

# Дезлоратадин в купировании офтальмологических симптомов аллергического ринита

**На сегодняшний день аллергопатологией страдает около 20% населения земного шара. При этом лидирующие позиции в структуре аллергологической заболеваемости занимает аллергический ринит (АР), возникновение которого зачастую сопряжено с появлением широкого спектра офтальмологических симптомов, негативно сказывающихся на качестве жизни пациентов.**

АР — хроническое заболевание, связанное с развитием воспалительной реакции вследствие попадания аллергенов на слизистую оболочку верхних дыхательных путей, носа и глаз, реализуемой путем IgE-опосредованной дегрануляции тучных клеток с высвобождением гистамина и других медиаторов аллергического воспаления. Запуск аллергической IgE-зависимой реакции происходит в результате повторного контакта сенсибилизированных ранее слизистых оболочек организма с аэроаллергеном (клещами домашней пыли, слюной и перхотью животных, насекомыми, пыльцой растений, плесневыми грибами).

В настоящее время разработано множество классификаций АР, учитывающих причины, механизмы развития и тяжесть течения заболевания. Среди них наибольшее распространение получила классификация, предложенная Международным консенсусом (P. Van Cauwenberge et al., 2000) и предусматривающая выделение сезонного, круглогодичного и профессионального АР, а также классификация Всемирной организации здравоохранения, согласно которой АР может быть представлен двумя формами: интермиттирующей (симптомы беспокоят пациента менее 4 дней в неделю или менее 4 нед в году) или персистирующей (больные предъявляют жалобы на протяжении более 4 дней в неделю или более 4 нед в году).

Ведущими клиническими проявлениями АР служат водянистые выделения из носа, затруднение носового дыхания, жжение и зуд в полости носа, приступообразное чихание.

**Аллергический ринит часто сопровождается развитием такого симптомокомплекса, как аллергический конъюнктивит (АК): на сегодняшний день АК диагностируется у 91% взрослых больных АР (R.A. Nathan et al., 1997; J.B. Austin et al., 1999; W. Berger et al., 2005) и у 40% пациентов с АР в педиатрической практике (D. Strachan et al., 1997).**

**Около 70% взрослых характеризуют глазные симптомы АК и назальные проявления АР как сопоставимые по тяжести.**

Установлено, что наличие глазных симптомов АК ассоциировано с формированием диссомнии, ограничением повседневной активности пациентов и эмоциональным дистрессом (A.D. Pitt et al., 2004; A.F. Smith et al., 2005; D.E. Stull et al., 2009). Наиболее часто больные АК предъявляют жалобы на слезотечение, ощущение инородного тела и/или зуд в глазах, гиперемию и отечность конъюнктивальных оболочек, в ряде случаев отек век и светобоязнь. Указанные симптомы развиваются у сенсибилизированных лиц в результате прямого воздействия аллергенов на конъюнктиву, который инициирует процесс дегрануляции тучных клеток с высвобождением гистамина и других провоспалительных вазоактивных медиаторов (триптаза, простагландина D<sub>2</sub>, лейкотриенов, интерлейкинов, эотаксина), вызывающих глазной зуд, покраснение и хемоз, а также отек век.

Диагностика АК базируется на сборе аллергологического анамнеза; анализе имеющихся клинических симптомов, данных офтальмологического обследования больного, данных прик-теста, конъюнктивальной пробы с аллергенами, лабораторного тестирования с аллергенами, а также общеклинического и инструментального методов обследования.

Современная стратегия лечения пациентов с АР и АК предусматривает использование препаратов различных фармакологических групп, а также методов элиминационной и специфической иммунотерапии.

**Для достижения контроля над симптомами АР в первой линии терапии используют блокаторы гистаминовых рецепторов I типа (H<sub>1</sub>-рецепторов), уменьшающие выраженность ответной реакции организма на гистамин, которая сопровождается повышением проницаемости капилляров и отеком тканей, развитием спазма гладкой мускулатуры.**

Среди блокаторов H<sub>1</sub>-рецепторов предпочтение отдается препаратам II и III поколений, поскольку они

лишены большинства недостатков, свойственных ранним представителям средств данной группы (низкого сродства с H<sub>1</sub>-рецепторами, недостаточной селективности, формирования тахифилаксии, седативного и других нежелательных эффектов).

Один из современных представителей селективных блокаторов периферических H<sub>1</sub>-рецепторов III поколения — препарат Эриус® (дезлоратадин, MSD). Его действующим веществом является дезлоратадин — активный метаболит лоратадина, проявляющий активность, которая в 15 раз больше по сравнению с таковой предшественника (S.C. Anthes et al., 2000). Эриус® обладает высокой селективностью по отношению к H<sub>1</sub>-рецепторам, благодаря чему отсутствуют нежелательные холинолитические эффекты, имеет длительный период полувыведения (около 27 ч), оказывает комплексное антигистаминное, противоаллергическое и противовоспалительное действие, которое обусловливается угнетением высвобождения из тучных клеток и базофильных гранулоцитов гистамина, триптазы, лейкотриенов и простагландинов, подавлением секреции провоспалительных хемокинов (RANTES), экспрессией молекул адгезии, таких как P-селектин (D.K. Agrawal, 2001). Дезлоратадин не проникает через гематоэнцефалический барьер, не вызывает седативного эффекта (в очень редких случаях может возникнуть у некоторых людей) и отличается хорошим профилем кардиологической безопасности (T. Kosoglou et al., 2000; M.E. Vasecki et al., 2001). Благодаря указанным свойствам Эриус является высокоэффективным средством для быстрого устранения аллергических симптомов при поллинозе, АР и АК, крапивнице.

В частности, проведенное в 4 рандомизированных двойных слепых плацебо контролируемых исследованиях изучение эффективности дезлоратадина (5 мг 1 раз в сутки) у пациентов с сезонным АР в возрасте старше 12 лет со среднетяжелым/тяжелым течением заболевания, наличием в анамнезе поллиноза продолжительностью не менее 2 лет, при положительной кожной пробе на сезонный аллерген в течение предыдущего года и отсутствии анатомических изменений носа подтвердило большую активность препарата в отношении уменьшения выраженности симптомов АР (ринореи, зуда, чиханья) по сравнению с таковой при приеме плацебо (R. Lorber et al., 2000; R. Nathan et al., 2000; A. Nayak et al., 2000; V. Premier and the Desloratadine Study Group, 2000). Кроме того, наблюдение F. Horak и соавт. показало, что в отличие от плацебо назначение дезлоратадина в течение нескольких часов после его первого приема ассоциировалось с выраженным снижением индексов заложенности носа; подобная тенденция наблюдалась на протяжении 28 дней исследования (F. Horak, U. Stubner, R. Ziegler et al., 2000).

**Назначение дезлоратадина пациентам с АР не только дает возможность уменьшить назальные проявления заболевания, но и положительно влияет на динамику офтальмологических симптомов данного состояния.**

Исследование INSTANT, проведенное в 2006 г. во Франции, было посвящено изучению влияния глазных симптомов на качество жизни пациентов с АР; и сопутствующим АК (J.M. Klossek, I. Annesi-Maesano, C. Pribil, A. Didier, 2012). В испытании участвовали 4019 человек, у 31,7% из которых был диагностирован АР; у 52% больных (n=663) данная нозология сочеталась с признаками АК. У 57,5% участников наличие указанных симптомов имело место на протяжении более 5 лет, у 30,2% — свыше 6 мес за последние 12 мес. 92,2% пациентов отмечали соответствующие симптомы во время сезона цветения. Выраженность проявлений АК у мужчин была меньшей по сравнению с таковой у женщин (относительный риск — ОР — 0,71; 95% доверительный интервал — ДИ — 0,57-0,89). Поражения глаз были представлены такими основными клиническими симптомами: зудом в глазах (в 51,1% случаев), слезотечением (38,6% случаев), покраснением глаз (6,6% случаев) и отеком век (3,6% случаев), вызывавшими у 51,7% людей больший дискомфорт, чем таковой при назальных проявлениях АР. Среди факторов, провоцировавших развитие

перечисленных нарушений, указывались следующие: пыльца (51,3% случаев), домашняя пыль (34,8% случаев), шерсть, слюна и/или перхоть животных (12,2% случаев), загрязненный воздух (3,8% случаев). В ходе исследования было установлено, что наличие глазных симптомов АР, диагностированных у 38,9% больных и сохранявшихся в последующем у 34,8% пациентов, оказывало негативное влияние на повседневную деятельность: эти показатели служили причиной нечеткости зрения в 47,8% случаев, вызвали снижение повседневной активности испытуемых в 38,8% случаев и их эффективности в профессиональной деятельности в 25,8% случаев, приводили к формированию нарушений сна (16,3% случаев) и эпизодам временной нетрудоспособности (12,9% случаев). В целях купирования проявлений АР со стороны глаз 35,4% больных получали лечение одним из противоаллергических препаратов (дезлоратадином, лоратадином, производными кромоглициевой кислоты, цетиризином или другим), из них 61,9% пациентов продолжили лечение в последующем. Опрос 143 участников группы активного наблюдения показал, что 37,8% из них остались очень довольны результатами терапии, 40,5% — удовлетворены, 15,4% — умеренно удовлетворены, 4,2% — недовольны, а 2,1% — крайне недовольны. Учитывая большую продолжительность наличия глазных симптомов АР у пациентов, получавших лечение в анамнезе, а также значимое негативное влияние данных факторов на качество жизни, исследователями был сделан вывод о необходимости повышения качества диагностики и оптимизации лечебных программ в группе лиц с глазными проявлениями АР.

**В соответствии с результатами рандомизированного плацебо контролируемого исследования, проведенного G.L. Torkildsen и соавт. (2009), назначение дезлоратадина в дозировке 5 мг/сут на протяжении 7 дней позволяет эффективно уменьшить выраженность симптомов АК.**

В исследование были включены взрослые пациенты с сезонным АК в анамнезе и минимальным порогом чувствительности к аллергенам, рандомизированные на две группы: участники первой (n=20) получали дезлоратадин 5 мг в день, второй — плацебо (n=21) в течение 7 дней, после чего все исследуемые были подвергнуты повторному воздействию причинных аллергенов. По завершении 2-недельного «отмывочного» периода методы лечения для всех пациентов были перекрестно изменены. В качестве основного критерия эффективности лечения была выбрана разница в показателях комплексной оценки покраснения глаз (сумма баллов, полученная при оценке покраснения в цилиарных, конъюнктивальных или эписклеральных сосудах), которые были зафиксированы на момент начала и окончания терапии. Второстепенный критерий эффективности предусматривал сравнение субъективной оценки симптомов заболевания (покраснения цилиарной зоны, конъюнктивы или эписклеры, зуда, хемоза, отека век, слезотечения) как у конкретного пациента на протяжении лечения, так и между участниками испытания. По полученным в ходе исследования данным, средняя оценка покраснения уменьшалась после применения дезлоратадина по сравнению с таковой после приема плацебо, однако указанные различия не были статистически значимыми. В то же время дезлоратадин оказался значительно более эффективным в предотвращении глазного зуда (p<0,001). Также было зафиксировано значительное улучшение в отношении цилиарного и эписклерального покраснения, хемоза, отека век и слезотечения при назначении дезлоратадина после проведения провокационных проб (p<0,05 для всех сравнений). Профиль переносимости дезлоратадина в исследовании G.L. Torkildsen и соавт. характеризовался как хороший.

**Таким образом, течение АР достаточно часто усугубляется развитием офтальмологических симптомов, которые вызывают значительное снижение качества жизни больных. Успех лечения данной категории пациентов зависит от своевременной диагностики, рационального использования фармакологических средств, среди которых доказанной эффективностью и безопасностью обладает селективный блокатор периферических H<sub>1</sub>-рецепторов последнего поколения Эриус® (дезлоратадин, MSD).**

Подготовил **Антон Пройдак**

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ

# ЗІННАТ™

оригінальний цефуроксим аксетил

**Має високу клінічну ефективність  
при лікуванні респіраторних інфекцій<sup>1</sup>**

▶ Негоспітальна пневмонія	<b>92%</b>
▶ Тонзиліт	<b>97%</b>
▶ Гострий середній отит	<b>93%</b>
▶ Синусит	<b>89%</b>



Р.С. МОЗ України №UA/5509/02/01, №UA/5509/02/02, №UA/5509/01/01, №UA/11807/01/01

**Виготовлено в Барнард Кастрл, Велика Британія<sup>2</sup> – центральне виробництво цефалоспоринів ГСК, що поставляє Зіннат для більшості країн світу, і України у т.ч.**

**Показання:** лікування інфекцій дихальних шляхів, ЛОР-органів, сечовивідних шляхів, шкіри та м'яких тканин, гонореї, ранніх проявів хвороби Лайма. **Спосіб застосування і дози:** дорослі 250 мг двічі на день при більшості інфекцій, 125 мг двічі на день при інфекціях сечовивідних шляхів, 250 мг двічі на день для лікування пієлонефриту, 500 мг двічі на день при тяжких інфекціях. **Побічна дія** виражена помірно та має в основному зворотній характер: надмірний ріст Candida, еозинофілія, позитивний тест Кумбса, тромбоцитопенія, лейкопенія, гемолітична анемія, реакції гіперчутливості – шкірний висип, кропив'янка, свербіж, медикаментозна лихоманка, сироваткова хвороба, анафілаксія; головний біль, запаморочення, гастроентерологічні розлади, включаючи діарею, нудоту, біль у животі, блювоту; псевдомембранозний коліт, транзиторне підвищення рівня печінкових ферментів (АЛТ, АСТ, ЛДГ), жовтяниця, гепатит; поліморфна еритема, синдром Стивенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз. **Протипоказання:** підвищена чутливість до антибіотиків цефалоспоринового ряду. **Передозування:** можливе подразнення головного мозку і виникнення судом, усувається шляхом гемодіалізу і перитонеального діалізу. **Особливості застосування:** немає досвіду застосування у дітей до 3-х місяців. З обережністю призначається пацієнтам, у яких були алергічні реакції на бета-лактамі антибіотики. Під час лікування хвороби Лайма спостерігалась реакція Яриша-Герксгеймера, яка проходить без лікування. **Вагітність та лактація:** з обережністю призначається в перші місяці вагітності; цефуроксим виділяється з молоком матері, матері, що годують груддю повинні застосовувати його з обережністю.

З повною інформацією про препарат Ви можете ознайомитись в інструкції по застосуванню Р / с № UA/11807/01/01  
Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників

Повідомити про небажане явище або скаргу на якість препарату  
Ви можете у ТОВ ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна за телефоном: (044) 585-51-85

\* Упаковка в саше

1. Адаптовано з Lesley J. Scott et al. Cefuroxime axetil: an update review of its use in the management of bacterial infections Drugs 2001;61 (10): 1455 - 1500.  
2. Інструкція для медичного застосування препарату Зіннат™