

Одобен Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «19» сентября 2024 года
Протокол №214

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Название протокола: Аллергический ринит

1.2. Код (коды) по МКБ – 10:

J30.	Вазомоторный и аллергический ринит.
J30.0	Вазомоторный ринит.
J30.1	Аллергический ринит, вызванный пылью растений.
J30.2	Другие сезонные аллергические риниты.
J30.3	Другие аллергические риниты
J30.4	Аллергический ринит неуточненный.
J33.0	Полип полости носа
J33.9	Полип носа неуточненный

1.3. Дата разработки/пересмотра протокола: 2017 год (пересмотр 2023 год)

1.4. Сокращения, используемые в протоколе:

АР – аллергический ринит

ГКС - глюкокортикостероиды

БА – бронхиальная астма

IgE – иммуноглобулин E

АС-IgE – аллергенспецифический иммуноглобулин E

САД – специфическая алергодиагностика

АСИТ – аллергенспецифическая иммунотерапия

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения (WHO)

ЕААСИ – Европейская Академия алергологии и клинической иммунологии

1.5. Пользователи протокола: алергологи – иммунологи; терапевты; педиатры; врачи общей практики; оториноларингологи.

1.6. Категория пациентов: взрослые и дети, больные аллергическим ринитом.

1.7. Шкала уровня доказательности:

Таблица 1 – Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	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.
C	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.

1.8. Определение

Аллергический ринит (АР) – Аллергический ринит представляет собой опосредованную иммуноглобулином Е (IgE) реакцию гиперчувствительности 1 типа слизистой оболочки носа, возникающую в результате воздействия аллергена на сенсibilизированный организм человека[1].

Аллергический полипозный риносинусит – хроническое заболевание слизистой оболочки носа и околоносовых пазух (ОНП), в основе патогенеза которого лежит аллергическая воспалительная реакция, характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов с доминированием эозинофилов и нейтрофилов [3].

1.9. Классификация[4]:

Основные особенности классификации АР по ARIA учитывают три основных момента:

- 1) по продолжительности течения болезни :
- 2) по степени тяжести течения болезни:
- 3) По фазе заболевания и влиянию на качество жизни АР:

1. Классификация АР по продолжительности течения болезни:

- интермиттирующий АР – длительность симптомов менее 4 суток в неделю при общей продолжительности менее 4 недель;
- персистирующий АР – длительность симптомов более 4 суток в неделю при общей продолжительности дольше 4 недель.

2. Классификация АР по степени тяжести течения болезни и их влиянию на качество жизни:

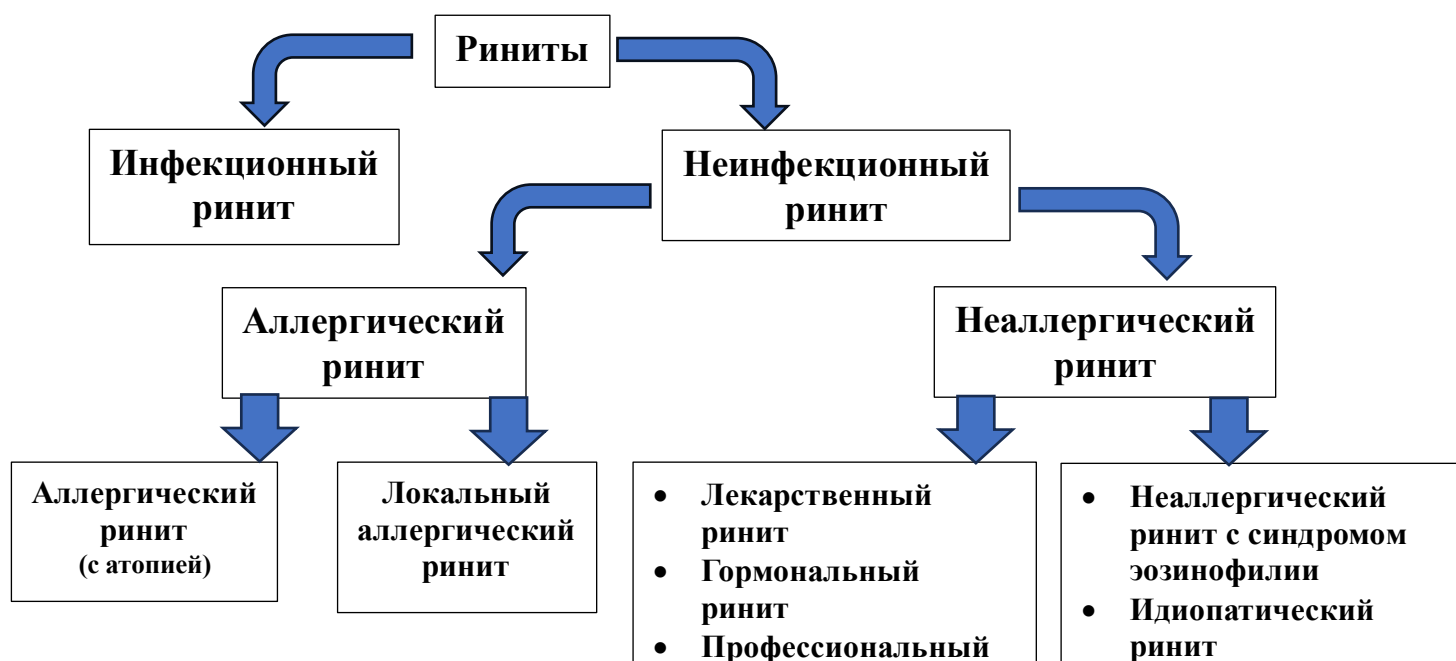
- АР легкого течения – клинические проявления есть, но они не нарушают дневную активность (работу, учебу) и не влияют на сон. Качество жизни нарушено мало;
- АР средней тяжести – клинические проявления есть, они или нарушают дневную активность (работу, учебу), или нарушают сон. Качество жизни существенно снижено;
- АР тяжелой степени – клинические проявления сильные, они нарушают дневную активность (работу, учебу), и мешают спать. Качество жизни нарушено очень сильно ;

3. По фазе заболевания:

Классификация АР по фазе течения:

- фаза обострения.
- фаза ремиссии.

5. Локальный аллергический ринит (ЛАР) — клинический фенотип ринита, характеризующийся наличием назальных симптомов АР у неатопических пациентов с отрицательным кожным прик-тестом (КПТ), неопределяемым специфическим IgE (sIgE) в сыворотке крови к ингаляционным аллергенам, но с положительным назальным провокационным тестом на аллергены и хорошим ответом на аллерген-специфическую иммунотерапию [5,6].



2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ:

Диагностические критерии [2,7-8]:

Жалобы и анамнез	<ul style="list-style-type: none">• Выделения из носа (ринорея) – обычно водянистого или слизистого характера.• Зуд в носу, чувство жжения.• Чихание – приступообразное, не приносящее облегчения. Могут быть дополнительные жалобы – головная боль, слабость, раздражительность, слезотечение (из-за чихания), першение в горле, сухой кашель (из-за раздражения нижних дыхательных путей, мокроты), чувство нехватки воздуха и т.п.• Заложенность (обструкция) носа – полная, частичная или попеременная, в разное время дня, в зависимости от этиологии и режима.• В аллергологическом анамнезе необходимо обратить внимание на давность заболевания, сезонность, суточную цикличность, связь со специфическими и неспецифическими (жара, холод, резкие запахи, духота и т.п.) провоцирующими факторами, профессиональными вредностями, эффектом от медикаментов (местных и системных). В зависимости от длительности, частоты и ригидности симптомов заболевание классифицируется по форме, течению, тяжести и стадии.
АР проявляется следующими основными симптомами:	<ul style="list-style-type: none">• ринорея (водянистые выделения из носа);• чихание (нередко приступообразное, чаще в утренние часы, пароксизмы чихания могут возникать спонтанно);• 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

	<p>поперечная носовая складка, расчесы, царапины на носу;</p> <ul style="list-style-type: none"> • заложенность носа (обструкция), характерное дыхание ртом, сопение, храп, изменение голоса; • снижение обоняния (на поздних стадиях ринита).
Дополнительные симптомы АР	<ul style="list-style-type: none"> • раздражение, отечность, гиперемия кожи над верхней губой и у крыльев носа; • носовые кровотечения вследствие форсированного сморкания и травматического туалета носа; • боль в горле, покашливание (проявления сопутствующего аллергического фарингита, ларингита); • боль и треск в ушах, особенно при глотании; нарушение слуха (проявления аллергического тубоотита);
Общие неспецифические симптомы, наблюдаемые при АР:	<ul style="list-style-type: none"> • слабость, недомогание, раздражительность; • головная боль, повышенная утомляемость, нарушение концентрации внимания; • нарушение сна, подавленное настроение; • редко — повышение температуры. <p>АР часто сочетается с другими аллергическими заболеваниями, такими как аллергический конъюнктивит, атопический дерматит, атопическая БА.</p>
Физикальное обследование:	
Общий осмотр	<ul style="list-style-type: none"> • наличие гиперемии кожи около носовых зон (из-за ринореи и зуда); • темные круги под глазами (застой крови в клиновидно-небных венах); • видимый «аллергический салют»; • Аллергическая складка: горизонтальная складка возле кончика носа; • «Аденоидное лицо», высокое «готическое» небо; • Географический язык; • псевдопаннус (полулунная выемка на радужной оболочке глаза).
Основные методы обследования :	
Определение общего IgE в сыворотке крови	повышение выше возрастной нормы

<p>Кожные пробы (специфическая аллергодиагностика in vivo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • кожные пробы, провокационные пробы (проводятся в специализированных аллергологических кабинетах только в период полной ремиссии заболевания, под контролем врача) – позволяет уточнить этиологию АР, определить терапевтическую тактику, профилактические меры, прогноз и возможность проведения АСИТ (включая аллергологическое титрование) <p>Кожно-аллергические пробы не проводятся пациентам с АР когда имеются абсолютные противопоказания (Приложение 4)</p> <p>Кожно-аллергические пробы проводятся пациентам с АР, в том числе и рамках ОСМС с оптимальной периодичностью и количеством.</p> <p>Кожно-аллергические пробы проводятся детям дошкольного возраста один раз в 3 года, детям школьного возраста и взрослым один раз в 5 лет .</p> <p>Кожно-аллергические пробы проводятся больным с АР преимущественно ингаляционными аллергенами (пыльца деревьев, луговых трав, сорных трав, эпидермальными и бытовыми аллергенами, спорами плесневых грибов) .</p> <p>Кожно-аллергические пробы проводят в количестве не более 12 штук у детей и у взрослых.</p>
<p>Определение специфических IgE в сыворотке крови (специфическая аллергодиагностика in vitro)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • специфическая аллергодиагностика по определению специфических IgE в сыворотке крови проводится пациентам, в том числе и рамках ОСМС независимо от периода болезни в количестве 15-20 аллергенов преимущественно с основными группами ингаляционных аллергенов, что позволяет уточнить этиологию АР, определить терапевтическую тактику, профилактические меры, прогноз и возможность проведения АСИТ.
<p>Дополнительные лабораторные методы исследования</p>	
<p>ОАК</p>	<p>Достоверных диагностически значимых показателей нет, наличие эозинофилии может</p>

	<p>подтверждать аллергическую этиологию ринита, но не является обязательной.</p> <p>Обнаружение лейкоцитоза и повышение СОЭ могут свидетельствовать о присоединении инфекции и синусита</p>
Посев отделяемого на инфекционную флору	дополнительный метод, в случае рецидивирования гнойных инфекций, резистентности к терапии и т.п.
Цитологическое исследование мазка, смыва или соскоба из носа (риноцитограмма)	отделяемого из носа с окраской либо по Райту, либо по Ханзелу, обычно в виде мазка, смыва или соскоба. Подтверждению диагноза свидетельствует наличие и повышение эозинофилии
Дополнительные инструментальные методы исследования:	
Эндоскопическое исследование полости носа	<ul style="list-style-type: none"> • прямая передняя и/или задняя риноскопия, позволяет уточнить локальный характер процесса, дифференцировать с другими заболеваниями, оценить состояние трубных миндалин и т.п. (цвет слизистой оболочки и ее влажность, форму перегородки носа, обращая внимание на сосудистую сеть в ее передних отделах, калибр сосудов, состояние носовых раковин (форма, цвет, объем, отношение к перегородке носа), пальпируют их пуговчатым зондом для определения консистенции, размеры и содержимое носовых ходов, особенно среднего).
Рентгенография придаточных пазух носа	позволяет уточнить наличие признаков органических и гнойных поражений носа и придаточных пазух, отек слизистой оболочки полости носа и пазух.
Компьютерная томография носа и околоносовых пазух	дополнительный метод, позволяет уточнить наличие органических поражений, кист, полипов, анатомических аномалий и т.п.
Риноманометрия	дополнительный метод, позволяет оценить проходимость носовых ходов и наличие сопротивления с одной либо с обеих сторон.
Определение порогов обоняния и мукоцилиарного транспорта	дополнительные методы, используются в отдельных случаях по необходимости

Показания для консультации специалистов:

- консультация оториноларинголога – в случае наличия длительного гнойного отделяемого, наличия в анамнезе травм носа и его хронических инфекционных заболеваний, выявления распространенного полипоза и или видимых деформаций/аномалий строения, развития осложнений на ухо или гортань; Врач-оториноларинголог - проводит визуальную оценку полости носа, переднюю риноскопию, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, проводит дифференциальную диагностику АР с другими заболеваниями полости носа и околоносовых пазух, выявление осложненных форм АР как разрастание полипов, выявляет наличие анатомических нарушений в полости носа, определяет показания к компьютерной томографии придаточных пазух носа, хирургическому лечению таких пациентов;
- консультация офтальмолога – в случае развития кератита, наличия сопутствующей глаукомы, в случае выраженного или резистентного к терапии конъюнктивита, дакриоцистита или других осложнений;
- консультация других узких специалистов – по показаниям.

2.1 Дифференциальная диагностика:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Неаллергический, неинфекционный ринит	Выделения из носа - водянистые или слизистые; Слизистая носа - розовая, отечная	Мазок из носа - характерных изменений нет; Общий IgE норма; Аллерген-специфические IgE не определяются; Реакция на раздражающие вещества; Эффективность антигистаминных средств – умеренная; Течение - обострения в любое время года	Отсутствие связи с аллергенами, инфекционными агентами. Нейрогенный или вазомоторный, идиопатический риниты вызываются раздражающим действием (например, вдыхаемый табачный дым), гастроэзофагальным рефлюксом у детей старшего возраста, гормональными причинами (гипотиреоз, беременность), лекарственными препаратами (например бета-блокаторами, контрацептивами, НПВС), и идиопатический.

			Отсутствие изменений в мазке из носа; Общий IgE в норме; Аллергенспецифические IgE антитела не определяются; Течение - отсутствие сезонности.
Эозинофильный неаллергический ринит	Выделения из носа - обильные водянистые; Слизистая носа - бледная, рыхлая, отечная	Мазок из носа – эозинофилия; Общий IgE в норме; Аллергенспецифические IgE антитела не определяются; Эффективность антигистаминных средств - низкая; Течение - обострения в любое время года	Обильные слизистые выделения из носа или сухой ринит; В мазке из носа – эозинофилия; Эффективность антигистаминных средств – низкая; Общий IgE в норме; Аллерген-специфические IgE антитела не определяются; Течение - отсутствие сезонности; Отсутствие контакта с аллергенами, инфекционными агентами. Возможная связь с приемом аспирина и НПВС.
Инфекционный ринит	Выделения из носа - слизистые или гнойные; Слизистая носа - гиперемированная, отечная	Мазок из носа - эпителий, нейтрофилы лимфоциты; Общий IgE в норме; Аллергенспецифические IgE антитела не определяются; Реакция на инфекционные агенты; Эффективность антигистаминных средств – низкая;	Слизистые, гнойные выделения из носа; В мазке из носа – лимфоцитоз, нейтрофилия; Лихорадка, катаральный синдром; Инфекционная природа ринита; Эффективность антигистаминных средств – низкая; Общий IgE в норме; Аллергенспецифические IgE антитела не определяются; Отсутствие связи с аллергенами, раздражителями

		Течение спорадические случаи	-	
--	--	---	---	--

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [6,9]:

Лечение на амбулаторном уровне является основным (и практически единственным) методом борьбы с аллергическим ринитом. Тактика сводится к минимизации симптоматики (топической назальной и общей), улучшению качества жизни пациента, профилактике повторных обострений и осложнений со стороны верхних и нижних дыхательных путей, включая развитие бронхиальной астмы.

3.1. Немедикаментозное лечение:

- охранительный режим (избегать контакта с аллергенами, раздражающими агентами, переохлаждений, ОРВИ и т.п.);
- гипоаллергенная диета;
- устранение (элиминация) причинных и провоцирующих факторов; уменьшение контакта с причинным и провоцирующими факторами, в случае невозможности полной элиминации аллергена;
- дыхательная гимнастика;
- Барьерные средства (Эктоины, целлюлоза);
- Солевые растворы и термальная вода в виде назальных спреев.

3.2. Медикаментозное лечение (в зависимости от формы, фазы и степени тяжести), основные принципы (УД А):

Основные средства:

Антигистаминные средства нового поколения (УД А):

Базовое лечение аллергического ринита. Применяются курсами от нескольких дней до нескольких месяцев. Используются в комбинации с топическими интраназальными ГКС или в виде монотерапии (реже, особенно при наличии сопутствующей крапивницы). Назначаются 1 раз в день, взрослым и детям с 2 лет, только в пероральной форме [9]. Продолжительность курса лечения определяется лечащим врачом, обычно не превышает 3 месяцев.

- лоратадин 10 мг/сут;
- дезлоратадин 5 мг/сут;
- цетиризин 10 мг/сут;
- левоцетиризин 5 мг/сут;
- фексофенадин 120 мг и 180 мг/сут;
- эбастин 10-20 мг/сут*;
- биластин 20 мг/сут* [16].

Антигистаминные средства старого поколения (УД А) –используются при остром течении в первые 3-5 дней, в качестве неотложной терапии. [9].

- хлоропирамин 5-75 мг/сут.;
- хифенадин 25-75 мг/сут.;
- клемастин 1-3 мг/сут.;
- диметинден 1-6 мг/сут.

Интраназальные антигистаминные препараты:

- Азеластин
- Олопатадин

Топические (интраназальные) глюкокортикостероиды (УД А):

- базовое патогенетическое лечение аллергического ринита. Длительность непрерывного применения может достигать двух лет, но при этом показаны альтернирующие курсы назначения препаратов (например, через день, или два-три раза в неделю). Данная группа препаратов обеспечивает противовоспалительное, комплексное лечение и профилактику осложнений АР (конъюнктивит, ларингиты, обструктивный синдром, бронхиальная астма и т.д.). Используются в качестве монотерапии или в комбинации с антигистаминными или антилейкотриеновыми препаратами. Продолжительность курса от 1 недели до 6 месяцев (в случае необходимости до 12 мес.). Рекомендованы к использованию у взрослых и детей с 6 лет [9].
- беклометазон – 100-400 мкг/сутки (2-8 впрыскиваний в сутки);
- мометазон – 100-400 мкг/сутки (2-8 впрыскивания в сутки);
- флутиказона пропионат – 100-400 мкг/сутки (2-8 впрыскиваний в сутки);
- флутиказона фураат – 100-400 мкг/сутки (2-4 впрыскивания в сутки).

Комбинированные интраназальные антигистаминные и интраназальные глюкокортикостероиды:

- Мометазон/олопатадин – 25 мкг/600 мкг доза.
- Мометазон/азеластин - 50 мкг/140 мкг доза.

Деконгестанты(УДА) – для лечения заболеваний носа используются только как симптоматическое средство для временного восстановления проходимости носовых ходов (например, перед приемом топических стероидов), а также при легком течении аллергического ринита. Назначаются детям с 6 лет и взрослым, не более 5-7 дней, так как есть склонность к тахифилаксии и другим побочным эффектам [1].

- оксиметазолин 0,05, 0,1%;
- ксилометазолин 0,05, 0,1%.

Антилейкотриеновые препараты (антагонисты рецепторов лейкотриена) (УДА):

- базовое лечение АР, особенно при его сочетании с бронхообструктивными проявлениями и астмой, профилактика развития БА. Как правило, назначаются в комбинации с топическими интраназальными ГКС или в качестве монотерапии (редко) [1].

Аллергенспецифическая иммунотерапия (УД А):

Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) является основным патогенетическим методом лечение АР с выявленным IgE-зависимым генезом болезни.

Для АСИТ используются немодифицированные аллергены в виде водных или физически связанных (полудепо) экстрактов, химически модифицированных экстрактов (аллергоиды) — в виде полудепо-экстрактов. Экстракты аллергенов и аллергоиды для АСИТ для подъязычного применения используются в виде водных растворов или таблеток. Необходимо руководствоваться инструкцией к препарату.

Проведение АСИТ инъекционным способом осуществляется только в специализированных аллергологических кабинетах, оснащенных согласно Стандарта по специальности «Аллергология и иммунология». АСИТ проводится аллергологом после проведения диагностики *in vitro* и *in vivo* и выявления причинно-значимых аллергенов.

АСИТ проводится в период полной клинической ремиссии болезни инъекционными и неинъекционными (пероральным, сублингвальным, интраназальным) методами [10,11].

АСИТ является наиболее безопасным и эффективным вариантом лечения пациентов с аллергией. (См.Стандарт)

Мембраностабилизаторы (УД С):

Используются в основном местно, с профилактической целью, более показаны в детском возрасте. Эффективность системного применения не подтверждена.

Кромоглицевоая кислота*- 50-200 мг/сут.

ARIA 2020: консенсусные рекомендации для различных клинических ситуаций. Конкретные примеры изменения терапии – степень вверх.

Текущее лечение	Степень вверх
T1	T2 или T3
T2	T3
T3	T3 +T4*

T1+T2	T3
T1+T3	T3 +T4*
T2+T3	T3 + T4
T5 + ВАШ ≥ 5	T5 +T >2 или T3
T5 +ВАШ от ≥ 2 до <5	T5+T1, T2 или T3*
T5+T1	T5 +T2 или T3
T5+T2	T5 + T3
T5+T3	Продолжить терапию или рассмотреть направление к специалисту для СИТ

Конкретные примеры изменения терапии – ступень вниз.

Текущее лечение	Ступень вверх
T3	T2 или T1 (T2 если есть заложенность носа)
T2	T1 (продолжать применять T2, если есть заложенность носа)
T1	Прекратить лечение (если нет контакта с аллергеном)
T1	Продолжить лечение (если есть контакт с аллергеном)
T1+T2	T1 или T2 (T2 если есть заложенность носа)
T1+T3	T1 или T3 (T3 если есть заложенность носа)
T2+T3	T2 или T3
T5 + T3	T5+T1 или T2 (T5+T2 если есть заложенность носа)
T5 +T2	T5+T1 (продолжить применять T5+T2, если есть заложенность носа)
T5+T1	T5 (если нет контакта с аллергеном)
T5+T1	T5+T1 (если есть контакта с аллергеном)
T5	T5 (до конца курса лечения)

Балл по	ИАР (коррекция	ПАР (коррекция	Стартовая
---------	----------------	----------------	-----------

ВАШ	лечения)	лечения)	терапия ИАР и ПАР
<2	Степень вниз	Степень вниз	
от ≥ 2 до <5	Продолжить лечение	Продолжить лечение и степень вверх	
<5			Начать лечение
≥ 5	Степень вверх	Степень вверх	Начать лечение

ИАР - интерметтирующий аллергический ринит, ПАР – персистирующий аллергический ринит, ВАШ – визуальная аналоговая шкала

Проведение короткого курса глюкокортикоидов (системного действия) предлагается как терапия четвертой линии или лечение тяжелого обострения.

Преднизолон- доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от показаний и тяжести заболевания

Дексаметазон - доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от показаний и тяжести заболевания [15].

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Блокаторы H ₁ – гистаминовых рецепторов нового поколения	Цетиризин	Таблетки. Детям с 6 до 12 лет: 5 мг два раза в сутки. Детям с 12 лет и старше: 10 мг один раз в сутки. Капли для приема внутрь: Детям с 2 до 6 лет: 2,5 мг 2 раза в день (5 капель). Детям с 6 до 12 лет: 5 мг 2 раза в день (10 капель). Детям с 12 лет и старше: 10	А

		мг один раз в день (20 капель).	
	Левосетиризин	Таблетки. Детям с 6 лет 5 мг 1 раз в сутки. Капли. Детям с 2 - 6 лет: ежедневная рекомендуемая доза равна 2,5 мг за два приема в равных дозах по 1,25 мг.	А
	Лоратадин	Таблетки. Детям с 6 до 12 лет дозировка рассчитывается по весу: масса тела больше 30 кг: 10 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки; с массой тела менее 30 кг - 5 мг (½ таблетки) 1 раз в сутки. Детям с 12 лет и взрослым. Внутрь, 10 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки.	А
	Дезлоратадин	Сироп, раствор оральный. Детям с 1 года до 5 лет: 1,25 мг 1 раз в сутки; детям с 6 до 11 лет: 2,5 мг 1 раз в сутки; детям с 12 лет и взрослым: 5 мг 1 раз в сутки. Таблетки. Взрослым и подросткам с 12 лет - по 1 таблетке (5 мг) 1 раз/сут.	А
	Фексофенадин	Таблетки. Детям с 12 лет и старше: рекомендованная суточная доза 60 мг 2 раза в день или 120 мг или 180 мг 1 раз в день.	А
	Биластин	Таблетки. Детям с 12 лет и старше 20 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки.	А
	Эбастин	Таблетки.	А

		Детям с 12 лет и старше 10 мг (1 таблетка) один раз в сутки, при тяжелых формах – 20 мг.	
Блокаторы H ₁ – гистаминовых рецепторов старого поколения	Хифенадин	Таблетки. Детям с 2 до 3 лет — по 5 мг 2–3 раза в сутки, с 3 до 7 лет — по 10 мг 2 раза в сутки, с 7 до 12 лет — по 10–15 мг 2–3 раза в сутки, старше 12 лет — по 25 мг 2–3 раза в сутки. Взрослым — по 25–50 мг 3–4 раза в сутки.	С
	Диметинден	Капли. Детям с 1 месяца до 12 лет суточная доза 100 мкг/кг массы тела (2 капли на кг массы тела). Суточную дозу делится на 3 приема. Детям с 12 лет и взрослым рекомендованная суточная доза составляет 3-6 мг (60-120 капель), делить на 3 приема.	С
Интраназальные блокаторы H ₁ – гистаминовых рецепторов	Азеластин	Используется в комбинации с интраназальными глюкокортикостероидами (мометазоном)	А
	Олопатадин	Используется в комбинации с интраназальными глюкокортикостероидами (мометазоном)	А
Интраназальные глюкокортикостероиды	Мометазон	Спрей назальный дозированный 50 мкг/доза. Детям с 3 до 11 лет рекомендуемая доза составляет 1 впрыскивание (по 50 мкг каждое) в каждую ноздрю 1 раз/сут (общая суточная доза - 100 мкг). Подросткам с 12 лет и взрослых, включая пожилых пациентов, рекомендованная доза	А

		<p>препарата составляет 2 впрыскивания (по 50 мкг каждое) в каждую ноздрю 1 раз/сут (общая суточная доза составляет 200 мкг препарата). После достижения положительного клинического эффекта в качестве поддерживающей терапии рекомендуется снижение дозировки до 1 впрыскивания в каждую ноздрю (общая суточная доза - 100 мкг).</p>	
	Беклометазон	<p>Спрей дозированный для интраназального применения, 50 мкг/доза. Детям с 6 лет и старше: рекомендуемая начальная доза: два впрыскивания два раза в день в каждый носовой ход (400 мкг беклометазона дипропионата в день). После достижения контроля симптомов дозировку снижают до одного впрыскивания два раза в день в каждый носовой ход (200 мкг беклометазона дипропионата в день).</p>	В
	Флутиказон	<p><i>Флутиказона фуроат.</i> Спрей назальный дозированный, 27.5 мкг/доза. Дети с 6 до 11 лет по одному впрыскиванию (27,5 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (55 мкг в сутки). Подростки с 12 лет и старше общая суточная доза 110 мкг. Начальная рекомендуемая доза составляет два</p>	А

		<p>впрыскивания (55 мкг) в каждый носовой ход один раз в сутки.</p> <p><i>Флутиказона пропионат.</i> Спрей назальный дозированный, 50 мкг/доза. Детям с 4 до 11 лет по 1 дозе в каждый носовой ход, один раз в день (суммарно 100 мкг), предпочтительно утром. В некоторых случаях может потребоваться по 1 дозе в каждый носовой ход, 2 раза в день (суммарно 200 мкг). Максимальная суточная доза не должна превышать более 2 доз в каждый носовой ход (суммарно 200 мкг). Подросткам с 12 лет и взрослым по 2 дозы в каждый носовой ход, один раз в день (суммарно 200 мкг), предпочтительно утром. При необходимости – по 2 дозы в каждый носовой ход, 2 раза в день (суммарно 400 мкг). Максимальная суточная доза не более 4-х доз, в каждый носовой ход (суммарно 400 мкг).</p>	
Интраназальные кортикостероиды + интраназальные блокаторы H ₁ – гистаминовых рецепторов	Мометазон/оло патадин – 25 мкг/600 мкг доза.	<p>Спрей назальный дозированный.</p> <p>Детям с 6 до 11 лет по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 2 раза/сут.</p> <p>Детям с 12 лет и старше по 2 впрыскивания в каждый носовой ход 2 раза/сут.</p>	А
	Мометазон/азел астин* - 50 мкг/140 мкг доза –	<p>Спрей назальный дозированный.</p> <p>Детям с 12 до 17 лет по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 2 раза/сут.</p>	В

		Взрослым с 18 лет и старше по 2 впрыскивания в каждый носовой ход 2 раза/сут.	
Интраназальные деконгестанты	Оксиметазолин	Детям с 6 лет и взрослым, не более 5-7 дней	С
	Ксилометазолин	Детям с 6 лет и взрослым, не более 5-7 дней	С

**В соответствии с правилами применения ЛС незарегистрированных на территории РК.*

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Блокаторы H ₁ – гистаминовых рецепторов старого поколения	Хлоропирамин 5-75 мг/сут.	Детям с 1 по 12 месяцев по 6,25 мг, с 1 года до 6 лет по 8,33 мг, с 7 до 14 лет по 12,5 мг 2–3 раза в сутки. Взрослым по 25 мг 3–4 раза в сутки (до 150 мг/сут).	С
	Клемастин 1-3 мг/сут.	Детям с 12 лет и старше по 1 мг 2 раза в сутки.	С
Антагонисты лейкотриеновых рецепторов	Монтелукаст	Таблетки. Детям с 2 до 6 лет по 4 мг 1р в сутки; детям с 6 до 12 лет по 5 мг 1р в сутки; подросткам с 12 лет и взрослым по 10 мг 1 р в сутки.	С
Системные глюкокортикостероиды	Преднизолон	Доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от показаний и тяжести заболевания	С
	Дексаметазон	Доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от показаний и тяжести заболевания	С
Мембраностабилизаторы	Кетотифен	Детям от 6 до 12 лет – 1 мг 2 раза в сутки.	С
Кромоглицевоая кислота*	Кромоглицевоая кислота*	50-200 мг/сут.	С

**В соответствии с правилами применения ЛС незарегистрированных на территории РК.*

Возможно одновременное совместное использование нескольких групп препаратов [1]

Группы препаратов	Уровень доказательности
Пероральные блокаторы H ₁ – гистаминовых рецепторов + пероральные деконгестанты	Уровень А
Пероральные блокаторы H ₁ – гистаминовых рецепторов + интраназальные кортикостероиды	Уровень А
Пероральные блокаторы H ₁ – гистаминовых рецепторов + Антагонисты лейкотриеновых рецепторов	Уровень А
Интраназальные кортикостероиды + интраназальные блокаторы H ₁ – гистаминовых рецепторов	Уровень А
Интраназальные кортикостероиды + Антагонисты лейкотриеновых рецепторов	Уровень В
Интраназальные блокаторы H ₁ – гистаминовых рецепторов + интраназальные деконгестанты	Уровень В
Комбинированная биологическая терапия и подкожная иммунотерапия	Уровень В

3.3. Хирургическое вмешательство: нет.

3.4. Дальнейшее ведение:

Профилактические мероприятия:

Пропаганда знаний об аллергии, аллергическом рините и бронхиальной астме, как самом частом осложнении. Раннее выявление гиперчувствительности, настороженность в случае отягощенного личного или семейного аллергоанамнеза, выявление и лечение заболеваний верхних дыхательных путей, отказ от курения, экология труда и быта, здоровый образ жизни.

- наблюдение аллерголога в динамике;
- обучение пациентов в школе аллергии (астмы);
- специфическая аллергодиагностика и элиминация причинных аллергенов;
- профилактические гипоаллергенные мероприятия в жилье и на рабочем месте;
- исключение провоцирующих факторов, курения;
- ношение специальных фильтров или масок;

- применение систем очистки, ионизации, озонации, фильтрации, увлажнения воздуха, пылесосов с водяной фильтрацией или «моющих»;

3.5. Индикаторы эффективности лечения:

- купирование клинических проявлений;
- восстановление проходимости носовых ходов;
- восстановление носового дыхания, особенно в ночное время;
- улучшение качества жизни;
- восстановление трудоспособности;

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

4.1. Показания для плановой госпитализации: нет.

4.2. Показания для экстренной госпитализации: нет.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ: нет.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков:

1) Испаева Жанат Бахытовна – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой аллергологии и клинической иммунологии НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова», главный внештатный детский аллерголог-иммунолог МЗ РК.

2) Моренко Марина Алексеевна - доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детских болезней с курсом аллергологии и иммунологии, гематологии, эндокринологии НАО «МУА», главный детский аллерголог-иммунолог г.Астаны.

3) Тусупбекова Галия Марксовна – кандидат медицинских наук, PhD, главный аллерголог-иммунолог аллергологической службы и руководитель Центра аллергологии РГП «Больницы Медицинского Управления делами Президента Республики Казахстан». Доцент кафедры внутренних болезней с курсом аллергологии-иммунологии НАО «МУА».

4) Шоканова Эльмира Токеновна - ассистент кафедры аллергологии и клинической иммунологии НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова».

5) Бекмагамбетова Райхан Базарбайкызы - ассистент кафедры аллергологии и клинической иммунологии НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова».

6) Ермекбаева Бахытгуль Абкеновна - доктор медицинских наук, профессор, Ведущий научный сотрудник Центра науки о жизни «National laboratory Astana», NU, клинический фармаколог.

6.2. Конфликт интересов: нет.

6.3. Список рецензентов:

1. Ковзель Елена Федоровна – доктор медицинских наук (РФ, РК), заведующая отделом клинической иммунологии, аллергологии Корпоративного фонда «University Medical Center», Председатель Казахской ассоциации иммунодефицитов и ассоциации врачей иммунологов. Главный взрослый аллерголог МЗ РК.

6.4. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

6.5. Список использованной литературы

1. Wise SK, Damask C, Roland LT, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: allergic rhinitis - 2023. Int Forum Allergy Rhinol. 2023; 13(4): 293-859. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/alr.23090>
2. Global atlas of allergy. Editors: Cezmi A. Akdis, Peter W. Hellings, Ioana Agache. Published by the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. 2015; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/101692385>
3. Козлов В.С., Савлевич Е.Л. Полипозный риносинусит. Современные подходы к изучению патогенеза, диагностике и лечению. Вестник оториноларингологии. 2015;80(4):95-99. Kozlov VS, Savlevich EL. Chronic rhinosinusitis with nasal polyps. The recent trend in the studies of the pathogenesis, diagnosis and treatment of this disease. Vestnik Oto-Rino-Laringologii. 2015;80(4):95-99. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/otorino201580495-99>
<https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2015/4/400042-466820150424>
4. Bousquet, J. And authors. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. J Allergy Clin Immunol . 2020 Jan;145(1):70-80.e3. doi: 10.1016/j.jaci.2019.06.049. [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(19\)31187-X/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(19)31187-X/fulltext)
5. Hellings, P.W.; Klimek, L.; Cingi, C.; Agache, I.; Akdis, C.; Bachert, C.; Bousquet, J.; Demoly, P.; Gevaert, P.; Hox, V.; et al. Non-allergic rhinitis: Position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy 2017, 72, 1657–1665. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.13200>

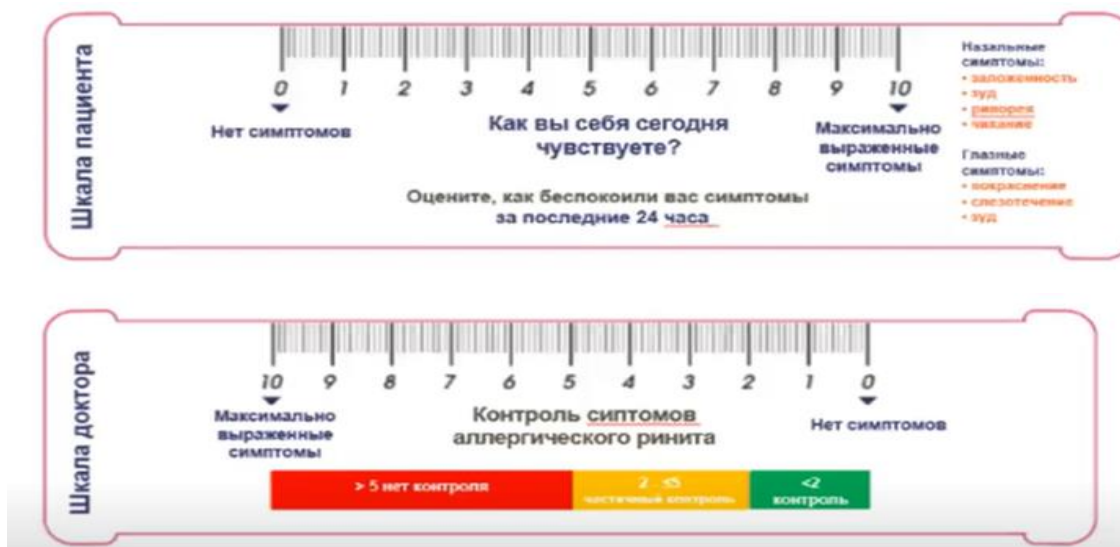
6. Campo, P.; Eguiluz-Gracia, I.; Bogas, G.; Salas, M.; Serón, C.P.; Pérez, N.; Mayorga, C.; Torres, M.J.; Shamji, M.; Rondon, C. Local allergic rhinitis: Implications for management. *Clin. Exp. Allergy* 2019, 49, 6–16. <https://doi.org/10.1111/cea.13192>
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cea.13192>
7. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2017 revision. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2017; 140(4). <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2017.03.050>
[https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(17\)30919-3/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(17)30919-3/fulltext)
8. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen). *Allergy*. 2008; 63: 8-160. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1398-9995.2007.01620.x>
9. Bousquet J, Schunemann HJ, Hellings PW, Arnavielhe S, Bachert C, Bedbrook A, et al. MACVIA clinical decision algorithm in adolescents and adults with allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2016;138(2):367-74 e2. [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(16\)30148-8/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(16)30148-8/fulltext)
10. Courbis AL, Murray RB, Arnavielhe S, Caimmi D, Bedbrook A, Van Eerd M, et al. Electronic Clinical Decision Support System for allergic rhinitis management: MASK e-CDSS. *Clin Exp Allergy.* 2018;48(12):1640-53. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cea.13230>
11. Pfaar O, Demoly P, Gerth van Wijk R, Bonini S, Bousquet J, Canonica GW, Durham SR, Jacobsen L, Malling HJ, Mosges R, Papadopoulos NG, Rak S, Rodriguez del Rio P, Valovirta E, Wahn U, Calderon MA. Recommendations for the standardization of clinical outcomes used in allergen immunotherapy trials for allergic rhinoconjunctivitis: an EAACI Position Paper. *Allergy* 2014; 69: 854–867. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.12383>
12. Papadopoulos NG, Bernstein JA, Demoly P, Dykewicz M, Fokkens W, Hellings PW, Peters AT, Rondon C, Togias A, Cox LS. Phenotypes and endotypes of rhinitis and their impact on management: a PRACTALL report. *Allergy*. 2015 May;70(5):474-94. DOI: 10.1111/all.12573. Epub 2015 Feb 19. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.12573>
13. Yu C, Wang K, Cui X, et al. Clinical Efficacy and Safety of Omalizumab in the Treatment of Allergic Rhinitis: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *Am J Rhinol Allergy.* 2020;34(2):196-208. doi:10.1177/1945892419884774 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31672020/>
14. Assessment of asthma control using CARAT in patients with and without Allergic Rhinitis: A pilot study in primary care. Domingues M, Amaral R, Fonseca JA, Azevedo P, Correia-de-Sousa J. *Rev Port Pneumol (2006).* 2016 May-Jun;22(3):163-6. doi: 10.1016/j.rppnen.2015.10.014. Epub 2016 Jan 4. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173511515001992>
15. Dykewicz MS, Wallace DV, Baroody F, Bernstein J, Craig T, Finegold I, Huang F, Larenas- Linnemann D, Meltzer E, Steven G, Bernstein DI,

- Blessing-Moore J, Dinakar C, Greenhawt M, Horner CC, Khan DA, Lang D, Oppenheimer J, Portnoy JM, Randolph CR, Rank MA; Workgroup Chair and Cochair, Dykewicz MS, Wallace DV. Treatment of seasonal allergic rhinitis: An evidence-based focused 2017 guideline update. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2017 Dec;119(6):489-511.e41. doi:10.1016/j.anai.2017.08.012. Epub 2017 Nov 2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7066682/>
16. Singh Randhawa A, Mohd Noor N, Md Daud MK, Abdullah B. Efficacy and Safety of Bilastine in the Treatment of Allergic Rhinitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Front Pharmacol.* 2022 Jan 10;12:731201. doi: 10.3389/fphar.2021.731201. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8784885/>

Приложение 1

Визуальная аналоговая шкала

Для оценки выраженности симптомов аллергического ринита в процессе терапии используется **Визуальная аналоговая шкала (ВАШ)**. Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) представляет собой горизонтальную градуированную линию длиной 10 см (Рис.1), на которой пациент отмечает вертикальной чертой оценку влияния болезни (например, аллергического ринита) на свое самочувствие, выраженную в баллах от 0 до 100, где 0 – это отсутствие жалоб и симптомов, а 100 – максимально выраженные проявления болезни. Далее расстояние до вертикальной черты измеряется в миллиметрах и выражается в баллах. Ключ (интерпретация): Результаты от 0 до 50 свидетельствуют о контролируемом течении АР, от 50 и выше – о неконтролируемом течении АР. Пояснения: для выбора степени терапии можно использовать результаты ВАШ согласно предложенному алгоритму. Предложенный алгоритм предполагает пошаговое лечение и учитывает предпочтения пациентов, в зависимости от результатов ВАШ (VAS). Если сохраняются глазные симптомы, предполагается добавление препаратов для лечения аллергического конъюнктивита [11,12].



Приложение 2

Шкала оценки назальных симптомов

Шкала оценки назальных симптомов - используется для оценки выраженности симптомов и потребности в медикаментах, может применяться на исходном этапе обращения и для оценки эффективности аллерген-специфической иммунотерапии. Для этого необходимо указать выраженность симптомов по 3х балльной шкале, где 0 - симптомы отсутствуют, 1 – легкие симптомы, 2 – симптомы средней силы, 3 – выраженные проявления.

№ п/п	Симптомы	День терапии/дата													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.	Чихание														
2.	Водянистые выделения из носа														
3.	Заложенность носа														
4.	Зуд в полости носа														
	Суммарный балл назальных симптомов*														

*далее врач рассчитывает средний суммарный балл назальных симптомов за последние 7 дней (TNSS – Total nasal symptom score). Минимальное допустимое значение TNSS - 0 баллов означает полное отсутствие симптомов, максимальное допустимое значение TNSS - 12 баллов.

Укажите все медикаменты, которые Вы принимали

№	Медикамен	День терапии/дата													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.	Антигистаминные средства местного или системного действия														
2.	Кортикостероиды (местного, назального применения - интраназальные глюкокортикостероиды)														
3.	Глюкокортикостероиды (системного действия)														
	Потребность в медикаментах в баллах**														

*далее врач рассчитывает средний суммарный балл потребности в медикаментах за последние 7 дней (MS – medical score). При этом применение только антигистаминных средств местного или системного применения расценивается как 1 балл, потребность в применении кортикостероидах

местного применения (интраназальных) расценивается как 2 балла, а потребность в глюкокортикоидах (системного действия) – как 3 балла. Баллы не суммируются, выставляется максимальный балл. Таким образом, минимальное допустимое значение MS равно 0 и означает отсутствие потребности в медикаментах, а максимально допустимое значение MS равно 3 и означает потребность в медикаментах третьей линии).

Ключ(интерпретация): Далее врач рассчитывает скорректированный балл назальных симптомов с учетом потребности в медикаментах за последние 7 дней: TNSS + MS (минимальное допустимое значение равно 0 баллов и означает отсутствие симптомов и потребности в медикаментах, максимальное допустимое значение равно 15 баллов и означает максимальную выраженность симптомов ринита, несмотря на применение медикаментов третьей линии).

TNSS+MS= []баллов

Пояснения: Пациент заполняет данный дневник в период обострения (сезонное обострение и/или период активного контакта с причинно-значимым аллергеном) при первичном обострении и в следующий сезон или через 6-12 мес после проведения АСИТ. По динамике параметров исходных и после АСИТ принимается решение об эффективности терапии, необходимости повторных курсов или возможности завершения терапии [13].

Критерии контроля ринита	Контролируемый
Симптомы	Нет симптомов (заложенность носа, ринорея, чихание, зуд, назальный затек)
Качество жизни	Нет нарушений сна Нет нарушений дневной активности (учеба, работа, занятия в свободное время)
Объективные измерения	Нормальный тест «дыхание с закрытым ртом»* Если доступны, объективные тесты для оценки нормальной назальной проходимости (передняя активная риноманометрия)
<p>Критерии оцениваются за последние четыре недели до консультации</p> <p>Следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний (астма, синусит, синдром ночного апноэ), поскольку их обострения могут повлиять на контроль ринита</p> <p>Повышение потребности в препаратах скорой помощи указывает на утрату контроля</p> <p>Любое отклонение от этих критериев указывает на утрату контроля, и терапия step-up может быть рассмотрена</p> <p>Решение о терапии step-down следует принимать, оценивая клинически бессимптомный период времени (контроль симптомов ринита) в результате предшествующей терапии в течение последних 4 недель</p>	

Пациента просят закрыть рот и дышать исключительно через нос в течение 30 секунд

Критерии контроля аллергического ринита используется для оценки контроля над симптомами аллергического ринита.

Ключ (интерпретация): Любое отклонение от этих критериев указывает на утрату контроля, и терапия step-up может быть рассмотрена. Решение о терапии step-down следует принимать, оценивая клинически бессимптомный период времени (контроль симптомов ринита) в результате предшествующей терапии в течение последних 4 недель [14].

Опросник качества жизни при риноконъюнктивите (RQLQ)

Rhinoconjunctivitis Quality of Life questionnaire (RQLQ) — убедительный валидированный опросник, созданный для оценки симптомов со стороны носа и глаз, которые испытывают люди с аллергическим риноконъюнктивитом. Он состоит из 28 вопросов, разделенных на 7 разделов, которые включают проблемы со сном, ограничения активности, симптомы со стороны носа или глаз, симптомы, не связанные с носом/глазами, практические проблемы и эмоциональные аспекты. E. Juniper и соавт. разработали версию этого опросника, в которой элементы стандартизированы для всех пациентов с аналогичной проблемой [15].

Противопоказания для проведения диагностического исследования *in vivo*

Абсолютные:

1. перенесенный в прошлом анафилактический шок; декомпенсированные болезни сердца, почек, печени, тяжелые формы эндокринных и психических заболеваний;
2. судороги в анамнезе
3. цитостатики, нестероидные противовоспалительные средства;
4. диффузные изменения кожи (кожные пробы ставить на здоровой коже);
5. уртикарный повышенный дермографизм;
6. низкий комплаенс пациента;
7. ментальные и психические особенности в поведении пациента;

Относительные:

1. пациент принимает антигистаминные препараты, глюкокортикостероиды (в дозе по преднизолону более 10 мг),
2. период после острой аллергической реакции —4 нед (рефрактерный период) ;
3. обострение основного и сопутствующих заболеваний;
4. пациент отказывается от постановки кожных проб;
5. беременность;
6. детский возраст до 2 лет;