення гладкої мускулатури бронхів, шлунково-кишкового тракту, підвищення проникності судин, посилення секреції слизу слизовими залозами слизової оболонки носа, подразнення нервових закінчень. Рання фаза алергічної реакції розвивається протягом перших хвилин після впливу алергену.

В патогенезі пізньої стадії алергічної реакції ключову роль грає експресія молекул клітинної адгезії на ендотелії і лейкоцитах, інфільтрація тканин клітинами алергічного запалення (базофілами, еозинофілами, Т-лімфоцитами, тучними клітинами) і зміна кровотоку. При цьому формується хронічне алергічне запалення, до симптомів якого відносяться неспецифічна гіперреактивність (назальна, бронхіальна, шкірна), обструкція носа, гіпо- та ано-смія. Пізня фаза алергічної реакції розвивається через 4-6 год після впливу алергену.

У хворих на цілорічний АР основними причинно-значущими алергенами є побутові алергени: кліщі домашнього пилу, епідермальні алергени тварин, алергени тарганів, спори

цвілевих грибів. В анамнезі у хворих з алергією до побутових алергенів звертає на себе увагу загострення захворювань в холодну пору року, при прибиранні приміщення, посилення симптомів у нічний час. Характерною рисою є полегшення симптомів хвороби поза приміщенням, наявність перехресної харчової алергії до креветок, крабів, раків, продуктів, що піддалися бродінню.

У хворих з алергією на епідермальні алергени тварин симптоми АР, а також інших алергічних захворювань можуть виникати при контакті з тваринами або при носінні хутра та одягу з вовни. Прояви алергії дуже чіткі, виникають при контакті з конкретним видом тварин, тому пацієнти самі активно звертають увагу лікаря на цей взаємозв'язок.

Для хворих з алергією до спор цвілевих грибів найбільш характерним є ураження органів дихання – алергічний риніт і бронхіальна астма, причому риніт протікає важко, в симптоматиці домінує закладеність носа, порушення нюху аж до повної його відсутності, назальний поліпоз. В анамнезі характерні вказівки на погіршення стану в сирих погано провітрюваних приміщеннях, в сиру погоду, на непереносимість продуктів, які містять дріжджі (пива, квасу, кисломолочних продуктів), можливі також реакції на антибіотики пеніцилінового ряду. В ході опитування хворих необхідно звернути увагу на наявність в анамнезі грибкових інфекцій – найбільш часто оніхомікозів.

Сезонний АР (поліноз, пилкова алергія) характеризується чіткою щорічною сезонністю симптомів: вони виникають в період цвітіння конкретних рослин і відсутні поза сезоном їх цвітіння. Безпосередньою причиною розвитку полінозу є пилкові алергени (ПАл), які належать до групи неінфекційних екзоалергенів.

Виділяють такі групи ПАл:

- а) дерев: дуб, клен, вільха, ліщина, береза, тополя, осика, сосна, ялина, липа та ін.;
- б) культурних злаків: овес, пшениця, ячмінь, жито, кукурудза;
- в) злакових трав: тимофіївка, грястиця збірна, лисохвіст, пирій, вівсяниця та ін.;
- г) бур'янів: кульбаба, амброзія, подорожник, кропива, полин, лобода та ін.;
- д) рослин, що культивуються: цукровий буряк, конюшина, щавель, соняшник та ін.;
- е) фруктових дерев: яблуна, вишня, груша тощо;
- є) садових квітів: маргаритка, троянда, тюльпан, нарцис, лілея та ін.

При цьому в результаті спеціальних досліджень було доведено, що етіологічним фактором алергії можуть бути лише частки рослин, які містять їх антигенний матеріал (а не їх ароматичні сполуки або олії, на які можливі неімунні реакції). До таких компонентів рослин належить головним чином їх пилок. Однак визначено, що алергени у менших кількостях є і в інших частинах рослин.

На сьогодні відомо понад 700 видів алергенних рослин та їх пилку. На території України існує понад 300 видів рослин-алергенів. Найбільш частою причиною захворювання на поліноз в Україні є пилок берези, ліщини, вільхи, (рідше акації, сосни, тополі та дуба), бур'янів – амброзія, полин, лобода, а також лугових трав – м'ятлик, тонконіг, злакових – жито, вівсяниця, їжака, тимофіївка, райграс. При цьому в різних клімато-географічних зонах України структура причинно-значущих ПАл суттєво різниться.

У хворих на сезонний АР може спостерігатись перехресна харчова алергія (ПХА) (від 40 до 70% пацієнтів з полінозом та лише декілька відсотків пацієнтів з цілорічним АР мають харчовий перехрест). Перехресні реакції між харчовими алергенами та пилом рослин обумовлені загальними антигенними детермінантами, що містяться в цих алергенах. Для ПХА найбільш характерними шкірними проявами є кропив'янка та оральний алергічний синдром (ОАС). Розвиток ОАС обумовлений гомологічними термолабільними протеїнами свіжих фруктів, овочів та пилку рослин. Висока поширеність сенсibiliзації до пилку дерев сприяє розвитку перехресної реактивності до харчових білків рослинного походження (яблуко, фундук та ін.) і формуванню ОАС у хворих на поліноз. Наявність перехресної харчової реакції може обумовлювати загострення полінозу і поза сезоном пилкування рослин.

Для пацієнтів з цілорічним алергічним ринітом з сенсibiliзацією до кліщів домашнього пилу характерна ПХА, обумовлена сенсibiliзацією до білка тропоміозину, який виявля-

ється у всіх членистоногих (кліщі, ракоподібні і т.ін). Тропоміозин стійкий до дії високих температур і травних ферментів. Такий харчовий перехрест провокує розвиток не тільки орального алергічного синдрому, але і більш тяжкі (в тому числі системні) реакції.

4.3. Діагностика

АР діагностується на підставі гострої появи типових симптомів, до яких відносяться закладеність носа, виділення з порожнини носа, приступи чхання, свербіж в порожнині носа, у частини пацієнтів – послаблення або втрата нюху, головний біль, прояви кон'юнктивіту, загальне нездужання і порушення сну.

До діагностичних процедур включають фізикальне обстеження, передню риноскопію, ендоскопічне дослідження носової порожнини, шкірне тестування з алергенами методом прик-тесту або визначення алерген-специфічного IgE в сироватці крові.

Оцінка еозинофілії та загального IgE сироватки крові не має достатньої чутливості та специфічності.

Оцінка має враховувати загальну клінічну картину.

4.3.1. Скарги

Основними скаргами є: закладеність носа, приступи чхання, свербіж в порожнині носа та/або в ділянці очей, наявність виділень з порожнини носа, послаблення або втрата нюху.

4.3.2. Збір анамнезу захворювання

При зборі анамнезу необхідно уточнити наявність алергічних захворювань у родичів, характер, частоту, тривалість, тяжкість симптомів, наявність або відсутність сезонності, відповідь на терапію, наявність у пацієнта інших алергічних захворювань, провокуючі фактори.

Для пилкової алергії характерно:

- поєднання симптомів алергічного риніту і кон'юнктивіту;
- сезонність загострень (поява ознак хвороби навесні, влітку і на початку осені – в період цвітіння рослин);
- метеозалежність (погіршення самопочуття хворих в суху вітряну погоду, коли створюються найкращі умови для поширення пилку);
- перехресна харчова сенсибілізація і непереносимість деяких фітопрепаратів.

При побутовій алергії типові:

- ефект елімінації (зменшення або зникнення симптомів алергічного риніту поза домом (на дачі, у відрядженні, у відпустці);
- загострення у вологу пору року (восени, взимку, ранньою весною);
- посилення симптомів у першу половину ночі;
- поява симптомів при прибиранні квартири, вибиванні килимів, перегляді старих книг і паперів.

Для алергії на шерсть тварин характерно:

- виникнення симптомів при контакті з тваринами і носінні одягу з вовни та хутра;
- непереносимість лікарських засобів, що містять білки тварин (гетерологічні сироватки, імуноглобуліни і т.д.).

При грибковій алергії зазначаються:

- непереносимість продуктів, що містять дріжджі (пиво, квас, сухі вина, кисломолочні продукти);
- погіршення стану у вологу погоду, при відвідуванні сирих, погано провітрюваних приміщень;
- сезонний або цілорічний перебіг захворювання з погіршенням навесні, влітку і на початку осені;
- наявність у пацієнта осередків грибкової інфекції.

Правильно зібраний алергологічний анамнез дозволяє не лише виявити АР, але й достатньо точно визначити «винні» в його розвитку групи алергенів.

Крім того, в анамнезі можна виявити вказівки на дебют захворювання в молодому віці (дитячий або дорослий до 30-40 років), обтяжений особистий і сімейний алергологічний анамнез, ефективність застосування протиалергічної терапії тощо.

4.3.3. Лікарський огляд

Хронічна назальна обструкція призводить до формування характерного «алергічного обличчя» (темні кола під очима внаслідок стазу в періорбітальних венах в результаті постійно порушеного носового дихання), порушення розвитку лицевого черепа, що включає неправильний прикус, дугоподібне піднебіння, сплюснення молярів).

Необхідне проведення риноскопії (огляд носових ходів, слизової оболонки порожнини носа, секрету, носових раковин і перегородки). У хворих з алергічним ринітом слизова оболонка зазвичай бліда, ціанотично-сіра, набрякла, характерна плямистість слизової оболонки (симптом Воячека). Характер секрету слизовий і водянистий. При багаторічному анамнезі персистуючого алергічного риніту спостерігаються поліпозні зміни слизової оболонки, зазвичай в області середнього носового ходу, гіпертрофія і поліпозні зміни задніх кінців нижніх носових раковин. Слід звертати увагу на аномалії анатомічної будови порожнини носа, особливо шипи і гребені перегородки носа. Подразнюючи слизову оболонку протилежної носової раковини, вони підсилюють і підтримують наявний вже набряк і вираженість клінічних проявів, знижують ефективність медикаментозного лікування і, крім того, можуть бути джерелом патологічного рино-бронхіального рефлексу, що приводить до розвитку бронхоспазму.

4.3.4. Алергічні діагностичні проби.

Для виявлення причинних алергенів використовують шкірні проби. Зазвичай використовують прик-тест, який проводять тільки в спеціалізованих алергологічних кабінетах. За 7-10 днів до постановки шкірних проб необхідно скасувати приймання антигістамінних препаратів. Результати тестування оцінює лікар-алерголог.

4.3.5 Лабораторні методи діагностики

Визначення рівнів специфічних IgE сироватки крові

Визначення загального IgE в сироватці крові не є хорошим предиктором атопії, в т.ч. у дітей, оскільки його рівень дуже коливається залежно від віку і не корелює з симптомами АР.

Для пошуку причинного алергену необхідно виявляти специфічні антитіла класу IgE. Остаточний висновок і інтерпретація лабораторних даних повинні бути зроблені тільки після зіставлення з клінічною картиною та даними розгорнутого алергологічного анамнезу.

Проведення мультиалергенного серологічного скринінгу дозволяє виявити первинну сенсibiliзацію (відрізнити первинну від перехресної), визначити ризик тяжкості алергічної реакції, раціонально відібрати пацієнтів для АСІТ (особливо при полісенсibiliзації).

4.3.6. Функціональні методи діагностики

Визначення функції зовнішнього дихання. При необхідності – проведення тесту на зворотність дихальної обструкції з В2-агоністами.

4.3.7. Рентгендіагностика

Рентгенографія і комп'ютерна томографія порожнини носа і навколососових пазух показані для діагностики ускладнень алергічного риніту (риносинусит, назальний поліпоз).

4.3.8. Диференційний діагноз

У більшості випадків діагностика алергічного риніту не викликає труднощів через чіткий зв'язок виникнення симптомів з певним алергеном. В окремих випадках необхідно проводити диференційну діагностику алергічного риніту з іншими захворюваннями, одним із симптомів яких є ринорея. Зокрема, у дітей у віці від двох до чотирьох років представляє значні складності диференціальна діагностика алергічного риніту і рецидивуючих вірусних інфекцій дихальних шляхів.

Гострий інфекційний риніт проявляється закладеністю носа, ринореєю, чханням. Назальні симптоми посилюються на 2-3-ю добу і згасають на 5-у добу захворювання. Симптоми, що зберігаються більше 2 тижнів, можуть свідчити про наявність алергічного риніту.

Вазомоторний (ідіопатичний) риніт – одна з найбільш поширених форм неалергічних ринітів. Характерною є постійна закладеність носа, що підсилюється при перепадах температури, зміни вологості повітря і при різких запахах. Спадковість по алергічним захворюванням не обтяжена, також не характерна сенсibiliзація до алергенів. При риноскопії, на відміну від алергічного риніту, для якого характерні ціаноз, блідість, набряк слизової оболонки, виявляють її гіперемію, в'язкий секрет.

Медикаментозний риніт – результат тривалого застосування судинозвужуючих назальних препаратів, а також вдихання кокаїну. Відзначають постійну назальну обструкцію, при риноскопії слизова оболонка яскраво-червоного кольору. Характерною є позитивна відповідь на терапію інтраназальними ГКС, які необхідні для успішної відміни препаратів, що викликають це захворювання.

Неалергічний риніт з еозинофільним синдромом характеризується наявністю вираженої назальної еозинофілії, відсутністю позитивного алергологічного анамнезу, негативними результатами шкірного тестування. При цьому стані відзначаються персистуючі симптоми, слабо виражене чхання і свербіж, схильність до утворення назальних поліпів, відсутність адекватної відповіді на терапію антигістамінними препаратами, хороший ефект при застосуванні інтраназальних ГКС.

При односторонньому риніті причиною назальної обструкції можуть бути наявність стороннього тіла, пухлини, поліпи носа. Одностороннє ураження або поліпи носа для неускладненого алергічного риніту не характерні.

Назальні симптоми типові для деяких системних захворювань, зокрема для гранулематоза Вегенера, який проявляється постійною ринореєю, наявністю гнійних або геморагічних виділень, виразками в порожнині рота та/або носа, поліартралгією, болем у м'язах, болями в області навколоносових пазух.

4.4. Лікування

Вибір методу і алгоритму лікування алергічного риніту залежить від клінічної форми і варіантів захворювання.

4.4.1. Сучасне лікування хворих на алергічний риніт включає елімінаційні заходи, спрямовані на зменшення або виключення контакту з причинним алергеном та неспецифічними іритантами (табачний дим та ін.), фармакотерапію і алерген-специфічну імунотерапію.

Зменшення контакту або усунення причинного алергену є першим і необхідним кроком в лікуванні хворих на АР, проте її не слід вважати найдешевшим методом лікування. У багатьох ситуаціях ефективна елімінація алергенів пов'язана зі значними фінансовими витратами.

В зв'язку з наявністю у багатьох хворих полівалентної (сезонної і цілорічної) сенсibiliзації, а також ряду практичних і економічних складнощів повне усунення контакту з алергеном в більшості випадків неможливо.

Заходи по елімінації алергенів повинні проводитися спільно з медикаментозним лікуванням.

4.4.2. Фармакотерапія

• Пероральні H1-антигістамінні препарати другого покоління (біластин, дезлоратадин, фексофенадин, левоцетиризин, лоратадин, цетиризин) є препаратами **першого вибору** за винятком випадків персистуючого алергічного риніту з важким перебігом / перебігом середньої важкості. H1-антигістаміни I покоління не рекомендують застосовувати із-за несприятливого співвідношення ефективності/безпечності.

На носові та очні симптоми діють швидко (менш як через 1 год.). Помірно ефективні при закладенні носа.

• Інтраназальні H1-антигістамінні препарати у дорослих та дітей з сезонним алергічним ринітом (азеластин, левакабастин) як монотерапія мало ефективні.

• Інтраназальні глюкокортикостероїди (ГКС) (мометазону фуроат, флутиказона фуроат) – найефективніше фармакологічне лікування алергічного риніту; препарати першого вибору для персистуючого алергічного риніту з важким перебігом / перебігом середньої важкості; ефективні при закладенні носа. У дітей дошкільного віку не рекомендований беклометазона діпропіонат (впливає на ріст).

• Фіксована комбінація H1-антигістамінних препаратів та ГКС у дорослих та дітей віком від 12 років – при тяжкому або середньої тяжкості перебігу АР.

• Пацієнтам з алергічним ринітом і наявністю помірних чи тяжких назальних та/або очних симптомів, які не контролюються іншими методами лікування, призначається короткий курс пероральних глюкокортикостероїдів; у дітей – уникати їх призначення.

• Пероральні антагоністи рецепторів лейкотрієнів (монтелукаст) у дорослих і дітей з сезонним алергічним ринітом.

• Топічні кромони (ендоназальні, очні) – кромоглікат натрію, недокроміл натрію. Внутрішньоочні кромони високоефективні. Ендоназальні кромони менш ефективні за інтраназальні кортикостероїди та H1-антигістамінні препарати. Висока загальна безпечність.

• У дорослих з алергічним ринітом та тяжким закладенням носа призначається дуже короткий курс (не більше 5 днів, а переважно коротше) інтраназального протинабрякового засобу під час спільного введення інших препаратів. Інтраназальні протинабрякові засоби у дітей дошкільного віку не слід застосовувати;

• Деконгестанти – ендоназальні форми (оксиметазолін) деконгестантів застосовуються на протязі 4-5 діб (максимально до 10 діб) лікування для запобігання розвитку медикаментозного риніту. Препаратами вибору з місцевих деконгестантів є похідні оксиметазоліну.

Пероральні деконгестанти (фенілефрин) застосовують у випадках крайньої необхідності у дітей старшого віку, зважаючи на малу різницю між терапевтичною та токсичною дозами і можливу дію на ЦНС. Комбіновані препарати H1-антигістамінного засобу і деконгестантів можуть бути ефективніше ніж їх окремі компоненти, але необхідно враховувати їх небезпечність. Призначаються на короткий термін при тяжкій назальній обструкції (у дітей з 4 років).

• Пацієнтам з алергічним ринітом та симптомами кон'юнктивіту призначаються внутрішньоочні H1-антигістамінні засоби.

• Ендоназальні антихолінергічні препарати – іпратропіум бромід призначається при алергічному риніті з вираженими симптомами ринореї.

• Анти IgE-терапія (омалізумаб) призначається в якості додаткової контролюючої терапії (дітям з 6 років) при важкому перебігу атопічної БА, яка поєднується з алергічним ринітом і неадекватно контролюється незважаючи на лікування відповідно V кроку терапії.

Вибір того чи іншого лікарського засобу визначається:

- ефективністю впливу на окремі симптоми і на перебіг захворювання в цілому;
- ризиком розвитку побічних ефектів і ускладнень;
- вартістю курсів лікування.

Лікування алергічного риніту повинно бути ступінчастим і будуватися в залежності від систематичності появи симптомів і тяжкості захворювання.

Алгоритм лікування алергічного риніту

Діагностика алергічного риніту → обстеження на БА			
Інтермітуючі симптоми		Персистуючі симптоми	
Легкий перебіг	Середньотяжкий /тяжкий	Легкий	Середньотяжкий /тяжкий
- пероральні Н ₁ -антигістамінні препарати або ендоназальні Н ₁ -антигістамінні препарати та / або деконгестанти або антагоністи лейкотрієнових рецепторів	- пероральні Н ₁ -антигістамінні препарати або ендоназальні Н ₁ -антигістамінні препарати і/або деконгестанти або ендоназальні кортикостероїди* або антагоністи лейкотрієнових рецепторів (або кромони) При персистуючому риніті – огляд пацієнта через 2-4 тижні; При неефективності: продовжити лікування протягом 1 місяця	- пероральні Н ₁ -антигістамінні препарати	- ІГКС - системні Н ₁ -антигістамінні препарати або антагоністи лейкотрієнових рецепторів Огляд пацієнта через 2-4 тижні При поліпшенні – попередній етап лікування продовжити протягом 1 місяця; При неефективності: переглянути діагноз; переглянути комплаєнс; виключити наявність інфекції або інших причин Терапія: Підвищити дозу ІГКС; При свербезі/чханні додати антигістамінні препарати; При ринорей – додати іпратропіум; При закладенні носа додати деконгестанти При неефективності – скерувати до отоларинголога для хірургічного лікування
Уникнення алергенів та подразнюючих факторів Елімінаційна терапія шляхом механічного промивання носових ходів (застосування фізіологічних розчинів)			
При кон'юнктивіті додати: Н-антигістамінні препарати або очні антигістамінні краплі або очні кромони (або фізрозчин)			
Розглянути показання для проведення алерген-специфічної імунотерапії			

Примітка: * Якщо для лікування супутньої астми застосовують інгаляційні кортикостероїди, слід переглянути загальну дозу місцевих кортикостероїдів.

4.4.3. Алерген-специфічна імунотерапія (АСІТ) – єдиний метод лікування АР, який впливає на всі патогенетичні ланки алергічного процесу, змінює характер реагування організму на алерген і має тривалий профілактичний ефект після завершення курсу лікування.

Метод полягає у введенні в організм хворого в зростаючих дозах алергену, до якого у нього є підвищена чутливість.

Вибір лікувальних алергенів для проведення АСІТ повинен бути заснований на клінічній картині, результатах шкірних тестів і виявленні в сироватці крові специфічних IgE до передбачуваних алергенів.

Ефективність алергенспецифічної імунотерапії при алергічному риніті доведена.

Встановлено, що:

- специфічна десенсибілізація призводить до зменшення клінічних проявів алергічного риніту і знижує потребу пацієнта в фармакотерапії;
- специфічна десенсибілізація попереджає перехід легких форм алергічного риніту в більш тяжкі, розвиток бронхіальної астми у дітей;
- специфічна десенсибілізація попереджає розширення спектра причинних алергенів, перехід моновалентної алергії в полівалентну;
- ефективність алергенспецифічної імунотерапії вище в тих випадках, коли вона розпочата в молодому віці і на ранніх стадіях захворювання;
- ефект від успішного курсу АСІТ зберігається і після завершення лікування, іноді протягом декількох років.

Курс АСІТ складається з фази накопичення, коли використовуються зростаючі дози алергенів, і фази підтримуючих доз, коли екстракти алергенів вводяться з інтервалом 1-2 місяці. Введення очищених і стандартизованих екстрактів, суворе дотримання показань, протипоказань та протоколів лікування (відповідно інструкції виробника) є непорушною умовою при проведенні АСІТ. При недотриманні існуючих вимог виникає ризик системних анафілактичних реакцій, які розвиваються приблизно у 5% пацієнтів, частіше у фазі накопичення. Спеціальні запобіжні заходи необхідні у пацієнтів із супутньою бронхіальною астмою.

Лікування підшкірним методом АСІТ проводиться тільки лікарем-алергологом в спеціалізованих алергологічних кабінетах поліклінік і алергологічних відділеннях стаціонарів, воно розраховане на 3-5 років.

Сублінгвальний метод АСІТ застосовується в домашніх умовах, але призначається лише лікарем алергологом (алергологом дитячим) і перша доза повинна бути прийнята під його наглядом в умовах алергологічного кабінету/центру ЗОЗ.

Протипоказаннями до проведення АСІТ є тяжкі імунопатологічні стани та імунodefіцити, тяжкі гострі і хронічні захворювання внутрішніх органів, тяжка бронхіальна астма, неможливість призначення адреналіну та його аналогів, погана переносимість даного методу.

Алерген-специфічну імунотерапію в поєднанні з фармакотерапією слід проводити вже на ранніх стадіях захворювання.

Підвищенню ефективності лікування сприяє навчання пацієнтів.

АСІТ у дітей – рекомендований метод лікування алергічного риніту з 5 років (можливе призначення з 3 років).

4.4.4. Хірургічне лікування

Хірургічне втручання при алергічному риніті показано:

- при наявності анатомічних аномалій будови порожнини носа, які не дозволяють домогтися адекватного ефекту від консервативного лікування (такі аномалії повинні бути виявлені і усунені вже на ранній стадії захворювання);
- при незворотній гіпертрофії нижніх носових раковин, що розвилася на тлі персистируючого алергічного риніту. У цьому випадку хірургічне втручання повинно бути мінімально інвазивним та виконуватися на тлі курсу медикаментозного лікування, щоб не спровокувати дебют або маніфестацію бронхіальної астми;

- при інших станах, які сприяють порушенню носового дихання (наявність пухлини навколоносових пазух та ін.).

Оцінка ефективності лікування

АР – це захворювання, яке в більшості випадків значно погіршує якість життя пацієнтів, знижує їх працездатність та здатність до навчання. Критерії ефективності лікування включають: зниження вираженості клінічних проявів, зменшення кількості щорічних загострень, покращання якості життя.

Прогноз алергічного риніту

Вчасно і правильно проведене комплексне лікування алергічного риніту, включаючи АСІТ та фармакотерапію, дозволяє усунути всі симптоми алергічного риніту та попередити розвиток ускладнень. Ефекти від успішного курсу лікування зберігається і після його завершення, іноді і протягом декількох років.

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) [далі – ЛПМД (КМП)] необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.kiev.ua/>.

5.1. Для закладів, що надають первинну медичну допомогу

Кадрові ресурси: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-терапевти дільничні, лікарі-педіатри дільничні, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні первинної медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) з алергічним ринітом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

- сольові розчини для носа;
- пероральні H1-антигістамінні препарати;
- інтраназальні H1-антигістамінні препарати;
- інтраназальні глюкокортикостероїди (ІГКС);
- пероральні антагоністи рецепторів лейкотрієнів;
- пероральні глюкокортикостероїди;
- інтраназальні протинабрякові засоби;
- внутрішньоочні H1-антигістамінні засоби.

5.2. Для закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

Кадрові ресурси: лікарі-алергологи, лікарі-алергологи дитячі, лікарі-оториноларингологи, лікарі-оториноларингологи дитячі, лікарі приймальної палати (відділення), лікарі-стоматологи-хірурги, лікарі-терапевти цехової лікарської дільниці, лікарі-терапевти підліткові, середній медичний персонал, який бере участь у наданні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) з алергічним ринітом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

- сольові розчини для носа;
- пероральні H1-антигістамінні препарати;
- інтраназальні H1-антигістамінні препарати;
- інтраназальні глюкокортикостероїди (ІГКС);
- пероральні антагоністи рецепторів лейкотрієнів;
- пероральні глюкокортикостероїди;
- інтраназальні протинабрякові засоби;
- внутрішньоочні H1-антигістамінні засоби;
- набори стандартних алергенів та індивідуальних ланцетів для прик-тестування.

5.3. Для закладів, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу

Кадрові ресурси: лікарі-алергологи, лікарі-алергологи дитячі, лікарі-отоларингологи, лікарі-отоларингологи дитячі, лікарі-стоматологи-хірурги, середній медичний персонал, який бере участь у наданні третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) з алергічним ринітом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

- сольові розчини для носа;
- пероральні H1-антигістамінні препарати;
- інтраназальні H1-антигістамінні препарати;
- інтраназальні глюкокортикостероїди (ІГКС);
- фіксована комбінація H1-антигістамінних препаратів та ІГКС;
- пероральні антагоністи рецепторів лейкотрієнів;
- пероральні глюкокортикостероїди;
- інтраназальні протинабрякові засоби;
- внутрішньоочні H1-антигістамінні засоби;
- набори стандартних алергенів.

Література

1. Наказ МОЗ України від 23 лютого 2000 року № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
2. Наказ МОЗ України від 29 грудня 2000 року № 369 «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовується в стаціонарах і поліклініках (амбулаторіях)».
3. Наказ МОЗ України від 28 жовтня 2002 року № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 листопада 2002 року за № 892/7180.
4. Наказ МОЗ України від 13 лютого 2006 року № 67 «Про затвердження форм первинної облікової документації в закладах, що надають медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям, та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 березня 2006 року за № 221/12095.
5. Наказ МОЗ України від 27 грудня 2006 року № 898 «Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 січня 2007 року за № 73/13340.

6. Наказ МОЗ України від 16 вересня 2011 року № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за № 1159/19897.
7. Наказ МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
8. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
9. Наказ МОЗ України від 29 травня 2013 року № 435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522.
10. Наказ МОЗ України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.
11. Наказ МОЗ України від 21 серпня 2014 року № 585 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів».
12. Наказ МОЗ України від 30 березня 2015 року №183 «Про затвердження сьомого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
13. Jan L. Brożek, Jean Bousquet, Carlos E. Baena-Cagnani, Sergio Bonini, G. Walter Canonica, Thomas B. Casale, Roy Gerth van Wijk, Ken Ohta, Torsten Zuberbier, Holger J. Schünemann Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines – 2010 Revision.
14. Jan L. Brożek, Jean Bousquet, Ioana Agache, Arnav Agarwal, Claus Bachert, Sinthia Bosnic-Anticevich, Romina Brignardello-Petersen, G. Walter Canonica, Thomas Casale, Niels H. Chavannes, Jaime Correia de Sousa, Alvaro A. Cruz, Carlos A. Cuello-Garcia, Pascal Demoly, Mark Dykewicz, Itziar Etxeandia-Ikobaltzeta, Ivan D. Florez, Wytske Fokkens, Joao Fonseca, Peter W. Hellings, Ludger Klimek, Sergio Kowalski, Piotr Kuna, Kaja-Triin Laisaar, Desiree E. Larenas-Linnemann, Karin C. Lødrup Carlsen, Peter J. Manning, Eli Meltzer, Joaquim Mullol, Antonella Muraro, Robyn O'Hehir, Ken Ohta, Petr Panzner, Nikolaos Papadopoulos, Hae-Sim Park, Gianni Passalacqua, Ruby Pawankar, David Price, John J. Riva, Yetiani Roldan, Dermot Ryan, Behnam Sadeghirad, Boleslaw Samolinski, Peter Schmid-Grendelmeier, Aziz Sheikh, Alkis Togias, Antonio Valero, Arunas Valiulis, Erkka Valovirta, Matthew Ventresca, Dana Wallace, Susan Wasserman, Magnus Wickman, Wojtek Wiercioch, Juan Jose Yepes-Nuñez, Luo Zhang, Yuan Zhang, Mihaela Zidarn, Torsten Zuberbier, Holger J. Schunemann. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines – 2016 revision.
15. Seidman MD, Gurgel RK, Lin SY, Schwartz SR, Baroody FM, Bonner JR, Dawson DE, Dykewicz MS, Hackell JM, Han JK, Ishman SL, Krouse HJ, Malekzadeh S, Mims JW, Omole FS, Reddy WD, Wallace DV, Walsh SA, Warren BE, Wilson MN., Nnacheta LC. Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis. Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2015;152(1S):1-43.

Інформація для пацієнта

Алергічний риніт

Алергічний риніт – це запалення слизової оболонки порожнини носа, яке виникає після впливу алергену на слизову оболонку. Основні прояви алергічного риніту: набряк слизової оболонки порожнини носа, виділення з порожнини носа, закладеність носа, свербіж в порожнині носа та/або в ділянці навколо очей, приступи чхання.

Розвитку алергічного риніту сприяє ряд факторів, тісно пов'язаних зі способом життя, Вашими звичками. Профілактика і корекція цих факторів ризику можуть привести до поліпшення Вашого самопочуття.

Факторами ризику є сімейна схильність до алергічних захворювань, активне та пасивне куріння, вдихання подразнюючих речовин, порушення анатомічної будови структур порожнини носа та приносних пазух (викривлення носової перегородки, аденоїдні вегетації).

Діагностика алергічного риніту

Лікар, як правило, може діагностувати алергічний риніт на підставі наявних у Вас скарг та наявності характерних симптомів. Для підтвердження діагнозу і призначення адекватної терапії необхідно провести спеціальне алергологічне тестування – шкірні прик-тести та/або визначення рівня специфічних IgE в крові.

У випадках наявності супутньої патології (викривлення носової перегородки; осередків хронічного запалення – хронічний синусит, карієс; бронхіальної астми) лікар призначить Вам консультацію лікаря-отоларинголога та лікаря-пульмонолога.

Лікування алергічного риніту

Слід пам'ятати, що алергічний риніт відноситься до тих хвороб, одужання від яких без активного лікування не відбувається.

Лікування алергічного риніту включає:

- елімінацію причинного алергену (по можливості);
- фармакологічне лікування;
- підшкірну або сублінгвальну алерген-специфічну імунотерапію (АСІТ).

Лікування методом АСИТ проводиться тільки в спеціалізованих алергологічних кабінетах поліклінік і алергологічних відділеннях стаціонарів.

Для лікування АР не застосовують гомеопатію, фітопрепарати, голковколуювання, фізичні методи лікування (фототерапія) у зв'язку з відсутністю доказовості щодо ефективності цих методів лікування.

При здійсненні елімінаційних заходів необхідно враховувати наступне.

- Килимові покриття замінюють на такі, що легко миються, перевагу віддають дерев'яним і шкіряним меблям.
- Постільні приналежності необхідно прати у гарячій воді (не менше 60°C) не рідше 1 разу на тиждень.
- Використовуйте спеціальні протикліщові постільні речі, чохла на матраци, що не пропускають алергени. Це сприяє зменшенню концентрації кліщів домашнього пилу, проте не призводить до значного зниження симптомів алергічного риніту.
- При прибиранні помешканні застосовуйте пилосос з водним фільтром.
- Відносну вологість в квартирі необхідно підтримувати на рівні не вище 50%.
- Для знищення кліщів необхідно використовувати спеціальні хімічні препарати – акарициди. Акарициди ефективні при їх регулярному застосуванні.

- При алергії на тварин рекомендується позбавлення від домашніх тварин, при неможливості – виключення знаходження тварини в спальні дитини.

Слід пам'ятати, що клінічного поліпшення слід очікувати через тривалий час після елімінації алергенів.

Для попередження прогресування захворювання слід знати основні правила, дотримання яких дозволяє тривалий час зберегти задовільний стан. Вони прості, не вимагають значного часу і коштів; необхідно лише Ваше бажання і вміння.

- Дотримуйтеся елімінаційних заходів у Вашому помешканні та на роботі.
- Якщо Ви курите, відмовтеся від куріння.
- Ліквідуйте вчасно осередки інфекції (хронічний риніт, синусит, аденоїдит, тонзиліт, фарингіт, карієс, гастрит і ін.).
- Строго дотримуйтеся порад лікаря – постійно приймайте лікарські препарати і проходите обстеження.

При правильно підібраній терапії стан буде поліпшуватися поступово, в повній мірі це може проявитися лише через кілька тижнів.

Якщо симптоми алергічного риніту зникли, лікування обов'язково продовжують для підтримки гарного самопочуття.

Важливо, що при безперервному лікуванні, в тому числі такими препаратами як антигістамінні, ймовірність госпіталізації в майбутньому нижче, а очікувана якість життя – покращується.

У перший час після початку лікування можливі побічні ефекти, наприклад чхання. Якщо вони зберігаються, необхідно про це попередити лікаря.

Пам'ятайте, що безконтрольне самолікування може ускладнити загальний стан і негативно позначитися на стані здоров'я.

Якщо виникає необхідність подорожей, то слід уникати переїздів в ті кліматичні зони, де цвітуть причинно значущі рослини.

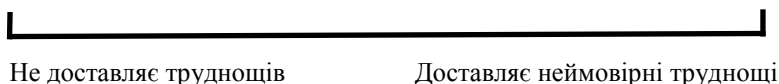
Успішне лікування багато в чому залежить не тільки від лікарів, але і від Вашого власного ставлення до захворювання і виконання Вами лікарських рекомендацій.

Алгоритм первинного обстеження пацієнта з підозрою на алергічний риніт



**Візуальна аналогова шкала оцінки тяжкості хвороби у дорослих
(від 18 років)**

10 см



Для оцінки загального ступеня тяжкості за візуальною аналоговою шкалою (відрізок 10 см) пацієнта просять вказати на візуальній аналоговій шкалі суб'єктивне відчуття того, наскільки симптоми алергічного риніту доставляють пацієнту труднощі.

Симптоми, що оцінюються:

Назальні

- закладеність носа;
- свербіж в порожнині носа;
- виділення з порожнини носа;
- чхання

Очні

- сльозотеча;
- почервоніння очей;
- свербіж в ділянці навколо очей.

Пацієнту пояснюється, що початок відрізка (ліворуч) відповідає гарному стану, а кінець (праворуч) – найгіршому стану. При цьому пацієнт не має знати шкалу інтерпретації тяжкості.

Після того, як пацієнт зробив оцінку свого стану, лікарем проводиться інтерпретація самооцінки ступеня тяжкості: легкий (0-2 см), помірний (2-5 см) та тяжкий (5-10 см).

Оцінка за візуальною аналоговою шкалою >5 см впливає на якість життя пацієнта.