

Е.П. ТЕРЕХОВА¹, к.м.н., Д.В. ТЕРЕХОВ², к.м.н.¹ Российская медицинская академия последипломного образования, Москва² Городская клиническая больница № 52, Москва

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ:

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ

Статья посвящена актуальной проблеме клинической аллергологии – диагностике и лечению аллергического ринита (АР). В статье освещаются вопросы распространенности АР, обсуждаются вопросы классификации, этиологии, патогенеза заболевания. Подробно обсуждаются подходы к его диагностике и лечению в зависимости от тяжести течения АР и наличия сопутствующих заболеваний.

Рассмотрен механизм действия препарата дезлоратадин – неседативного, длительно действующего антигистаминного препарата, обладающего высокой степенью аффинности к H₁-рецепторам. На основании данных ряда исследований показано, что дезлоратадин характеризуется высокой эффективностью в купировании симптомов аллергического ринита, хорошо переносится и улучшает качество жизни больных.

Ключевые слова: аллергический ринит, фармакотерапия, дезлоратадин.

E.P. TEREKHOVA¹, PhD in medicine, D.V. TEREKHOV², PhD in medicine

¹ State Budgetary Educational Institution for Continuing Professional Education, Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow, Department of Clinical Allergology

² City Clinical Hospital № 52 Moscow

ALLERGIC RHINITIS: MODERN METHODS OF TREATMENT

The article is devoted to the actual problem of clinical allergy – diagnosis and treatment of allergic rhinitis (AR). The article highlights the issues of prevalence of AR, discusses classification, etiology, pathogenesis of the disease. Detailed discussion of approaches to its diagnosis and treatment, depending on the severity of AP and the presence of comorbidities.

The mechanism of action of the drug desloratadine – non-sedating, long-acting antihistamine that has high affinity for H₁-receptors. On the basis of a number of studies have shown that desloratadine is highly effective in relieving the symptoms of allergic rhinitis, is well tolerated and improves the quality of life of patients.

Keywords: allergic rhinitis, pharmacotherapy, desloratadine.

Аллергический ринит (АР) – проблема, с которой сталкиваются пациенты любого возраста. Это заболевание ведет к развитию серьезных расстройств, нарушению трудоспособности, ограничению жизнедеятельности, возникновению социальных проблем, отрицательно влияя на сон, обучение в школе, работу, самочувствие и качество жизни [1].

Аллергический ринит – заболевание, характеризующееся наличием иммунологически обусловленного (чаще всего IgE-зависимого) воспаления слизистой оболочки носа, вызванного причинно-значимым аллергеном, и клинически проявляющееся ежедневно в течение не менее часа, двумя и более симптомами: обильной ринореей, затруднением носового дыхания, зудом в полости носа, повторяющимся чиханием и нередко anosмией [2].

АР является самым распространенным в мире аллергическим заболеванием – им страдают порядка 615 млн человек. Распространенность АР во взрослой популяции составляет 10–30% и достигает 42% среди детей. Средний возраст дебюта заболевания составляет 10 лет, а наибольшее число заболевших регистрируется в возрасте между 13 и 19 годами [3].

Важность проблемы АР обусловлена его тесной связью с такими заболеваниями, как бронхиальная астма, острый и хронический риносинусит, аллергический конъюнктивит. Установлено, что у 24% детей аллергический ринит явился предрасполагающим фактором для развития острого и хронического среднего отита, а в 28% случаев – хрониче-

ского риносинусита. Симптомы ринита присутствуют у 88% больных бронхиальной астмой. Медико-социальное значение аллергического ринита обусловлено его широкой распространенностью, влиянием на качество жизни больных, способностью ухудшать течение бронхиальной астмы и часто предшествовать ее развитию (у 32–49% больных) и влиять на развитие других заболеваний ЛОР-органов [4, 5]. К сожалению, необходимо констатировать, что АР до настоящего времени недостаточно хорошо диагностируется и лечится.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ АР

Причиной АР являются экзоаллергены: пыльцевые, бытовые, эпидермальные, грибковые. Аллергены пыльцы растений представляют наиболее многочисленную группу и являются причиной развития аллергических заболеваний – поллинозов. Большинство случаев АР у пациентов, проживающих в средней полосе РФ, является следствием сенсибилизации аэроаллергенами жилых помещений. К ним относятся: аллергены клещей домашней пыли (семейства Pyroglyphidae: Dermatophagoides pteronissimus, farinae и microceras, Euroglyphus), эпидермальные аллергены домашних животных (прежде всего, кошек и собак), аллергены насекомых (тараканов) и аллергены плесневых грибов.

Механизм развития АР представляет собой классический пример немедленной IgE-обусловленной аллергической реакции. В ранней фазе развития аллергической

реакции ведущая роль принадлежит гистамину, который повышает проницаемость сосудистой стенки и вазодилатацию, вызывая отек, ринорею, гиперемию. Через несколько часов начинается поздняя фаза аллергической реакции, во время которой активируется клеточный ответ: адгезия циркулирующих нейтрофилов и инфильтрация тканей; активированные воспалительные клетки также высвобождают провоспалительные медиаторы (цитокины, лейкотриены и простагландины), пролонгируя и усиливая аллергический каскад.

КЛАССИФИКАЦИЯ

АР классифицируется по форме, характеру, тяжести течения, стадии заболевания.

Формы аллергического ринита:

■ Сезонный аллергический ринит (САР) возникает при сенсибилизации к пыльцевым и грибковым аллергенам: пыльце деревьев, злаковых и сорных трав, спорам грибов *Cladosporium*, *Penicillium*, *Alternaria*, *Aspergill* и др.

■ Круглогодичный аллергический ринит (КАР) развивается у пациентов с сенсибилизацией к аллергенам клещей домашней пыли, библиотечной пыли, эпидермальным аллергенам животных и птиц, инсектным аллергенам, аллергенам плесневых грибов, пищевых продуктов и лекарственных препаратов при постоянном их приеме, профессиональным аллергенам.

Классификация международных согласительных документов по АР (ЕААСI/WAO, ARIA 2008, 2010), которой в настоящее время отдается предпочтение, предлагает разделять АР:

■ по характеру течения: интермиттирующий АР (симптомы беспокоят менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в году), персистирующий АР (симптомы беспокоят более 4 дней в неделю или более 4 недель в году).

■ по тяжести течения: легкая степень тяжести АР (у пациента имеются лишь незначительные клинические проявления болезни, не нарушающие дневную активность и сон); средней степени тяжести АР (симптомы нарушают сон пациента, препятствуют работе, учебе, занятиям спортом). Качество жизни существенно ухудшается; тяжелая форма АР (симптомы настолько выражены, что пациент не может нормально работать, учиться, заниматься спортом или проводить досуг и спать ночью, если не получает лечения).

■ по стадии течения АР подразделяется на стадию обострения и стадию ремиссии [2].

КЛИНИКА

Основные симптомы:

■ ринорея (водянистые выделения из носа);
■ чихание – нередко приступообразное, чаще в утренние часы, пароксизмы чихания могут возникать спонтанно;
■ зуд, реже – чувство жжения в носу (иногда сопровождается зудом нёба и глотки); зуд носа может проявляться характерным симптомом – «аллергическим салютом» (постоянное почесывание кончика носа с помощью ладони движением снизу вверх);

■ заложенность носа, характерное дыхание ртом, сопение, храп, изменение голоса;
■ снижение обоняния.

Дополнительные симптомы:

■ раздражение, отечность, гиперемия кожи над верхней губой и у крыльев носа;

■ носовые кровотечения вследствие форсированного сморкания;

■ боль в горле, покашливание (проявления сопутствующего аллергического фарингита, ларингита);

■ боль и треск в ушах, особенно при глотании; нарушение слуха (проявления аллергического тугоухости);

Общие неспецифические симптомы:

■ слабость, недомогание, раздражительность;

■ головная боль, повышенная утомляемость, нарушение концентрации внимания;

■ нарушение сна, подавленное настроение;

■ редко – повышение температуры.

ДИАГНОСТИКА АР

Обследование пациентов с АР включает:

Аллергологический анамнез – сбор анамнеза, который имеет первостепенное значение в диагностике АР. Необходимо обращать внимание на продолжительность симптомов заболевания, выявление возможных триггеров, его провоцирующих, ответ на фармакотерапию, наличие сопутствующих заболеваний, семейного анамнеза атопии, влияние на течение заболевания экологических факторов, наличие профессиональных вредностей, а также влияние всех этих факторов на качество жизни пациента. Правильно собранный анамнез помогает определить возможные пусковые механизмы в развитии АР и предполагаемые причинно-значимые аллергены [7, 8].

Физикальное обследование – обращают внимание на затрудненное носовое дыхание, приступообразное чихание, постоянное обильное отделение водянистого секрета из полости носа. В случае присоединения вторичной инфекции выделяемый секрет может носить слизистого характера.

Аллергологические исследования – проведение специфической аллергологической диагностики включает постановку кожных проб с аллергенами, определение специфических IgE-антител, проведение назального провокационного теста со специфическими аллергенами. Все эти методы специальной диагностики проводятся врачами-аллергологами и иммунологами в специально оборудованных аллергологических кабинетах.

Лабораторные исследования – цитологическое исследование секрета из полости носа (мазок) на наличие эозинофилов (характерно увеличение относительного количества эозинофилов до 10% и более от общего количества клеток). Общий анализ крови проводят с целью выявления эозинофилии (чаще обнаруживают в период обострения заболевания).

Обязательные инструментальные исследования – при передней риноскопии отмечают значительное количество водянистого секрета, резкий отек носовых раковин,

ярко-красный цвет слизистой оболочки в период обострения сезонного АР, серый или цианотичный цвет – при круглогодичном АР, наличие характерной «мраморности» слизистой оболочки (симптом Воячека).

Дополнительные инструментальные исследования:

- рентгенологическое исследование полости носа и придаточных пазух носа;
- компьютерная томография полости носа и придаточных пазух носа;
- риноманометрия;
- эндоскопическое исследование полости носа;
- аппликационная проба с раствором адреналина гидрохлорида 0,1% для демонстрации обратимости назальной обструкции [2].

Оценки наличия сопутствующих заболеваний: астма, синусит, ларингит, фарингит хронический, средний отит, снижение слуха, головная боль.

Оценки качества жизни: учеба, работа, нарушение сна и социальной активности. Оценивают изменение качества жизни больных АР с помощью специальных вопросников RQLQ (Rhino conjunctivitis quality of life questionnaire – вопросник для оценки качества жизни при риноконъюнктивитах) и WPAI-S (Alergic-specific work productivity and activity impairment questionnaire – вопросник по аллерген-специфическому нарушению работоспособности) [9].

ЛЕЧЕНИЕ АР

Цель лечения – полный контроль над симптомами АР.

Для лечения АР современная доказательная медицина предлагает несколько методов:

- элиминацию причинно-значимого аллергена;
- фармакотерапию;
- иммунотерапию аллергенами;
- образовательные программы для пациентов.

К специфическим методам лечения, изменяющим течение болезни, относят элиминацию аллергена и иммунотерапию аллергенами [10].

Обязательным условием выбора тактики лечения остается индивидуальный подход к каждому больному, учитывающий клинические особенности формы и тяжести патологии, а также социальные, поведенческие и психологические аспекты, являющиеся существенными для данного пациента.

Элиминационные мероприятия

Степень тяжести и течение АР определяются концентрацией аллергенов в окружающем воздухе. Элиминация аллергенов уменьшает выраженность проявлений АР и потребность в медикаментозном лечении. Однако в большинстве случаев полное исключение контакта с аллергеном по практическим или экологическим причинам невозможно. Тем не менее все возможные меры по уменьшению контакта с аллергеном должны быть приняты как первый шаг в лечении АР. Особое внимание рекомендуют уделять этим мероприятиям, когда существуют серьезные ограничения для приема многих фармакологических препаратов (беременность, ранний возраст, наличие сопутствующей патологии).

Общеизвестные элиминационные мероприятия включают использование специальных фильтров, ежедневную влажную уборку, исключение контакта с домашними животными, переезд на время цветения причинно-значимых растений в другую климатическую зону, исключение из рациона перекрестно-реагирующих продуктов.

К числу приемов элиминации аллергена, исключения его контакта со слизистой полости носа относится ирригационная терапия, включающая различные методы и способы промывания носа и орошения буферными и солевыми растворами. Особенно важны элиминационные мероприятия для пациентов, имеющих ограничения для приема многих фармакологических препаратов (беременные и кормящие женщины, дети раннего возраста, больные с тяжелой сопутствующей патологией) [11, 12].

Образовательные программы

Важную роль играют образовательные программы для пациентов. Доказано, что обучение пациентов способно изменить течение заболевания за счет улучшения контроля состояния и качества жизни.

Пациенты должны быть проинформированы о природе заболевания, причинах и механизмах ринита, симптомах и доступных методах лечения. Необходимо предоставить информацию о способах элиминации или ограничения контакта с аллергеном, лекарственной терапии.

Иммунотерапия аллергенами

Иммунотерапия аллергенами – это лечение возрастающими концентрациями и дозами аллергена, вводимого чаще всего подкожно или сублингвально. Иммунотерапия аллергенами имеет принципиальные преимущества перед всеми другими методами терапии, так как действует не на симптомы заболевания, а видоизменяет характер реагирования организма на аллерген, вмешивается собственно в патогенез заболевания и поэтому влияет на все патогенетические звенья аллергической реакции. Эффективность иммунотерапии аллергенами выражается в уменьшении продолжительности обострения, уменьшении выраженности симптомов, уменьшении потребности в медикаментах как базисной, так и симптоматической терапии. Данное лечение проводится только под наблюдением врача-аллерголога и иммунолога [13].

Фармакотерапия

Фармакотерапия занимает важнейшее место в контроле над симптомами АР. Объем медикаментозной терапии и выбор лекарственного средства зависят от многообразия клинических симптомов заболевания и соматической патологии. В арсенале врачей имеется большое количество эффективных лекарственных средств, однако в настоящее время не существует препаратов, полностью лишенных побочных эффектов. После отмены препаратов симптомы заболевания, как правило, возобновляются. Для лечения АР с позиции доказательной медицины используются различные группы лекарственных препаратов:

- пероральные и топические антигистаминные средства,
- топические и системные кортикостероиды,
- стабилизаторы мембран тучных клеток (интраназальные кромоны),
- интраназальные и оральные деконгестанты,

- интраназальные антихолинергические средства,
- антилейкотриеновые препараты.

Не рекомендуется применять:

- антигистаминные препараты 1 поколения для базисного приема в связи с седативным эффектом, негативным влиянием на когнитивные функции, астму и другие сопутствующие заболевания,
- системные ГКС (в/м, пролонгированные) [10].

В *таблице 1* представлены клинические эффекты различных фармакологических препаратов при аллергическом рините.

В документе ВОЗ ARIA (2001–2010 гг.) рекомендуется принцип ступенчатой терапии в зависимости от формы и степени тяжести АР [10]. При легком течении АР назначают монотерапию неседативными H₁-блокаторами или антигистаминными препаратами местного действия или препараты кромогликата и недокромила натрия или антилейкотриеновые препараты.

При среднетяжелом течении АР, а также отсутствии эффекта на первой ступени лечения назначаются топические (назальные) глюкокортикоиды. При тяжелом течении или неэффективности второй ступени лечения ринита используют комбинацию назальных топических стероидов и неседативных пероральных антигистаминных препаратов. При отсутствии эффекта рекомендуют увеличить дозу назальных глюкокортикоидов до максимально разрешенной, при необходимости назначить короткий курс деконгестантов (7–10 дней) или системных стероидов (максимально до 3 недель) – применять преднизолон (20–40 мг/сут *per os*) [10].

Согласно рекомендациям ARIA 2008, применение антигистаминных препаратов 1 поколения для базисного приема не рекомендуется в связи с их выраженным седативным и антихолинергическим эффектом. Некоторые из них проявляют кардиотоксичность при передозировке, сокращают фазы быстрого сна, снижают способность к обучению и производительность труда, что неоднократно служило причиной автомобильных катастроф, а также гибели младенцев из-за случайной или преднамеренной передозировки [10].

H₁-антигистаминные препараты второго поколения в настоящее время являются препаратами выбора при АР, имеют благоприятный коэффициент соотношения эффективности и безопасности [15].

Преимущества антигистаминных препаратов второго поколения:

- Высокая специфичность и высокое сродство к H₁-рецепторам.
- Быстрое начало действия.
- Достаточная продолжительность антигистаминного эффекта (до 24 ч).
- Отсутствие блокады других типов рецепторов.
- Практически не проникают через гематоэнцефалический барьер в терапевтических дозах.
- Отсутствие связи абсорбции и приема пищи.
- Отсутствие тахифилаксии.

Оптимальные антигистаминные средства должны обладать:

- выраженным, быстро проявляющимся и продолжительным противоаллергическим эффектом;
- возможностью их длительного применения без потери эффективности, отсутствием развития сонливости, снижения работоспособности, способности к обучению и других неблагоприятных эффектов;
- возможностью использования с другими лекарственными веществами и продуктами [16].

Этим требованиям соответствует антигистаминный препарат дезлоратадин – первичный активный метаболит лоратадина. Препарат обладает самым высоким сродством к H₁-гистаминовым рецепторам. Дезлоратадин отличается наибольшей аффинностью среди других препаратов 2-го поколения: в 200 раз большей, чем фексофенадин, в 50 раз, чем лоратадин и цетиризин, и в 3 раза большей левоцетиризина [17, 18]. Доказано, что дезлоратадин не вызывает холиноблокирующие эффекты (сухость во рту, нарушение зрения, задержка мочи, запор, тахикардия), его аффинность в 50–100 раз меньше к М-холинорецепторам, чем к H₁-рецепторам [19].

Дезлоратадин ингибирует каскад реакций аллергического воспаления, в т. ч. высвобождение провоспалительных цитокинов, включая интерлейкины ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-13, высвобождение провоспалительных хемокинов, продукцию супероксидных анионов активированными полиморфноядерными нейтрофилами, адгезию и хемотаксис эозинофилов, выделение молекул адгезии, таких как Р-селектин, IgE-опосредованное высвобождение гистамина, простагландина D₂ и лейкотриена C₄. Таким образом,

предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций. Механизм противовоспалительного эффекта H₁-блокаторов связан с подавлением экспрессии гена – регулятора нуклеарного фактора-κВ (NF-κB). NF-κB регулирует продукцию большинства провоспалительных цитокинов и активируется через H₁-рецепторы даже в отсутствие гистамина. H₁-блокаторы 2-го поколения подавляют активность NF-κB; по выраженности этого

Таблица 1. Клинические эффекты фармакологических препаратов при аллергическом рините [14]

Характеристика	Пероральные H ₁ -блокаторы	Интраназальные H ₁ -блокаторы	Интраназальные ГКС	Деконгестанты	Интраназальные кромоны
Ринорея	++	++	+++	0	+
Чихание	++	++	+++	0	+
Зуд	++	++	+++	0	+
Заложенность носа	+	+	+++	++++	+
Начало действия	1 ч	15 мин	12 ч	5–15 мин	Различно
Длительность	12–24 ч	6–12 ч	6–24 ч	3–6 ч	2–6 ч

Таблица 2. Частота побочных эффектов у пациентов с АР на фоне лечения дезлоратадином в клинических исследованиях

Характер побочных эффектов	Дезлоратадин, %	Плацебо, %
Фарингит	4,1	2,0
Сухость во рту	3,0	1,9
Миалгия	2,1	1,8
Слабость	2,1	1,2
Сонливость	2,1	1,8

эффекта препараты располагаются в следующем порядке: дезлоратадин > цетиризин > лоратадин > фексофенадин [20].

Действие дезлоратадина начинается в течение 30 мин после приема внутрь и продолжается в течение 24 ч. Препарат не вызывает удлинения интервала QT на ЭКГ.

Дезлоратадин не показал клинически значимых взаимодействий с кетоконазолом, эритромицином, азитромицином, циметидином, флуоксетином. Прием пищи или алкоголя практически не изменяет фармакологические свойства препарата. Препарат не нарушает психомоторные и когнитивные функции. В клинических исследованиях дезлоратадин не оказывал негативного воздействия на:

- вождение транспорта и психомоторную деятельность (результаты сравнимы с плацебо) – выполнение задач во время имитированного управления полетом (результаты сравнимы с плацебо),

- бдительность (концентрацию внимания) и познавательную деятельность (результаты сравнимы с плацебо + положительное влияние на когнитивные функции у пациентов с САР) [21].

Исследования последних лет показали, что концентрация лекарственных препаратов в ЦНС зависит от таких факторов, как липофильность, способность к ионизации и участие механизма эфлюкса через транспортер Р-гликопротеин – Р-рр. Дезлоратадин не проникает через гематоэнцефалический барьер и не обладает седативным эффектом. В крупном когортном исследовании в Великобритании (n > 24 тыс.) у больных АР, получавших дезлоратадин и левоцетиризин в реальной практике, частота развития сонливости/седации составила 0,08% (9 случаев) и 0,37% (46 случаев) соответственно. При этом риск развития случаев седации был в 5 раз выше в течение первого месяца приема левоцетиризина по сравнению с дезлоратадином [22].

Анализ безопасности дезлоратадина по базе данных исследований (около 6 тыс. больных) показывает частоту возникновения нежелательных реакций, сравнимую с уровнем плацебо (табл. 2) [23].

Не выявлено различий в частоте нежелательных реакций у детей в возрасте 2–11 лет на фоне приема дезлоратадина (12,7 против 10,7% на плацебо); у пожилых лиц частота нежелательных реакций оказалась даже меньше уровня плацебо (1,7 против 10,0% соответственно) [23].

Представляют интерес результаты изучения эффективности и переносимости дезлоратадина в постмарке-

тинговых наблюдательных исследованиях реальной клинической практики, охватывающих большую популяцию пациентов с разными аллергическими заболеваниями. Эффективность и переносимость дезлоратадина в реальной клинической практике лечения аллергических заболеваний изучалась в четырех крупных наблюдательных исследованиях 2001–2002 гг. в Германии [24]. Общее число пациентов в возрасте старше 12 лет в данном метаанализе составило 77 880. Основными заболеваниями были АР с характерными симптомами со стороны носа, сопутствующими глазными симптомами и хроническая идиопатическая крапивница. Симптомы аллергических заболеваний оценивались дважды: исходно и в конце лечения (табл. 3); дополнительно проводилась оценка степени нарушения сна и дневной активности, а также частота побочных эффектов. Умеренные и тяжелые проявления аллергических заболеваний наблюдались у 70% больных АР и 30% – крапивницей, 50% пациентов имели сопутствующие глазные симптомы. В результате лечения дезлоратадином отмечен значимый по выраженности клинический эффект – у подавляющего числа пациентов наблюдалось купирование симптомов. Причем быстрое начало действия на фоне приема дезлоратадина отметили 67% пациентов и 63% врачей [24].

Помимо купирования основных симптомов аллергических заболеваний, у пациентов в подавляющем большинстве случаев улучшалось общее состояние в виде нормализации сна и повышения дневной активности (табл. 4) [24].

По оценке пациентов, эффективность терапии дезлоратадином была отличной/хорошей в 98,5%, по оценке врачей – в 99,1% [24].

В метаанализе выделена подгруппа в составе 17 575 пациентов, имевших неэффективную предшествующую терапию другими препаратами 2-го поколения (лоратадином, цетиризином, фексофенадином). Анализ эффективности дезлоратадина в этой подгруппе также показал высокий уровень: 90,3% – по оценке пациентов и 91,6% – по оценке врачей. Эти результаты имеют большое значение для определения преимуществ между разными антигистаминными препаратами, т. к. в сравнительных клини-

Таблица 3. Динамика симптомов аллергических заболеваний на фоне лечения дезлоратадином

Симптомы	Отсутствие симптомов, %		Симптомы умеренной тяжести и тяжелые, %	
	исходно	в конце	исходно	в конце
Заложенность носа	14,3	54	67,3	6,5
Ринорея	12,1	61,8	69,2	4,9
Чихание/зуд в носу	10,5	62,8	71,1	4,7
Слезотечение	19,5	76,2	51,7	3,2
Жжение/зуд в глазах	16,7	71,5	57,1	3,6
Покраснение глаз	24,6	81,9	43,1	2,5
Кожный зуд	53,2	80,3	30,1	3,7

Таблица 4. Динамика степени нарушений сна и дневной активности на фоне лечения дезлоратадином

Симптомы	Отсутствие симптомов, %	
	исходно	в конце
Нарушение сна	27,1	78,5
Нарушение дневной активности	19,8	75,7

ческих исследованиях различий между препаратами установлено не было [25].

Согласно Федеральным клиническим рекомендациям по аллергии, при сезонной форме АР профилактическая противоаллергическая терапия должна быть назначена после проведения анализа данных о течении заболевания в предыдущий сезон (выраженность клинических проявлений, эффективность назначенных препаратов и результаты обследования) за 1–2 недели до предполагаемого сезонного обострения. При круглогодичном АР в качестве базисной терапии при легком течении применяют антигистаминные препараты 2-го поколения, препараты кромоглициевой кислоты и антигистаминные препараты со стабилизирующим действием на мембраны тучных клеток. При тяжелом и средней степени тяжести течениях АР необходимо назначение интраназальных глюкокортикостероидов в сочетании с антигистаминными препаратами 2-го поколения [2].

Таким образом, согласно клиническим рекомендациям, препарат дезлоратадин при сезонном АР назначается за 1–2 недели до предполагаемого сезона палинации.

Также препарат рекомендован при круглогодичном АР в качестве базисной терапии при легком течении. При тяжелом и средней степени тяжести течениях АР назначают интраназальные глюкокортикостероиды в сочетании с дезлоратадином или другими антигистаминными препаратами 2-го поколения. Подбор и комбинирование препаратов базисной терапии проводят индивидуально с учетом тяжести заболевания, переносимости препаратов, условий жизни пациента.

Пятнадцатилетний опыт применения дезлоратадина позволяет сделать вывод, что препарат достаточно эффективен у пациентов с сезонным и круглогодичным аллергическим ринитом. Его высокий профиль безопасности, возможность сочетать с различными группами лекарственных препаратов выгодно отличает препарат дезлоратадин от других антигистаминных препаратов, используемых в терапии АР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день существует большая доказательная база высокой эффективности и безопасности препарата дезлоратадин в лечении АР.

Лечение дезлоратадином достоверно уменьшает назальные и глазные симптомы при разных формах АР (сезонном, круглогодичном), улучшает качество жизни пациентов с аллергическими заболеваниями благодаря нормализации сна и дневной активности, уменьшению депрессии и отсутствию седативного эффекта. Результаты рандомизированных клинических исследований на широкой популяции пациентов свидетельствуют об эффективности и безопасности дезлоратадина.



ЛИТЕРАТУРА

1. Аллергический ринит и его влияние на астму (ARIA-2008). Возможности использования в России новой версии документа. *Российский аллергологический журнал*, 2008, 5: 3–6.
2. Аллергология. Федеральные клинические рекомендации. Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. М.: Издательство «ФАРМАРУС ПРИНТ МЕДИА», 2014, глава Аллергический ринит: 20–34.
3. Meltzer EO et al. Sleep, quality of life, and productivity impact of nasal symptoms in the United States: findings from the Burden of Rhinitis in American survey. *Allergy Asthma Proc*, 2009, 30(3): 244–54.
4. Dykewicz MS, Hamilos DL. Rhinitis and sinusitis. *J Allergy Clin Immunol*, 2010, 125(2 Suppl. 2).
5. Wallace DV et al. Joint Task Force on Practice; American Academy of Allergy; Asthma & Immunology; American College of Allergy; Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin. Immunol*, 2008, 122(Suppl. 2): 1084.
6. Леонова М.В. Современные антигистаминные препараты: выбор в изобилии предложений. *Фарматека*, 2014, 16: 26–32.
7. Bousquet J et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy*, 2008, 63(Suppl. 86): 8–160.
8. Горячкина Л.А., Дробик О.С., Насунова А.Ю. Поллинозы: современный взгляд на проблему. *Вестник семейной медицины*, 2012, 1: 10–16.
9. ARIA 2001–2010. Аллергический ринит и его влияние на бронхиальную астму. Руководство с дополнениями.
10. Передкова Е.В. Аллергический ринит: возможности элиминационной терапии. *Вестник семейной медицины*, 2013, 1: 36–42.
11. Лопатин А.С. Диагностика и лечение ринита и риносинусита у беременных. *Российский аллергологический журнал*, 2006, 1: 74–78.
12. Федосеев Г.Б., Лаврова О.В., Петрова М.А. и др. Клинико-диагностические и организационные подходы к ведению беременных, страдающих бронхиальной астмой, как основа первичной профилактики аллергических заболеваний у детей. *Российский аллергологический журнал*, 2006, 1: 21–29.
13. Горячкина Л.А., Терехова Е.П. Поллиноз: современный взгляд на актуальную проблему. *Фарматека. Аллергология и иммунология. Специальный выпуск*, 2013: 49–56.
14. Ненашева Н.М. Современные подходы к диагностике и лечению аллергического ринита: учебное пособие. М., 2010. 31 с.
15. Баранов А.А., Хаитов Р.М. (ред.) Аллергология и иммунология. М.: 2011. 256 с.
16. Никифорова Г.Н., Золотова А.В. Персонализированный подход к ведению пациентов с аллергическим ринитом: новые возможности базисной терапии. *Фарматека. Аллергология / дерматология*, 2014, 4–14: 35–40.
17. Kreutner W, Hey JA, Anthes J et al. Preclinical pharmacology of desloratadine, a selective and non-sedating histamine H1 receptor antagonist. 1st communication: receptor selectivity, antihistaminic activity, and antiallergenic effects. *Arzneimittel forschung*, 2000, 50: 345–52.
18. Anthes JC, Gilchrist H, Richard C, et al. Biochemical characterization of desloratadine, a potent antagonist of the human histamine H1 receptor. *Eur J Pharmacol*, 2002, 449: 229–37.
19. Cardelus J, Anton F, Beleta J et al. Anticholinergic effects of desloratadine, the major metabolite of loratadine, in rabbit and guinea-pig iris smooth muscle. *Eur J Pharmacol*, 1999, 374: 249–54.
20. Bakker RA, Schoonus SBJ, Smit MJ, et al. Histamine H1-receptor activation of nuclear factor-κB: roles for Gβγ- and Gα(q/11)-subunits in constitutive and agonist-mediated signaling. *Mol Pharmacol*, 2001, 60: 1133–42.
21. Wilken JA, Kane RL, Ellis AK, et al. A comparison of the effect of diphenhydramine and desloratadine on vigilance and cognitive function during treatment of ragweed-induced allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 2003, 91: 375–85.
22. Layton D, Wilton LV, Boshier A et al. Comparison of the risk of drowsiness and sedation between levocetirizine and desloratadine: a prescription-event monitoring study in England. *Drug Saf*, 2006, 29: 897–909.
23. DuBuske LM. Review of desloratadine for the treatment of allergic rhinitis, chronic idiopathic urticaria and allergic inflammatory disorders. *Expert Opin Pharmacother*, 2005, 6(14): 2511–23.
24. Bachert C, Maurer M. Safety and efficacy of desloratadine in subjects with seasonal allergic rhinitis or chronic urticaria results of four postmarketing surveillance studies. *Clin Drug Invest*, 2010, 30(2): 109–22.