

© Мурашко А.О., Карпович Г.С., 2018
УДК 616.211-002
DOI 10.21886/2219-8075-2018-9-2-99-109

Методика поэтапного диагностирования, лечения и реализации мероприятий по профилактики соответствующих форм аллергического ринита

А.О. Мурашко, Г.С. Карпович

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия.

Цель: разработать методику поэтапного диагностирования, лечения и реализации мероприятий по профилактики соответствующих форм аллергического ринита на основании научно-практического исследования, организованного авторами статьи. **Материалы и методы:** группу исследования составили 60 пациентов в возрасте от 23 до 64 лет с диагнозом аллергический ринит на базе лечебно-диагностического учреждения г. Новосибирска в 2017 г. в формате анкетирования с дальнейшим анализом и синтезом полученных результатов исследования. **Результаты:** существующие варианты диагностики, лечения, профилактических мероприятий аллергического ринита требуют оптимизации. **Выводы:** разработана авторская методика поэтапного диагностирования, лечения и реализации мероприятий по профилактики соответствующих форм аллергического ринита.

Ключевые слова: аллергический ринит, сезонный аллергический ринит, круглогодичный аллергический ринит, алергенспецифическая иммунотерапия.

Для цитирования: Мурашко А.О., Карпович Г.С. Методика поэтапного диагностирования, лечения и реализации мероприятий по профилактики соответствующих форм аллергического ринита. *Медицинский вестник Юга России.* 2018;9(2):99-109. DOI 10.21886/2219-8075-2018-9-2-99-109

Контакты: Мурашко Анна Олеговна, med.anna.m@mail.ru.

Method of phased diagnostics, treatment and implementation of measures for preventive forms of allergic rhinitis

A.O. Murashko, G. S. Karpovich

Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia.

Objective: To develop a method for phased diagnostics, treatment and implementation of measures to prevent appropriate forms of allergic rhinitis based on scientific and practical research organized by the authors of the article. **Materials and methods:** The study group comprised 60 patients aged 23 to 64 years with a diagnosis of allergic rhinitis based on the diagnostic and treatment facility in Novosibirsk in 2017, in the form of a questionnaire with further analysis and synthesis of the results of the study. **Results:** existing options for diagnosis, treatment, preventive measures of allergic rhinitis require optimization. **Summary:** the author's method of phased diagnostics, treatment and implementation of measures for the prevention of the corresponding forms of allergic rhinitis has been developed.

Keywords: allergic rhinitis, seasonal allergic rhinitis, year-round allergic rhinitis, allergen-specific immunotherapy.

For citation: Murashko A.O., Karpovich G. S. Method of phased diagnostics, treatment and implementation of measures for preventive forms of allergic rhinitis. *Medical Herald of the South of Russia.* 2018;9(2):99-109. (In Russ.) DOI 10.21886/2219-8075-2018-9-2-99-109

Corresponding author: Anna O. Murashko, med.anna.m@mail.ru.

Введение

В последние десятилетия в Западно-Сибирском регионе РФ наблюдается тенденция к росту аллергических заболеваний дыхательных путей у детей и взрослых, одним из которых является аллергический ринит.

Аллергический ринит (АР) – это заболевание, характеризующееся наличием иммунологически обусловленного (чаще всего IgE-зависимого) воспаления слизистой оболочки носа, вызванного причинно-значимым аллергеном, и клинически проявляющееся ежедневно в течение не менее часа двумя или более симптомами: обильной ринореей, затруднением носового дыхания, зудом в поло-

сти носа, повторяющимся чиханием и нередко аносмией [1].

АР наблюдается у 10-25 % населения развитых стран [2], а его частота среди детей достигает, по данным некоторых авторов, 40 % [3]. Согласно эпидемиологическим данным, при обследовании 10 000 человек 23 % получили диагноз АР. При этом среди пациентов с диагностированным АР 53 % не получают лечения по разным причинам [4].

Цель исследования: разработать методику поэтапного диагностирования, лечения и реализации мероприятий по профилактики соответствующих форм аллергического ринита на основании научно-практического исследования, организованного авторами статьи.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть существующие варианты диагностики, лечения, профилактических мероприятий АР.
2. Доказать необходимость в корректировке данных вариантов диагностики, лечения, профилактических мероприятий АР.
3. Разработать авторскую методику поэтапного диагностирования, лечения и реализации мероприятий по профилактики соответствующих форм АР.

Материалы и методы

При проведении настоящего исследования группу исследования составили 60 пациентов в возрасте от 23 до 64 лет с диагнозом аллергический ринит на базе лечебно-диагностического учреждения г. Новосибирска, в 2017 г., в формате анкетирования с дальнейшим анализом и синтезом полученных результатов исследования.

Результаты

1. *Этап получения данных анамнеза.* В процессе анкетирования выявлено, что 68 % опрошенных респондентов считают, что на личную беседу с врачом-оториноларингологом было потрачено минимальное количество времени, что не позволило им получить достаточную информацию как о самом заболевании, так и о дальнейшем лечении и профилактических мероприятиях, связанных с ним, 32 % опрошенных респондентов считают данный этап удовлетворительным (рис. 1).
2. *Этап диагностики.* 63 % опрошенных респондентов считают данный этап удовлетворительным, 26 % считают, что диагностика была проведена в минимальном объеме. У 11 % опрошенных респондентов впервые диагностика проведена на тяжелой степени тяжести, из них 6 % — ввиду позднего самостоятельного обращения, 5 % связывают с трудностями первичной записи на прием к врачу-оториноларингологу (рис.2).
3. *Этап лечения.* 58 % опрошенных респондентов считают данный этап удовлетворительным, из них 44 % удалось достичь стадии ремиссии. 42 % опрошенных респондентов связывают недостатки в лечении с коротким временем приема врача-

оториноларинголога, что не позволяет провести комплексную оценку и выдать соответствующие рекомендации. 83 % опрошенных респондентов получают комбинированное лечение у двух специалистов — врача-оториноларинголога и аллерголога-иммунолога (рис.3).

4. *Этап профилактических мероприятий.* 72 % опрошенных респондентов сообщают о минимально предложенных профилактических рекомендациях, отсутствие памяток, 28 % опрошенных респондентов считают данный этап удовлетворительным (рис.4).

Обсуждение

На сегодняшний день существуют ряд клинических рекомендаций по диагностике, лечению, профилактике различных форм АР, однако в связи с выявленными данными в процессе исследования стал очевидным факт о необходимости их усовершенствования и разработке новых методик. Одной из них является «Алгоритм ведения пациентов с аллергическим ринитами», предложенной к.м.н., доцентом МГМСУ¹ И.С. Родюковой[5].

На основании анализа и синтеза данного алгоритма можно сделать вывод, что в научной статье к.м.н., доцента И.С. Родюковой акцентировано внимание на лечение АР с упрощенным определением формы заболевания. Однако следует отметить, что диагностический и профилактический аспект ведения пациентов с АР малоизучен.

Учитывая данный аспект, была разработана авторская методика поэтапного диагностирования, лечения и реализации мероприятий по профилактики соответствующих форм АР.

Рассмотрим этапы данной методики:

Этап 1. ВЫЯВЛЕНИЕ И АНАЛИЗ ЖАЛОБ ПАЦИЕНТОВ.

На данном этапе проводится комплексное выявление жалоб у пациентов на приеме врача-специалиста.

Основные симптомы АР:

1. Обильная водянистая ринорея с прозрачным секретом;
2. Затрудненное носовое дыхание, усиливающиеся ночью или в предутренние часы;
3. Зуд в полости носа;
4. Чихание, часто приступообразного характера;
5. Гипосмия или аносмия;
6. Офтальмологические симптомы: зуд, слезотечение, конъюнктивит, темные круги под глазами.

Таким образом, наличие *ежедневно минимум двух симптомов* из перечисленных у пациентов позволяет клинически сформулировать диагноз «аллергический ринит».

Далее необходимо определить частоту и продолжительность симптомов.

Наличие симптомов до 4-х раз в неделю или до 4-х недель в году соответствует *интермиттирующему* характеру течения, более 4 раз в неделю или 4 недель в году — *персистирующему* [6].

Степень тяжести заболевания определяется проявлением клинической картины заболевания:

¹ МГМСУ – Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова



Рис.1. Этап получения данных анамнеза



Figure 1. Stage of data acquisition.



Рис. 2. Этап диагностики.



Figure 2. Stage diagnostics.

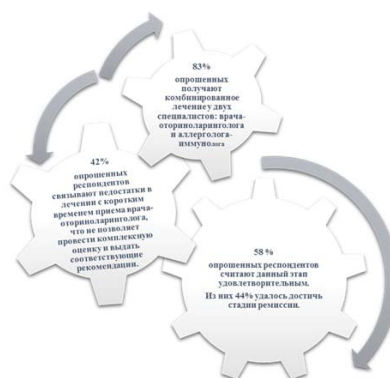


Рис. 3. Этап лечения.

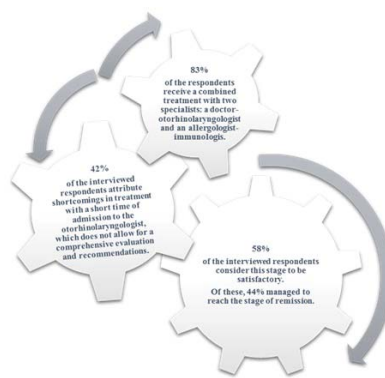


Figure 3. Stage of treatment.



Рис. 4. Этап профилактических мероприятий.

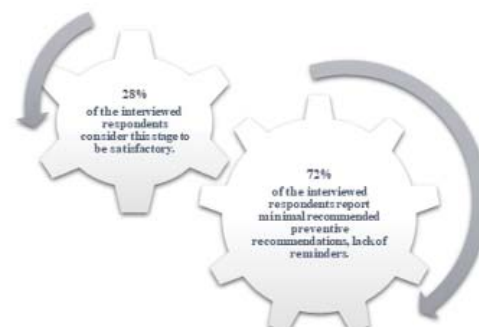


Figure 4. Stage of preventive measures.

- а) выраженность клинических симптомов;
- б) нарушение повседневной активности;
- в) нарушение сна.

Для удобства определения степени тяжести АР и дальнейшей работы внесено обозначение в виде возрастания количества «+»:

- 1. *Легкая (+)*: незначительные клинические проявления.
- 2. *Средняя (++)*: незначительные клинические проявления, нарушение сна и препятствие повседневной активности.
- 3. *Тяжелая (+++)*: значительные клинические проявления, невозможность совершать повседневную активность, нарушение сна.

Определение характера течения позволяет перейти к следующему этапу.

Этап 2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФОРМЫ АР.

Интерmittирующее и персистирующее течение АР позволяет выделить следующие формы: сезонный (САР) и круглогодичный (КАР) соответственно.

На данном этапе врачу необходимо окончательно провести дифференцировку и определение формы заболевания, собрать анамнез жизни больного.

В 2016 г. в г. Смоленске было проведено анкетирование 500 родителей первоклассников. Для этого впервые была разработана анкета, состоящая из 70 вопросов, разделенных на 10 блоков. Данное анкетирование направлено на выявление врачом-верифицированных аллергических заболеваний у детей, факторов риска аллергии, роли аллергенной безопасности среды обитания ребенка [7].

Однако несмотря на ряд преимуществ анкетирования, таких как: возможность получить колоссальный объем различных фундаментальных сведений о пациенте, в том числе о факторах риска, наследственности, что позволяет в дальнейшем более грамотно профилицировать заболевание, имеется и ряд недостатков:

- 1. Данное анкетирование проводится только у детей на основе ответов родителей, что не позволяет объективно судить о полученной информации.
- 2. Проведение данного опроса в поликлинических условиях невозможно ввиду ограничения по времени приема.

К примеру, первичное обращение к врачу-оториноларингологу составляет:² 16 минут, повторное посещение врача-специалиста устанавливается в размере 70-80% от норм времени, связанных с первичным посещением. Из приведенных норм времени приема до 35% времени затрачивается на оформление медицинской документации.

В связи с этим была создана анкета, которая представлена в виде схемы, состоящей из вопросов, задаваемых врачом (рис. 5).

Представленная разработка занимает минимальное количество времени на заполнение, так как каждые последующие вопросы задаются учитывая ответы на предыдущий вопрос. Таким образом, несмотря на небольшое количество вопросов, при использовании анкеты в

начале приема, врач получает избыточную информацию об анамнезе больного, а также возможность предполагать форму заболевания, выбор аллергенов для проведения кожных тестов и наличие факторов риска. Вся полученная информация врачом-специалистом позволит скорректировать мероприятия по профилактике пациента и членов его семьи.

Этап 3. ДИАГНОСТИКА.

После сбора анамнеза необходимо интерпретировать полученные результаты.

Важно учитывать корреляцию между клиническими и лабораторными обследованиями. Необходимо помнить о латентной сенсибилизации, которая встречается у 24% пациентов, выявляемой при кожных тестах [8].

Для точности результатов необходима предварительная подготовка в виде отмены антигистаминных препаратов минимум за 3 дня до исследований.

Диагностика АР:

1. *Физикальное и инструментальное обследование* – необходимо для подтверждения диагноза, дополнения симптомов проявления заболевания.

При проведении прямой риноскопии можно выявить:

- набухание слизистой оболочки носовой перегородки;

- отек нижних и средних носовых раковин, при этом слизистая оболочка носа:

- а) бледно-серая с голубым оттенком,
- б) бледно-розовая,
- в) ярко-красная в период обострения (рис. 6).

2. *Дополнительные инструментальные исследования*: эндоскопическое исследование носа, рентгенологическое исследование полости носа, компьютерная томография полости носа.

3. *Лабораторное исследование*. Цель: выявить эозинофилию в общем анализе крови, при цитологическом исследовании секрета из полости носа. Определение уровня общего Ig E, специфических антител классов Ig E и IgG4 в сыворотке крови с помощью иммуноферментного анализа. Результаты выше нормы свидетельствуют в пользу аллергического компонента заболевания.

4. Аллергологические исследования:

1. Кожные:

- а) скарификационные,
- б) прик-тест,
- в) внутрикожные.

2. Провокационные назальные тесты с атопическими аллергенами.

3. Радоиммунные.

4. Иммуноферментные.

Этап 4. ЛЕЧЕНИЕ

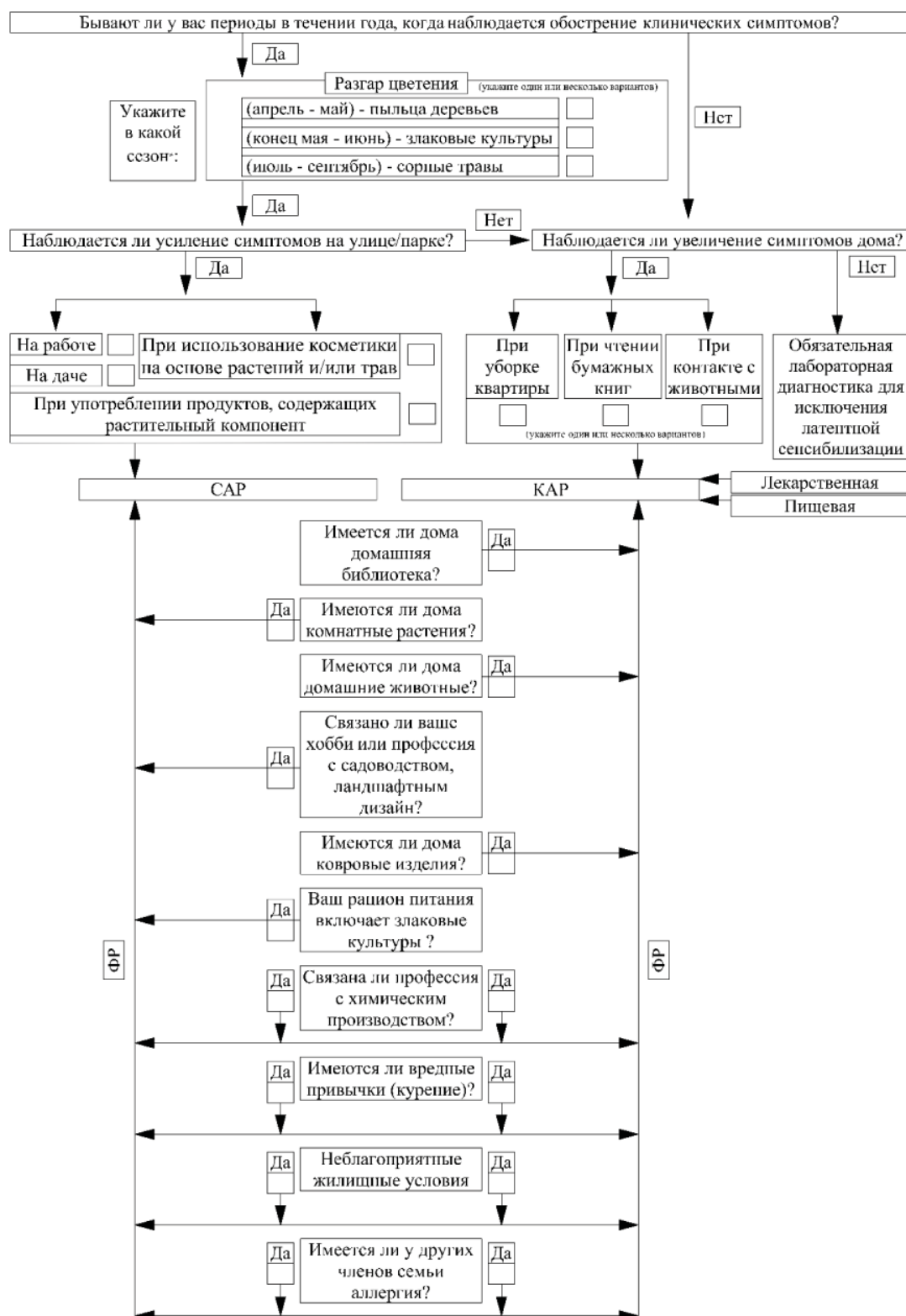
На данном этапе предлагается ступенчатая терапия.

После постановки диагноза необходимо решить вопрос госпитализации пациента в стационар (рис. 7).

2. Назначить следующую терапию:

а) *Немедикаментозная терапия* заключается в максимальном исключении контакта с причинно-значимыми аллергенами. Однако в большинстве случаев полностью

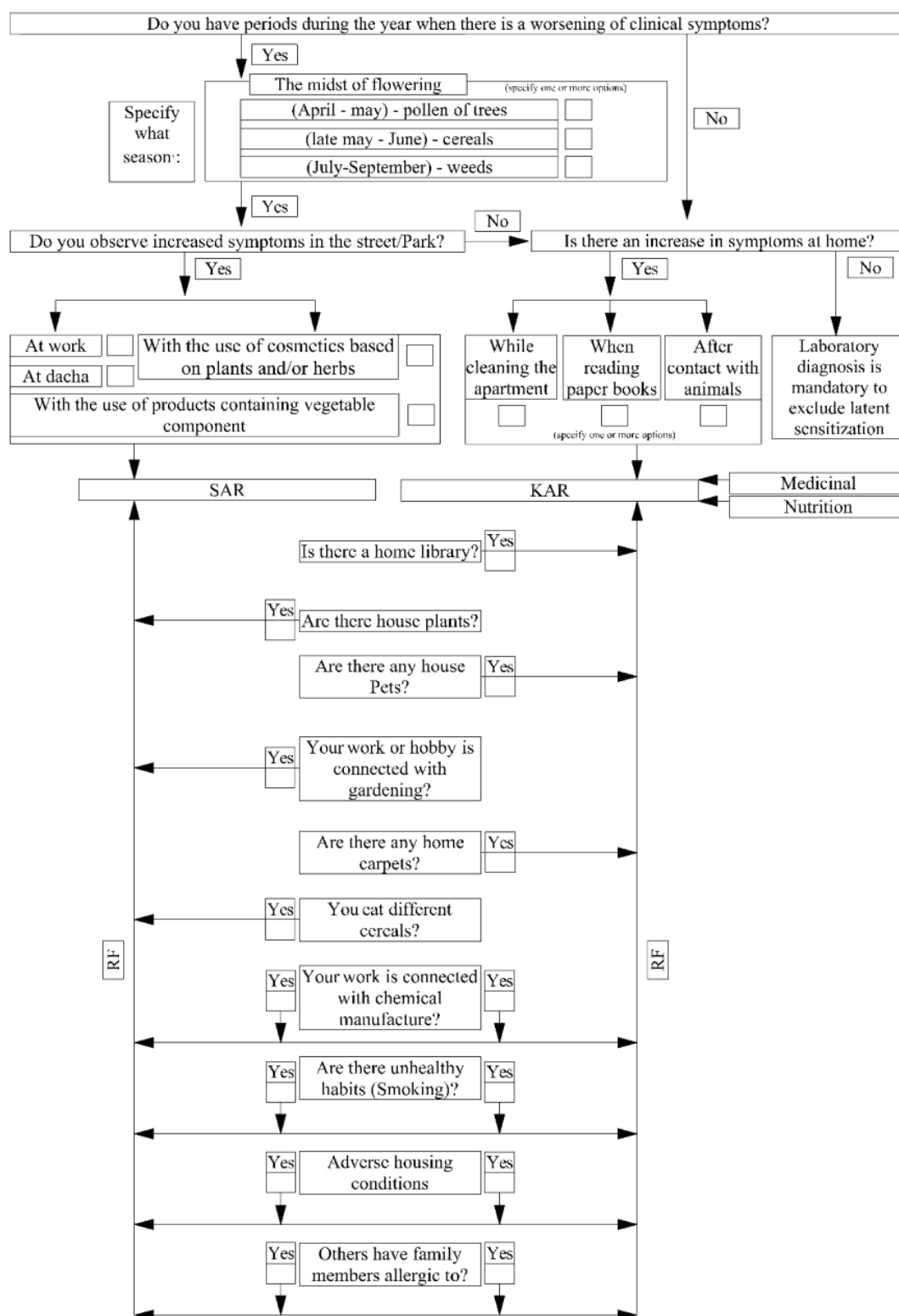
² Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. N 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога».



*Примечание: ФР – фактор риска.

Весна (апрель): цветение березы, ольхи, клена, ивы, тополя (не вызывает пыльцевой сенсибилизации, является посредником в переносе пыльцы и других растений, распространен повсеместно). (май): хвойные деревья, цветение сирени, яблони, дуба. Лето (июнь): рожь, пшеница, пырей, райграс, ячмень, сахарный тростник, овсяница, лисохвост. Смешанный сезон (июль - сентябрь): лебеда, полынь, черныбыльник, амброзия.

Рис. 5. Анкета-схема диагностики заболевания АР. Факторы риска.



*Note: RF – a risk factor.

Spring (April): flowering birch, alder, maple, willow, poplar (not cause of pollen sensitization mediates the transfer of pollen and other plants, is widespread), etc. *(may):* coniferous trees, flowering lilacs, Crabapple, and oak. *Summer (June):* rye, wheat, Wheatgrass, ryegrass, barley, sugar-cane, tall fescue, Liso-tail. *Mixed season (July - September):* quinoa, tarragon, mugwort, ragweed.

Figure 5. Questionnaire-the diagnostic scheme of the disease AR. Risk factors.



Рис. 6. Дифференциальная диагностика САР и КАР.

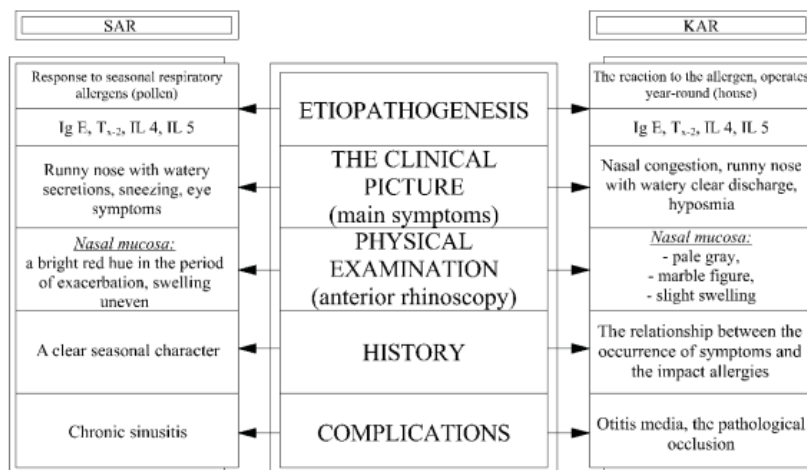
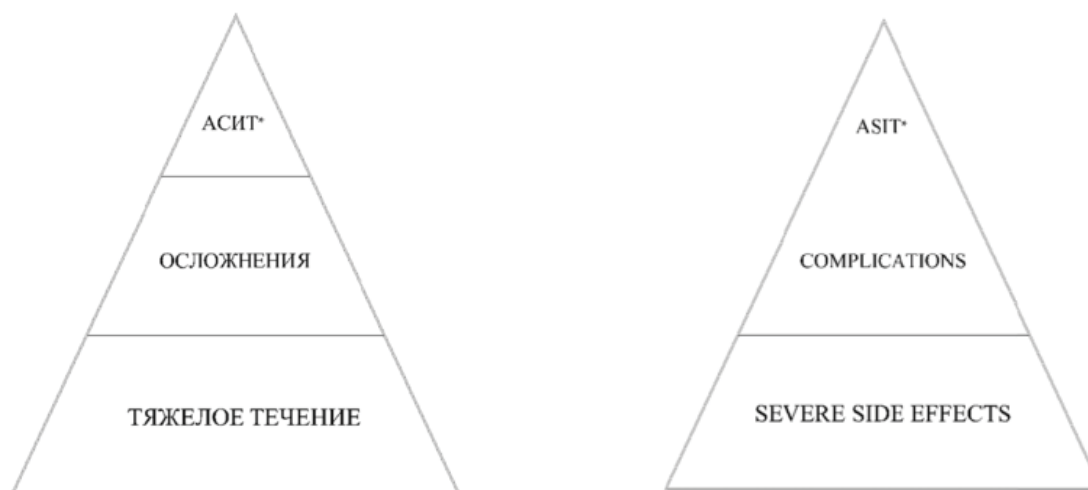


Figure 6. Differential diagnosis of SAR and KAR.



* Примечание: Краткосрочные схемы АСИТ.

* Note: Short-term schemes of ASIT.

Рис. 7. Триада госпитализации пациента в стационар.

Figure 7. The triad of patient care in the hospital.

исключить контакт с пыльцевыми аллергенами не представляется возможным, но даже частичная их элиминация снижает выраженность проявлений САР и потребность в медикаментозном лечении [9].

б) *Медикаментозная терапия.* Подбор препаратов лечения проводят индивидуально с учетом этиопатогенетической, патогенетической и симптоматической терапии.

Этиопатогенетическая терапия заключается в элиминационных мероприятиях, включая общие и индивидуальные рекомендации, с учетом экономической целесообразности. Этиопатогенетическая терапия подробно изложено в этапе 5.

Патогенетическая терапия. Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) – принцип лечения, который базируется на продолжительном введении пациенту аллергена и направлен на гипосенсибилизацию организма пациента. Основным положением является постепенное введения возрастающих концентраций причинно-значимого аллергена.

Курс проводится в 2 этапа:

1 *этап.* Введение малой дозы препарата с постепенным достижением оптимальной дозы.

2 *этап.* Оптимальная доза вводится регулярно основную часть курса лечения.

Методы применения препаратов, такие как: подкожные, инъекции, интраназальные, сублингвальные, пероральные, ингаляторные; их дозировка и вид подбираются индивидуально для каждого пациента. Продолжительность курса 3-4 года.

Симптоматическая терапия (антигистаминные препараты, топические глюкокортикоиды, стабилизаторы мембран тучных клеток, антихолинэргические средства, антагонисты лейкотриеновых рецепторов, сосудосуживающие препараты).

Антигистаминные препараты являются базовой терапией. Их применение позволяет купировать основные клинические проявления заболевания, а именно воздействовать на провоцирующий фактор в виде гистамина. В настоящее время разработано 3 поколения препаратов. Назначение определенного вида препарата проводят с учетом возраста пациента, клинических проявлений и возможных побочных эффектов (табл.1).

Как было изложено выше, в научной статье к.м.н., доцента И.С. Родюковой [5] представлена исчерпывающая информация о лечении пациентов с АР в виде таблицы с учетом степени тяжести заболевания.

Этап 5. ПРОФИЛАКТИКА.

После сбора анамнеза и проведение анкетирования необходимо составить рекомендации с учетом факторов риска.

Предупреждение обострения и осложнения заболевания зависит в большой степени от полноценной профилактики, которая представлена общими и специальными методами.

Общие методы:

1. *Необходимо устранить или по возможности уменьшить контакт с аллергеном.* Данный пункт является квинтэссенцией лечения аллергии. Эффект элиминации проявляется через несколько недель.

2. *Гипоаллергенная диета.* Исключение продуктов с

высокоаллергенными свойствами, к ним относятся: орехи, клубника, земляника, малина, мед, цитрусовые, грибы, различные специи, шоколад, кофе, какао, дыня и др. Длительность такой диеты во время обострения АР составляет минимум 7-10 дней для взрослых и детей.

3. *Общие рекомендации пациенту с наличием причинно-значимого аллергена:*

а) проводить влажную уборку помещения минимум 2 раза в неделю;

б) обеспечить вентиляцию помещения, достичь уровня отметки до 40% влажности;

в) использовать вакуумные или высокоэффективным сухим воздушным фильтром пылесосы.

Специальные методы:

I. САР:

1. *Специфическая диета с учетом причинно-значимого аллергена:*

Сенсибилизация к пыльце деревьев: орехи, фрукты, растущие на деревьях и кустарниках, морковь, петрушка, сельдерей. Видовой ассортимент древесных растений, произрастающий в Западно-Сибирском регионе, представлен в научной статье канд. арх. О.О. Смолиной [10].

а) Сенсибилизация к пыльце злаковых трав: хлеб, хлебобулочные изделия, хлебный квас, изделия из муки, геркулес, овсянка, кофе, какао, копченая колбаса.

б) Сенсибилизация к пыльце сорных трав: дыня, семечки, халва, майонез, арбуз, кабачки, баклажаны, горчица, подсолнечное масло.

в) Сенсибилизация к плесневым и дрожжевым грибам: дрожжевое тесто, квашеная капуста, пиво, квас, сыр, вина, ликеры, сахар, фруктоза, сорбит, ксилит; другие продукты, подвергшиеся ферментации в период приготовления [11].

2. *Мониторирование и прогнозирование сезонов цветения растений.* Во время сезона цветения ограничить пребывания вне дома, соблюдение диеты предложенной выше, обязательно во время цветения выезжать в другую климатическую зону.

3. В сезон цветения ограничить открывание окон, использовать индивидуальные средства защиты (маска, очки).

4. Установить кондиционер в квартире и машине с фильтрами, не пропускающими пыльцу.

II. КАР:

1. *Домашние животные.* При КАР и особенно подтвержденной аллергии на шерсть домашних животных необходимо исключить контакт с животным в квартире/не заводить животных. Исключить посещения заведений с животными (зоопарк, цирк). Важно объяснить пациентам, что безаллергенных животных не существует.

1 *вариант.* После удаления животного из квартиры необходимо провести неоднократную уборку помещений для окончательного удаления следов слюны, экскрементов, перхоти, шерсти животного. Аллергены кошки сохраняются в жилом помещении даже после удаления животного в течение длительного времени (около 6 мес.) [12].

2 *вариант.* Ограничить посещение спальни комнаты животным. Обязательно заменять комплект одежды после контакта, а также необходимо регулярно очищать ковры, матрасы от шерсти животных.

Таблица / Table 1.

Сравнительная характеристика антигистаминных препаратов.
Comparative characteristics of antihistamines

Признаки <i>Signs</i>	Поколения <i>Generation</i>		
	1	2	3
Препараты <i>The drugs</i>	Дифенгидралин <i>Diphenhydramine</i> Клемастин <i>Clemastin</i> Мебгидролин <i>Mebhydrolin</i> Прометазин <i>Promethazine</i> Хлорпиралин <i>Hloropiramin</i>	Астемизол <i>Astemozole</i> Лоратадин <i>Loratadine</i> Терфенадин <i>Terfenadine</i> Цетиризин <i>Cetirizine</i> Эбастин <i>Ebastine</i>	Дезлоратадин <i>Desloratadine</i> Левосетиризин <i>Levocetirizine</i> Рупатадин <i>Rupatadine</i> Сехифенадин <i>Sahinefendi</i> Фексофенадин <i>Fexofenadine</i>
Снотворное, седативное действие <i>Cross, sedative effect</i>	+	–	–
Холинолитическое действие <i>Holinoliticscoe effect</i> (соответственно проникают через гематоэнцефалический барьер)	+	–	–
Терапевтический эффект <i>Therapeutic effect</i>	Кратковременный эффект до 4-8 ч. <i>Short-term effect up to 4-8 h.</i>	Длительный эффект до 24 ч. <i>Lasting effect up to 24 h.</i>	Длительный эффект до 24 ч. <i>Lasting effect up to 24 h.</i>
Кратность приема <i>Reception frequency</i>	2-3 p/сут. <i>2-3 p/day.</i>	1 p/сут. <i>1 p/day.</i>	1 p/сут. <i>1 p/day.</i>
Толерантность <i>Tolerance</i>	Тахифилаксия <i>Tachyphylaxis</i>	–	–
Дополнительные эффекты <i>Additional effects</i>	Местноанестезирующий эффект <i>Local anesthetic effect</i>	Пролонгация препарата <i>Prolongation of the drug</i>	Противовоспалительный эффект <i>Anti-inflammatory effect</i>
Побочные эффекты <i>Side effects</i>	Нарушение психомоторных функций. <i>Violation of psychomotor functions</i> Холинолитическое действие. <i>Holinoliticscoe effect.</i> Кардиотоксичность. <i>Cardiotoxicity.</i> Влияние на физическую активность и умственную деятельность. <i>Influence on physical activity and mental activity.</i>	Кардиотоксичность <i>Cardiotoxicity</i> (Астемизол <i>Astemozole</i> Терфенадин <i>Terfenadine</i>)	–
Средняя цена в аптеках г. Новосибирска в 2017 г. <i>Average price in Novosibirsk pharmacy, 2017</i>	от 10 - 100 руб. <i>from 10 - 100 ruble</i>	от 100 - 300 руб. <i>from 100 - 300 ruble</i>	от 400 руб. и выше <i>from 400 ruble and above</i>

2. Сенсibilизация к клещам домашней пыли.

1. Заменить:

а) пуховые, шерстяные постельные принадлежности на синтетические;

б) мебель с тканевым покрытием на кожаную обивку;

в) ковровые покрытия на линолеум, деревянное покрытие.

2. Обязательные мероприятия:

а) проводить влажную уборку помещения минимум 2 раза в неделю;

NB! Для исключения периода обострения по возможности исключить участие пациента в уборке помещений.

б) регулярно стирать подушки, одеяла, шторы в горячей (55° - 60° С) воде, минимум 1 раз в 2 недели;

в) убрать мягкие игрушки из спальни комнаты;

г) подвергать прямому солнечному воздействию матрасы, шторы;

д) использовать защитные чехлы для верхней одежды, закрытые шкафы.

3. *Сенсибилизация к плесневым грибам.* Помимо общих рекомендаций, необходимо:

а) обрабатывать ваннные комнаты и другие места скопления плесени 5% раствором аммиака либо специальными средствами, предложенными производителями;

б) не использовать обои, покрасить стены, заменить на кафель;

в) не участвовать в садовых работах осенью.

Заключение

АР является одним из распространенных заболеваний дыхательной системы в Российской Федерации среди взрослого и детского населения. Грамотное лечение и вовремя выявленное заболевание позволяет минимизировать ухудшение качества жизни пациента, достичь ремиссии и не допустить развития осложнений АР. Данная научная статья позволяет использовать предложенную методику поэтапного диагностирования, лечения и реализации мероприятий по профилактике соответствующих форм АР, а также основы гипоаллергенной индивидуальной диеты в практике врача-специалиста на

приеме, тем самым увеличивая время на личную беседу с пациентом, а также могут быть использованы в учебном процессе студентами, аспирантами при изучении данного заболевания.

Основные выводы:

1. Разработанная методика позволит оптимизировать коммуникационный процесс в системе «врач-пациент»:

а) Анкета-схема диагностики заболевания позволяет быстро и качественно получить полную информацию от пациента, в том числе уточнить факторы риска заболеваний для дальнейшей профилактики.

б) Наглядная сравнительно-дифференциальная диагностика САР и КАР является универсальным помощником на диагностическом этапе.

в) На этапе лечения необходимо помнить о триаде случаев госпитализации пациента в стационар.

г) Сравнительная характеристика антигистаминных препаратов в виде таблицы предоставляет возможность подобрать необходимый препарат с учетом терапевтического и побочных эффектов и кратностью приема.

д) Элиминационные мероприятия, представленные в формате общих и специальных методов, могут быть использованы как в устной беседе на приеме, так и в печатных изданиях, выдаваемых пациентам.

Данная методика находится в стадии апробации при поликлинических условиях и в учебно-практическом процессе.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита. – М.: 2013. – 19 с.
2. Wallace, D.V., Dykewicz, M. S., Bernstein, D. I., Blessing-Moore J., Cox L., et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. // *J. Allergy Clin. Immunol.* - 2008. - Vol. 122. Suppl. 2. - P. 1—84. doi: 10.1016/j.jaci.2008.06.003
3. Berger W.E. Allergic rhinitis in children: diagnosis and management strategies. // *Paediatr. Drugs.* - 2004. - Vol. 6, No 4. - P. 233—250.
4. Овчинников А.Ю. Аллергический ринит: новое решение старой проблемы. // *Эффективная фармакотерапия.* –2016. – №20. – С.38-39.
5. Родюкова И.С. Алгоритм ведения пациентов с аллергическими ринитами. // *Медицинский совет.* –2011. – № 9-10. – С.66-71.
6. Лопатин А.С. Алгоритмы диагностики и лечения аллергического и вазомоторного ринита. // *Русский медицинский журнал.* – 2002. – №17 (Т.10). – С.761-769.
7. Мешкова Р.Я., Очуренко А.Е., Стунжас О.С. Разработка и внедрение анкеты по выявлению аллергических заболеваний у детей. // *Смоленский медицинский альманах.* – 2016. – №3 – С.132-136.
8. Федоскова Т.Г. Особенности ведения больных круглогодичным ринитом при острых респираторных инфекциях. // *Русский медицинский журнал.* –2011. – № 8 (Т. 19). – С. 518–521.

REFERENCES

1. Russian Association of allergologists and clinical immunologists. Federal clinical recommendations on diagnostics and treatment of allergic rhinitis. Moscow; 2013. (In Russ).
2. Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2008;122(Suppl.2.):1—84. doi: 10.1016/j.jaci.2008.06.003
3. Berger WE. Allergic rhinitis in children: diagnosis and management strategies. *Paediatr. Drugs.* 2004;6(4):233—250.
4. Ovchinnikov Y. Allergic rhinitis: a new solution to an old problem. *Effective pharmacotherapy.* 2016;(20):38-39. (In Russ).
5. Rodyukova I. Algorithm for management of patients with allergic rhinitis. *Medical advice.* 2011;(9-10):66-71. (In Russ).
6. Lopatin A. Algorithms of diagnosis and treatment of allergic and vasomotor rhinitis. *Russian medical journal.* 2002;10(17):761-769. (In Russ).
7. Meshkov R, Occurrence A, Stanzas O. Design and implementation of questionnaires for the detection of allergic diseases in children medical almanac. *Smolensk medical almanac.* 2016;(3):132-136. (In Russ).
8. Fedoskova T. Features of patients year-round rhinitis for acute respiratory infections. *Russian medical journal.* 2011;19(8):518–521. (In Russ).
9. Kumacheva G. Seasonal allergic rhinitis: modern treatment modalities. *Vestnik of modern clinical medicine.* 2015;8(3):45. (In Russ).
10. Smolina O. The creation of a methodology for modeling objects arborsculpture. *Privolzhskiy nauchny zhurnal.* 2015;(4):117-122. (In Russ).

9. Камашева Г.Р., Надеева Р.А., Амиров Н.Б. Сезонный аллергический ринит: современные возможности терапии. // *Вестник современной клинической медицины*. – 2015. – №6 (Т. 8). – С.44-48.
10. Смолина О.О. Создание методологии моделирования объектов архитектуры. // *Приволжский научный журнал. Нижегор. гос. архитектур.-строит. ун-т*. – 2015. – № 4 (36). – С. 117-122.
11. Аллергический ринит, лечение и профилактика. – Доступно по: <http://venus-med.ru/therapy/4933-allergicheskij-rinit-lechenie-i-profilaktika.html>. Ссылка активна на 21.11.2017
12. Намазова-Баранова Л. С., Баранов А. А., Кубанова А. А., Ильина Н. И., Курбачёва О. М. и др. Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии. // *Вопросы современной педиатрии*. – 2016. – № 3(Т.15). – С.279–294.
11. Allergic rhinitis, treatment and prevention. [Elektronny resurs]. Available from: <http://venus-med.ru/therapy/4933-allergicheskij-rinit-lechenie-i-profilaktika.html>. Accessed on November 21, 2017. (In Russ).
12. Namazova-Baranova L, Baranov A, Kubanova A, Ilyin N, Gorbacheva O, et al. Atopic dermatitis in children: current clinical guidelines for diagnosis and therapy. *Issues of modern Pediatrics*. 2016;15(3):279–294. (In Russ).

Информация об авторах

Мурашко Анна Олеговна – студент, Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия. E-mail: med.anna.m@mail.ru

Карпович Глеб Сергеевич – студент, Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия. E-mail: karpovich.gleb@yandex.ru

Information about the authors

Anna O. Murashko – student, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia. E-mail: med.anna.m@mail.ru

Gleb S. Karpovich – student, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia. E-mail: karpovich.gleb@yandex.ru

Получено / Received: 26.11.2017

Принято к печати / Accepted: 01.02.2018