

Оригінальний дезлоратадин

ЕРІУС®

НАУКА ПРОТИ АЛЕРГІЇ



ІННОВАЦІЙНА ФОРМУЛА¹
усуває різні симптоми алергії



ПОТРІЙНА ДІЯ¹
протиалергійна, протизапальна, антигістамінна



ЛИШЕ 1 РАЗ НА ДОБУ¹
активний протягом 27 годин

¹ Інструкція для медичного застосування препарату Еріус. Р.П.: таблетки – наказ МОЗ України від 15.02.2017 №UA/5827/01/01, сироп – наказ МОЗ України від 01.02.2013 №UA/5827/02/01. Інформація для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для спеціалістів охорони здоров'я. ТОВ «Байер» 04071, вул. Верхній Вал 4-Б.
тел.: +38(044)220-33-00, www.bayer.ua
L.UK.MKT.CC.03.2017.0235

Аллергический ринит у детей: краткий справочник педиатра

Определение и эпидемиология

Аллергический ринит (АР) – хроническое заболевание слизистой оболочки носа, в основе которого лежит IgE-зависимое аллергическое воспаление, обусловленное воздействием различных причинно-значимых аллергенов.

Распространенность:

- Исследование распространенности симптомов АР и бронхиальной астмы (БА) у детей (ISAAC) показало, что 8,5% (от 1,8 до 20,4%) детей в возрасте 6-7 лет и 14,6% (от 1,4 до 33,3%) в возрасте 13-14 лет имеют симптомы АР (K. Ant, N. Pearce, H.R. Anderson et al. Global map of the prevalence of symptoms of rhinoconjunctivitis in children. The international study of Asthma and Allergies in Childhood ISAAC Phase Three. *Allergy*. 2009; 64: 123-148).
- От 50 до 75% детей с АР страдают БА, у 76% детей с впервые диагностируемой астмой был выявлен АР (G. Roberts, M. Hatzipsaltis, L.M. Borrego et al. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2013; 68: 1102-1116).

Классификация АР в соответствии с рекомендациями «Аллергический ринит и его влияние на астму» (ARIA, 2008, 2010)

По продолжительности симптомов:

- интермиттирующий АР** – симптомы сохраняются <4 дней в неделю или <4 недель подряд в году;
- персистирующий АР** – симптомы сохраняются >4 дней в неделю и >4 недель подряд в году.

По степени тяжести:

- легкий АР** – симптомы не причиняют беспокойства, отсутствуют следующие проблемы:
 - нарушение сна;
 - нарушение повседневной активности, отдыха и/или занятий спортом;
 - нарушение учебного процесса;
- среднетяжелый/тяжелый АР** – симптомы вызывают беспокойство, существует по меньшей мере одна из следующих проблем:
 - нарушение сна;
 - нарушение повседневной активности, отдыха и/или занятий спортом;
 - нарушение учебного процесса.

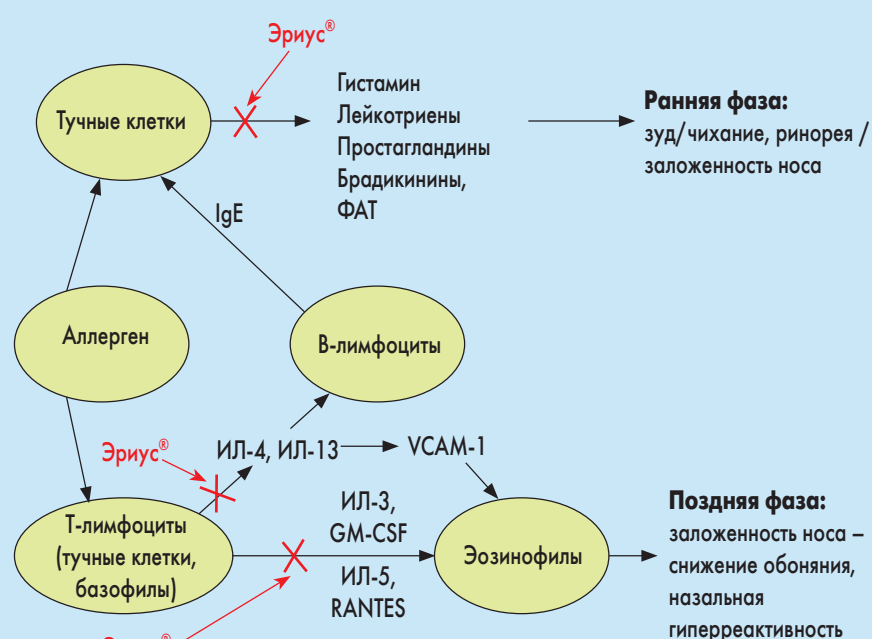
Этиопатогенез

Основные причинно-значимые аллергены:

- клещи домашней пыли;
- пыльца растений (деревьев, сорных и/или злаковых трав);
- аллергены животных (собак, кошек);
- плесневые грибки *Cladosporium*, *Penicillium*, *Alternaria* и др.

Факторы риска:

- отягощенная по аллергической патологии наследственность;
- вирусные инфекции;
- воздействие ингаляционных аллергенов окружающей среды.



ИЛ – интерлейкины, ФАТ – фактор активации тромбоцитов, GM-CSF (granulocyte-macrophage colony-stimulating factor) – гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор, RANTES (regulated on activation, normal T cell expressed and secreted) – хемокин, выделяемый Т-клетками при активации, VCAM (vascular cell adhesion molecule) – молекулы адгезии сосудистого эндотелия.

Типичные клинические симптомы АР

- Ринорея** (отделяемое из носовых ходов прозрачное, слизистого характера).
- Чихание** (нередко приступообразное).
- Зуд**, реж – чувство жжения в носу (иногда сопровождается зудом неба и глотки).
- Заложенность носа**, характерное дыхание ртом, сопение, храп, апноэ, изменение и гнусавость голоса.

Сопутствующие заболевания и возможные осложнения АР у детей

- Прогрессирование АР с развитием БА.
- Гипосмия (нарушение обоняния).
- Нарушения сна.
- Риносинусит.
- Экссудативный отит.
- Протрузия (выступление вперед) резцов.
- Аномалия прикуса (перекрестная окклюзия, высокий свод неба).
- Отклонения в формировании лицевого черепа.

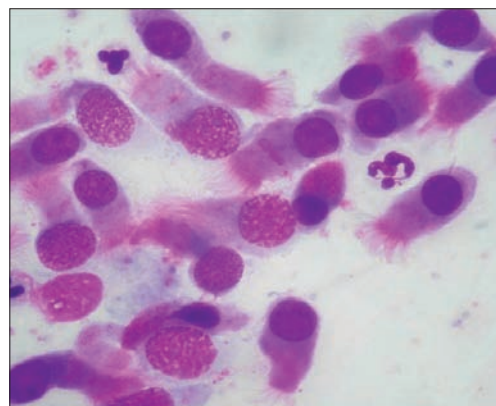


Рис. 2. Нормальная назоцитогамма: у здоровых людей мазок со слизистой оболочки носа представлен многочисленными цилиндрическими клетками и незначительным количеством нейтрофилов. Окрашивание по Май-Грюнвальду-Гимзе (MGG) 1000X

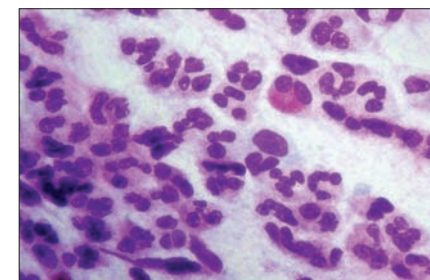


Рис. 3. Круглогодичный аллергический ринит: если воздействие аллергена сохраняется в течение всего года, может быть выявлено минимальное персистирующее воспаление, характеризующееся персистирующей инфильтрацией слизистой оболочки нейтрофилами и незначительным количеством эозинофилов (Е). Окрашивание по Май-Грюнвальду-Гимзе (MGG) 1000X



Рис. 4. Сезонный аллергический ринит: назоцитогамма, сделанная во время сезона пыления; образец характеризуется наличием многочисленных нейтрофилов, лимфоцитов, эозинофилов и тучных клеток, частично дегранулированных. Окрашивание по Май-Грюнвальду-Гимзе (MGG) 1000X

Продолжение на стр. 16.

Аллергический ринит у детей: краткий справочник педиатра

Продолжение. Начало на стр. 15.

Диагностика АР

- Диагноз АР основывается на совпадении типичного течения аллергических симптомов и результатов диагностических тестов.
- При АР часто встречаются офтальмологические симптомы, особенно у пациентов с сенсibilизацией к бытовым аллергенам.
- Основные диагностические тесты – кожные аллергологические пробы со специфическими аллергенами и выявление специфических IgE в крови.
- NB! Измерение общего содержания IgE в крови не имеет диагностического значения при АР.**
- Пациенты с персистирующим АР и/или умеренными/тяжелыми симптомами ринита должны быть направлены на консультацию к аллергологу.
- Пациенты с персистирующим АР и/или умеренными/тяжелыми симптомами ринита нуждаются в углубленном аллергологическом обследовании.

Основные методы клинического, инструментального и лабораторного обследования пациентов с АР:

- сбор аллергологического анамнеза;
- передняя риноскопия;
- кожные аллергологические диагностические пробы, аллергологические провокационные пробы со специфическими антигенами;
- NB! Крайне важна количественная характеристика полученного результата (размер папулы, концентрация sIgE в сыворотке крови).**
- анализ назального секрета и содержимого синусов;
- рентгенологические исследования.

NB! Требования, предъявляемые ARIA и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) к фармакологическим и фармакокинетическим свойствам H1-блокаторов гистамина:

- селективная блокада ими H1-рецепторов;
- высокий антиаллергический эффект;
- быстрое наступление клинического эффекта;
- продолжительность действия 24 ч;
- отсутствие тахифилаксии (возможность длительного применения без снижения клинической эффективности);
- отсутствие клинически значимых взаимодействий с пищей и лекарственными препаратами.

NB! Требования, предъявляемые ARIA и ВОЗ к безопасности H1-блокаторов гистамина:

- отсутствие седации и влияния на познавательные и психомоторные функции;
- отсутствие атропиноподобного действия;
- отсутствие влияния на массу тела;
- отсутствие кардиотоксических эффектов.

Всем вышеперечисленным требованиям отвечает оригинальный дезлоратадин – Эриус®.

Медикаментозное лечение АР

Таблица. Ступенчатый подход к лечению АР по рекомендациям ARIA

Тяжесть АР	Рекомендации
Легкий интермиттирующий	Пероральные АГП / интраназальные АГП и/или деконгестанты
Умеренный/тяжелый интермиттирующий	Пероральные АГП и/или деконгестанты, интраназальные АГП, ИнКС или кромоны
Легкий персистирующий	Пероральные АГП и/или деконгестанты, интраназальные АГП, ИнКС или кромоны Рекомендован ступенчатый подход с повторной оценкой через 2 недели. Если достигнут контроль симптомов и пациент получает ИнКС, следует снизить дозу, а остальное лечение продолжить. Если симптомы сохраняются и пациент получает АГП или кромоны, следует произвести замену на ИнКС
Умеренный/тяжелый персистирующий	ИнКС (первая линия терапии) Если спустя 2-4 недели не достигнут контроль симптомов, следует усилить медикаментозную терапию в зависимости от сохраняющегося симптома. Например, добавить АГП, если основным симптомом является ринорея, зуд или чихание, удвоить дозу ИнКС при сохранении заложенности носа и добавить ипратропий при выраженных проявлениях ринореи

АГП – антигистаминные препараты, ИнКС – интраназальные кортикостероиды.

Основные препараты, используемые в лечении АР

- **Антигистаминные препараты II поколения (системные/местные) – базовая терапия АР вне зависимости от степени его тяжести.**
Они уменьшают выраженность таких симптомов АР, как зуд, чихание и ринорея.
- **Интраназальные кортикостероиды**, купируя воспаление при АР, эффективно снижают степень выраженности таких симптомов, как зуд, чихание, ринорея и заложенность носа, а также уменьшают офтальмологическую симптоматику.
- **Антагонисты лейкотриеновых рецепторов** эффективны как при интермиттирующих проявлениях, так и при персистенции АР, особенно в случае сопутствующей БА.
- **Средства элиминационно-ирригационной терапии** применяют для очищения и увлажнения носовых ходов.
- **Назальные деконгестанты** назначают лишь при выраженной заложенности носа коротким курсом (не более 5 сут) для исключения риска развития медикаментозного ринита.
- **Кромоны** – блокируют высвобождение медиаторов из тучных клеток, однако их применение ограничено вследствие недостаточной эффективности по сравнению с другими средствами для лечения АР.
- **Интраназальные антихолинергические препараты (ипратропий)** – уменьшают только ринорею.

NB! Помимо выраженной антигистаминной активности, дезлоратадин (Эриус®) обладает дополнительными антиаллергическими эффектами, не связанными с блокадой H1-гистаминовых рецепторов:

- **противовоспалительным действием** – ингибирует высвобождение медиаторов хронического воспаления:
 - провоспалительных цитокинов, включая ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-13;
 - хемокинов;
 - экспрессию молекул адгезии;
- **антиаллергическим действием** – ингибирует высвобождение из тучных клеток медиаторов острого воспаления:
 - гистамина;
 - лейкотриена C4;
 - простагландина D2;
 - триптазы.

11 ключевых преимуществ использования препарата Эриус® в лечении детей с АР

1. Является оригинальным препаратом дезлоратадина, досконально и всесторонне изученным в ходе многочисленных доклинических и клинических исследований.
2. Может назначаться детям начиная с 6-месячного возраста.
3. Быстрота действия – дезлоратадин определяется в плазме в течение 30 мин после приема, максимальная концентрация достигается в период от 2 до 6 ч (в среднем через 3 ч) после однократного приема препарата в дозе 5 мг.
4. Имеет солидную доказательную базу, насчитывающую в целом 192 клинических исследования с участием более 500 тыс. пациентов.

5. Характеризуется высоким профилем безопасности у детей, который отдельно изучался в ходе 3 рандомизированных плацебо-контролируемых двойных слепых исследований.
6. Выпускается в специально предназначенной для детей лекарственной форме (сироп).
7. Достоверно уменьшает выраженность всех основных симптомов АР.
8. Не вызывает тахифилаксии: при длительном применении достоверно сохраняет свою эффективность, купируя симптомы АР.
9. Не вызывает удлинения интервала Q–T и не влияет на другие параметры сердечной проводимости.
10. Не взаимодействует с пищей, не метаболизируется системой цитохромов печени

и не взаимодействует с белками транспортной системы, что сводит к минимуму возможность лекарственного взаимодействия.

11. Не проникает через гематоэнцефалический барьер, не оказывает седативного действия и не угнетает психомоторных реакций.

Схема назначения препарата Эриус® в педиатрической практике

Возраст ребенка	Доза и кратность приема
1-5 лет	2,5 мл (1,25 мг) 1 р/сут
6-11 лет	5 мл (2,5 мг) 1 р/сут
≥12 лет	10 мл (5 мг) 1 р/сут

Подготовила Елена Терещенко

3