

Aktualizacja wytycznych ARIA 2024–2025 – terapie donosowe w leczeniu alergicznego nieżytu nosa

ARIA 2024–2025 guideline update – intranasal therapies for allergic rhinitis

Maciej Kupczyk

Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie:

Alergiczny nieżyt błony śluzowej nosa (ANN) stanowi najczęstszy przejaw alergii, a badania epidemiologiczne szacują częstość występowania tej jednostki chorobowej w Polsce na 14–22%. W obrazie klinicznym ANN dominują wodnisty katar, świąd nosa, blokada, napady kichania po narażeniu osoby uczulonej na alergen. Z ANN często współistnieje alergiczne zapalenie spojówek lub alergiczna astma oskrzelowa, a w diagnostyce różnicowej należy uwzględnić m.in. infekcje wirusowe. Najnowsza aktualizacja standardów ARIA 2024–2025 dotycząca terapii donosowych wprowadziła wiele nowatorskich zaleceń ukierunkowanych na potrzeby i zachowania pacjenta. Powstały one w oparciu o analizy skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności terapii, przygotowane na podstawie danych z baz opisujących zachowania pacjentów w codziennej praktyce klinicznej. Autorzy standardów ARIA wysoko pozycjonują połączenia donosowego glikokortykosteroidu (INCS) z donosowym lekiem przeciwhistaminowym (INAH) w standardach farmakoterapii ANN. INCS (z flutykazonem jako preferowaną cząsteczką) pozostają podstawą leczenia ANN – są one skuteczne, bezpieczne, zwykle tańsze i lepiej akceptowane. Zaletą INAH jest szybszy początek działania, ale silna rekomendacja dotyczy tylko sytuacji zastosowania tej grupy leków w monoterapii w stosunku do braku leczenia. Stałe połączenia INAH + INCS (zwłaszcza azelastyna + flutykazon) zapewniają szybką i często lepszą kontrolę oraz wyższą satysfakcję pacjenta. Dlatego takie leczenie jest preferowane w stosunku do monoterapii INCS lub INAH w wielu sytuacjach klinicznych (szczególnie gdy stwierdzamy duże obciążenie objawami), przy akceptowalnych kosztach. Technika podawania i adherencja decydują o sukcesie terapii, a edukacja pacjenta jest niezbędnym elementem codziennej praktyki klinicznej.

Abstract:

Allergic rhinitis (AR) represents the most common manifestation of allergy, and epidemiological studies estimate the prevalence of this condition in Poland at 14–22%. The clinical presentation of AR includes runny nose, nasal itching, nasal congestion, and sneezing attacks following exposure to an allergen. Allergic conjunctivitis or allergic bronchial asthma often coexist with AR, and viral infections, among others, should be considered in the differential diagnosis. The latest update of the ARIA 2024–2025 standards for nasal therapies introduced a number of innovative recommendations focused on patient needs and behaviors, based on analyses of therapy's effectiveness, safety, and acceptability, using databases describing patient behavior in daily clinical practice. The authors of the ARIA standards highly value the combination of an intranasal glucocorticosteroid (INCS) with an intranasal antihistamine (INAH) in the pharmacotherapy standards for AR. INCS (with fluticasone as the preferred molecule) remain the cornerstone of treatment for allergic rhinitis – they are effective, safe, usually cheaper, and better accepted. The advantage of INAH is a faster onset of action, but a strong recommendation only applies to the use of this group of drugs as monotherapy, compared to no treatment. Fixed combinations of INAH and INCS (especially azelastine-fluticasone) offer rapid and often better control and higher patient satisfaction. Therefore, this treatment is preferred over INCS or INAH monotherapy in many clinical situations (especially those with high symptom burden), at an acceptable cost. Administration technique and adherence determine the success of therapy, and patient education is an essential element of daily practice.

Słowa kluczowe: alergiczny nieżyt nosa, donosowe glikokortykosteroidy, donosowe leki przeciwhistaminowe, flutykazon, azelastyna

Key words: allergic rhinitis, intranasal glucocorticosteroids, intranasal antihistamines, fluticasone, azelastine

Wstęp

Alergiczny nieżyt błony śluzowej nosa (ANN) jest najczęstszą chorobą alergiczną, którą spotykamy w codziennej praktyce klinicznej. Badania epidemiologiczne szacują, że częstość jej występowania wynosi w Polsce 14–22%. W obrazie klinicznym ANN dominują wodnisty katar, świąd nosa, blokada, napady kichania oraz spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła, po narażeniu osoby uczulonej na alergen. Z ANN często współistnieją alergiczne zapalenie spojówek lub alergiczna astma oskrzelowa, a w diagnostyce różnicowej należy uwzględnić infekcje wirusowe [1]. Podstawowe zalecenia dotyczące metod diagnostyki, różnicowania i postępowania farmakologicznego kształtują aktualizowane na podstawie najnowszych doniesień naukowych standardy ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*). Wraz z postępem wiedzy medycznej eksperci ARIA przygotowują kolejne aktualizacje zaleceń. Ostatnio opublikowane zostały zalecenia dotyczące terapii donosowych. Poniżej przedstawiono metodologię, najważniejsze zalecenia praktyczne oraz zmiany w standardach ARIA 2024–2025 [2] w stosunku do poprzednich zaleceń dotyczących terapii ANN [3, 4]. Rekomendacje przeznaczone są dla lekarzy (w tym lekarzy rodzinnych, alergologów, laryngologów, pediatrów), farmaceutów, pacjentów i decydentów ochrony zdrowia. Warto podkreślić, że ARIA nie nakłada jednolitego standardu, lecz dostarcza podstaw do świadomego podejmowania decyzji w praktyce klinicznej, uwzględniając zmienność kliniczną ANN, preferencje pacjenta i dostępność (np. z punktu widzenia ekonomicznego) leków.

Obraz kliniczny i różnicowanie

Ze względu na czas występowania objawów wyróżniamy:

1. ANN okresowy – gdy objawy występują przez mniej niż 4 dni w tygodniu lub krócej niż przez 4 tygodnie. Wywołany jest zwykle przez alergeny sezonowe, okresowo pojawiające się w otoczeniu chorego, stąd w praktyce stosuje się często nazwę sezonowy ANN (SAR, *seasonal allergic rhinitis*). Cechą charakterystyczną jest okresowe powtarzanie się typowych objawów ANN w okresach ekspozycji na alergen uczulający danego pacjenta (w sezonie uczulenia).

2. ANN przewlekły (całoroczny; PAR, *perennial allergic rhinitis*) – gdy objawy występują przez więcej niż 4 dni w tygodniu i przez ponad 4 tygodnie. Wywołany jest przez alergeny, które występują w środowisku chorego przez długi okres lub praktycznie przez cały rok.

Ze względu na nasilenie dolegliwości ANN dzielimy na łagodny, umiarkowany i ciężki. Ocena stopnia ciężkości ANN zależy od nasilenia objawów, a także od intensywności terapii i wpływu choroby na jakość życia pacjenta. Podstawą rozpoznania ANN jest wywiad, w którym poszukujemy korelacji charakterystycznych objawów z ewentualnym narażeniem na alergen. Objawy ANN zwykle rozpoczynają się nagle w sytuacji obecności alergenu w otoczeniu pacjenta (np. kontakt z kotem lub początek sezonu pylenia roślin). Bardzo pomocne w rozpoznaniu jest porównanie okresu pojawiania się objawów z obecnością alergenów pyłkowych (kalendarze pylenia lub raporty pyłkowe) i corocznego występowania takich samych objawów w tym samym okresie. Wielu pacjentów sięga po dostępne bez recepty leki przeciwhistaminowe. Poprawa po zastosowaniu tego leczenia również może potwierdzać rozpoznanie. W przypadku przewlekłego/całorocznego ANN dominującymi objawami często są blokada nosa, utrudnienie oddychania, utrata powonienia i smaku, bóle głowy.

Wpływ choroby na jakość życia pacjenta, w tym upośledzenie zdolności do nauki, pracy, wypoczynku, zaburzenie snu, przewlekłe zmęczenie, to często problemy niedoceniane. Szczegółowe aspekty klasyfikacji i diagnostyki różnicowej przedstawiono w innych opracowaniach, a omawiane zalecenia ARIA 2024–2025 nie wprowadzają w tym zakresie istotnych zmian. Postawienie prawidłowego rozpoznania i wdrożenie skutecznej terapii jest kluczem do optymalnej kontroli objawów ANN. W postępowaniu po rozpoznaniu ANN podstawowe zalecenia mogą obejmować ograniczenie ekspozycji na alergen (o ile jest to możliwe), farmakoterapię i immunoterapię swoistą prowadzoną przez alergologów. Podstawą terapii ANN są doustne i donosowe leki przeciwhistaminowe (INAH, *intranasal antihistamines*) oraz glikokortykosteroidy donosowe (INCS, *intranasal corticosteroids*). Inne preparaty, w tym leki antyleukotrienowe, leki wpływające na blokadę nosa (α -mimetyki) i preparaty antycholinergiczne, mają w codziennej praktyce klinicznej zdecydowanie mniejsze znaczenie. Ze względu na zakres części I zaleceń ARIA 2024–2025 [2] poniższe opracowanie dotyczy tylko terapii donosowych.

Metodologia standardów ARIA 2024–2025

Podejście ekspertów ARIA 2024–2025 jest nowatorskie, odmienne od poprzednich opracowań (tab. 1) i odpowiada na praktyczne potrzeby klinicy. Panel ARIA sformułował pytania i przepro-

Tabela 1. Porównanie podejścia praktycznego i podejścia metodologicznego przy opracowaniu nowych zaleceń ARIA 2024–2025 vs ARIA 2010/2016.

	ARIA 2010/2016	ARIA 2024–2025
Metodologia	GRADE, ale bez rozszerzeń o dane farmakoeconomiczne.	Rozszerzone GRADE + przełożenie dowodów na decyzje kliniczne. Uwzględniono dane farmakoeconomiczne i aspekty środowiskowe.
Podejście kliniczne	Koncentracja na danych z randomizowanych badań kontrolnych i klasycznej hierarchii dowodów.	Zalecenia ukierunkowane na potrzeby pacjenta na podstawie analizy <i>real-world data</i> .
Podział na sezonowy/całoroczny ANN	Wyraźne różnicowanie rekomendacji.	Rezygnacja z osobnych rekomendacji – ważniejsza ciężkość objawów niż czas trwania, choć jakość dowodów czasem jest różna dla sezonowego i dla całorocznego ANN.

ANN – alergiczny nieżyt nosa; ARIA – *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*; GRADE – *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*.

wadził analizę przeglądów systematycznych i meta-analiz. Decyzje podejmowano, uwzględniając m.in. bilans korzyści i ryzyka, jakość dowodów, preferencje pacjentów, zasoby i kosztowoefektywność, a nawet potencjalny wpływ na środowisko. Zalecenia ukierunkowano na potrzeby i zachowania pacjenta (*compliance* i *adherence* do terapii). Są one wypadkową danych o skuteczności, bezpieczeństwie i akceptowalności terapii z nowych, niewykorzystywanych wcześniej źródeł informacji i pochodzących z analiz gigantycznych baz danych opisujących zachowania pacjentów w codziennej praktyce klinicznej, przeprowadzonych przy użyciu aplikacji MASK-air.

Kluczowe zalecenia: hierarchia terapii donosowej

INCS lepszy niż brak leczenia (silne zalecenie)

U dorosłych i dzieci ARIA zaleca stosowanie INCS zamiast braku leczenia. INCS istotnie wpływają na objawy nosowe i oczne oraz na jakość życia, mają dobry profil bezpieczeństwa, są z reguły niedrogie i dobrze akceptowane. Budezonid figuruje na liście leków podstawowych WHO (warto podkreślić, że standardy ARIA przedstawiają zalecenia dla całego świata, w tym krajów ubogich, o potencjalnie ograniczonym dostępie niektórych leków).

INAH lepszy niż brak leczenia (silne zalecenie)

INAH (np. azelastyna, olopatadyna) również są preferowaną opcją postępowania w porównaniu z brakiem leczenia: zmniejszają objawy nosowe i oczne oraz poprawiają jakość życia, działają szybko i są ogólnie bezpieczne. Rekomendacja dotyczy dorosłych i dzieci.

INCS vs INAH – preferencja dla INCS (zalecenie warunkowe)

ARIA sugeruje stosowanie INCS zamiast INAH, ponieważ przy porównywalnych skuteczności

i bezpieczeństwie INCS zwykle są tańsze, częściej wiążą się z wyższą adherencją i satysfakcją, a także rzadziej wymagają leczenia wspomagającego. INAH mają jednak szybszy początek działania i mogą być preferowane u osób ze steroidofobią, podkrwawianiem z nosa przy stosowaniu INCS czy z jaskrą.

Terapia skojarzona INAH + INCS

INAH + INCS vs INCS: ARIA sugeruje stałe połączenie w jednym atomizerze INAH + INCS zamiast samego INCS, szczególnie przy cięższych objawach i gdy pożądane są szybszy efekt oraz wyższa satysfakcja pacjenta. Aspekt farmakoeconomiczny często też wypada korzystnie, z wyjątkiem niektórych krajów o niskich zasobach.

INAH + INCS vs INAH: ARIA sugeruje stałe połączenie INAH + INCS zamiast samego INAH z powodu przewagi pod względem istotnej poprawy w kontekście objawów nosowych i jakości życia. Profile bezpieczeństwa są zbliżone.

INAH + INCS vs brak leczenia: przy założeniu, że monoterapia raczej nie przyniesie istotnej poprawy, ARIA zaleca stałe połączenia zamiast braku terapii.

Wybór konkretnego INCS

W ANN u dorosłych ARIA sugeruje wybór flutykazonu: furoinianu (FF) lub propionianu (FP), zamiast innych INCS (beklometazon, budezonid, cyklezonid, mometazon, triamcynolon), zwłaszcza w sezonowym ANN, ze względu na wyższe prawdopodobieństwo istotnego klinicznie zmniejszenia objawów nosowych i poprawy jakości życia (dowody niskiej/bardzo niskiej pewności). W ANN całorocznym pojedyncze badanie sugerowało przewagę budezonidu dla objawów nosowych, a FF dla objawów ocznych. Różnice w bezpieczeństwie między preparatami są minimalne. U dzieci brak wystarczających danych, by faworyzować konkretny INCS.

Wybór konkretnego połączenia INAH + INCS

Spśród preparatów złożonych ARIA sugeruje wykorzystanie azelastyny z flutykazonem (AZE-FP) zamiast olopatadyny z mometazonem (OLO-MOM), szczególnie w ANN sezonowym. W cytowanych przez ARIA wynikach metaanaliz AZE-FP w porównaniu z OLO-MOM charakteryzowała się 23% większym prawdopodobieństwem poprawy w zakresie objawów nosowych w sezonowym ANN oraz 56% większym prawdopodobieństwem poprawy w zakresie objawów ocznych i jakości życia. Brak badań w całorocznym ANN utrudnia wyciągnięcie jednoznacznych wniosków. U części pacjentów gorzkawy smak AZE może ograniczać tolerancję – w takiej sytuacji preferowany bywa OLO-MOM. U dzieci i młodzieży (zgodnie z zakresem wieku w charakterystykach produktów leczniczych) można stosować oba preparaty (dowody skąpe). W analizach badań typu *real-life* AZE-FP [5] charakteryzuje się wyższą adherencją i satysfakcją pacjenta z leczenia. AZE-FP bywa częściej stosowana równolegle z innymi lekami niż OLO-MOM, co może wynikać ze stosowania w trudniejszych przypadkach. Oba preparaty cechują się szybkim początkiem działania.

Leki obkurczające naczynia (donosowe α -mimetyki)

α -mimetyk vs brak leczenia: ARIA sugeruje, aby nie stosować przewlekłe (powyżej 5 dni) z powodu minimalnych korzyści i zwiększonego ryzyka działań niepożądanych (w tym ryzyka polekowego nieżyty nosa). Należy unikać tych preparatów u dzieci <12. r.ż., ciężarnych (szczególnie I trymestr) i osób starszych.

INCS + α -mimetyk vs INCS: nie zaleca się stosowania przewlekłego takiego połączenia ze względu na brak dodatkowej skuteczności, większe ryzyko działań niepożądanych i niepotrzebne wyższe koszty. Krótkie, pomostowe, użycie (≤ 5 dni) można rozważyć przy wdrażaniu INCS, żeby osiągnąć szybką ulgę w przypadku dominującej blokady, ale lepszym rozwiązaniem o szybkim początku działania jest w wielu przypadkach INAH + INCS.

Pseudoefedryna: ARIA wyraźnie nie zaleca stosowania (przypomnienie: opisywane zalecenia dotyczą terapii ANN).

INAH vs kromony

Ze względu na ograniczone i niejednoznaczne dowody ARIA sugeruje stosowanie INAH zamiast donosowych kromonów (większa szansa na zmniejszenie objawów nosowych i ocznych, wyższa satysfakcja, bezpieczeństwo obu terapii jest podobne).

Populacje szczególne i aspekty praktyczne

Dzieci i młodzież

Większość opisywanych zaleceń odnosi się również do dzieci i młodzieży, choć liczba badań i, co za tym idzie, jakość dowodów w tej grupie wiekowej są mniejsze. Przy wyborze konkretnych INCS u dzieci brak podstaw do faworyzowania jednego preparatu, zwykle stosuje się również mniejsze dawki niż u dorosłych. Należy unikać α -mimetyków, a jeśli są w ogóle rozważane u starszych nastolatków, to dopuszczalne jest tylko krótkoterminowe stosowanie. Stałe połączenia INAH + INCS mogą być stosowane, zwłaszcza przy nasilonych objawach i konieczności uzyskania szybkiej ulgi.

Ciąża i osoby starsze

W ciąży (szczególnie w I trymestrze) oraz u osób w podeszłym wieku ARIA odradza donosowe α -mimetyki. W pozostałym zakresie decyzje należy indywidualizować, kierując się profilem bezpieczeństwa i akceptowalnością – INCS i INAH miały korzystne profile bezpieczeństwa w badaniach randomizowanych i w raportach monitorujących leki po wprowadzeniu na rynek (*pharmacovigilance*).

Współistniejąca astma

Choć omawiana część zaleceń ARIA dotyczy wyłącznie leczenia donosowego ANN, to astma często współistnieje z ANN i obie jednostki nasilają wzajemnie swoje przebiegi, utrudniając osiągnięcie optymalnej kontroli. Rekomendacje nie różnicują jednoznacznie postępowania tylko na podstawie współistnienia astmy. Nadrzędne znaczenie mają ciężkość objawów ANN, kontrola obu jednostek chorobowych i holistyczne spojrzenie na pacjenta.

Technika podawania aerozoli donosowych

Skuteczność terapii, a szczególnie jej bezpieczeństwo zależą od prawidłowej techniki podania aerozolu donosowo. ARIA przypomina o konieczności edukacji i wskazuje materiały instruktażowe. Nieprawidłowa aplikacja wiąże się z gorszą skutecznością i większym ryzykiem miejscowych działań niepożądanych (np. krwawień).

Akceptowalność, adherencja, koszty, wpływ na środowisko

Analizy danych MASK-air wskazują na wyższą adherencję i satysfakcję pacjentów przy zastosowaniu INCS niż przy INAH, natomiast stałe połączenia INAH + INCS często wiążą się z najwyższą satys-

fakcją, szybszym początkiem działania oraz niższym ryzykiem konieczności leczenia wspomagającego, co jest traktowane jako miara złej kontroli choroby. Koszty stosowanych terapii istotnie różnią się między krajami, a generyki lokalnej produkcji mogą poprawiać dostępność i ograniczać ślad węglowy. W wielu systemach opieki zdrowotnej INCS są tańsze niż INAH, a INAH + INCS – choć zwykle droższe – w analizach baz typu *real-life* często wypadają kosztowo efektywniej, zwłaszcza przy większym obciążeniu objawami. Budezonid (INCS) i ksylometazolina (α -mimetyk) znajdują się na liście leków podstawowych WHO (przy czym ARIA przestrzega przed przewlekłym stosowaniem α -mimetyków). ARIA po raz pierwszy systemowo włączyła kryterium wpływu terapii na środowisko. Choć brak jednoznacznych porównań dla poszczególnych leków, to autorzy wskazują, że dodatkowe opakowania (np. wykorzystanie w praktyce skojarzeń przez dodanie osobnego opakowania leku, np. α -mimetyku) zwiększają zużycie zasobów. Lokalnie produkowane generyki mogą ograniczać wpływ na środowisko.

Co nowego w ARIA 2024–2025 vs ARIA 2010/2016?

W porównaniu z poprzednimi edycjami wzmocniono zalecenie dla INAH w stosunku do braku leczenia (z warunkowego na silne ZA). Zmieniono stanowisko wobec α -mimetyków (z warunkowego ZA na warunkowe PRZECIW długoterminowemu stosowaniu). Bez wątplenia przełomem jest jednoznaczna preferencja dla INAH + INCS nad samym INCS (wcześniej: INAH + INCS lub INCS, teraz: warunkowo ZA dla INAH + INCS, zwłaszcza przy cięższych objawach). Po raz pierwszy pojawiły się porównania i zalecenia dotyczące wyboru konkretnych INCS i konkretnych połączeń INAH + INCS (AZE-FP vs OLO-MOM) (tab. 2).

Podsumowanie

ANN jest najczęstszą chorobą alergiczną w populacji Polski i stanowi istotne obciążenie dla pacjentów i systemu opieki zdrowotnej. Rozpoznanie stawiamy na podstawie obrazu klinicznego i korelacji wystą-

Tabela 2. Kluczowe różnice w zaleceniach dotyczących terapii donosowych między standardami ARIA 2010/2016 a ARIA 2024–2025.

	ARIA 2010/2016	ARIA 2024-2025	Komentarz
INCS vs brak leczenia	Zalecane.	Silne zalecenie ZA stosowaniem INCS.	Wzmocnienie roli INCS jako terapii podstawowej.
INAH vs brak leczenia	Warunkowe zalecenie ZA.	Silne zalecenie ZA INAH.	Wzmocnienie znaczenia INAH.
INCS vs INAH	Brak jednoznacznej przewagi.	Preferencja dla INCS ze względu na adherencję, koszty i satysfakcję.	Przesunięcie na korzyść INCS.
INAH + INCS vs INCS	Neutralne zalecenie: można stosować INAH + INCS lub INCS.	Sugerowane NA KORZYŚĆ INAH + INCS (zwłaszcza u pacjentów z cięższymi objawami).	Istotna zmiana – wzrost roli terapii skojarzonej.
INAH + INCS vs INAH	Rekomendacja neutralna.	Sugerowane NA KORZYŚĆ INAH + INCS.	Wyrażna preferencja terapii skojarzonej.
INAH + INCS vs brak leczenia	Brak wyraźnych zaleceń.	Silne zalecenie stosowania INAH + INCS, jeśli monoterapia ma małe szanse powodzenia.	Nowa rekomendacja.
Wybór konkretnego INCS	Brak preferencji konkretnego preparatu.	Preferowane furoinian flutykazonu i propionian flutykazonu.	Nowe, bardziej szczegółowe zalecenie.
Wybór konkretnego INAH + INCS	Brak porównań.	Preferowane AZE-FP nad OLO-MOM (w ANN sezonowym).	Nowe zalecenie o wyborze konkretnych preparatów.
α-mimetyk vs brak leczenia	Warunkowe zalecenie ZA.	Warunkowa rekomendacja PRZECIW stosowaniu >5 dni.	Odwroćcie rekomendacji.
INCS + α-mimetyk vs INCS	Dopuszczalne.	Sugestia PRZECIW – brak korzyści.	Znacząca zmiana.
Kromony vs INAH	Brak jednoznacznej preferencji.	Preferencja dla INAH (wyższa skuteczność i satysfakcja).	Nowe rozstrzygnięcie.
Populacje szczególne – dzieci	Bez dużych różnic; słabe dane.	Nadal brak silnych różnic, ale α-mimetyki przeciwwskazane w terapii przewlekłej <12. r.ż. ; bardziej szczegółowe dane <i>real-world</i> .	Wyraźniejsze granice bezpieczeństwa.
Ciąża i osoby starsze	Ogólne zalecenia bezpieczeństwa.	Wyraźne przeciwwskazanie dla α-mimetyków w terapii przewlekłej w tych grupach.	Zmiana zgodna z nowymi danymi bezpieczeństwa.
Adherencja i satysfakcja pacjenta	Zagadnienie drugorzędne.	Kluczowy element decyzyjny; duża rola danych MASK-air.	Zmiana filozofii – nacisk na zachowania i satysfakcję pacjenta.
Wpływ na środowisko	Nieobecne.	Nowe kryterium oceny interwencji.	Zupełnie nowy element zaleceń.
Rola techniki podawania leków	Wspominana marginalnie.	Akcentowana jako kluczowa dla skuteczności i bezpieczeństwa.	Zwiększone znaczenie edukacji pacjenta.

ANN – alergiczy nieżyt nosa; INAH (*intranasal antihistamines*) – donosowe leki przeciwhistaminowe; AZE-FP – połączenie azelastyny z flutykazonem; INCS (*intranasal corticosteroids*) – glikokortykosteroidy donosowe; OLO-MOM – połączenie olopatadyny z mometazonem.

pienia objawów z obecnością alergenów, co dodatkowo znajduje potwierdzenie w dodatkowych badaniach laboratoryjnych. Postawienie prawidłowego rozpoznania i wdrożenie skutecznej terapii jest kluczem do optymalnej kontroli objawów choroby. W postępowaniu po rozpoznaniu ANN podstawowe zalecenia mogą obejmować ograniczenie ekspozycji na alergen, farmakoterapię i immunoterapię swoistą. Najnowsza aktualizacja standardów ARIA dotyczących terapii donosowych ANN, oparta na nowych narzędziach badawczych i źródłach informacji uwzględniających obserwacje z codziennej praktyki klinicznej, wprowadziła wiele nowych zaleceń. INCS pozostają podstawą leczenia ANN – są one skuteczne, bezpieczne, zwykle tańsze i lepiej akceptowane. Jeśli chodzi o wybór konkretnego INCS u dorosłych, to preferowany jest flutykazon. Zaletą INAH jest szybszy początek działania, ale silna rekomendacja dotyczy tylko sytuacji zastosowania tej grupy leków w monoterapii w porównaniu z brakiem leczenia. Stałe połączenia INAH + INCS (zwłaszcza AZE-FP) zapewniają szybką i często lepszą kontrolę oraz wyższą satysfakcję pacjenta. Z tego powodu takie leczenie jest preferowane w porównaniu z monoterapią INCS lub INAH w wielu sytuacjach klinicznych (szczególnie dużego obciążenia objawami), przy akceptowalnych kosztach. Technika podawania i adherencja decydują o sukcesie terapii, a edukacja pacjenta jest niezbędnym elementem codziennej praktyki.

Piśmiennictwo:

1. Lipiec A, Rapiejko P. Alergia czy przeziębienie – temat wciąż aktualny. *Alergoprofil*. 2021; 17(3): 27-33.
2. Sousa-Pinto B, Bousquet J, Vieira RJ et al. *Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA)-EAAI Guidelines – 2024–*

2025 Revision: Part I – Guidelines on Intranasal Treatments. *Allergy*. 2025; 0: 1-23. <http://doi.org/10.1111/all.70131>.

3. Samoliński B, Krzych-Falta E, Piekarska B et al. *ARIA 2019 – zintegrowana opieka w alergicznym nieżycie nosa – Polska. Alergologia Polska – Polish Journal of Allergology*. 2019; 6(4): 111-26.
4. Bousquet J, Fontaine JF, Gemicioğlu B et al. Next-generation *Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. J Allergy Clin Immunol*. 2019; 145(1): 70-80e3.
5. Sousa-Pinto B, Vieira RJ, Bognanni A et al. *Efficacy and safety of intranasal medications for allergic rhinitis: Network meta-analysis. Allergy*. 2025; 80(1): 94-105. <http://doi.org/10.1111/all.16384>.

ORCID:

Maciej Kupczyk - ID - <https://orcid.org/0000-0003-0800-7867>.

Konflikt interesów/Conflict of interests:

Nie występuje.

Finansowanie/Financial support:

Nie występuje.

Etyka/Ethics:

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

Copyright: © Medical Education sp. z o.o. This is an Open Access article distributed under the terms of the Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0). License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), allowing third parties to copy and re-distribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material, provided the original work is properly cited and states its license.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. n. med. Maciej Kupczyk

Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii,

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

90-153 Łódź, ul. Kopcińskiego 22

e-mail: maciej.kupczyk@umed.lodz.pl