

# ARIA-2010: новые подходы к лечению аллергического ринита

**А**ллергический ринит (АР) представляет глобальную проблему для здравоохранения, так как поражает 10-20% популяции. Наиболее авторитетной организацией, занимающейся изучением этого заболевания, является ARIA (Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma). В настоящее время терапию, основанную на рекомендациях ARIA, получают около 500 млн пациентов с АР во всем мире.

Высокая значимость АР обусловлена не только высокой распространенностью, но и значительным негативным влиянием, которое заболевание оказывает на социальную активность, способность к обучению и продуктивность труда, а также качество жизни, связанное со здоровьем; кроме того, в эпидемиологических исследованиях было установлено, что АР часто сопровождается бронхиальной астмой (БА). Учитывая это, очевидно, что и врачи, и их пациенты должны быть знакомы с подходами к профилактике и лечению АР, имеющими высокий уровень доказательности.

Клинико-практические руководства по ведению АР начали разрабатывать около 15 лет назад. Первым документом, основанным на принципах доказательной медицины, стали рекомендации ARIA, опубликованные в 2001 г. и пересмотренные в 2008 г.

В сентябре этого года эксперты ARIA обновили свое руководство, впервые используя систему градации доказательств GRADE, благодаря чему рекомендации ARIA-2010 можно считать наиболее качественными с позиций доказательной медицины. На некоторых интересных положениях этого документа следует остановиться подробнее.

• Вследствие неэффективности ARIA рекомендует не использовать у пациентов с АР гомеопатию, акупунктуру и фитотерапию, а также фототерапию и другие физические методы.

• С целью профилактики аллергии рекомендуется исключительно грудное вскармливание по крайней мере на протяжении первых 3 мес жизни независимо от семейного анамнеза атопии.

• Детям и беременным рекомендуется избегать любого воздействия табачного дыма, включая пассивное курение.

• Беременным и кормящим женщинам можно не придерживаться гипоаллергенной диеты, так как ее способность предотвращать аллергию у детей не доказана.

• У пациентов с АР не рекомендуется использовать H<sub>1</sub>-блокаторы I поколения, а также астемизол, терфенадин и другие антигистаминные препараты с кардиотоксическими побочными эффектами.

• Всем пациентам с АР рекомендуется назначать пероральные H<sub>1</sub>-блокаторы нового поколения, не вызывающие седации и не взаимодействующие с системой цитохрома P450.

H<sub>1</sub>-блокаторы являются препаратами первой линии и одновременно составляют основу лечения АР. К антигистаминным средствам, применяемым в лечении аллергического ринита, ARIA предъявляет следующие требования, такие как:

• доказанная эффективность при интермиттирующем и персистирующем АР;

• способность облегчать все назальные симптомы, включая заложенность носа;

• эффективность в устранении офтальмологических симптомов;

• при наличии сопутствующей БА – способность облегчать симптомы и снижать риск обострений БА;

• доказанная эффективность и безопасность у детей и у пожилых больных;

• отсутствие седативного действия и влияния на когнитивные и психомоторные функции;

• отсутствие антихолинергических и кардиотоксических эффектов;

• нейтральность по отношению к массе тела;

• наличие постмаркетинговых исследований по безопасности.

Всем вышеперечисленным требованиям соответствует дезлоратадин (Эриус, MSD) – селективный блокатор периферических H<sub>1</sub>-рецепторов, не оказывающий седативного эффекта. Препарат показал высокую эффективность и безопасность при интермиттирующем и персистирующем АР.

В клинической программе ACCEPT (AERIUS Control: Clinical and Evaluative Profile of Treatment), проведение которой поддержало Европейское сотрудничество по лечению аллергии и астмы (GA2LEN), впервые осуществлялось изучение антигистаминного препарата с учетом новой классификации аллергического ринита. В настоящее время ARIA рекомендует классифицировать АР в зависимости от длительности симптомов (интермиттирующий или персистирующий), а не от времени воздействия аллергенов (сезонный или

круглогодичный). У пациентов с персистирующим ринитом симптомы продолжаются >4 дней в неделю и >4 последовательных недель в год.

Программа ACCEPT состояла из двух международных проспективных рандомизированных плацебо контролируемых исследований препарата Эриус у пациентов с АР в возрасте 12 лет и старше.

В исследовании ACCEPT-1 у пациентов с интермиттирующим АР, получавших дезлоратадин в дозе 5 мг 1 р/сут 15 дней, произошло значительное снижение тяжести симптомов по шкале T5SS по сравнению с плацебо (T5SS = заложенность носа, чихание, ринорея, зуд в носу и зуд в глазах). Статистически достоверное улучшение достигалось уже в первый день приема дезлоратадина и сохранялось в течение 24-часового междозового интервала на протяжении всего периода исследования. Кроме того, лечение дезлоратадином сопровождалось значительным улучшением качества жизни (по шкале RQLQ), повышением трудоспособности (по шкале WPAI-AS, у взрослых) и способности к обучению (по шкале WPAI-AS, у детей). Примечательно, что во время приема Эриуса частота побочных эффектов была сопоставима с таковой при приеме плацебо. Согласно результатам исследования, представленным летом 2008 года в г. Барселоне (Испания) на XXVII конгрессе Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии (EAACI), дезлоратадин был признан эффективным и безопасным препаратом первой линии у пациентов с интермиттирующим АР.

В исследовании ACCEPT-2 приняли участие пациенты с персистирующим АР. (На сегодня получены убедительные данные, что персистирующий АР оказывает значительно более выраженное негативное влияние на качество

жизни и хуже поддается лечению по сравнению с интермиттирующим.) Помимо АР, у 20,5% больных была диагностирована аллергическая БА, у 13,7% – пищевая аллергия, у 11,0% – атопический дерматит. Пациентов рандомизировали для получения дезлоратадина 5 мг 1 р/сут или плацебо на протяжении 12 нед.

Уже после приема первой дозы дезлоратадина было отмечено значительное уменьшение заложенности носа, ринореи и зуда в глазах; чихание и зуд в носу в группе активной терапии снижались соответственно на 2-й и 3-й день. Эффективность дезлоратадина сохранялась на протяжении всего исследования (рис. 1). Препарат хорошо переносился, частота развития побочных эффектов при его приеме не отличалась от таковой при приеме плацебо.

Дополнительный анализ с целью оценки корреляции между снижением заложенности носа и улучшением качества сна показал, что у пациентов с персистирующим АР, получавших Эриус, наблюдалось облегчение симптомов ринита на протяжении 24 часов, при этом снижение заложенности носа ассоциировалось с улучшением сна, увеличением повседневной активности, нормализацией эмоционального фона и улучшением качества жизни в целом (рис. 2). Результаты исследования ACCEPT-2 были представлены на XXVIII конгрессе EAACI, прошедшем в июне 2009 года в г. Варшаве (Польша).

Таким образом, у пациентов как с интермиттирующим, так и с персистирующим АР по классификации ARIA дезлоратадин как препарат первой линии обеспечивает быстрое и длительное облегчение симптомов, что сопровождается улучшением качества жизни. Высокая приверженность к лечению препаратом обеспечивается удобным режимом приема (1 раз в день независимо от приема пищи) и безопасностью, сравнимой с плацебо. У пациентов с АР дезлоратадин не только не ухудшает, а напротив, улучшает повседневную активность, не оказывая седативного эффекта.

В заключение необходимо отметить еще одно преимущество препарата Эриус, в значительной степени актуальное в нашей стране. В клинико-фармакологических исследованиях дезлоратадин не усиливал такие эффекты алкоголя, как нарушение психомоторных функций и сонливость, а результаты психомоторных тестов существенно не отличались у пациентов, которые получали Эриус и плацебо отдельно или с алкоголем. В то же время при лечении другими современными неседативными H<sub>1</sub>-блокаторами, такими как цетиризин и левоцетиризин, рекомендуется воздерживаться от употребления алкоголя. Отсутствие фармакодинамических взаимодействий дезлоратадина с алкоголем позволяет не ограничивать свободу пациента и улучшить его приверженность к лечению, что особенно важно при персистирующем АР, требующем непрерывной антигистаминной терапии на протяжении периода контакта с аллергеном.

Список литературы находится в редакции.

Подготовил Алексей Терещенко

