

DOI: <https://doi.org/10.36691/RJA17111>

EDN: QWONDY

Совершенствование подходов к терапии аллергического ринита: согласительный документ экспертов

О.М. Курбачева¹, Е.А. Вишнева^{2, 3}, А.В. Емельянов⁴, И.А. Ким⁵, Н.М. Ненашева⁶,
Е.В. Носуля⁷, Н.И. Ильина¹

¹ Государственный научный центр «Институт иммунологии», Москва, Россия;

² Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского, Москва, Россия;

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

⁴ Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия;

⁵ Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия;

⁶ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

⁷ Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии имени Л.И. Свержевского, Москва, Россия

Аннотация

16 сентября 2025 г. в Москве состоялось заседание междисциплинарного Совета экспертов в области аллергологии, оториноларингологии и педиатрии, посвященное совершенствованию подходов к терапии аллергического ринита. Основная цель терапии аллергического ринита — достижение контроля над симптомами заболевания. Визуально-аналоговая шкала признана простым, удобным и валидным инструментом для мониторинга симптомов. Проанализированы различия между национальными клиническими рекомендациями по лечению аллергического ринита и международными рекомендациями ARIA 2024. Установлено, что рекомендации ARIA 2024 являются пациент-ориентированными и предлагают возможность назначения любой группы фармакологических препаратов уже при 1-й оценке контроля аллергического ринита по визуально-аналоговой шкале. В национальных клинических рекомендациях отсутствует запрет на стартовую терапию с любой ступени, однако предложенный алгоритм ограничивает врача последовательным назначением препаратов.

Обсуждены актуальные проблемы аллергического ринита в педиатрической практике, включающие отсроченное установление диагноза, низкое качество жизни пациентов и недостаточное внимание к atopической мультиморбидности. Детально рассмотрена роль хирургической коррекции анатомических нарушений носовой перегородки у пациентов с аллергическим ринитом, препятствующих эффективной доставке интраназальных препаратов.

Проблема низкой приверженности пациентов к терапии аллергического ринита рассматривается как одна из ключевых в достижении контроля заболевания. Обсуждены подходы к повышению приверженности к лечению, включающие переход от патерналистской модели взаимодействия врач-пациент к совместному принятию решения о терапии с учетом предпочтений пациента.

Особое внимание уделено месту фиксированных комбинаций интраназальных глюкокортикостероидов и интраназальных антигистаминных препаратов в терапии аллергического ринита. Показано, что приблизительно у 2/3 пациентов монотерапия не обеспечивает контроля симптомов аллергического ринита и им требуется комбинированная терапия. Фиксированные комбинации демонстрируют преимущества в виде потенцирования эффекта, снижения частоты побочных эффектов, синергизма действия и повышения приверженности к лечению.

Совет экспертов предложил обновленный алгоритм выбора терапии при аллергическом рините с учетом возможности стартовой терапии с любой ступени на основании оценки количества и выраженности симптомов по визуально-аналоговой шкале. Рекомендовано назначение фиксированных комбинаций в качестве стартовой терапии при наличии персистирующих симптомов (более 4 дней в неделю) и оценке по визуально-аналоговой шкале ≥ 5 , особенно при выраженной заложенности носа. Данный алгоритм планируется использовать в качестве основы при обновлении национальных клинических рекомендаций по лечению аллергического ринита.

Ключевые слова: аллергический ринит; фиксированная комбинация; интраназальный глюкокортикостероид; интраназальный антигистаминный препарат; приверженность терапии; визуальная аналоговая шкала.

Как цитировать: Курбачева О.М., Вишнева Е.А., Емельянов А.В., Ким И.А., Ненашева Н.М., Носуля Е.В., Ильина Н.И. Совершенствование подходов к терапии аллергического ринита: согласительный документ экспертов // Российский аллергологический журнал. 2026. Т. 23, № 1. С. 127–135. DOI: <https://doi.org/10.36691/RJA17111> EDN: QWONDY

Рукопись получена: 02.02.2026 Рукопись одобрена: 14.03.2026 Опубликовано online: 17.03.2026

DOI: <https://doi.org/10.36691/RJA17111>

EDN: QWONDY

Improving approaches to the treatment of allergic rhinitis: an expert consensus document

Oksana M. Kurbacheva¹, Elena A. Vishneva^{2, 3}, Alexander V. Emelyanov⁴, Irina A. Kim⁵, Natalya M. Nenasheva⁶, Evgeny V. Nosulya⁷, Natalia I. Ilina¹

¹ National Research Center — Institute of Immunology Federal Medical-Biological Agency, Moscow, Russia;

² Russian Scientific Center of Surgery named after academician B.V. Petrovsky, Moscow, Russia;

³ The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia;

⁴ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia;

⁵ National Medical Research Center for Children's Health, Moscow, Russia;

⁶ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia;

⁷ Scientific Research Clinical Institute of Otolaryngology named after L.I. Sverzhovsky, Moscow, Russia

Abstract

On September 16, 2025, a meeting of an interdisciplinary Expert Council in the fields of allergology, otorhinolaryngology, and pediatrics was held in Moscow, dedicated to improving approaches to the treatment of allergic rhinitis. The primary goal of treating allergic rhinitis is to achieve control over the disease's symptoms. The Visual Analogue Scale is recognized as a simple, convenient, and valid tool for symptom monitoring. Differences between national clinical guidelines for the treatment of allergic rhinitis and the international ARIA 2024 guidelines were analyzed. It was established that the ARIA 2024 guidelines are patient-oriented and offer the possibility of prescribing any group of pharmacological agents already at the first assessment of allergic rhinitis control using the Visual Analogue Scale. The national clinical guidelines do not prohibit initiating therapy at any step; however, the proposed algorithm limits the physician to a sequential prescription of drugs.

Current issues of allergic rhinitis in pediatric practice were discussed, including delayed diagnosis, low quality of life for patients, and insufficient attention to atopic multimorbidity. The role of surgical correction of anatomical abnormalities of the nasal septum in patients with allergic rhinitis, which hinder the effective delivery of intranasal medications, was examined in detail.

The problem of low patient adherence to allergic rhinitis therapy is considered one of the key factors in achieving disease control. Approaches to improving adherence were discussed, including transitioning from a paternalistic doctor-patient interaction model to a shared decision-making model regarding therapy, taking into account patient preferences.

Special attention was paid to the place of fixed-dose combinations of intranasal glucocorticosteroids and intranasal antihistamines in the treatment of allergic rhinitis. It was shown that in approximately two-thirds of patients, monotherapy does not provide control of allergic rhinitis symptoms, and they require combination therapy. Fixed-dose combinations demonstrate advantages such as effect potentiation, reduced incidence of side effects, synergistic action, and increased treatment adherence.

The Expert Council proposed an updated algorithm for choosing therapy for allergic rhinitis, considering the possibility of starting treatment at any step based on assessing the number and severity of symptoms using the Visual Analogue Scale. The use of fixed-dose combinations as initial therapy is recommended in the presence of persistent symptoms (more than 4 days per week) and a Visual Analogue Scale score of ≥ 5 , especially in cases of severe nasal congestion. This algorithm is planned to be used as a basis for updating the national clinical guidelines for the treatment of allergic rhinitis.

Keywords: allergic rhinitis; fixed combination; intranasal glucocorticosteroid; intranasal antihistamine; adherence to therapy; Visual Analogue Scale.

To cite this article: Kurbacheva OM, Vishneva EA, Emelyanov AV, Kim IA, Nenasheva NM, Nosulya EV, Ilina NI. Improving approaches to the treatment of allergic rhinitis: an expert consensus document. *Russian Journal of Allergy*. 2026;23(1):127–135. DOI: <https://doi.org/10.36691/RJA17111> EDN: QWONDY

Submitted: 02.02.2026 Accepted: 14.03.2026 Published online: 17.03.2026

© 2026 PH "ABV-Press". Article can be used under the CC BY-NC-ND 4.0 International License

Введение

Аллергический ринит (АР) — одно из наиболее распространенных хронических заболеваний, значительно снижающих качество жизни пациентов всех возрастных групп. Несмотря на наличие эффективных методов диагностики и лечения, АР остается недостаточно диагностируемым и неадекватно контролируемым заболеванием, особенно в педиатрической практике [1–3].

Основная цель терапии АР, согласно национальным и международным клиническим рекомендациям, — достижение и поддержание контроля над симптомами заболевания [1–3]. Для объективизации оценки выраженности симптомов и мониторинга эффективности терапии широко применяется визуальная аналоговая шкала (ВАШ), представляющая собой простой, удобный и валидный инструмент, который может использоваться как в клинической практике, так и в исследовательских целях.

В 2024 г. опубликованы обновленные национальные клинические рекомендации по АР, а также концептуальный документ ARIA 2024, представляющий собой подготовительный материал к готовящимся обновленным рекомендациям ARIA 2024–2025 [1, 2]. Рекомендации ARIA 2024 основаны на пациент-ориентированном подходе, предполагающем адаптацию лечения к индивидуальным потребностям и опыту пациента и выходящем за рамки традиционных подходов, ориентированных исключительно на заболевание [2]. Ключевым аспектом данных рекомендаций является классификация АР на основе как продолжительности симптомов (интермиттирующий или персистирующий), так и тяжести (легкая, умеренная или тяжелая), что более точно отражает клинический опыт пациента [3].

Важной проблемой в лечении АР является низкая приверженность пациентов к терапии. Большинство пациентов применяют препараты только при выраженных симптомах и самостоятельно прекращают прием при достижении контроля, не следуя врачебным рекомендациям. В большинстве случаев при ухудшении контроля пациенты используют большее количество лекарств, что приводит к полипрагмазии [2, 4].

В связи с этим особое значение приобретают фиксированные комбинации интраназальных глюкокортикостероидов (ИнГКС) и антигистаминных препаратов (ИнаГП), которые объединяют быстрое начало действия антигистаминного компонента с выраженным противовоспалительным эффектом глюкокортикостероида [5, 6]. Согласно рекомендациям ARIA 2024 комбинации ИнГКС и ИнаГП могут использоваться в качестве стартовой терапии при заложенности носа и ≥ 5 баллов по ВАШ [2].

В целях гармонизации национальных и международных подходов к терапии АР, а также для обсуждения места фиксированных комбинаций в повседневной клинической практике 16 сентября 2025 г. в Москве состоялось заседание междисциплинарного Совета экспертов в области

аллергологии, оториноларингологии и педиатрии. В его состав вошли ведущие специалисты в области аллергологии, иммунологии, оториноларингологии, пульмонологии и педиатрии из различных научно-исследовательских и клинических учреждений России.

Задачи заседания Совета экспертов:

- анализ современных тенденций и алгоритмов терапии АР согласно национальным клиническим рекомендациям и рекомендациям ARIA 2024;
- обсуждение места фиксированных комбинаций в терапии АР в повседневной практике;
- ознакомление с результатами современных клинических исследований об эффективности фиксированной комбинации мометазона фуurato и олопатадина гидрохлорида при АР;
- обсуждение перспектив дополнительных исследований по применению фиксированной комбинации мометазона фуurato и олопатадина гидрохлорида у пациентов с АР.

В ходе подготовки к заседанию проведен систематический анализ современной литературы, включая национальные и международные клинические рекомендации, результаты клинических исследований и метаанализов, а также данные наблюдательных исследований в реальной клинической практике.

Мониторинг и контроль симптомов аллергического ринита

Концепция контроля АР включает минимизацию или полное устранение назальных и глазных симптомов, предотвращение обострений, улучшение качества жизни пациентов и минимизацию побочных эффектов фармакотерапии.

Визуальная аналоговая шкала — простой, удобный и валидный инструмент для мониторинга и контроля симптомов АР. Данная шкала представляет собой горизонтальную линию длиной 10 см (или оценку от 0 до 100 баллов), на которой пациент отмечает выраженность симптомов от их отсутствия до максимальной выраженности. Согласно результатам исследований оценка ≥ 5 баллов по ВАШ (или ≥ 50 баллов по 100-балльной шкале) соответствует среднетяжелому или тяжелому течению АР и требует активной терапии [2].

Сравнительный анализ национальных и международных рекомендаций

Согласно национальным клиническим рекомендациям стартовую терапию АР можно начать с любой ступени в зависимости от выраженности и контроля симптомов [1]. Ступенчатая терапия АР включает несколько опций: пероральные антигистаминные препараты (АГП) 2-го поколения, ИнаГП, ИнГКС, антилейкотриеновые препараты, а также их комбинации.

Однако предложенный в национальных клинических рекомендациях алгоритм на основании контроля симптомов по ВАШ ограничивает врача последовательным назначением вначале АГП 2-го поколения и лишь затем, в случае недостижения контроля, рассмотрением назначения ИнГКС и комбинации ИнГКС + ИнаГП [1]. Такой подход может приводить к задержке в достижении контроля симптомов у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением АР.

В отличие от национального подхода рекомендации ARIA 2024 являются пациент-ориентированными и предполагают возможность назначения любой группы фармакологических препаратов уже при 1-й оценке контроля АР по ВАШ как у пациентов, не получавших ранее лечения (наивных), так и у получающих терапию [2].

Ключевые аспекты ARIA 2024:

- пациент-ориентированный подход: адаптация лечения к индивидуальным потребностям и опыту пациента, выход за рамки традиционных подходов, ориентированных на заболевание;
- классификация АР: руководство ARIA классифицирует АР на основании как продолжительности симптомов (интермиттирующий или персистирующий), так и степени тяжести (легкая, умеренная или тяжелая), что более точно отражает картину опыта пациента [3];
- доказательная база: процесс разработки рекомендаций включает систематические обзоры результатов рандомизированных контролируемых исследований, в которых сравниваются различные стратегии лечения и лекарственные препараты для АР [2];
- комбинированная терапия: согласно подходам ARIA 2024 комбинации ИнГКС и ИнаГП рекомендуются в качестве стартовой терапии при заложенности носа и ≥ 5 баллов по ВАШ [2].

Таким образом, существует разница в подходах и алгоритмах терапии АР между национальными и международными клиническими рекомендациями. Для эффективного контроля АР необходимо вовлекать пациента в принятие решения о выборе терапии с учетом его предпочтений и индивидуальных характеристик.

Проблемы аллергического ринита в педиатрической практике

Совет экспертов уделил особое внимание проблемам диагностики и лечения АР в педиатрической популяции. Основные проблемы включают:

- отсроченное установление диагноза: несмотря на высокую распространенность АР среди детей, заболевание часто диагностируется несвоевременно, что приводит к хронизации процесса и развитию осложнений;
- низкое качество жизни: изнурительные симптомы АР и недостижение контроля над болезнью значительно снижают качество жизни детей, нарушая сон, учебную деятельность и социальную адаптацию;

- атопическая мультиморбидность: часто остается вне внимания сопутствующая атопическая патология у пациента, включая бронхиальную астму, атопический дерматит и пищевую аллергию.

В проспективном наблюдательном исследовании «РИАЛ» показано, что 58,3 % пациентов с АР в реальной клинической практике имели сопутствующие заболевания [7]. Это подчеркивает необходимость комплексного подхода к ведению пациентов с АР с учетом всей атопической мультиморбидности.

Возможные пути решения:

- 1) обучение специалистов, оказывающих медицинскую помощь детям, включая следующее:
 - разработку оптимизированного инструмента/алгоритма диагностики, лечения и мониторинга АР;
 - создание алгоритма для выявления причин отсутствия контроля над АР и риска его потери;
 - подготовку информационных материалов для родителей пациентов с АР и детей, включая план действий по сохранению контроля над симптомами и снижению риска обострений;
- 2) контроль фармакоэпидемиологии АР: проведение наблюдений в реальной клинической практике и модификация мероприятий для ее улучшения.

Роль хирургической коррекции в лечении пациентов с аллергическим ринитом

Важным аспектом оптимизации терапии АР является оценка анатомических особенностей полости носа, которые могут препятствовать адекватной доставке интраназальных препаратов и способствовать персистированию назальной обструкции.

Согласно национальным клиническим рекомендациям хирургическое вмешательство при АР проводят при наличии у пациента сопутствующей патологии. Показание к хирургическому вмешательству у пациентов с АР с назальной обструкцией определяет оториноларинголог на основании результатов клинического (в том числе эндоскопического) обследования полости носа и носоглотки) и рентгенологического обследований пациента [1].

Искривление носовой перегородки и эффективность интраназальной терапии

В исследовании с использованием компьютерного моделирования показано, что искривленная носовая перегородка препятствует использованию интраназальных спреев. При наличии деформации носовой перегородки изменяется паттерн распределения интраназально вводимого препарата, что приводит к снижению его попадания в метаболически активные зоны слизистой оболочки носа [8].

В проспективном исследовании F. Mariño-Sánchez и соавт. изучено влияние деформации носовой перегородки на заложенность носа, тяжесть заболевания и ответ на

медикаментозное лечение среди детей и подростков (6–18 лет) с персистирующим АР. Результаты показали, что наличие деформации носовой перегородки ассоциировано с более выраженной назальной обструкцией, большей тяжестью заболевания и худшим ответом на медикаментозное лечение. Авторы пришли к заключению, что коррекция деформации носовой перегородки может повысить эффективность фармакотерапии у детей с персистирующим АР [9].

Септопластика у пациентов с аллергическим ринитом

Важное значение имеют результаты исследования A.D. Karatzanis и соавт., в котором сравнивались результаты септопластики у пациентов с деформацией носовой перегородки с АР и без него. После септопластики субъективное улучшение носового дыхания наблюдалось в обеих группах, причем снижение выраженности назальной обструкции было более значительным в группе пациентов без АР. Воздушный поток, по данным передней активной риноманометрии, увеличивался на стороне деформации после септопластики в обеих группах, при этом увеличение было значительно выше в группе пациентов без АР по сравнению с группой с АР. Авторы пришли к выводу, что хирург должен проявлять осторожность при лечении пациентов с АР и деформацией носовой перегородки. Эти пациенты с большей вероятностью будут менее удовлетворены после септопластики по сравнению с пациентами без АР. Адекватное медикаментозное лечение АР должно быть приоритетом для этих случаев [10].

Таким образом, для безопасной фармакотерапии имеют значение анатомические особенности полости носа. Постоянное воздействие ИнГКС на ограниченные участки носовой полости (в области деформации носовой перегородки) способствует формированию дистрофических изменений слизистой оболочки. В связи с этим хирургическую коррекцию выраженной (клинически значимой) деформации целесообразно рекомендовать на начальных этапах лечения пациентов с АР в целях устранения причины назальной обструкции и препятствия для доставки интраназального препарата (спрея) в метаболически активные участки носовой полости.

Факторы, определяющие выбор фармакотерапии аллергического ринита

При выборе фармакотерапии АР необходимо учитывать множество факторов, определяющих оптимальную стратегию лечения пациента [11]. Согласно рекомендациям J. Bousquet и соавт. при выборе терапии следует учитывать возможности, предпочтения и возраст пациента, текущее лечение, исторический ответ на терапию, эффективность и безопасность препаратов, начало действия препарата, выраженность симптомов, сопутствующие заболевания, способность пациента следовать выбранной терапии [11].

Проблема приверженности к терапии аллергического ринита

Низкая приверженность пациентов к терапии АР остается одной из ключевых проблем, препятствующих достижению контроля заболевания. Большинство пациентов применяют препараты только тогда, когда симптомы АР не контролируются, и самостоятельно прекращают прием назначенных препаратов при достижении контроля. Многие пациенты не следуют предписаниям врачей и занимаются самолечением. В большинстве случаев при ухудшении контроля пациенты используют большее количество лекарств [2].

Данные о низкой удовлетворенности пациентов терапией АР свидетельствуют о необходимости оптимизации подходов к лечению. По результатам опросов, 58 % пациентов очень довольны лечением заболевания в целом, 35 % очень довольны эффектом ИнГКС, и только 13 % полностью удовлетворены эффектом принимаемого лекарственного средства.

Формирование приверженности к лечению: основные проблемы

Можно выделить следующие основные проблемы приверженности пациентов к терапии АР:

- 1) коммуникация с пациентом: недостаточное информирование пациентов о характере заболевания, целях лечения и ожидаемых результатах терапии;
- 2) персонализированный подход: недостаточный учет индивидуальных особенностей пациента, его предпочтений и ценностей при выборе терапии;
- 3) выбор оптимальных препаратов: назначение препаратов без учета таких важных для пациента характеристик, как скорость наступления эффекта, удобство применения, сенсорные характеристики.

В рекомендациях ARIA 2024 подчеркивается необходимость изменения модели взаимодействия врач–пациент при выборе терапии АР с патерналистской на модель совместного принятия решения врачом и пациентом [2]. Данная модель предполагает учет удобства, ценностей и предпочтений пациента (форма препарата, начало действия, сенсорные характеристики, режим и длительность терапии), а также понимание и принятие своей ответственности со стороны больного.

Как повысить приверженность к лечению

Согласно данным российских и зарубежных исследований для повышения приверженности к лечению у пациентов с АР рекомендуется следующее [12, 13]:

- четко озвучивать цели лечения. Если больной не знает или не понимает необходимости лечения, он будет саботировать прием лекарств;
- предупреждать пациента об ожидаемом начале действия препарата. Например, ИнГКС и монтелукаст развивают максимальную эффективность через несколько дней регулярного применения;

- привлекать пациента к созданию плана лечения и обсуждать вероятность побочных эффектов от принимаемых препаратов (например, горький вкус азеластина, сухость слизистых оболочек);
- объяснять технику применения ИнГКС, показать правильную позицию головы и направления потока при впрыскивании;
- объяснить пациенту, как не забывать принять лекарства ежедневно. Например, предложить совместить прием препаратов с ежедневными ритуалами;
- регулярно оценивать приверженность к терапии. Внимание врача к проблеме приверженности, соответствующий опрос больного и оценка этого показателя в динамике способствуют его повышению;
- учитывать финансовые возможности пациента. При низком доходе необходимо подумать о более доступных, но эффективных аналогах. Какую сумму тратить на лечение, должен решить сам пациент;
- назначать фиксированные комбинации и ретардные формы, если это возможно, что позволит сделать лечение более понятным и менее забываемым [12, 13].

Место фиксированных комбинаций в терапии аллергического ринита

Совет экспертов уделил особое внимание обсуждению места фиксированных комбинаций ИнГКС и ИнаГП в терапии АР.

Обоснование применения фиксированных комбинаций

Примерно у 2/3 пациентов монотерапия АР не обеспечивает контроля симптомов заболевания [14]. Большинству таких пациентов требуется комбинация нескольких препаратов. Фиксированные комбинации с фиксированными дозами отличаются более быстрым и более выраженным терапевтическим действием по сравнению с отдельными компонентами. Кроме этого, реальным преимуществом таких лекарственных средств является сравнительно высокая степень приверженности к лечению пациентов с АР, обусловленная более простым терапевтическим режимом и возможностью быстро достигать положительных результатов [14].

Преимущества фиксированных комбинаций

Фиксированные комбинации обладают следующими преимуществами:

- 1) Потенцирование эффекта комбинируемых препаратов. Механизм этого действия заключается в различных путях реализации противовоспалительного действия лекарственных средств. Известно, что разные пациенты по-разному реагируют на один и тот же препарат. Появление второго препарата увеличивает частоту достижения целевого эффекта.

- 2) Снижение частоты развития побочных эффектов. Достижение целевого уровня контроля АР с помощью монотерапии подразумевает увеличение дозы лекарственного препарата, что увеличивает риск развития побочного эффекта. Комбинирование лекарственных препаратов позволяет достигать целевых уровней контроля АР, применяя меньшие дозы лекарств, что минимизирует побочные эффекты.
- 3) Синергизм, обусловленный дополняющими механизмами действия 2 типов лекарственных препаратов.
- 4) Повышение приверженности к терапии за счет упрощения режима дозирования и применения единственного препарата вместо нескольких.

В метаанализе К. Ду и соавт. показано, что ИнаГП превосходят пероральные АГП при добавлении к ИнГКС в ходе лечения АР [15]. Метаанализ включал 13 рандомизированных контролируемых исследований с участием 5066 пациентов со среднетяжелой и тяжелой формами АР. Результаты показали, что комбинированная терапия ИнаГП + ИнГКС превосходила монотерапию ИнГКС по всем назальным симптомам, при этом добавление пероральных АГП к ИнГКС увеличивало эффективность только при ринорее [15].

Преимущества противоаллергических препаратов местного применения

Интраназальные препараты обладают рядом преимуществ [2]:

- создание высокой концентрации препарата в органе-мишени;
- быстрое наступление эффекта (до 15 мин для ИнаГП);
- отсутствие или минимизация системного воздействия;
- отсутствие влияния на применение препаратов других групп.

Рейтинг наиболее важных показателей терапии АР с точки зрения пациентов включает быстрое и полное облегчение симптомов, а также их длительный контроль. Фиксированные комбинации ИнГКС и ИнаГП в полной мере соответствуют обоим этим требованиям. В России зарегистрированы 3 фиксированные комбинации для лечения АР: мометазон/азеластин, мометазон/олопатадин и флутиказон/азеластин [16–18]. Фиксированная комбинация мометазон/олопатадин (Риалтрис®) зарегистрирована для лечения сезонного АР с 6 лет и круглогодичного АР с 12 лет.

Фиксированные комбинации помогают персонализировать терапию пациентов с аллергическим ринитом

Пациенты с АР и искривлением носовой перегородки чаще прибегают к использованию деконгестантов по сравнению с пациентами с нормальной носовой перегородкой. При наличии противопоказаний к хирургическому вмешательству или отказе пациента от операции добавление противоаллергических препаратов системного действия

может быть оптимальной стратегией фармакотерапии у пациентов с АР и искривлением носовой перегородки. Пациентам с выраженными симптомами (более 5 баллов по ВАШ) и невозможностью использования интраназальных форм подойдут пероральные фиксированные комбинации. Критериями для таких комбинаций также могут служить нежелание пациента использовать ИнГКС; носовые кровотечения, обусловленные артериальной гипертензией; выраженная эозинофилия; наличие коморбидной патологии, требующей системной терапии. На рынке в России доступна фиксированная комбинация монтелукаст + левоцетиризин (Монтлезир®), зарегистрированная для лечения сезонного (интермиттирующего) АР с 15 лет [19].

Обновленный алгоритм терапии аллергического ринита

На заседании Совета экспертов предложен обновленный алгоритм выбора терапии при АР с учетом возможности стартовой терапии с любой ступени на основании оценки выраженности симптомов АР и значения по ВАШ (рис. 1).

Данный алгоритм планируется взять за основу терапии при обновлении национальных клинических рекомендаций по лечению АР.

Заключение

По результатам обсуждения междисциплинарный Совет экспертов пришел к следующим заключениям:

- 1) В целях повышения приверженности пациентов к лечению и эффективности контроля симптомов АР целесообразно рекомендовать назначение фиксированных комбинаций ИнГКС и ИнаГП в качестве стартовой терапии при наличии персистирующих симптомов (т. е. более 4 дней в неделю) и ≥ 5 баллов по ВАШ. Особенно показано назначение фиксированных комбинаций при выраженной заложенности носа как наиболее беспокоящем пациентов симптоме.
- 2) Хирургическую коррекцию выраженной (клинически значимой) деформации внутриносовых структур целесообразно рекомендовать на начальных этапах лечения пациентов с АР в целях устранения причины

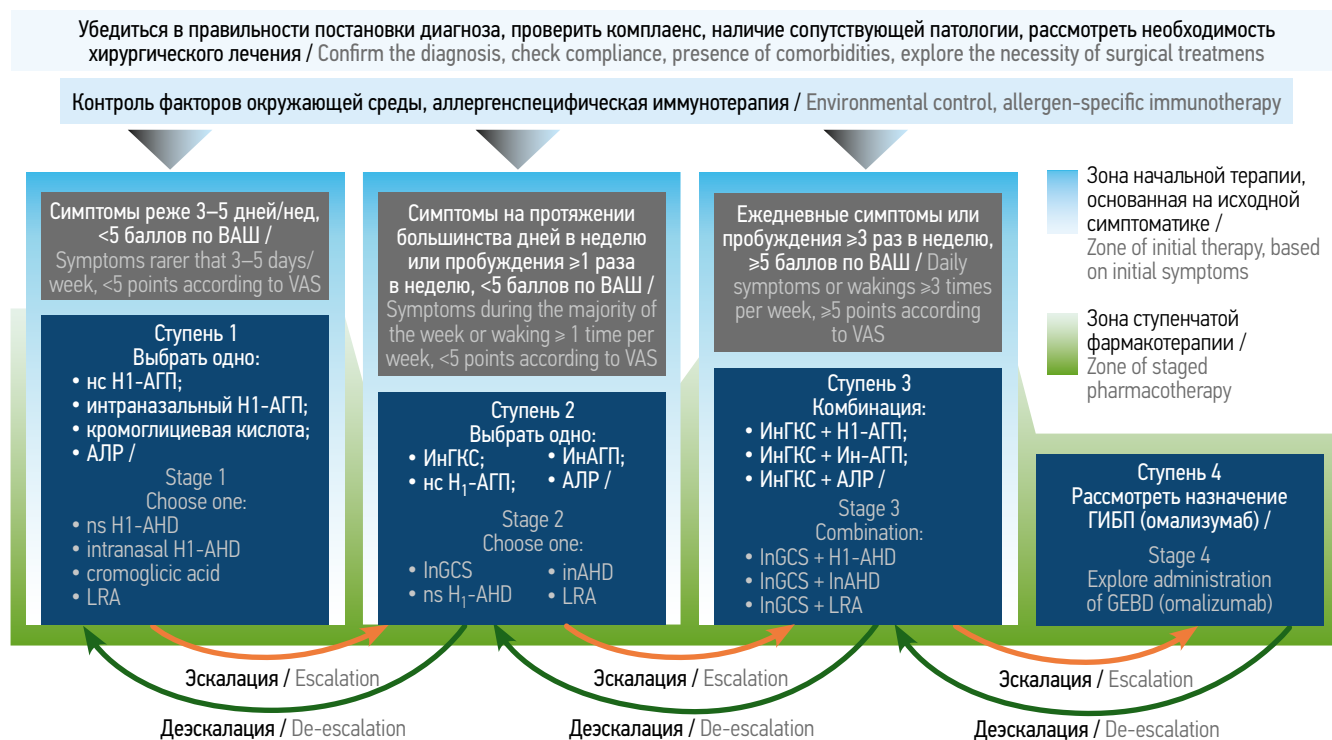


Рис. 1. Алгоритм выбора терапии при аллергическом рините.

Примечание. На ступенях 1, 2 в случае выраженной заложенности носа следует выбрать назначение фиксированной комбинации интраназальными глюкокортикостероидами (ИнГКС)/антигистаминными препаратами (ИнаГП). Эскалация — при отсутствии контроля через 5–14 дней; дезэскалация — при достижении и поддержании контроля в течение 10–14 дней. ВАШ — визуальная аналоговая шкала; ns — неседативный; АЛР — антагонист лейкотриеновых рецепторов; ГИБП — генно-инженерный биологический препарат.

Fig. 1. The algorithm for therapy selection in allergic rhinitis.

Note. At steps 1 and 2, in case of severe nasal congestion, a fixed-dose combination of intranasal glucocorticosteroids (InGCS)/antihistamines (InAHD) should be chosen. Escalation — if control is not achieved within 5–14 days; de-escalation — when control is achieved and maintained for 10–14 days. VAS — visual analogue scale; ns — non-sedating; LRA — leukotriene receptor antagonist; GEBD — genetically-engineered biological drugs.

назальной обструкции и препятствия для доставки интраназального препарата (спрея) в метаболически активные участки носовой полости.

- 3) При наличии противопоказаний к хирургическому вмешательству или отказе пациента от операции рекомендуются пероральные формы лекарственных средств, в том числе фиксированные комбинации при выраженных симптомах АР.
- 4) Для эффективного контроля АР необходимо вовлекать пациента в принятие решения о выборе терапии с учетом его предпочтений и индивидуальных характеристик.
- 5) Предложен новый алгоритм выбора терапии АР с учетом возможности стартовой терапии с любой ступени на основании оценки количества и выраженности симптомов по шкале ВАШ. Данный алгоритм планируется взять за основу терапии при обновлении национальных клинических рекомендаций по лечению АР.
- 6) Необходимы обучение специалистов, оказывающих медицинскую помощь детям с АР, включающее разработку оптимизированных инструментов диагностики,

лечения и мониторинга заболевания, а также создание информационных материалов для родителей и пациентов.

- 7) Рекомендуется проведение контроля фармакоэпидемиологии АР через наблюдения в реальной клинической практике и модификацию мероприятий для ее улучшения.

Обновленный алгоритм предусматривает возможность стартовой терапии АР с назначения фиксированных комбинаций с последующей дезэскалацией при достижении контроля в течение 14 дней, а также хирургическую коррекцию внутриносовых структур (клинически значимого искривления носовой перегородки) на начальных этапах лечения. Кроме этого, алгоритм включает понятные и воспроизводимые процедуры оценки эффективности терапии и приверженности пациентов к лечению.

Внедрение предложенных подходов в клиническую практику позволит оптимизировать терапию АР, повысить приверженность пациентов к лечению, улучшить контроль симптомов и качество жизни пациентов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ / ADDITIONAL INFORMATION

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении поисково-аналитической работы и подготовке статьи.

Раскрытие интересов. Н.М. Ненашева является членом редакционной коллегии Российского аллергологического журнала, Н.И. Ильина является главным редактором Российского аллергологического журнала, но не имеют отношения к решению о публикации данной статьи. Статья прошла принятую в журнале процедуру рецензирования. Авторы заявляют об отсутствии иных конфликтов интересов.

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение поисково-аналитической работы и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией). Наибольший вклад распределен следующим образом: О.М. Курбачева — общее руководство, разработка концепции алгоритма выбора терапии АР, сбор и анализ данных литературы, написание и редактирование текста статьи; Е.А. Вишнева, А.В. Емельянов, И.А. Ким, Н.М. Ненашева, Е.В. Носуля, Н.И. Ильина — сбор и анализ данных

литературы, написание и редактирование текста статьи.

Funding source. This publication was not supported by any external sources of funding.

Disclosure of interests. N.M. Nenasheva is a member of the editorial board of the Russian Journal of Allergy, N.I. Ilina is editor-in-chief of the Russian Journal of Allergy but were not nothing to do with the decision to publish this article. The article has passed the review procedure accepted in the journal. The authors declare that there are no other conflicts of interest.

Authors' contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work. O.M. Kurbacheva — general supervision, concept allergic rhinitis treatment algorithm, collection and analysis of literature data, writing and editing the article; E.A. Vishneva, A.V. Emelyanov, I.A. Kim, N.M. Nenasheva, E.V. Nosulya, N.I. Ilina — collection and analysis of literary data, writing and editing the article.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Аллергический ринит. Клинические рекомендации. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/gesundemend/261_1 Дата обращения: 26.12.2025
2. Bousquet J, Schönemann HJ, Togias A, et al. Concepts for the development of person-centered, digitally enabled, artificial intelligence-assisted ARIA care pathways (ARIA 2024). *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2024;12(10):2648–2668. doi: 10.1016/j.jaip.2024.07.025
3. Papadopoulos NG, Bernstein JA, Demoly P, et al. Phenotypes and endotypes of rhinitis and their impact on management: a PRACTALL report. *Allergy.* 2015;70(5):474–494. doi: 10.1111/all.12573 EDN: UQHQQJ

4. Price D, Smith P, Hellings P, et al. Current controversies and challenges in allergic rhinitis management. *Expert Rev Clin Immunol*. 2015;11(11):1205–1217. doi: 10.1586/1744666X.2015.1092308 EDN: TBPBMH
5. Carr W, Bernstein J, Lieberman P, et al. A novel intranasal therapy of azelastine with fluticasone for the treatment of allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;129(5):1282–1289.e10. doi: 10.1016/j.jaci.2012.01.077 EDN: PHULYH
6. Chitsuthipakorn W, Hoang MP, Kanjanawasee D, et al. Combined medical therapy in the treatment of allergic rhinitis: systematic review and meta-analyses. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2022;12(12):1480–1502. doi: 10.1002/alr.23020 EDN: QDVIUN
7. Nenasheva NM, Nosulya EV, Kurbacheva OM, et al. Effectiveness of fixed combination of olopatadine hydrochloride and mometasone furoate in adults and children with allergic rhinitis in real-life clinical practice settings: results of “RIAL” prospective observational study. *Russian Rhinology*. 2024;32(1):16–26. doi: 10.17116/rosrino20243201116 EDN: OIRTRK
8. Schroeter JD, Kimbell JS, Asgharian B. Analysis of particle deposition in the turbinate and olfactory regions using a human nasal computational fluid dynamics model. *J Aerosol Med*. 2006;19(3):301–313. doi: 10.1089/jam.2006.19.301
9. Mariño-Sánchez F, Valls-Mateus M, Cardenas-Escalante P, et al. Influence of nasal septum deformity on nasal obstruction, disease severity, and medical treatment response among children and adolescents with persistent allergic rhinitis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2017;95:145–154. doi: 10.1016/j.ijporl.2017.02.005 EDN: YYMSSD
10. Karatzanis AD, Fragiadakis G, Moshandrea J, et al. Septoplasty outcome in patients with and without allergic rhinitis. *Rhinology*. 2009;47(4):444–449. doi: 10.4193/Rhin08.126
11. Bousquet J, Schünemann HJ, Togias A, et al. 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;145(1):70–80. doi: 10.1016/j.jaci.2019.06.049 EDN: USDAXA
12. Солондаев В.В., Сумеркина Д.В. Коплапенс в общении врач-больной. *Медицинская психология в России: электронный научный журнал*. 2011;4. Режим доступа: http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_4_9/nomer/nomer24.php
13. Тарасенко Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Приверженность к длительному лечению пациентов и факторы, на нее влияющие. *Фундаментальные исследования*. 2007;9:57–58. Режим доступа: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=3516> EDN: KXNMXD
14. Nenasheva NM. Treatment of allergic rhinitis from the perspective of new international guidelines: the role of local/intranasal combination therapy. *Effective Pharmacotherapy. Allergology and Immunology*. 2016;1(6):40–48. (In Russ.)
15. Du K, Qin Y, Yi X, et al. Intranasal antihistamine is superior to oral H₁ antihistamine as an add-on therapy to intranasal corticosteroid for treating allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2020;125(6):686–695.e4. doi: 10.1016/j.anaai.2020.06.038 EDN: IWMCYZ
16. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Момат Рино Аванс, ЛП-№(001749)-(ПГ-РУ) от 17.11.2023. Режим доступа: <https://grls.minzdrav.gov.ru> Дата обращения: 20.02.2026.
17. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Ру-алтрис, ЛП-006768 от 22.06.2023. Режим доступа: <https://grls.minzdrav.gov.ru> Дата обращения: 20.02.2026.
18. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Дуоназе, ЛП-№ (004130)-(ПГ-РУ) от 23.05.2024. Режим доступа: <https://grls.minzdrav.gov.ru> Дата обращения: 20.02.2026.
19. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Монтлезур, ЛП-№(011270)-(ПГ-РУ) от 11.08.2025. Режим доступа: <https://grls.minzdrav.gov.ru> Дата обращения: 20.02.2026.

Об авторах / Authors' info

* Курбачева Оксана Михайловна, д-р мед. наук, профессор;

* Oksana M. Kurbacheva, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;

адрес: Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, д. 24;

address: 24 Kashirskoe shosse, Moscow, Russia, 115522;

ORCID: 0000-0003-3250-0694; eLibrary SPIN: 5698-6436; e-mail: kurbacheva@gmail.com

Вишнева Елена Александровна, д-р мед. наук, профессор;

Elena A. Vishneva, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;

ORCID: 0000-0001-7398-0562; eLibrary SPIN: 1109-2810; e-mail: vishneva.e@yandex.ru

Емельянов Александр Викторович, д-р мед. наук, профессор;

Alexander V. Emelyanov, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;

ORCID: 0000-0002-8574-6869; eLibrary SPIN: 8036-2985; e-mail: emelav@inbox.ru

Ким Ирина Александровна, д-р мед. наук, профессор;

Irina A. Kim, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;

ORCID: 0000-0003-1078-6388; eLibrary SPIN: 7493-1032; e-mail: irinakim_s@mail.ru

Ненасева Наталья Михайловна, д-р мед. наук, профессор;

Natalya M. Nenasheva, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;

ORCID: 0000-0002-3162-2510; eLibrary SPIN: 3363-6170; e-mail: 1444031@gmail.com

Носуля Евгений Владимирович, д-р мед. наук, профессор;

Evgeny V. Nosulya, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;

ORCID: 0000-0002-3897-8384; eLibrary SPIN: 8054-9615; e-mail: nosulya@bk.ru

Ильина Наталья Ивановна, д-р мед. наук, профессор;

Natalya I. Ilina, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;

ORCID: 0000-0002-3556-969X; eLibrary SPIN: 6715-5650; e-mail: instimmun@yandex.ru

* Автор, ответственный за переписку

* Corresponding author