

# Эбастин в лечении больных аллергическим ринитом

**А.Ю. ОВЧИННИКОВ, Н.А. МИРОШНИЧЕНКО, В.А. СИМСОВА**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации: 127473, Россия, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

## Информация об авторах:

**Овчинников Андрей Юрьевич** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; тел.: +7(495) 305-71-01; e-mail: lorent1@yandex.ru

**Мирошниченко Нина Александровна** – д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; тел.: +7(495) 305-71-01; e-mail: mirnino@yandex.ru

**Симсова Виктория Александровна** – аспирант кафедры оториноларингологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; тел.: +7(916) 812-86-15; e-mail: vika.simsova@gmail.com

## РЕЗЮМЕ

Аллергический ринит – частое заболевание, поражающее людей вне зависимости от возраста, места проживания и социального статуса. Входными воротами для аллергена часто является слизистая оболочка полости носа. По последним данным, до 30% населения во всем мире страдает от АР. В разных регионах Российской Федерации распространенность АР колеблется в пределах от 13 до 24%. АР является одним из основных факторов риска развития бронхиальной астмы, а также ее обострений, оказывает значительное отрицательное влияние на качество жизни. Поэтому столь актуален вопрос своевременного начала рациональной терапии АР. В статье уделяется внимание препаратам для местной и системной терапии АР, рассматривается вопрос назначения различных групп препаратов в зависимости от тяжести течения АР, показаны плюсы и минусы различных групп антигистаминных препаратов. Одним из современных антигистаминных препаратов является эбастин, которому посвящен краткий обзор в лечении АР. Данный препарат может быть рекомендован для лечения круглогодичного АР.

**Ключевые слова:** аллергический ринит, противоаллергическая терапия, эбастин, Эспа-Бастин

**Для цитирования:** Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А., Симсова В.А. Эбастин в лечении больных аллергическим ринитом. *Медицинский совет.* 2019;12:58-62. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-12-58-62>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

# Ebastine in the treatment of patients with allergic rhinitis

**Andrey Yu. OVCHINNIKOV, Nina A. MIROSHNICHENKO, Viktoria A. SIMSOVA**

Federal State Budgetary Educational Institution of the Higher Education Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Yevdokimov of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation: 127473, Russia, Moscow, 20, Delegateskaya St., b. 1

## Author information:

**Ovchinnikov Andrey Yurievich** – Dr. of Sci (Med), Professor, Head of the Department of Otorhinolaryngology of the Federal State Educational Institution of Higher Education Evdokimov Moscow State Medical and Dental University of the Ministry of Health of the Russian Federation; Tel: +7(495) 305-71-01; e-mail: lorent1@yandex.ru

**Miroshnichenko Nina Alexandrovna** – Dr. of Sci (Med), Professor of the Department of Otorhinolaryngology of the Federal State Educational Institution of Higher Education Evdokimov Moscow State Medical and Dental University of the Ministry of Health of the Russian Federation; Tel: +7(495) 305-71-01; e-mail: mirnino@yandex.ru

**Simsova Viktoria Aleksandrovna** – Postgraduate Student, Chair for Otorhinolaryngology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Health of the Russian Federation; Tel.: +7(916) 812-86-15; e-mail: vika.simsova@gmail.com

## ABSTRACT

Allergic rhinitis is a common disease that affects people regardless of age, place of residence and social status. The mucous membrane of the nasal cavity often acts as a portal for allergen entry. The latest data suggest that nearly 30% of humanity are currently suffering from AR. The prevalence of AR varies from 13 to 24% in different regions of the Russian Federation. AR is one of the main risk factors for the development of bronchial asthma, as well as its exacerbations, has a significant negative impact on the quality of life. Therefore, the timely start of rational therapy of AR is so important. The article focuses on the drugs for local and systemic treatment of AR, discusses the issue of prescribing different groups of drugs depending on the severity

of the course of AR, and shows the pros and cons of different groups of antihistamines. Ebastine is one of the modern antihistamine drugs, to which a brief overview of the treatment of AR is devoted. We can recommend this drug for the treatment of year-round AR.

**Keywords:** allergic rhinitis, antiallergic therapy, Ebastine, Espa-Bastin

**For citing:** Ovchinnikov A.Yu., Miroshnichenko N.A., SIMSOVA V.A. Ebastine in the treatment of patients with allergic rhinitis. *Meditsinsky Sovet.* 2019;12:58-62. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-12-58-62>.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest.

**В** настоящее время повсеместно наблюдается рост распространенности аллергических заболеваний (АЗ), в структуре которых одно из ведущих мест занимает аллергический ринит (АР). В разных регионах Российской Федерации распространенность АР колеблется в пределах от 12,7 до 24%. Однако далеко не все пациенты обращаются за медицинской помощью, и поэтому можно представить, что реальная распространенность АР намного больше. Важно учесть, что в практике ЛОР-врачей среди всех хронических ринитов доля АР составляет около 25%, т. е. примерно 1 из 4 больных будет иметь сенсibilизацию к каким-либо ингаляционным аллергенам.

АР – IgE-обусловленное воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, вызванное воздействием сенсibilизирующего (причинно-значимого) аллергена и проявляющееся как минимум двумя симптомами – чиханием, зудом, ринореей или заложенностью носа.

В 2001 г. ВОЗ совместно с ARIA (Allergic rhinitis its impact on asthma initiative – инициатива «Аллергический ринит и его влияние на течение бронхиальной астмы») предложена классификация АР с учетом длительности течения симптомов и тяжести заболевания (табл.).

Аллергены, попадая вместе с воздухом в полость носа, частично оседают на реснитчатом эпителии и, вступая в местный контакт, вызывают развитие сенсibilизации организма. При их повторном попадании на сенсibilизированную слизистую оболочку запускается аллергическая IgE-зависимая реакция [2].

При осмотре полости носа при риноскопии, а по возможности при помощи эндоскопа определяются характерные изменения: отек слизистой оболочки полости носа различной степени выраженности; цвет слизистой оболочки – бледный, иногда с синюшным оттенком; водя-

нистое или пенное отделяемое. Иногда определяются полипозные разрастания.

*Общие принципы лечения АР*

1. Элиминация аллергена.
2. АСИТ (аллерген-специфическая иммунотерапия).
3. Медикаментозная терапия:

#### **А. Препараты местного (топического) применения:**

■ *H1-блокаторы для местного применения* в виде назального спрея уменьшают ринорею и чихание, а при регулярном использовании предотвращают развитие симптомов ринита. Местные (топические) антигистаминные препараты (азеластин, левокабастин) выпускают в виде назального спрея и глазных капель. Эти препараты рекомендуют при легких формах заболевания (назальные формы действуют на ринорею и чихание) и для купирования симптомов аллергического конъюнктивита. Их преимущества: быстрое наступление эффекта (10–15 мин.) и хорошая переносимость. Азеластин и левокабастин применяют два раза в сутки после туалета полости носа [4].

■ *Деконгестанты* (нафазолин, оксиметазолин, тетрагидрозолин, ксилометазолин) являются  $\alpha$ -адреномиметиками и используются в виде капель или спреев. Кратковременное применение деконгестантов не приводит к функциональным или морфологическим изменениям в слизистой оболочке носа. Однако длительное использование (более 10 дней) таких препаратов может сопровождаться тахифилаксией, отеком слизистой оболочки носа и привести к развитию медикаментозного ринита.

■ *Комбинированные ЛС, включающие H1-блокаторы и симпатомиметические ЛС*, позволяющие более эффективно облегчать носовое дыхание: терфенадин + псевдоэфедрин, акривастин + псевдоэфедрин, цетиризин +

● **Таблица.** Классификация АР [1]

● **Table.** Classification of AR [1]

<p><b>Интерmittирующий</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Менее 4 дней в неделю</li> <li>• Или меньше 4 недель в году</li> </ul>	<p><b>Персистирующий</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Более 4 дней в неделю</li> <li>• Или более 4 недель в году</li> </ul>
<p><b>Легкий</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нормальный сон</li> <li>• Нормальные повседневная активность, занятия спортом, отдых</li> <li>• Нормальная профессиональная деятельность или учеба в школе</li> <li>• Отсутствие мучительных симптомов</li> </ul>	<p><b>Среднетяжелый/тяжелый</b></p> <p><i>Наличие по крайней мере одного из следующих признаков</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушение сна</li> <li>• Нарушение повседневной активности, невозможность занятий спортом, нормального отдыха</li> <li>• Нарушение профессиональной деятельности или учебы в школе</li> <li>• Мучительные симптомы</li> </ul>

псевдоэфедрин, фексофенадин + псевдоэфедрин, лоратадин + псевдоэфедрин.

■ *Стабилизаторы мембран тучных клеток*: кромоглициевая кислота для местной терапии. Натрия кромогликат (Кромолин) и натрия недокромил в виде интраназального спрея применяются при наличии легких и умеренных клинических проявлений АР. Кромоны оказывают действие на тучные клетки. Эти препараты менее эффективны, чем антигистаминные средства и местные глюкокортикостероиды (ГКС), но являются безопасными и практически полностью лишены побочных эффектов. Кромоны не относятся к основным средствам лечения АР, но показаны для профилактики и лечения легкого и начального АР.

■ *М-холиноблокаторы* в виде назального спрея упоминаются во всех зарубежных клинических рекомендациях по лечению АР, но в России не получили распространения в терапии АР, т. к. доступны только в форме пероральных ингаляций.

■ *Интраназальные ГКС*: беклометазона дипропионат, мометазона фураат, флутиказона пропионат. Современные интраназальные ГКС не угнетают мукоцилиарную активность эпителия, не вызывают атрофических изменений в слизистой полости носа. Интраназальные ГКС являются «золотым стандартом» местной симптоматической терапии АР.

■ *Препараты инертной целлюлозы*. С 2002 г. во многих странах для предотвращения развития симптомов АР используется инертная целлюлоза, которая создает естественный барьер, защищая дыхательные пути от попадания аллергена на слизистую носа и предотвращая развитие аллергической реакции.

Ранняя диагностика АР позволяет вести пациентов с использованием препаратов местного, а не системного действия, применять малые дозы препаратов, следовательно, снижать побочные эффекты.

## Б. Препараты системного действия:

■ *Пероральные антигистаминные средства*. Гистамин играет важную роль в механизме развития как ранней, так и поздней фазы аллергического ответа, поэтому H1-блокаторы являются препаратами первой линии в лечении АР. В клинической практике часто используется современная рабочая классификация антигистаминных препаратов (АГП), в которой выделяют классические (или седативные препараты I поколения) и современные (или неседативные II поколения) АГП, различающиеся по химическому строению и механизмам действия [3].

Применение антигистаминных препаратов I поколения имеет ряд существенных недостатков, таких как кратковременность действия, седативный эффект, формирование тахифилаксии, что требует частой смены одного H1-блокатора на другой каждые 7–10 дней, а также атропиноподобные эффекты (сухость слизистых, задержка мочеиспускания, обострение глаукомы) [4].

Антигистаминные препараты II поколения (эбастин, лоратадин, дезлоратадин, цетиризин, левоцетиризин и

др.) являются высокоселективными блокаторами H1-рецепторов. Данные лекарственные средства делятся на неседативные или слабоседативные, не обладают антихолинергическим эффектом, не вызывают тахифилаксии, обладают длительным действием (1 табл/сут). Современные H1-блокаторы эффективны в отношении купирования многих симптомов, таких как ринорея, чихание, зуд в носу и носоглотке, глазные симптомы. Антигистаминные средства второго поколения более предпочтительны, учитывая улучшенное соотношение «эффективность/безопасность» и фармакокинетику.

■ При невозможности применения блокаторов H1-гистаминовых рецепторов используются антигистаминные системные препараты *со стабилизирующим действием на мембраны тучных клеток* (кетотифен).

■ При сочетании у пациента БА и АР или при отсутствии возможности применения антигистаминных препаратов часто назначают *антилейкотриеновые препараты*: монтелукаст, зафирлукаст, zileuton (в Российской Федерации не зарегистрирован).

Применение антилейкотриеновых препаратов при сочетании АР с БА снижает проявление назальных симптомов и симптомов бронхиальной обструкции с последующим снижением потребности в препаратах скорой помощи.

Монтелукаст эффективен в качестве монотерапии легкой персистирующей бронхиальной астмы, хотя уступает интраназальным глюкокортикостероидам (иГКС). Доказана эффективность в профилактике постнагрузочного бронхоспазма, т. к. не развивается толерантность в отличие от  $\beta$ -адреномиметиков. Использование антилейкотриеновых препаратов в сочетании с иГКС при бронхиальной астме ведет к снижению дозы иГКС с течением времени.

■ *Системные ГКС* при лечении АР являются средством последней надежды и применяются в тех редких случаях, когда симптомы АР не удается купировать ЛС выбора, в частности у пациентов с тяжелыми формами персистирующего АР, сочетающимися с полипозом носа и околоносовых пазух.

В соответствии с рекомендациями международных согласительных документов лечение АР должно быть эффективным, безопасным и доступным для пациентов. Для достижения контроля над симптомами АР предлагается терапия, состоящая из последовательных ступеней. Каждая из них включает различные варианты фармакологической терапии в зависимости от выраженности симптомов АР. Принцип ступенчатого подхода к лечению АР заключается в увеличении объема терапии/переходе на ступень вверх (step up) при отсутствии контроля симптомов АР и снижении объема терапии/переходе на ступень вниз (step down) в случае достижения и поддержания контроля симптомов АР [5].

Согласно рекомендациям ARIA-2008, применение антигистаминных препаратов 1-го поколения для базисного приема не рекомендуется в связи с их выраженным седативным и антихолинергическим эффектом. Некоторые из них проявляют кардиотоксичность при передо-

зировке, сокращают фазы быстрого сна, снижают способность к обучению и производительность труда.

При легком течении АР назначают монотерапию неседативными H1-блокаторами либо 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) [6].

В качестве первой линии медикаментозной терапии АР, согласно международным и национальным согласительным документам, рекомендуется применение неседативных антигистаминных препаратов (второго поколения) и ИНГКС [7].

Одним из современных препаратов H1-блокаторов II поколения является препарат эбастин. В чем же преимущество эбастина по сравнению с другими представите-

лями H1-блокаторов? Эбастин не вызывает значительного антихолинергического и седативного эффекта, т. к. не проникает через гематоэнцефалический барьер. Преимуществом эбастина является быстрое всасывание и почти полный метаболизм препарата в печени с превращением в активный метаболит карэбастин. После однократного приема 20 мг препарата максимальная концентрация карэбастина в плазме крови достигается через 1–3 ч и составляет 157 нг/мл. При ежедневном приеме препарата от 10 до 40 мг равновесная концентрация достигается через 3–5 дней, не зависит от вводимой дозы и составляет 130–160 нг/мл. Связывание с белками плазмы крови эбастина и карэбастина составляет более 95%. Период полувыведения карэбастина составляет от 15 до 19 ч, 66% препарата выводится в виде конъюгатов через почки. Прием пищи не оказывает влияния на клинические эффекты препарата. Подобная фармакокинетика обеспечивает очень быстрый клинический эффект – в течение 1 ч после однократного приема препарата, антигистаминное действие при этом продолжается в течение 48 ч, а после 5-дневного применения антигистаминный эффект сохраняется в течение 72 ч за счет действия активного метаболита.

Топические ГКС (беклометазон, мометазон, флутиказон) являются эффективными средствами при терапии всех форм АР и считаются признанным стандартом его лечения. Однако эффект терапии назальными ГКС разви-

## ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ



**ЭСПА-НАЦ®**

Отхаркивающее муколитическое средство для лечения кашля

- Тройное действие: муколитическое, антиоксидантное, противовоспалительное
- Детям с 2 лет<sup>1</sup>
- Всего 1 пакетик в день<sup>2</sup>





**ЭСПА-БАСТИН®**

Таблетки для лечения аллергии

- Не оказывает седативного действия
- Принимать всего 1 раз в сутки



**ЭСПАРОКСИ®**

Лечение инфекций верхних и нижних дыхательных путей

- Широкий спектр действия
- Активен в отношении «атипичных» возбудителей

**ЭВКАБАЛ®**

Отхаркивающие муколитические препараты с противовоспалительным действием для лечения кашля

- Комплексный подход к лечению кашля: изнутри<sup>3</sup> и снаружи<sup>4</sup>
- Растительное происхождение активных компонентов



<sup>1</sup> дозировка 200 мг  
<sup>2</sup> дозировка 600 мг  
<sup>3</sup> сироп на основе тимьяна и подорожника можно применять с 1 года  
<sup>4</sup> средство для наружного применения на основе масел хвой сосны и листьев эвкалипта: с 2 месяцев ванны и растирания, с 5 лет паровые ингаляции

Представительство фирмы «Эспарма ГмБХ» в России:  
115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 16, оф. 706  
Тел.: +7 (499) 579-33-70  
www.esparma-gmbh.ru

Реклама

**esparma®**

Инновации для качества жизни

ПЕРЕД ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ.

ваются постепенно в течение 3–5 суток, тогда как антигистаминные препараты эффективны уже с первой таблетки. Использование эбастина в комбинации с интраназальными ГКС целесообразно для быстрого устранения симптомов АР, а значит, улучшения качества жизни пациента, повышения его приверженности к назначенной терапии.

Пациентам с АР легкого течения иногда достаточно назначить только антигистаминный препарат, и в добавлении топического кортикостероида часто нет необходимости. Препарат эбастин прекрасно подходит в данном случае.

Хотелось бы привести *клинический пример* из нашей практики.

*Пациентка Н., 24 года. Обратилась с жалобами на приступы чихания, прозрачное отделяемое из полости носа, зуд в носу, затруднение носового дыхания. Данные жалобы возникли впервые несколько дней назад, очень мешают*

*в работе, которая требует повышенного внимания. Она это связывает с активным цветением растений. У аллерголога не лечилась и не обследовалась. В полости носа значительное количество прозрачного отделяемого, отечность нижних носовых раковин. Остальные ЛОР-органы без видимой патологии. Рекомендовано: промывание полости носа изотоническим раствором Эспа-Бастин (эбастин) 10 мг по 1 таблетке в течение 5 дней. Повторный осмотр через 5 дней – жалоб нет. Рекомендована в плановом порядке консультация аллерголога.*

В выборе терапии необходимо руководствоваться принципами безопасности. Ранняя диагностика и оптимальный комплексный подход к терапии АР позволяют не только хорошо контролировать все симптомы заболевания, но и в некоторых случаях предотвратить переход легких форм ринита в тяжелые, присоединение новых симптомов и развитие БА.



Поступила/Received 10.06.2019

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Туровский А.Б., Кондрашкина В.В., Карюк Ю.А. Ступенчатая терапия аллергического ринита. *Consilium Medicum*. 2013;3:63-68. [Turovsky A.B., Kondrashkina V.V., Karyuk Yu.A. Step therapy of allergic rhinitis. *Consilium Medicum*. 2013;3:63-68.] (In Russ).
2. Крюков А.И., Гурбанов Ф.А. Патогенетическая терапия аллергического риносинусита на современном этапе. *Российская оториноларингология*. 2010;5(48):25-29. [Kryukov A.I., Gurbanov F.A. Pathogenetic therapy of allergic rhinosinusitis at the present stage. *Rossiyskaya Otorinolaringologiya*. 2010;5(48):25-29.] (In Russ).
3. Лусс Л.В. Факторы, влияющие на клиническую эффективность антигистаминных препаратов. *Трудный пациент*. 2014;4. [Luss L.V. Factors affecting the clinical efficacy of antihistamines. *Tрудny Patient*. 2014;4.] (In Russ).
4. Никифорова Г.Н., Волкова К.Б., Свистушкин В.М. Место и значение современных антигистаминных препаратов в лечении аллергического ринита. *РМЖ*. 2015;23:1395-1398. [Nikiforova G.N., Volkova K.B., Svistushkin V.M. Role and significance of modern antihistamine drugs in treating allergic rhinitis. *RMJ*. 2015;23:1395-1398.] (In Russ).
5. Бодня О.С., Ненасева Н.М. В помощь практикующему врачу: ведение пациентов с аллергическим ринитом на амбулаторном этапе. *Астма и аллергия*. 2015;4:28-34. [Bodnya O.S., Nenasheva N.M. To help the practitioner: management of patients with allergic rhinitis at the outpatient stage. *Astma i Allergia*. 2015;4:28-34.] (In Russ).
6. Терехова Е.П., Терехов Д.В. Аллергический ринит: современные методы терапии. *Медицинский совет*. 2016;17. [Terekhova E.P., Terekhov D.V. Allergic rhinitis: modern therapy methods. *Meditinsky Sovet*. 2016;17.] (In Russ).
7. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update. *Allergy (Suppl. 86)*. 2008;63:1-160.