

Исследование приверженности врачей клиническим рекомендациям при ведении детей и подростков с аллергическим ринитом

RAR — научная статья

<https://doi.org/10.53529/2500-1175-2025-1-5-20>

УДК 616-056.3

Дата поступления: 19.08.2024

Дата принятия: 23.10.2024

Дата публикации: 21.03.2025

**Смолкин Ю. С.^{2,4}, Масальский С. С.^{1,2}, Шахова Н. В.³, Молочкова А. Н.²**¹ Московский медицинский университет «Реавиз», 125466, г. Москва, ул. Соколово-Мещерская, 29, Россия² ООО «НKKЦ аллергологии и иммунологии», Москва, 117513, ул. Островитянова, 6, Россия³ ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава, 656038, г. Барнаул, пр-т Ленина, 40, Россия⁴ Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва, 125371, Волоколамское ш., 91, Россия**Масальский Сергей Сергеевич** — к. м. н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и педиатрии Медицинского университета «Реавиз», ORCID ID: 0000-0002-2048-5709, e-mail: masalsky@live.com.**Шахова Наталья Викторовна** — д. м. н., доцент, заведующий кафедрой госпитальной педиатрии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава, ORCID ID: 0000-0002-7143-8259, e-mail: natalia.shakhova@mail.ru.**Смолкин Юрий Соломонович** — д. м. н., профессор кафедры клинической иммунологии и аллергологии Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, ORCID ID: 0000-0001-7876-6258, e-mail: smolkin@alerg.ru.**Молочкова Александра Николаевна** — врач аллерголог-иммунолог ООО «НKKЦ аллергологии и иммунологии», e-mail: molochkovaaleksandra674@gmail.com.

Введение. В РФ приняты международные и национальные согласительные документы и клинические рекомендации, в которых освещаются вопросы диагностики и лечения аллергического ринита (АР). Степень приверженности врачей гайдлайнам остается неясной.

Методы: онлайн-опрос врачей аллергологов (32,7%), педиатров (54,4%) и других специальностей (всего n = 364) в 2023–2024 годах.

Результаты. Большая часть специалистов (81,6%) придерживаются российских официальных документов, а международных гайдлайнов — около 4% опрошенных. Значительная часть врачей активно используют терминологию «сезонный/круглогодичный» АР (75,3%), реже используется указание степени тяжести и течения заболевания. Педиатры не пользуются классификацией чаще. Для определения степени тяжести визуальная аналоговая шкала используется только в 23,0% случаев.

Среди лабораторных методов диагностики аллергологи чаще назначают специфическое обследование, чем педиатры (87,8% vs 56,8%). Только 53,8% респондентов считают обязательным проведение аллергологического обследования пациентов.

57,4% опрошенных считают, что объем стартовой терапии зависит от степени тяжести заболевания. Наиболее популярными препаратами для стартовой терапии являются интраназальные стероиды (иГКС) (40,2%), антигистаминные препараты (АГ) (23,5%), монтелукаст 4,0%, интраназальные АГ 4,8%.

При необходимости использования сочетанной терапии 56,4% врачей выбирают фиксированную комбинацию иГКС + инАГ в качестве терапии первой линии, дополнительно 20,9% рассматривают этот вариант в редких случаях.

В тяжелых случаях 16,9% врачей назначают пероральные глюкокортикостероиды, 20,4% — выбирают парентеральный путь введения ГКС, 33,6% респондентов не назначают системные ГКС. Об иммунобиологической терапии АР осведомлена большая часть опрошенных врачей — 73,0%, причем 26,7% активно поддерживают назначение биологической терапии при АР. Аллерген-специфическую терапию рекомендуют рассмотреть 61,9% опрошенных врачей.

Заключение: исследование показывает необходимость обучения врачей, сталкивающихся с проблемами АР, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и международной практикой.

Ключевые слова: аллергический ринит, дети, подростки, врачи

Конфликт интересов:

Статья создана при поддержке компании «Гленмарк».

Для цитирования: Смолкин Ю. С., Масальский С. С., Шахова Н. В., Молочкова А. Н. Исследование приверженности врачей клиническим рекомендациям при ведении детей и подростков с аллергическим ринитом. *Аллергология и иммунология в педиатрии*. 2025; 23 (1): 5-21. <https://doi.org/10.53529/2500-1175-2025-1-5-20>

Для корреспонденции:

Масальский Сергей Сергеевич, кандидат медицинских наук, врач — аллерголог-иммунолог ООО «НKKЦ аллергологии и иммунологии», ответственный секретарь Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России.

Адрес: 117513, Российская Федерация, Москва, ул. Островитянова, д. 6.

E-mail: masalsky@live.com.

For correspondence:

Sergey S. Masalskiy, candidate of science, Executive Secretary of Association Pediatric Allergist and Immunologist Russia (APAIR), allergist-immunologist of Scientific-Clinical Consultative Center of Allergology and Immunology.

Address: 6 Ostrovityanova st., 117513, Moscow, Russia.

E-mail: masalsky@live.com.

Adherence of doctors to clinical recommendations in the management of children and adolescents with allergic rhinitis

<https://doi.org/10.53529/2500-1175-2025-1-5-20>

Date of receipt: 19.08.2024

Date of acceptance: 23.10.2024

Date of publication: 21.03.2025

Yuri S. Smolkin^{2,4}, Sergey S. Masalskiy^{1,2}, Natal'ya V. Shakhova³, Aleksandra N. Molochkova²

¹ *Moscow Medical University "Reaviz", 29 Sokolovo-Meshcherskaya st., 125466, Moscow, Russia*

² *Scientific-Clinical Consultative Center of Allergology and Immunology, 6 Ostrovityanova st., 117513, Moscow, Russia*

³ *FSBEI HE ASMU MOH Russia, 40 Lenin av., 656038, Barnaul, Russia*

⁴ *Academy of Postgraduate Education of the Federal State Budgetary Institution Federal Scientific and Practical Center of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, 91 Volokolamskoe Shosse, 125371, Moscow, Russia*

Sergey Sergeevich Masalskiy — Cand. Sci., Associate Professor of the Department of Obstetrics, Gynecology and Pediatrics, Moscow Medical University "Reaviz", ORCID ID: 0000-0002-2048-5709, e-mail: masalsky@live.com.

Natal'ya Victorovna Shakhova — Dr. Sci., Associate Professor, Head of the Department of Hospital Pediatrics with a Course of Additional Professional Education, FSBEI HE ASMU MOH Russia, ORCID ID: 0000-0002-7143-8259, Barnaul, e-mail: natalia.shakhova@mail.ru.

Yuri Solomonovich Smolkin — Dr. Sci., Professor of Department of Clinical Immunology and Allergology of Academy of Postgraduate Education under FSBI FSCC of FMBA of Russia, ORCID ID: 0000-0001-7876-6258, smolkin@alerg.ru.

Aleksandra Nicolaevna Molochkova — allergist of Scientific-Clinical Consultative Center of Allergology and Immunology, e-mail: molochkovaaleksandra674@gmail.com.

Introduction. The Russian Federation has adopted international and national conciliatory documents and clinical guidelines covering the diagnosis and treatment of allergic rhinitis (AR). The extent to which doctors adhere to the guidelines remains unclear.

Methods: online survey of allergists (32.7%), pediatricians (54.4%) and others (total n = 364) in 2023–2024.

Results: Most specialists (81.6%) adhere to Russian official clinical recommendation, while about 4% of respondents adhere to international guidelines. A significant part of doctors actively uses the term "seasonal/perennial" AR (75.3%), less often the indication of the severity and course of the disease is used. Pediatricians don't use the classification more often than allergists. To determine the severity of the visual analog scale is used only in 23.0% of cases.

Among laboratory diagnostic methods, allergists are more likely to prescribe a specific examination than pediatricians (87.8% vs. 56.8%). Only 53.8% of respondents consider it mandatory to conduct an allergological examination for patients with AR.

57.4% of respondents believe that the amount of initial therapy depends on the severity of the disease. The most popular drugs for starting therapy are intranasal steroids (40.2%), antihistamines (23.5%), montelukast 4.0%, and intranasal antihistamines 4.8%. If it is necessary to use concomitant therapy 56.4% of doctors choose a fixed combination of intranasal steroid + antihistamines as a first-line therapy, and an additional 20.9% consider this option in rare cases.

In severe cases, 16.9% of doctors prescribe oral steroids, 20.4% choose the parenteral route of corticosteroid administration, and 33.6% of respondents do not prescribe systemic corticosteroids. The majority of doctors surveyed are aware of the immunobiological therapy of AR — 73.0%, and 26.7% actively support the appointment of biological therapy for AR. Allergen-specific therapy is recommended to be considered by 61.9% of the surveyed doctors.

Conclusion: The study shows the need to train physicians facing AR problems in accordance with current clinical guidelines and international practice.

Keywords: allergic rhinitis, children, adolescents, doctors

Conflict of interest:

The article is supported by the Glenmark Company.

For citation: Smolkin Y.S., Masalskiy S.S., Shakhova N.V., Molochkova A.N. Adherence of doctors to clinical recommendations in the management of children and adolescents with allergic rhinitis. *Allergology and Immunology in Pediatrics*. 2025; 23 (1): 5-21. <https://doi.org/10.53529/2500-1175-2025-1-5-20>

Аллергический ринит (АР) представляет собой распространенную проблему в детском и подростковом возрасте, негативно влияя на физическое, социальное и психологическое благополучие [1]. АР страдает около 40% мирового населения, 23–30% населения Европы и 12–30% населения США [2]. Согласно результатам масштабного «Международного исследования астмы и аллергии у детей» (Inter-

national Study of Asthma and Allergies in Childhood, ISAAC), распространенность АР в разных странах мира варьирует от 0,8 до 14,9% среди детей 6–7 лет, от 1,4 до 39,7% среди детей 13–14 лет [3]. Согласно данным исследовательских центров России, принявших участие в изучении распространенности АР по международной программе ISAAC, распространенность АР в Томской области среди детей 7-8 лет — 21,9%,

среди детей 13–14 лет — 34,2% [4], в Ставропольском крае — 24,0% среди детей 7–8 лет, 41,1% — среди детей 13–14 лет [5], в Краснодарском крае — 25,4% среди детей 7–8 лет и 40,3% — среди детей 13–14 лет [6], в Агинском Бурятском автономном округе — 10,2% среди детей 12–14 лет [7]. Высокую распространенность АР демонстрируют также исследования, проведенные среди детей дошкольного возраста. Так, по данным Kong и соавт., распространенность АР среди городских детей 3–6 лет составила 10,8% [8]. Результаты китайских коллег аналогичны данным отечественных исследователей — распространенность АР среди детей 3–6 лет Алтайского края — 10,6% [9], в г. Волгограде — 14,1% [10], распространенность симптомов АР среди детей 3 лет г. Москвы — 5,2%, среди детей 4 лет — 7,4% [11].

В настоящее время приняты международные и национальные согласительные документы и клинические рекомендации, в которых освещаются вопросы диагностики и лечения АР. В 2001 году экспертами рабочей группы ВОЗ принята программа Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA), а в 2020 году опубликовано четвертое обновленное издание — 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 [12]. В 2013 году Европейской академией аллергологии и клинической иммунологии принят позиционный документ Paediatric rhinitis [13]. В России опубликована третья версия научно-практической программы «РАДАР. Аллергический ринит у детей» [14], а также утверждены Министерством здравоохранения клинические рекомендации (КР) «Аллергический ринит», разработанные Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов, Национальной медицинской ассоциацией оториноларингологов и Союзом педиатров России.

Согласно действующему законодательству Российской Федерации, медицинская помощь должна оказываться на основании КР, а также учитывать стандарты, составленные на основе положений КР и включающие назначение зарегистрированных в России лекарственных препаратов в соответствии с официальной инструкцией по их применению. Это является рациональным, т. к. именно в КР отражены известные на современном этапе методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации пациентов с определенными нозологиями, а также значимость этих методов на основании данных доказательной

медицины. На сегодняшний день подтверждено, что приверженность врачей к соблюдению положений КР уменьшает вероятность врачебных ошибок, повышает качество назначенного лечения и положительно влияет на приверженность пациентов к терапии и их удовлетворенность лечением [15]. Однако в реальной клинической практике врачи не всегда следуют действующим КР и имеют свои предпочтения при выборе методов диагностики и лечения пациентов [16].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить диагностические и терапевтические подходы врачей разных регионов страны при ведении детей и подростков с АР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное поперечное исследование с анкетированием врачей разных регионов страны о тактике ведения детей и подростков с АР. Анкетирование проводили с помощью опросника, разработанного Ассоциацией детских аллергологов и иммунологов России (АДАИР), который был размещен на открытых интернет-ресурсах ассоциации (сайт АДАИР: <https://adair.ru/>). В опросе могли принять участие все желающие врачи, предъявления сертификата не требовалось. Опрос проводили в период с июня 2023-го по июль 2024 года. В опросе приняли участие врачи разных специальностей, однако большую часть опрошенных врачей составили врачи педиатры и аллергологи.

Опросник включал 43 вопроса, которые были объединены в 5 блоков.

Блок 1 содержал общие вопросы (регион, стаж, тип лечебно-профилактического учреждения, специальность).

Блок 2 — вопросы об используемых в реальной практике КР и согласительных документов по ведению детей и подростков с АР.

Блок 3 — вопросы о формулировке диагноза.

Блок 4 — вопросы, посвященные диагностике АР у детей и подростков (сроки установления диагноза, предпочтительные лабораторные и инструментальные методы диагностики, аллергологическое обследование, консультации специалистов).

Блок 5 — вопросы, посвященные терапии АР у детей и подростков.

Полная версия опросника представлена в Приложении 1.

ЛЭК: исследование не является интервенционным, разрешение этического комитета не требует-

Таблица 1. **Характеристика врачей-респондентов, принявших участие в опросе (таблица автора)**
 Table 1. **Characteristics of physician respondents included in the survey (author's table)**

Признак		абс (%)
Специальность Speciality	Аллерголог-иммунолог allergist-immunologist	119 (32,7)
	Педиатр-участковый primary care pediatrician	198 (54,4)
	Отоларинголог otolaryngologist	20 (5,5)
	Другое other	23 (6,4)
	Итого total	364 (100,0)
Тип лечебного учреждения Type of treatment facility	Амбулаторный outpatient	305 (83,8)
	Стационарный stationary	59 (16,2)
	Итого total	364 (100,0)
Форма собственности учреждения Form of ownership of the institution	Государственное state	267 (73,4)
	Частное private	97 (26,6)
	Итого total	364 (100,0)
Численность населенного пункта Population of the settlement	Более 500 тыс. населения over 500,000 population	198 (54,4)
	150–500 тыс. 150–500 k.	62 (17,0)
	Менее 150 тыс. less 150 thousand	104 (28,6)
	Итого total	364 (100,0)

ся. Респонденты дали согласие на обработку персональных данных.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Процедуры статистического анализа выполнялись с помощью статистических пакетов JASP 0.19.2. Для сравнения частот качественных признаков использовали критерий хи-квадрат Пирсона. Данные приведены в виде относительных частот.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Характеристика участников исследования

В анкетировании приняли участие 364 врача различных специальностей из разных регионов страны. Среди респондентов преобладали педиатры-участковые — 54,4% и аллергологи-иммунологи — 32,7%, в то время как оториноларингологи составляли лишь 5,5% опрошенных. Более половины респондентов — 54,4% проживают в крупных мегаполисах с численностью населения более 500 тыс.

жителей, 17,0% — в городах с численностью населения от 150 тыс. до 500 тыс., 28,6% — в маленьких городах с населением менее 150 тыс. Среди респондентов преобладали врачи первичного звена (83,8%), при этом более половины из всех опрошенных работают в государственных учреждениях (73,4%). 26,6% опрошенных работают в стационарах. Таким образом, когорта врачей представлена в основном специалистами аллергологами-иммунологами и врачами-педиатрами, работающими преимущественно в амбулаторно-поликлинических ЛПУ крупных городов с населением более 500 тыс. Средний стаж работы опрошенных составил 19 лет. Характеристика участников исследования представлена в таблице 1.

Информированность врачей о клинических рекомендациях и согласительных документах, посвященных АР

Представляет особый интерес результат опроса врачей об информированности и использовании

Таблица 2. Частота применения респондентами клинических рекомендаций по АР (таблица автора)
Table 2. Frequency of respondents' use of clinical guidelines on allergic rhinitis (author's table)

Название документа	%	Примечание
Клинические рекомендации «Аллергический ринит» Clinical guidelines «Allergic rhinitis»	59,6	Одобрены научно-практическим Советом Минздрава РФ в 2020 году; разработчики: Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, Союз педиатров России (утратили силу в 2024 году) Approved by the Scientific and Practical Council of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2020; developers: Russian Association of Allergists and Clinical Immunologists, National Medical Association of Otorhinolaryngologists, Union of Pediatricians of Russia (expired in 2024)
Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с аллергическим ринитом Federal Clinical Recommendations for the provision of medical care to children with allergic rhinitis	22,0	Одобрено научно-практическим Советом Минздрава РФ год в 2015 году; разработчики: Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Союз педиатров России (утратили силу в 2020 году) Approved by the Scientific and Practical Council of the Ministry of Health of the Russian Federation Year 2015; developers: Russian Association of Allergists and Clinical Immunologists, Union of Pediatricians of Russia (lost in 2020)
Научно-практическая программа «Радар. Аллергический ринит у детей. Рекомендации и алгоритм при детском аллергическом рините» Scientific and practical program «Radar. Allergic rhinitis in children. Recommendations and algorithm in pediatric allergic rhinitis»	17,6	Издание четвертое, переработанное и дополненное, 2023 года, под редакцией В. А. Ревякиной, Н. А. Дайхес, Н. А. Геппе Edition Fourth, revised and supplemented, 2023, edited by V. A. Revyakina, N. A. Daiches, N. A. Geppe
Клинические рекомендации «Аллергический ринит» Clinical guidelines «Allergic rhinitis»	13,5	Разработчики: Российское общество ринологов под редакцией А. С. Лопатина и В. В. Шиленковой; год утверждения 2022-й Developers: Russian Society of Rhinologists, edited by A.S. Lopatin and V.V. Shilenkova. Shilenkova. approval year 2022
Международный согласительный документ «Рекомендации нового поколения по аллергическому риниту и его влиянию на астму (ARIA) для аллергического ринита, основанные на классификации оценки, разработки и анализа рекомендаций (GRADE) и фактических данных» «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»	6,0	Год утверждения 2020-й Year of approval 2020
Международное консенсусное заявление по аллергии и ринологии: аллергический ринит 2023 ICAR-Allergic Rhinitis 2023	2,5	Год утверждения 2023-й Year of approval 2023

в реальной клинической практике КР, научно-практических программ и согласительных документов при работе с пациентами, страдающими АР.

Опрос показал, что большинство опрошенных врачей знакомы с несколькими документами, регламентирующими работу с пациентами, страдающими АР. Значительная часть респондентов отметила одобренные в 2020 и 2015 годах Министерством здравоохранения РФ КР «Аллергический ринит» — 75,5% и 55,2% соответственно.

О научно-практической программе «Радар. Аллергический ринит у детей. Рекомендации и алгоритм при детском аллергическом рините» знали 37,4% респондентов. С международными рекомендациями и согласительными документами по АР ознакомились лишь 15% опрошенных.

На вопрос «Какие КР Вы используете в своей практике?» большинство респондентов (59,6%)

указали на КР «Аллергический ринит», одобренные в 2020 году. Еще 22% используют старую версию КР 2015 года, что в совокупности составляет 81,6% врачей, придерживающихся официальных документов. Международные рекомендации и согласительные документы используют в реальной практике в среднем около 4% опрошенных. Примечательно, что 5,5% опрошенных не принимают во внимание существующие КР, а при ведении пациентов с АР опираются на личный клинический опыт.

Формулировка диагноза в реальной клинической практике

АР — заболевание, характеризующееся IgE-опосредованным воспалением слизистой оболочки полости носа и наличием ежедневно проявляющихся в течение часа и более хотя бы двух из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чихание, зуд в полости носа. Согласно КР 261 МЗ «Аллергический ринит», его классифицируют на «сезонный» и «круглогодичный», интермиттирующий (симптомы беспокоят менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в году) и персистирующий (симптомы беспокоят более 4 дней в неделю и более 4 недель в году), по тяжести — легкой, средней и тяжелой степени.

По данным опроса, 75,3% респондентов при формулировке диагноза считают полезным выделять сезонный и круглогодичный АР, в то время как течение (интермиттирующее/персистирующее) и степень тяжести АР указывают лишь 37,9% и 43% врачей соответственно.

Среди врачей аллергологов и педиатров разногласий по вопросу «сезонный/круглогодичный» АР нет. Степень тяжести аллергологи указывают в 77,8% случаев, в то время как педиатры в 28,5% (среди педиатров 41,4% не используют, а 30,1% не знают критериев тяжести АР). Похожая ситуация с указанием течения заболевания: 74,1% респондентов-аллергологов используют классификацию «персистирующий/интермиттирующий», врачи педиатры применяют это только в 18,6% случаев (50,1% педиатров знают отличия, но не используют и 24,1% не знают критериев).

ДИАГНОСТИКА АР В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Лабораторные методы исследования

Диагноз АР устанавливается на основании аллергологического анамнеза, характерных клини-

ческих симптомов и результатов специфического аллергологического обследования пациента. Согласно КР МЗ 261, всем пациентам с симптомами АР в период обострения необходимо проводить общее клиническое исследование (анализ) крови с целью выявления повышения уровня эозинофилов и цитологическое исследование смывов верхних дыхательных путей с целью выявления эозинофилии носового секрета. Согласно результатам нашего исследования, лишь 40,9% опрошенных врачей считают необходимым проведение «общего анализа крови» с целью выявления эозинофилии и 50,3% — проведение цитологического исследования смывов верхних дыхательных путей с целью выявления эозинофилии носового секрета.

Клинический общетерапевтический осмотр и аускультацию для исключения бронхиальной астмы и других заболеваний проводят 85,5% респондентов, тест «дыхание с закрытым ртом» применяют 61,4% врачей. Визуальная аналоговая шкала используется для диагностики тяжести ринита только в 23,0% случаев, причем 43,4% респондентов знают о методе, но не используют его. Все упомянутые тесты, согласно КР 261 «Аллергический ринит», являются обязательными.

Для подтверждения диагноза АР и выявления причинно-значимых аллергенов всем пациентам рекомендуется проведение аллергологического обследования, которое может проводиться методом кожного тестирования (кожные тесты с аллергенами) или определения уровня специфических IgE в сыворотке крови. Выбор метода аллергологического обследования определяется доступностью и оснащенностью аллергологического кабинета и наличием/отсутствием противопоказаний к проведению кожного тестирования. По данным нашего опроса, 53,8% респондентов считают обязательным проведение аллергологического обследования, в то время как остальные респонденты считают возможным установление диагноза АР на основании клинической картины заболевания без аллергологического обследования. Врачи-аллергологи рассматривают проведение аллергологического обследования обязательным лишь в 74,8% случаев, педиатры — в 41,7%.

Согласно КР, не рекомендуется всем пациентам с АР проводить исследование общего уровня иммуноглобулина Е в крови в силу низкой специфичности данного параметра, в то время как 47,3% опрошенных респондентов назначают данное об-

Таблица 3. Частота назначения лабораторных методов исследования при первичной диагностике АР врачами разных специальностей (таблица автора)

Table 3. Frequency of prescription of laboratory methods of research in primary diagnosis of AR by doctors of different specialties (author's table)

Специальность	Общий IgE Total IgE		Эозинофилы крови Blood eosinophils		Эозинофилы носо- вого секрета Nasal secretion eo- sinoiphils		Специфические IgE к аллергенам или кожные пробы Specific IgE to aller- gens or skin tests		Количество респондентов Number of respondents
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Аллерголог-иммунолог allergist	28	23,7%	46	37,4%	73	61,8%	105	87,8%	131
Педиатр pediatrician	116	58,8%	86	43,7%	99	50,3%	112	56,8%	199
Всего (с учетом др. специальностей) Total (including other specialties)	157	46,6%	142	40,8%	183	54,0%	226	66,7%	378

следование при первичной постановке диагноза АР. В таблице 4 представлена частота назначений лабораторных исследований врачами разных специальностей при диагностике АР у детей и подростков.

Согласно представленным в таблице данным, с точки зрения существующих КР наиболее правильный подход к диагностике АР у врачей — аллергологов-иммунологов, однако даже аллергологи-иммунологи назначают аллергологическую диагностику (определение специфических IgE или кожные тесты) лишь в 88% случаев, а определение эозинофилов в носовом секрете — в 61% случаев. Необходимую для подтверждения АР аллергологическую диагностику рекомендуют проводить лишь 57% педиатров.

Инструментальные методы исследования

Согласно КР 261, всем пациентам при подозрении на АР необходимо проводить переднюю риноскопию с целью выявления характерных признаков АР, анатомических особенностей и дифференциальной диагностики с другой патологией. Лишь 28,0% врачей — педиатров и аллергологов-иммунологов проводят риноскопию у пациентов с АР, остальные либо не считают это необходимым, либо не проводят в связи с отсутствием навыков и инструментов, либо направляют для обследования к ЛОР-врачам. При неэффективности стандартной терапии, выраженной и продолжительной назальной обструкции, рекомендовано проведение эндоскопической эндоназальной ревизии полости носа, носоглотки и околоносовых пазух,

компьютерная томография придаточных пазух носа с целью дифференциальной диагностики и выявления других причин назальной обструкции. Согласно нашему опросу, проведение эндоскопической эндоназальной ревизии полости носа при наличии показаний рекомендуют 33,2% респондентов, компьютерной томографии — 83,8% респондентов.

ЛЕЧЕНИЕ АР В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Цель терапии АР — достижение полного контроля симптомов заболевания. Основными направлениями лечения пациентов с АР являются элиминационные мероприятия, медикаментозная терапия и аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ).

Элиминационные мероприятия

Всем пациентам с АР рекомендуется проведение элиминационных мероприятий в отношении причинно-значимых аллергенов с целью уменьшения выраженности симптомов заболевания (использование специальных фильтров, ежедневная влажная уборка, исключение контакта с домашними животными, переезд на время цветения причинно-значимых растений в другую климатическую зону и др.). В качестве элиминационных мероприятий также рекомендуется использование препаратов для увлажнения, очищения и защиты слизистой оболочки носа — изотонических солевых растворов с целью предотвращения контакта аэроаллергенов со слизистой

Таблица 4. **Стартовые препараты для монотерапии по мнению врачей педиатров и аллергологов-иммунологов (таблица автора)**Table 4. **First-line drugs for monotherapy according to pediatricians and allergists-immunologists (author's table)**

Группа препаратов	Педиатры, % Pediatricians	Аллергологи, % Allergists	Все опрошенные*, % All respondents*, %
Оральные антигистаминные Oral antihistamines	14,5	38,2	23,5
Интраназальные антигистаминные Intranasal antihistamines	7,0	0,8	4,8
Антилейкотриеновые Antileukotrienes	7,0	0,8	4,0
Интраназальные ГКС Intranasal steroides	39,2	38,9	40,2
Любой вариант, кроме иГКС Any option other than Intranasal steroides	6,5	0,76	4,6
Любой вариант, включая иГКС Any option, including Intranasal steroides	17,9	14,2	15,6

* Включая врачей иных специальностей.

* Including physicians of other specialties.

полости носа. Подавляющее большинство врачей — 86,5% рекомендует проведение элиминационных мероприятий после выявления причинно-значимого аллергена. Мнения разделились по поводу использования препаратов для очищения слизистой полости носа и назначения носового душа: 41,2% врачей назначают изотонические растворы в период обострения, 39,3% респондентов назначают носовой душ пациентам с АР даже вне обострения как элемент ежедневной гигиены полости носа.

Медикаментозная терапия

В основе медикаментозной терапии АР лежит ступенчатый подход, когда объем терапии зависит от тяжести заболевания, а с изменением тяжести заболевания есть возможность корректировать объем терапии.

На вопрос о стартовой терапии АР 57,4% респондентов ответили, что объем терапии зависит от степени тяжести заболевания, что соответствует существующим клиническим рекомендациям, при этом 19,3% респондентов обычно назначают 2 лекарственных препарата, а 11,7% — один. Аллергологи ориентируются на степень тяжести в 71,6%, а педиатры в 46,2% случаев. Для педиатров характерен более формальный подход — около половины этих врачей пользуются устоявшимися схемами лечения.

Привержены к стартовой монотерапии 16,1% педиатров и только 4,6% аллергологов-иммунологов, одновременно 2 препарата назначают 24,6% и 15,3% соответственно. Несмотря на то что в структуре заболевания преобладает легкий аллергический ринит, на приеме у врача обычно оказываются пациенты с неконтролируемыми жалобами, и определенно врачи склонны назначать несколько препаратов согласно степени тяжести заболевания.

В случае монотерапии препаратом первого выбора 40,1% опрошенных выбирают интраназальные кортикостероиды, 23,6% — системные антигистаминные препараты, 4,9% — интраназальные антигистаминные, 4,1% — ингибиторы антилейкотриеновых рецепторов (Таблица 4).

При анализе таблицы заметно, что наиболее предпочтительным вариантом для врачей видится назначение интраназальных ГКС, обладающих хорошим профилем эффективности и безопасности. Возможно, на опыт специалистов повлиял факт обращения к врачу пациентов, которые ранее уже использовали безрецептурные препараты. Однако обращает на себя внимание необычно низкая частота использования оральных антигистаминных препаратов в группе педиатров по сравнению с аллергологами (14,5% vs 38,2%). Напротив, аллергологи практически не используют в стартовой монотерапии интраназальные АГ и монтелукаст.

Несмотря на активную просветительскую работу и существующие КР, седативные антигистаминные рассматривают для использования 42,7% опрошенных, «как наиболее быстрые и сильные препараты», причем 5,4% делает это часто, остальные 39,7% редко, но применяют устаревшие АГ I поколения. Среди аллергологов 22,9% иногда используют седативные АГ: 8,0% педиатров делают это часто и 48,7% иногда. Антигистаминные обоих поколений обладают сходным эффектом, утверждение, что I поколение быстрее и активнее, не выдерживает критики [17].

В качестве средства неотложной терапии по требованию и короткими курсами КР 261 поддерживают использование деконгестантов. В анкете спрашивали о частоте использования этой группы препаратов. Респонденты в основном иногда применяли деконгестанты (65,9%), но 17,2% врачей назначают препарат почти всем пациентам. Назначения аллергологов и педиатров в отношении деконгестантов существенно отличаются: 27,1% педиатров назначает сосудосуживающие препараты почти всем и 55,3% иногда; среди аллергологов 3,1% назначают часто и 81,6% иногда.

Комбинация деконгестанта и интраназального АГ может быть более эффективна, чем каждый препарат по отдельности. Подобные лекарственные средства используют часто 20,9% всех врачей, 57,4 используют их иногда.

Препараты кромоглициевой кислоты назначают 59,7% респондентов, из них 13,4% назначают препараты этой группы часто, а 55,2% — в редких случаях.

Согласно КР 261, пациентам с АР при тяжелом обострении и (или) неэффективности препаратов, используемых на 3-й ступени терапии, рекомендовано назначение пероральных глюкокортикоидов. Согласно результатам нашего исследования, 16,9% опрошенных врачей назначают пероральные глюкокортикостероиды при наличии показаний, 20,4% — выбирают парентеральный путь введения системных глюкокортикостероидов, 33,6% респондентов не назначают системные глюкокортикостероиды принципиально, и 20,3% врачей не знают о возможности применять системные ГКС при АР.

Депонированные препараты ГКС ранее были популярны для использования, сейчас их роль

снижается. КР 261 не рекомендуют применение депонированных ГКС в виде инъекции. Интраназальное использование ГКС короткого действия также недопустимо. Тем не менее 13,8% врачей отмечают, что у них есть пациенты, получающие интраназальные инъекции ГКС в редких случаях (9,9% аллергологов и 16,5% педиатров), 40,0% не знают о подобной возможности и 38,1% не назначают интраназальные инъекции ГКС принципиально.

Похожие результаты получены в отношении депонированных препаратов: 13,8% редко назначают депонированные ГКС, 1,6% делают это часто и 73,8% являются противниками назначения. Среди аллергологов 84,7% являются категорически противниками депонированных ГКС и 9,1% назначают их иногда. Среди педиатров 68,8% никогда не назначают, 15,1% используют иногда и 2% назначают часто.

Перспективным направлением является применение комбинированных препаратов для терапии АР. При сравнении эффективности различных вариантов терапии АР следует отметить, что, согласно рекомендациям ARIA, комбинации назальных ГКС с пероральными АГП не имеют преимуществ перед монотерапией назальными ГКС, что подтверждено данными метаанализа 13 исследований [18]. А вот фиксированные комбинации назальных ГКС с назальными АГП превосходят по эффективности изолированное применение топических ГКС.

Этот вывод поддерживается актуальными клиническими рекомендациями КР 261, согласно которым при необходимости сочетанного применения препаратов противоаллергического действия при АР возможно рассмотреть назначение комбинированных препаратов. Представлены интраназальный кортикостероид + интраназальный антигистаминный препарат и таблетированный неседативный системный антигистаминный препарат в комбинации с антагонистом лейкотриеновых рецепторов.

На общий вопрос «Вы поддерживаете стартовое назначение комбинированной терапии при АР» 91,6% аллергологов и 65,8% педиатров ответили положительно.

Согласно результатам нашего исследования, 56,4 % врачей поддерживают для использования комбинированные препараты иГКС + инАГ при среднетяжелом и тяжелом течении АР в каче-

стве терапии первой линии, дополнительно 20,9% рассматривают эту комбинацию в редких случаях. Среди аллергологов 66,4% одобряют использование комбинации иГКС + инАГ, и еще 24,2% признают полезность комбинации, но используют ее редко. Среди педиатров немного меньше частота специалистов, которые активно поддерживают старт с комбинированного средства (53,8%), и редко используют его еще 23,6%. Таким образом, большинство специалистов осведомлены о наличии новой группы препаратов и активно применяют ее в практике.

При этом более половины врачей (56,4%) назначают неседативный системный антигистаминный препарат в комбинации с антагонистом лейкотриеновых рецепторов, 11,4% считают ненужной такую комбинацию, и 24,1% не знают о подобной возможности. 74,8% аллергологов одобряют использование, 13% отрицательно относятся к препаратам «монтелукаст + АГ», и 6,1% не знают о возможности. Среди педиатров треть врачей незнакомы с этим типом комбинации (35,2%) и 45,7% поддерживают существование комбинированного препарата, 10,1% против такого типа лекарств.

Пациентам с тяжелым персистирующим течением АР при неэффективности препаратов, используемых на 3-й ступени терапии, согласно ступенчатой терапии, рекомендуется рассмотреть назначение иммунобиологической терапии моноклональным антителом к иммуноглобулину Е — омализумаб. Об иммунобиологической терапии АР осведомлена большая часть опрошенных врачей — 73,0%, причем 26,7% активно поддерживают назначение биологической терапии при АР. Отметим, что 12,2% аллергологов и 22,1% педиатров не знают о существовании биологической терапии для лечения АР.

Опросник содержал вопросы об использовании в практической деятельности препаратов, не рекомендованных к применению в связи с недостаточной доказательной базой или побочными эффектами, например седативные системные антигистаминные препараты, депонированные кортикостероиды. Около половины респондентов — 43,0% периодически назначают седативные антигистаминные препараты, 15,6% респондентов не исключают возможность назначения депонированных кортикостероидов парентерально при обострении АР.

Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) — основной метод патогенетического лечения IgE-опосредованных аллергических заболеваний, заключающийся во введении в организм пациента возрастающих доз аллергена, ответственного за клинические проявления заболевания у данного пациента [14]. Этот метод терапии рекомендуется рассмотреть всем пациентам с АР с целью уменьшения выраженности симптомов АР и снижения потребности в медикаментозной терапии. Согласно нашему опросу, знают об этом методе терапии и рекомендуют рассмотреть ее назначение 61,9% опрошенных врачей, 12,4% респондентов, несмотря на осведомленность об АСИТ, не рекомендуют ее пациентам, 1,6% опрошенных не знакомы с АСИТ. Некоторая часть врачей, а именно 14,8%, рекомендует АСИТ только при сезонном рините, и 1,6% — только при круглогодичном рините. Аллергологи закономерно рекомендуют АСИТ при любом АР, 20,0% педиатров не рекомендуют или не знают о методике лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное нами исследование показало достаточно высокую приверженность врачей, особенно аллергологов-иммунологов, к положениям клинических рекомендаций при ведении детей и подростков с АР. Однако исследование продемонстрировало целый ряд несоответствий диагностических и терапевтических подходов врачей положениям клинических рекомендаций по АР. К ним относятся высокая частота назначения с диагностической целью общего иммуноглобулина Е, обладающего низкой специфичностью (47,3% респондентов), при одновременном игнорировании аллергологического обследования и определения эозинофилов в носовом секрете для подтверждения АР. Аллергологическое обследование методом кожного тестирования или определения уровня специфических IgE в сыворотке крови назначают в среднем 67% врачей, определение эозинофилов носового секрета — 54% врачей. К несоответствиям терапевтической тактики существующим клиническим рекомендациям относятся использование в некоторых группах (педиатры) седативных антигистаминных препаратов (43%), депонированных кортикостероидов (15%), низкая частота рекомендаций по назначению АСИТ, в том чис-

ле в связи с недостаточной осведомленностью об этом методе терапии (61%).

Обращает на себя внимание, что выбор ступени терапии АР рекомендуется делать согласно алгоритму ARIA 2020, в интерпретации клинических рекомендаций КР 261, используя результаты ВАШ. Наши опрошенные применяют ВАШ только в 23,0% случаев несмотря на то, что методика является рекомендованным инструментом для оценки тяжести симптомов АР и изложена в приложении к Федеральным клиническим рекомендациям по терапии аллергического ринита.

Отметим, что в соответствии с результатами российского онлайн-опроса пациентов с АР ($n = 328$), выполненного в 2021 году, среди респондентов значительно преобладали лица со средне-тяжелой/тяжелой формой заболевания (оценка симптомов по ВАШ ≥ 5) — 83 против 17% с легким АР (оценка по ВАШ < 5). В том же исследовании Ненашевой Н. М. 2021, 52% пациентов отметили выраженность болезни как умеренную, 26% респондентов указали на интенсивные симптомы и нарушение дневной активности и сна, у 5% респондентов заболевание и вовсе имело крайне тяжелую степень, т. е. симптомы значительно ухудшали качество жизни [19].

Согласно алгоритму назначения терапии пациентам с выраженностью симптомов по ВАШ ≥ 5 , рекомендована комбинированная терапия интраназального ГКС и интраназального АГП [20]. По данным ряда исследований, фиксированные комбинации (такие как мометазон + олопатадин) для назального применения продемонстрировали не только лучшую эффективность по сравнению с монотерапией топическими ГКС, но и быстрое начало действия (от 10 мин.) [21, 22].

В настоящее время доступны комбинации интраназальных стероидов с антигистаминными: олопатадин 600 мкг и мометазона фуруат 25 мкг (с 6 лет при сезонном и с 12 при круглогодичном АР); азеластин 137 мкг + флутиказон 50 мкг/доза (с 12 лет), азеластин 140 мкг + мометазон 50 мкг (с 18 лет). Комбинированная терапия флутиказона с азеластином и мометазона фуруата с олопатадином продемонстрировала сопоставимую эффективность [23].

По результатам сравнительного исследования интраназальных АГП, олопатадин по сравнению с азеластином обладает лучшим профилем переносимости в отношении таких нежелатель-

ных явлений, как горький вкус, жжение в носу, чихание [24]. В связи с этим пациенты могут иметь более высокую степень приверженности к препарату, содержащему олопатадин, что, в свою очередь, может способствовать лучшему контролю симптомов заболевания за счет хорошего комплаенса. Фиксированная комбинация мометазон + олопатадин является единственной разрешенной в Российской Федерации к применению у детей с 6 лет и может использоваться в детской практике при выраженных симптомах аллергии на пыльцу.

Среди пероральных препаратов тоже появляются новые комбинации. Для пациентов при невозможности применения назальных форм препаратов целесообразно рекомендовать комбинацию антилейкотриенового препарата монтелукаста и пероральных АГП. Наряду с монопрепаратом, в России доступна фиксированная комбинация монтелукаста с АГП левоцетиризином с 15 лет.

Ассоциация детских аллергологов и иммунологов России поддерживает назначение комбинированных препаратов, опираясь на действующие клинические рекомендации и данные метаанализов. Опубликованный в 2025 году метаанализ 167 исследований, посвященный оценке эффективности интраназальных препаратов при АР, в том числе комбинированных, подтвердил высокую эффективность комбинированной терапии по сравнению с монотерапией [25]. Использование спрея с пониженной концентрацией мометазона (спрей «Риалтрис», Гленмарк Фармасьютикалз Лтд, Индия) предпочтительно в педиатрии в связи с высоким профилем безопасности препарата. По данным опубликованных исследований, комбинация мометазона фуруата с олопатадином безопасна и хорошо переносится, а частота возникновения нежелательных явлений аналогична таковой при приеме плацебо или монотерапии даже в долгосрочной перспективе [26].

Результаты опроса специалистов показывают направления обучающей деятельности: необходимо уделять больше внимания способам оценки состояния пациентов и выбора эффективных комбинаций препаратов. Очевидно, что монотерапия будет востребована в особых группах пациентов: при легком течении или при необходимости повышенной безопасности — беременность, ранний возраст. В остальных ситуаци-

ях адекватный контроль симптомов достижим с помощью комбинированной терапии. Выбор на основании тяжести симптомов является предпочтительной терапевтической возможностью.

Ассоциация поддерживает и предоставляет ресурсы для обучения широкого круга врачей,

сталкивающихся с проблемами аллергического ринита, с использованием дистанционных технологий, лекционных и методических материалов для приведения знаний специалистов в соответствие с действующими клиническими рекомендациями и международной практикой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dierick B.J.H, van der Molen T, Flokstra-de Blok B.M.J, et al. Burden and socioeconomics of asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis and food allergy. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2020; 20 (5): 437–453. <https://doi.org/10.1080/14737167.2020.1819793>.
2. Licari A., Magri P., De Silvestri A., et al. Epidemiology of Allergic Rhinitis in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2023; 11 (8): 2547–2556. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2023.05.016>.
3. Asher M.I., Montefort S., Björkstén B., et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet.* 2006 Aug 26; 368 (9537): 733–743. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69283-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69283-0).
4. Камалтынова Е.М. Распространенность, клинико-аллергологическая характеристика аллергических заболеваний у детей г. Томска и Томской области: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2013. 38 с.
5. Глушко Е.В. Эпидемиология аллергических заболеваний у детей Ставропольского края: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ставрополь, 2009. 22 с.
6. Григорьева В.В., Ханферян Р.А., Сундатов Т.В. Распространенность аллергических заболеваний в Краснодарском крае. *Кубанский научный медицинский вестник*, 2006; 3–4: 23–27.
7. Батожаргалова Б.Ц., Сабурова Т.В., Цыренов Ц.Б. и др. Распространенность симптомов аллергических заболеваний у детей Агинского Бурятского автономного округа (по данным 1 фазы ISAAC). *Бюллетень Восточносибирского научного центра СО РАМН.* 2006; 6 (52): 12–15.
8. Kong W.J., Chen J.J., Zheng Z.Y., et al. Prevalence of allergic rhinitis in 3–6-year-old children in Wuhan of China. *Clin Exp Allergy.* 2009; 39 (6): 869–874. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2009.03206.x>.
9. Шахова Н.В., Камалтынова Е.М., Лобанов Ю.Ф., и др. Аллергический ринит у детей дошкольного возраста, проживающих в городских условиях Алтайского края: популяционное одномоментное исследование. *Вопросы современной педиатрии.* 2018; 17 (3): 236–243. <https://doi.org/10.15690/vsp.v17i3.1893>.
10. Садчикова Т.Л., Белан Э.Б., Желтова А.А., и др. Распространенность аллергического ринита у дошкольников Волгограда. *Российский аллергологический журнал.* 2016; 3–2: 30–31.
11. Асманов А., Тренева М., Пампура А., и др. Проспективное когортное исследование частоты признаков аллергического ринита у детей г. Москвы в 3- и 4-летнем возрасте. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2016; 3: 75–78.
12. Bousquet J., Schünemann H.J., 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 [published correction appears in *J Allergy Clin Immunol.* 2022 Jun; 149 (6): 2180. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2022.04.016>]. *J Allergy Clin Immunol.* 2020; 145 (1): 70–80.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2019.06.049>.
13. Roberts G., Xatzipsalti M., Borrego L.M., et al. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy.* 2013; 68 (9): 1102–1116. <https://doi.org/10.1111/all.12235>.
14. Ревякина В.А., Дайхес Н.А., Геппе Н.А. и др. РАДАР. Аллергический ринит у детей: рекомендации и алгоритм при детском аллергическом рините. 3-е изд., перераб. и доп. М.: ООО «Медиа Медичи», 2020. 100 с.
15. El-Bosily H.M., Abd El Meguid K.R., Sabri N.A., Ahmed M.A. Physicians' adherence to evidence-based guidelines as a major predictor of anticoagulant-related medication error incidence and severity. *Br J Clin Pharmacol.* 2022; 88 (8): 3730–3740. <https://doi.org/10.1111/bcp.15314>.
16. Шахова Н.В., Лобанов Ю.Ф., Гордеев В.В. и др. Фармакоэпидемиологическое исследование терапии аллергического ринита у детей врачами-аллергологами. *Доктор.Ру. Педиатрия.* 2015; 13 (114): 35–38.
17. Simons F.E., Simons K.J. H1 antihistamines: current status and future directions. *World Allergy Organ J.* 2008; 1 (9): 145–155. <https://doi.org/10.1186/1939-4551-1-9-145>.

18. Du K., Qing H., Zheng M., Wang X., Zhang L. 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 (5): 589–596.e3. <https://doi.org/10.1016/j.anaai.2020.06.038>.
19. Ненашева Н.М., Шиленкова В.В. Контроль симптомов аллергического ринита у взрослых лиц в Российской Федерации: результаты онлайн-опроса. *РМЖ. Медицинское обозрение.* 2021; 5 (1): 25–31. <https://doi.org/10.32364/2587-6821-2021-5-1-25-31>.
20. Российское общество ринологов. Аллергический ринит: клинические рекомендации. Под ред. Лопатина А. С. и Шиленковой В. В. СПб.: Скифия-принт; М.: Профмедпресс, 2022. 66 с. Доступ: http://rhinology.ru/wp-content/uploads/2022/08/Аллергический-ринит_Клинические-рекомендации-сжатый.pdf (дата обращения — 01.03.2024).
21. Bousquet J., Meltzer E.O., Couroux P., et al. Onset of Action of the Fixed Combination Intranasal Azelastine-Fluticasone Propionate in an Allergen Exposure Chamber. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2018; 6 (5): 1726–1732.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2018.01.031>.
22. Patel P., Salapatek A.M., Tantry S.K. Effect of olopatadine-mometasone combination nasal spray on seasonal allergic rhinitis symptoms in an environmental exposure chamber study. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2019; 122 (2): 160–166.e1. <https://doi.org/10.1016/j.anaai.2018.10.011>.
23. Ratner P.H., Hampel F., Van Bavel J., et al. Combination therapy with azelastine hydrochloride nasal spray and fluticasone propionate nasal spray in the treatment of patients with seasonal allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2008; 100 (1): 74–81. [https://doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)60408-5](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)60408-5).
24. Meltzer E.O., Garadi R., Laforce C., et al. Comparative study of sensory attributes of two antihistamine nasal sprays: olopatadine 0.6% and azelastine 0.1%. *Allergy Asthma Proc.* 2008; 29 (6): 659–668. <https://doi.org/10.2500/aap.2008.29.3181>.
25. Sousa-Pinto B., Vieira R.J., Bognanni A., et al. Efficacy and safety of intranasal medications for allergic rhinitis: Network meta-analysis. *Allergy.* 2025; 80 (1): 94–105. <https://doi.org/10.1111/all.16384>.
26. Ridolo E., Barone A., Nicoletta F., et al. Intranasal corticosteroid and antihistamine combinations in the treatment of allergic rhinitis: the role of the novel formulation olopatadine/mometasone furoate. *Expert Rev Clin Immunol.* 2023; 19 (6): 575–584. <https://doi.org/10.1080/1744666X.2023.2200165>.

REFERENCES

1. Dierick B.J.H., van der Molen T., Flokstra-de Blok B.M.J., et al. Burden and socioeconomics of asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis and food allergy. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2020;20(5):437-453. <https://doi.org/10.1080/14737167.2020.1819793>
2. Licari A., Magri P., De Silvestri A., et al. Epidemiology of Allergic Rhinitis in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2023; 11 (8): 2547–2556. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2023.05.016>.
3. Asher M.I., Montefort S., Björkstén B., et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet.* 2006 Aug 26; 368 (9537): 733–743. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69283-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69283-0).
4. Kamal'tynova E.M. Prevalence, clinical-allergic characteristic of allergic diseases in children of Tomsk and Tomsk region: autoref. dis. ... dr. med. sciences. E.M. Kamal'tyova. Tomsk, 2013. 38 p. (In Russ.)
5. Glushko E.V. Epidemiology of allergic diseases in children of the Stavropolskii Krai: autoref. dis. ... dr. med. sciences. Stavropol, 2009. 22 p. (In Russ.)
6. Grigorieva V.V., Hanferyan R.A., Sundadova T.T.V. Prevalence of allergic diseases in the Krasnodar region. *Kuban Scientific Medical Journal*, 2006; 3–4: 23–27. (In Russ.)
7. Batojarhalova B.C., Saburova T.V., Zirenov Z.B. et al. Prevalence of symptoms of allergic diseases in children of the Autonomous Region of Buryat (according to phase 1 ISAAC). *Bulletin of the East Siberian Scientific Center CO RAMN*, 2006; 6 (52): 12–15. (In Russ.)
8. Kong WJ, Chen JJ, Zheng ZY, et al. Prevalence of allergic rhinitis in 3-6-year-old children in Wuhan of China. *Clin Exp Allergy.* 2009; 39 (6): 869–874. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2009.03206.x>.
9. Shakhova N.V., Kamal'tynova E.M., Lobanov Yu.P., Ardatova T.S. Allergic rhinitis in pre-school children living in urban settings of the Altai region: a population-based cross-sectional study. *Current Pediatrics.* 2018; 17 (3): 236–243. <https://doi.org/10.15690/vsp.v17i3.1893>. (In Russ.)
10. Sadchikova T.L., Belan E.B., Geltova A.A. et al. Prevalence of allergic rhinitis in preschoolers of Volgograd. *Russian allergy journal*, 2016; 3-2: 30-31. (in Russ.)

11. Asmanov A., Treneva M., Pampura A. et al. Prospective cohort study of the frequency of allergic rhinitis in children of Moscow at 3 and 4 years old. *Kremlin medicine. Russian Federation. Clinical Bulletin*. 2016; 3: 75–78. (In Russ.)
12. Bousquet J., Schünemann H.J., 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 [published correction appears in *J Allergy Clin Immunol*. 2022 Jun; 149 (6): 2180. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2022.04.016>.]. *J Allergy Clin Immunol*. 2020; 145 (1): 70–80.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2019.06.049>.
13. Roberts G, Xatzipsalti M, Borrego LM, et al. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2013; 68 (9): 1102–1116. <https://doi.org/10.1111/all.12235>.
14. Reziakina V.A., Diyes N.A., Heppe N.A. et al. RADAR. Allergic rhinitis in children: recommendations and algorithm for infantile allergic rhinitis. 3rd Ed., Sr. and Dr. M.: “Media Medici” Ltd., 2020. 100 p. (In Russ.)
15. El-Bosily H.M., Abd El Meguid K.R., Sabri N.A., Ahmed M.A. Physicians’ adherence to evidence-based guidelines as a major predictor of anticoagulant-related medication error incidence and severity. *Br J Clin Pharmacol*. 2022; 88 (8): 3730–3740. <https://doi.org/10.1111/bcp.15314>.
16. Shahova N.V., Lobanov Y.F., Gordeev V.V. et al. Pharmacoepidemiological study of allergic rhinitis therapy in children by allergy doctors. *Doctor Ru. Pediatrics*, 2015; 13 (114): 35–38. (In Russ.)
17. Simons F.E., Simons K.J. H1 antihistamines: current status and future directions. *World Allergy Organ J*. 2008; 1 (9): 145–155. <https://doi.org/10.1186/1939-4551-1-9-145>.
18. Du K., Qing H., Zheng M., Wang X., Zhang L. 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 (5): 589–596.e3. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2020.06.038>.
19. Nenasheva N.M., Shilenkova V.V. Control of allergic rhinitis symptoms in adults in the Russian Federation: online survey results. *Russian Medical Inquiry*. 2021; 5 (1): 25–31. <https://doi.org/10.32364/2587-6821-2021-5-1-25-31>. (In Russ.)
20. Russian Society of Rhinologists. Allergic rhinitis: clinical recommendations. Under ed. A. S. Lopatina and V. V. Shlenkova. Scythia-print; M.: Professional press. 2022; 66 p. Access: http://rhinology.ru/wp-content/uploads/2022/08/Allvertising_Clinica-Responsibility.pdf (date of request - 01.03.2024). (In Russ.)
21. Bousquet J., Meltzer E.O., Couroux P., et al. Onset of Action of the Fixed Combination Intranasal Azelastine-Fluticasone Propionate in an Allergen Exposure Chamber. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2018; 6 (5): 1726–1732.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2018.01.031>.
22. Patel P., Salapatek A.M., Tantry S.K. Effect of olopatadine-mometasone combination nasal spray on seasonal allergic rhinitis symptoms in an environmental exposure chamber study. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2019; 122 (2): 160–166.e1. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2018.10.011>.
23. Ratner P.H., Hampel F., Van Bavel J., et al. Combination therapy with azelastine hydrochloride nasal spray and fluticasone propionate nasal spray in the treatment of patients with seasonal allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2008; 100 (1): 74–81. [https://doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)60408-5](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)60408-5).
24. Meltzer E.O., Garadi R., Laforce C., et al. Comparative study of sensory attributes of two antihistamine nasal sprays: olopatadine 0.6% and azelastine 0.1%. *Allergy Asthma Proc*. 2008; 29 (6): 659–668. <https://doi.org/10.2500/aap.2008.29.3181>.
25. Sousa-Pinto B., Vieira R.J., Bognanni A., et al. Efficacy and safety of intranasal medications for allergic rhinitis: Network meta-analysis. *Allergy*. 2025; 80 (1): 94–105. <https://doi.org/10.1111/all.16384>.
26. Ridolo E., Barone A., Nicoletta F., et al. Intranasal corticosteroid and antihistamine combinations in the treatment of allergic rhinitis: the role of the novel formulation olopatadine/mometasone furoate. *Expert Rev Clin Immunol*. 2023; 19 (6): 575–584. <https://doi.org/10.1080/1744666X.2023.2200165>.

ВКЛАД АВТОРОВ В РАБОТУ

Масальский С. С. — разработка дизайна исследования, участие в проведении исследования, анализ результатов, статистическая обработка данных, написание и редактирование текста статьи.

Шахова Н. В. — обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи.

Смолкин Ю. С. — разработка дизайна исследования, проверка критически важного содержания статьи.

Молочкова А. Н. — анализ данных, подготовка черновика рукописи, подготовка статьи к публикации.

THE AUTHORS' CONTRIBUTION TO THE WORK

Sergey S. Masalskiy — development of research design, participation in research, analysis of results, statistical data processing, writing and editing the text of the article.

Natal'ya V. Shakhova — review of publications on the topic of article, writing and editing the text of the manuscript.

Yuri S. Smolkin — development of research design, verification of the critical content of the article.

Aleksandra N. Molochkova — analysis of results, preparation of a draft manuscript, preparation of the article for publication.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ОПРОСНИК, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В ИССЛЕДОВАНИИ

APPENDIX 1. THE QUESTIONNAIRE USED IN THE STUDY

Блок 1. Характеристика респондентов

Ф.И.О., город, стаж работы, ЛПУ, тип учреждения

Блок 2. Осведомленность о клинических рекомендациях

Какие клинические рекомендации Вы знаете:

Клинические рекомендации МЗ РФ КР 261 «Аллергический ринит» (Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, Союз педиатров России)
Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с аллергическим ринитом. Баранов А. А. 2015 (Союз педиатров РФ)
Радар. Аллергический ринит у детей рекомендации и алгоритм при детском аллергическом рините. Под ред. В. А. Ревякиной, Н. А. Дайхес, Н. А. Геппе. 2020
Аллергический ринит: клинические рекомендации; под ред. А. С. Лопатина и В. В. Шиленковой. 2022
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. Bousquet J., et al. 2020
ICAR. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis. 2018

Каких клинических рекомендаций Вы реально придерживаетесь в работе?

Блок 3. Формулировка диагноза

Считаете ли Вы необходимым использовать термины «сезонный» и «круглогодичный» ринит, они полезны в вашей работе?

Используете ли Вы в своей работе определение степени тяжести ринита, указываете ли вы его в диагнозе?

Используете ли Вы в своей работе термины «персистирующий» и «интермиттирующий» ринит, они полезны и необходимы?

Блок 4. Обследование

Считаете ли Вы необходимым использовать специфическое аллергологическое обследование всем пациентам для подтверждения диагноза «аллергический ринит»?

Кто должен проводить аллергологическое обследование?

Какие анализы Вы обязательно выполняете для первичного подтверждения диагноза аллергического ринита?

Вы используете переднюю риноскопию (осмотр полости носа спереди с освещением спереди через ноздри) при осмотре детей с подозрением или установленным диагнозом АР? (вопрос к врачам не отоларингологам)

Проводите ли Вы общетерапевтический осмотр, в частности аускультацию у пациентов с АР?

Используете ли Вы в своей работе визуальную аналоговую шкалу симптомов аллергического ринита у большинства пациентов?

Оцениваете ли Вы состояние пациента с помощью нормального теста «дыхание с закрытым ртом»?

Считаете ли Вы необходимым использовать лучевые методы диагностики (рентгенография, КТ, МРТ пазух носа) большинству пациентов?

Какие методы инструментальной диагностики Вы считаете необходимыми у пациентов с подозрением на АР?

Назначаете ли Вы и подробно расписываете пациенту элиминационные мероприятия?

Блок 5. Лечение

Рекомендуете ли Вы элиминационную терапию в виде носового душа изотоническими или гипертоническими солевыми растворами?

Какую стартовую терапию Вы назначаете при аллергическом рините?

Стартовый препарат для лечения ринита в случае монотерапии

Назначаете ли Вы седативные антигистаминные препараты?

Используете ли Вы парентеральные депонированные кортикостероиды?

Назначаете ли Вы системные кортикостероиды в исключительных случаях при тяжелых обострениях АР?

Назначаете ли вы кортикостероиды в инъекциях интраназально при обострениях АР?

Как часто Вы назначаете деконгестанты?

Как часто Вы назначаете препараты кромоглициевой кислоты?

Как часто Вы назначаете комбинированную терапию деконгестант + антигистаминный препарат интраназально?

Как Вы относитесь к стартовому назначению комбинированных препаратов: антигистаминные интраназально + кортикостероиды интраназально в одном спрее?

Как Вы относитесь к стартовому назначению комбинированных препаратов: антигистаминные + блокаторы лейкотриеновых рецепторов в одной таблетке?

Вы поддерживаете стартовое назначение комбинированной терапии при аллергическом рините, например, средне-тяжелого течения?

Поддерживаете ли Вы иммуннобиологическую терапию (моноклональные антитела) при АР?

Считаете ли Вы необходимым назначать и рекомендовать аллерген-специфическую иммунотерапию при АР?