

Леводетиризин — современный стандарт терапии аллергического ринита

По материалам IV Всеукраинского съезда аллергологов

«Актуальные вопросы выявления и лечения аллергических заболеваний», 23-25 мая, г. Винница

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, аллергический ринит (АР) является глобальной медицинской проблемой. Это обусловлено такими факторами, как высокая распространенность данного патологического состояния; существенное снижение качества жизни пациентов, в частности ухудшение работоспособности, способности к обучению и отдыху, эмоционального состояния, социального функционирования, сна; значительный экономический ущерб; патогенетическая связь с синуситами и конъюнктивитами, а также способность трансформироваться в бронхиальную астму у значительной части пациентов.



Современным стандартам лечения АР посвятил свой доклад заведующий кафедрой оториноларингологии Одесского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Сергей Михайлович Пухлик.

– АР представляет собой воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, вызываемое аллергенами окружающей среды (Roxbury C.R. et al., 2018). Выделяющийся в ответ на влияние аллергенов иммуноглобулин Е активирует тучные клетки и базофилы слизистой оболочки, вызывая продукцию вазоактивных медиаторов, в том числе гистамина, запускающего воспалительный каскад (Weber R.W., 2008). Проявления АР включают назальные (заложенность носа, ринорея, зуд, чихание) и глазные (зуд, покраснение, слезотечение) симптомы (Shedden A., 2005). Распространенность АР у взрослых составляет 10-30%, а у детей достигает 40% (Roxbury C.R. et al., 2018; Lin S.Y. et al., 2013). Согласно статистике, каждые 10 лет количество больных АР в мире удваивается (Ciprandi G. et al., 1996). Несмотря на столь высокие показатели, во многих случаях АР остается недиагностированным или поддается неадекватному лечению (Nathan R.A., 2007). Терапия АР предусматривает минимизацию возможных контактов с аллергенами, симптоматическую фармакотерапию и специфическую иммунотерапию (Ivanova J.I. et al., 2015).

В 2018 г. был опубликован Международный консенсус в области аллергии и ринологии, посвященный лечению АР (International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Allergic Rhinitis, ICAR: AR). В соответствии с этим документом для контроля симптомов АР могут использоваться многие лекарственные средства, в частности антигистаминные препараты (АГП) и интраназальные кортикостероиды (КС) (табл.).

Таким образом, базисной группой лекарственных средств, применяемых в лечении АР, выступают пероральные АГП нового поколения, не проявляющие седативного эффекта, и интраназальные КС.

Как часть терапевтической стратегии при АР сильной рекомендацией к использованию обладает также интраназальный физиологический раствор. Что касается других препаратов, то интраназальные деконгестанты рассматриваются авторами консенсуса лишь как возможный вариант краткосрочной терапии с целью уменьшения заложенности носа, поскольку длительное использование препаратов данной группы сопровождается риском развития медикаментозного ринита. Эксперты ICAR не рекомендуют применять фенилэфрин и антагонисты лейкотриеновых рецепторов. Отсутствие достаточной доказательной базы также не позволяет рекомендовать к использованию омализумаб. У пациентов с известными триггерами АР и противопоказаниями к назначению интраназальных КС в качестве альтернативного подхода может рассматриваться применение препаратов кромоглициевой кислоты.

АГП, механизм действия которых связан с влиянием на рецепторы гистамина – медиатора аллергической реакции немедленного типа, на протяжении длительного времени активно применяются для симптоматической терапии АР,

Лекарственные средства	Количество исследований	Уровень доказательств	Сила рекомендации	Интерпретация
Пероральные H ₁ -АГП	21	A	Сильная рекомендация	Пероральные блокаторы H ₁ -рецепторов гистамина нового поколения (без седативного эффекта) настоятельно рекомендуются для лечения АР
Пероральные H ₂ -АГП	6	B	Не рекомендованы	Имеющиеся данные не полностью решают вопрос о пользе при назначении пероральных блокаторов H ₂ -рецепторов гистамина при АР
Интраназальные АГП	44	A	Рекомендованы	Могут быть использованы в качестве первой или второй линии терапии АР
Пероральные КС	9	B	Не рекомендованы	В связи с рисками перорального применения КС и наличием других вариантов фармакотерапии данная группа медикаментов не рекомендована для рутинной терапии АР
Инъекционные КС	13	B	Не рекомендованы	В связи с рисками инъекционного применения КС и наличием других вариантов фармакотерапии данная группа медикаментов не рекомендована для рутинной терапии АР
Интраназальные КС	53	A	Сильная рекомендация	Следует использовать в качестве первой линии терапии АР

крапивницы, пищевой и лекарственной аллергии, а также других аллергических заболеваний. Согласно положениям руководства ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma), блокаторы H₁-рецепторов второго поколения могут использоваться в лечении легкой интермиттирующей, среднетяжелой интермиттирующей, легкой персистирующей и среднетяжелой персистирующей форм АР, представляя собой основу терапии.

Примером эффективного и безопасного АГП второго поколения является леводетиризин. Показаниями к применению леводетиризина являются АР, в том числе персистирующий, и хроническая идиопатическая крапивница. Ведущая позиция леводетиризина в лечении аллергических заболеваний обусловлена его высокой эффективностью и действием практически на все клинические проявления заболевания. Прием леводетиризина в рекомендованных дозах характеризуется высокой безопасностью: препарат не оказывает влияния на центральную нервную систему, не вызывает сухости слизистых оболочек и может применяться в течение длительного времени без снижения эффективности. Важно также отметить, что леводетиризин может использоваться у пациентов с бронхиальной астмой и позволяет контролировать симптомы АР на протяжении 24 ч при приеме 1 раз в сутки. Длительность курса лечения определяется индивидуально и может достигать 12 мес непрерывного приема. Наличие не только таблетированной, но и капельной формы позволяет назначать леводетиризин детям. В случае применения в педиатрической практике дополнительным преимуществом данного препарата является отсутствие красителей и ароматизаторов, которые присутствуют в АГП в форме сиропа. Превосходство леводетиризина над другими АГП было продемонстрировано в ряде клинических исследований. В одном из них участники были рандомизированы в группы леводетиризина (5 мг) и дезлоратадина (5 мг). После провокационных проб участникам выполняли термографию носа и приносных пазух с целью оценить деконгестантный потенциал препаратов. Результаты исследования показали, что леводетиризин обладает более выраженным деконгестантным эффектом, чем дезлоратадин (Larbig M. et al., 2003). Согласно метаанализу 7 двойных слепых плацебо-контролируемых исследований (2011), леводетиризин оказывал более выраженное влияние на симптомы АР, чем лоратадин, причем эффективность леводетиризина по шкале TSS (Total Symptom Score) превышала таковую лоратадина примерно в 3 раза (Mosges R. et al., 2011). Сравнение леводетиризина и лоратадина при лечении аллергического бронхита у детей также установило

преимущества первого. После курса приема леводетиризина было отмечено более значительное уменьшение показателей маркеров аллергического процесса (иммуноглобулинов Е и эозинофилов периферической крови), чем после терапии лоратадином. Применение леводетиризина в комплексном лечении аллергического бронхита способствовало достижению клинической ремиссии и значительно улучшало качество жизни пациентов (Лагунова Н.В. и соавт., 2011).

Леводетиризин является активным R-энантиомером цетиризина, обладающим благоприятными фармакокинетическими и фармакодинамическими характеристиками, в том числе быстрым началом действия, минимальным печеночным метаболизмом и незначительным количеством побочных действий. Механизм действия препарата заключается в торможении высвобождения из тучных клеток первичных (гистамин, триптаза) и вторичных (лейкотриен С₄, простагландин D₂) медиаторов аллергической реакции и воспаления, угнетении хемотаксиса и накопления лимфоцитов в коже, снижении экспрессии молекул адгезии. Эффективность леводетиризина была подтверждена в ряде клинических исследований с участием взрослых и детей (Leynadier F. et al., 2001; Potter P.C. et al., 2003; de Blic A. et al., 2005; Horak F. et al., 2005). Леводетиризин может применяться в рамках коротких курсов лечения, а также для длительной терапии. Так, в случае устойчивого аллергического ринита (продолжительность симптомов заболевания составляет >4 сут в неделю при длительности течения >4 нед) в период контакта с аллергенами пациенту может быть предложена постоянная терапия. При хронических заболеваниях (хронический аллергический ринит, хроническая крапивница) продолжительность лечения может достигать 1 года.

Следует отметить, что леводетиризин оказывает не только мощное антигистаминное, но и противовоспалительное действие, способное обеспечить дополнительные клинические преимущества (Walsh G.M., 2009). Показано, что леводетиризин уменьшает выраженность таких типичных проявлений АР, как ринорея, зуд в области носа и глаз, чихание, а также заложенность носа – одного из самых субъективно неприятных симптомов, который обычно плохо отвечает на лечение АГП (Potter P.C. et al., 2003). Исследования продемонстрировали, что леводетиризин обладает большей эффективностью в уменьшении выраженности симптомов АР, чем лоратадин (Mosges R. et al., 2011). Таким образом, приведенные данные позволяют считать леводетиризин современным стандартом терапии АР.

Алерзин
леводетиризин

попереджає розвиток та полегшує перебіг алергічних реакцій*

*Інструкція для медичного застосування препарату Алерзин краплі. Показання. Симптоматичне лікування алергічного риніту (у тому числі щорічного алергічного риніту) та кропив'янки. Протипоказання. Підвищена чутливість до леводетиризину або до будь-якої іншої складової даної лікарської форми, або до будь-яких похідних піперазину. Тяжка форма хронічної ниркової недостатності (кліренс креатиніну <10 мл/хв). Побічні реакції. Сонливість, стомлюваність, головний біль, сухість у роті та інші. Умови відпуску: без рецепта. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозиумах з медичної практики. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Виробник: ЗАТ Фармацевтичний завод Егіс, Угорщина, Р.П. № UA/9862/02/01, № UA/9862/01/01. Контакти представника виробника в Україні: 04119, м. Київ, вул. Дегтярівська, 27Т. Тел.: +38044 496 05 39, факс: +38044 496 05 38