

Дезлоратадин в лечении сезонных аллергических заболеваний

Одним из самых распространенных сезонных аллергических заболеваний, по мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, является поллиноз. В разных странах мира от 1 до 20% населения страдают от аллергического ринита, конъюнктивита и других проявлений аллергии вплоть до бронхиальной астмы. По данным мировой статистики, около 40% людей подвержены аллергическим заболеваниям.

Поллиноз вызывается пыльцой растений и спорами грибов, концентрация которых в воздухе при определенных условиях значительно увеличивается (например, в сухую, ветреную погоду). В то же время выраженность симптомов поллиноза уменьшается в сырую, дождливую погоду, на фоне снижения содержания пыльцевых аллергенов в воздухе. В зависимости от периода цветения растений выделяют три пика заболеваемости: весенний, летний и осенний. Тем не менее у некоторых больных клинические проявления могут наблюдаться от начала весны до глубокой осени. Пик заболеваемости приходится на август – сентябрь (период пыления амброзии, ольхи, лебеды, ромашки, одуванчика, подсолнечника, тополя и др.). Причиной пыльцевой аллергии чаще являются ветроопыляемые растения, поскольку они выделяют в воздух значительно больше пыльцы, чем опыляемые насекомыми.

В основе патогенеза заболевания лежит аллергическая реакция немедленного типа. Аллергеном (антигеном) для больного является пыльца, которая попадает на слизистую оболочку носа, глотки, конъюнктивы. При этом в течение 30 с происходит контакт аллергена с иммунокомпетентными клетками, запускающий каскад реакций, направленных на выработку антител (IgE). При повторном попадании аллергена на слизистую оболочку возникает IgE-зависимая активация тучных клеток в слизистой оболочке носа, что вызывает выброс медиаторов воспаления и появление характерных симптомов.

Основными проявлениями поллиноза являются интермиттирующий, или сезонный, аллергический ринит, а также конъюнктивит. Несколько реже встречаются аллергический фарингит, отит (особенно у детей), пыльцевая бронхиальная астма (у 20% больных), дерматит, энтерит. В клинической картине поллиноза доминирует риноконъюнктивальный синдром, выражающийся в профузном ринорее во время цветения какого-либо растения, чихании, нарушении носового дыхания и отеке слизистой носа, усиливающихся в ночное время. Назальный секрет вязкий, т. к. содержит значительное количество эозинофилов. Поллинозный конъюнктивит занимает ведущее место среди заболеваний, объединенных общим названием «синдром красного глаза» (Ю.Ф. Майчук, 2000) и проявляющихся зудом глаз, век, жжением, слезотечением, отеком и гиперемией конъюнктивы. При тяжелом многолетнем течении поллиноза у 10-30% больных может возникать пыльцевая бронхиальная астма, для которой характерны классические приступы удушья в период пыления соответствующих растений.

Наряду с поражениями респираторного тракта в патологический процесс при поллинозе могут быть вовлечены кожные покровы, что выражается в появлении крапивницы и отека Квинке; желудочно-кишечный тракт (тошнота, боли в эпигастрии, нарушения стула), нервная система (головные боли, слабость, расстройство сна, повышение температуры тела).

Помимо этого, описаны случаи контактного дерматита, мозговых явлений типа эпилепсии, поражения печени, сердца, легких (эозинофильный инфильтрат), половых органов, мочевыводящих путей.

В последние десятилетия в современной пульмонологии и оториноларингологии важным направлением стала предложенная J. Grossman концепция

(one airway, one disease – единые дыхательные пути, одна болезнь), согласно которой воспаление верхних и нижних дыхательных путей следует рассматривать как единый патологический процесс. Исходя из этой концепции можно предположить общность патофизиологического механизма гиперпродукции слизи бокаловидными клетками верхних и нижних дыхательных путей. Ярким примером такой взаимосвязи являются аллергический ринит и бронхиальная астма, поскольку ухудшение проявлений ринита ассоциировано с персистенцией астматических симптомов. Пациенты с аллергическим ринитом имеют больше шансов заболеть бронхиальной астмой, т. к. ринит, как правило, предшествует формированию бронхиальной астмы (у 32-49% больных).

NB! Безопасность применения и хорошая переносимость у детей были подтверждены в двух рандомизированных плацебо контролируемых клинических исследованиях, в которых приняли участие соответственно 111 и 120 детей в возрасте от 2 до 11 лет, страдающих аллергическим ринитом и хронической идиопатической крапивницей. Было выявлено, что частота возникновения побочных эффектов при применении дезлоратадина не превышала таковую в группе плацебо (5,4 и 6,7% соответственно).

Несмотря на то что диагностика поллинозов не вызывает особых трудностей, пациенты обращаются за помощью к врачам различных специальностей (терапевтам, педиатрам, аллергологам, дерматологам, пульмонологам и др.). Важную роль в этом процессе играют сбор анамнеза, позволяющий установить причину аллергии, а также физикальное и инструментальное обследование больного. В частности, риноскопия позволяет обнаружить характерные симптомы аллергического ринита: отек слизистой оболочки носа, сужение носовых ходов, прозрачные слизистые выделения. При инстиляции сосудосуживающими препаратами отек слизистой оболочки сохраняется.

При проведении анализа крови чаще всего выявляются эозинофилия и увеличение сывороточной концентрации IgE, рентгенография в большинстве случаев показывает изменения слизистых оболочек придаточных пазух в виде концентрического пристеночного затемнения.

В терапии поллинозов особое внимание уделяют элиминации аллергенов. Для этого ограничивают пребывание на улице в сухую жаркую погоду и в утренние часы. Желательно уменьшить использование очистителей воздуха, аэрозолей, спреев. Следует избегать выездов на природу, рекомендованы смена климата, планирование отпуска с учетом сроков пыления растений. Также стоит остерегаться контакта с родственными растительными аллергенами, пищевыми продуктами, фитопрепаратами.

В ряде случаев исключительно профилактических мероприятий оказывается недостаточно для предупреждения симптомов поллиноза, что диктует необходимость использования фармакологических средств. На протяжении последних лет средством выбора при поллинозах считается антигистаминный препарат III поколения дезлоратадин, являющийся активным действующим веществом препарата Эриус®, доступного в таблетированной форме и в виде сиропа для детей (детям Эриус® может назначаться с 6-месячного возраста).

Дезлоратадин является селективным блокатором периферических гистаминовых H₁-рецепторов пролонгированного действия, который не оказывает седативного эффекта, не проникает через гематоэнцефалический барьер, не влияет на центральную нервную систему и скорость психомоторных реакций. Препарат не только облегчает течение аллергических реакций, но и предупреждает их развитие, обладает противозудным, противовоспалительным действием; уменьшает проницаемость капилляров, предупреждает развитие отека путем подавления реакций, лежащих в основе аллергического воспаления. Действие препарата начинается в течение 30 мин после приема внутрь и длится около 24 ч.

Эффективность и безопасность дезлоратадина были подтверждены в ходе многочисленных исследований. Так, изучение долгосрочной стратегии применения антигистаминных препаратов III поколения, в котором сравнивалась эффективность регулярного применения дезлоратадина и его использования в режиме «по требованию», выявило улучшение качества жизни пациентов, ежедневно применяющих препарат, уже на 3-м и 4-м визите.

Все пациенты получали дезлоратадин (Эриус®) в дозе 5 мг 1 раз в день в течение 28 дней. Показано, что в группе ежедневного применения дезлоратадина частота достижения полной ремиссии к концу исследования была выше, а потребность в назначении резервной терапии возникала реже (J. Ring et al., 2001; E. Monroe et al., 2003; E. Nettis et al., 2004; J.J. Grob et al., 2008). Побочные эффекты проявлялись в виде головной боли и встречались не более чем у 5% больных. На основании полученных результатов авторы исследования пришли к выводу, что ежедневное применение Эриуса позволяет поддерживать качество жизни пациентов с аллергопатологией на более высоком уровне, чем использование в режиме «по требованию».

Схожие данные были получены в ходе масштабного многоцентрового исследования, проведенного в Германии (N. Filho, A. Zavadniak, C. Souza et al., 2004). Эффективность этого средства была оценена как хорошая и отличная 91,2% пациентов и 92,6% врачей. Кроме того, 98,9% врачей и 98,5% пациентов охарактеризовали общую безопасность и переносимость терапии как хорошую (уровень зарегистрированных побочных эффектов составил всего 0,44%).

NB! Эриус® хорошо зарекомендовал себя в лечении не только аллергического ринита, но и бронхиальной астмы. Препарат эффективно устраняет симптомы данного заболевания. Клинический эффект обусловлен противоотечным действием на слизистую оболочку полости носа. Эриус® улучшает показатели функции внешнего дыхания и снижает потребность в противоастматических средствах (С.Е. Ваена-Сагнари, 2001).

Показаниями к применению препарата являются интермиттирующий и персистирующий ринит, симптомы, связанные с крапивницей. Препарат не обладает седативным эффектом, следовательно, не оказывает влияния на скорость реакции при управлении автомобилем или другими техническими устройствами. Эриус® назначается 1 раз в сутки независимо от приема пищи.

Таким образом, высокая эффективность и благоприятный профиль безопасности дезлоратадина, доказанные в ходе клинических исследований, а также многолетний опыт успешного практического применения позволяют рекомендовать препарат Эриус® в качестве средства выбора для лечения аллергического ринита и крапивницы.

Подготовила Мария Бобришева