

Аллергический конъюнктивит: путеводитель для офтальмолога амбулаторного звена

Профессор В.В. Бржеский

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

В последние годы в мире особую проблему представляют аллергические заболевания органа зрения: глаза вовлекаются в аллергический процесс почти в каждом втором случае. Наиболее распространенным заболеванием аллергической природы является аллергический конъюнктивит. В статье обсуждаются клиника и лечение различных клинических форм аллергического конъюнктивита. Лечение пациентов с аллергическим конъюнктивитом предусматривает в качестве обязательных элементов предотвращение контакта с аллергеном и инстилляцию в конъюнктивальную полость глазных капель противоаллергической направленности. Выбор конкретного препарата из достаточно большого их перечня во многом определяется характером клинического течения аллергического конъюнктивита. Так, при остром течении (поллинозный конъюнктивит, обострение инфекционно-аллергического, весеннего и хронического круглогодичного конъюнктивита) терапию начинают с инстилляций антигистаминных препаратов (Аллергодил®). При хроническом течении препаратами первого ряда являются стабилизаторы мембран тучных клеток (кромогликаты и др.) или глазные капли, обладающие комбинированным эффектом (олопатадин, кетотифен). В целом рациональный выбор противоаллергических глазных капель из достаточно большого их арсенала лежит в основе успешного лечения таких больных.

Ключевые слова: аллергический конъюнктивит, поллиноз, антигистаминные препараты, азеластин.

Для цитирования: Бржеский В.В. Аллергический конъюнктивит: путеводитель для офтальмолога амбулаторного звена // PMJ. Медицинское обозрение. 2018. № 1(II). С. 74–79.

ABSTRACT

Allergic conjunctivitis: a guide for the outpatient ophthalmologist
Brzhesky V.V.

St. Petersburg State Pediatric Medical University

In recent years, allergic eye diseases have become an actual problem worldwide: the eyes are involved in the allergic process in almost every second case. The most common allergic disease is allergic conjunctivitis. The article discusses the clinical picture and treatment of various forms of allergic conjunctivitis. Treatment of patients with allergic conjunctivitis always includes preventing contact with the allergen and intraconjunctival instillation of antiallergic eye drops. The choice of a particular drug is largely determined by the nature of the clinical course of allergic conjunctivitis. The therapy of the acute form of the disease (pollinosis, acute contagious conjunctivitis, spring and chronic perennial allergic conjunctivitis) starts with instillations of antihistamines (Allergodil®). The first-line agents used for the treatment of chronic conjunctivitis are mast cells stabilizers (cromoglycates, etc.) or eye drops with a combined effect (olopatadine, ketotifen). In general, the rational choice of antiallergic eye drops is the basis for the successful treatment of such patients.

Key words: allergic conjunctivitis, pollinosis, antihistamines, azelastine.

For citation: Brzhesky V.V. Allergic conjunctivitis: a guide for the outpatient ophthalmologist // RMJ. Medical Review. 2018. № 1(II). P. 74–79.

В последние десятилетия отмечается интенсивный рост распространенности заболеваний аллергической природы. В настоящее время они занимают 3-е место после сердечно-сосудистой и онкологической патологии, а в некоторых экологически неблагоприятных регионах выходят на 1-е место [1]. Сегодня аллергию называют болезнью цивилизации: в большинстве экономически развитых стран удельный вес населения, страдающего аллергическими заболеваниями, значительно выше, чем в развивающихся и слаборазвитых странах.

Особую проблему представляют аллергические заболевания органа зрения: глаза вовлекаются в аллергический процесс почти в каждом втором случае [2]. Наиболее рас-

пространенным заболеванием аллергической природы является аллергический конъюнктивит: им страдают примерно 15% всего населения экономически развитых стран [2, 3]. Реже встречаются аллергические блефарит, дерматит век, кератит, ирит, увеит, ретинит и неврит зрительного нерва.

Основные клинические формы аллергического конъюнктивита [3–5]:

- сезонный аллергический (поллинозный);
- крупнопапиллярный;
- лекарственный аллергический;
- весенний кератоконъюнктивит (весенний катар);
- инфекционно-аллергический кератоконъюнктивит;
- хронический аллергический.

Клиника и лечение

Поллинозный конъюнктивит представляет наибольшую значимость из числа перечисленных. Подъем заболеваемости им соответствует периодам опыления растений. Для средней полосы России выделяют три таких периода:

- весенний (конец апреля — начало мая) — 7% больных;
- летний (начало июня — конец июля) — 75% больных;
- летне-осенний (конец июля — середина сентября) — 6,3% больных.

Клинические признаки поллинозного конъюнктивита также регистрируют более чем у 90% пациентов с общим поллинозом (ринит, бронхиальная астма и пр.) [3, 4].

Клинический поллинозный конъюнктивит характеризуется острым началом с ураганным развитием роговичного синдрома, зудом век и выраженным хемозом конъюнктивы, обычно на обоих глазах (рис. 1). В тяжелых случаях в процесс вовлекается роговица, на лимбе формируются инфильтраты с тенденцией к слиянию и изъязвлению. Реже конъюнктивит протекает хронически с легким жжением за веками и умеренными проявлениями роговичного синдрома, но с фолликулезом конъюнктивы.

Лечение больных с поллинозным конъюнктивитом прежде всего заключается в максимально возможном ограничении контакта пациента с аллергеном. Не меньшее значение имеют местные глазные противоаллергические препараты, относящиеся к различным группам. Тактика их применения определяется остротой процесса.

Местные противоаллергические препараты, наиболее широко используемые в офтальмологии, представлены в таблице 1.

При остром конъюнктивите лечение начинают с инстилляций антигистаминных препаратов, эффект которых проявляется уже с первых минут после закапывания. При выборе препарата из большого их перечня следует ориентироваться на присутствие в составе веществ, обладающих сосудосуживающим, увлажняющим, пролонгирующим действием.

В частности, глазные капли Аллергодил® (MEDA Pharma, Германия), наряду с 0,05% раствором антигистаминного препарата II поколения азеластина, содержат в своем составе гидроксипропилметилцеллюлозу (гипромеллозу) [5]. Такая модификация препарата придает ему дополнительный кератопротекторный эффект, с одной стороны, и увеличивает продолжительность пребывания раствора в конъюнктивальной полости — с другой. Клинический эффект Аллергодила в большинстве случаев проявляется уже через 3 мин после закапывания, а благодаря наличию в составе пролонгатора сохраняется в течение 10 часов. Кератопротекторные свойства входящей в состав препарата гипромеллозы позволяют применять препарат на протяжении 8 нед.

Важной особенностью препарата является возможность назначения Аллергодила детям с четырехлетнего возраста.

Наряду с антигистаминными препаратами хороший и быстрый эффект дают инстилляции в конъюнктивальную полость дексаметазона, в т. ч. в пониженной (до 0,01%) концентрации.

Пациентам с затяжным и хроническим течением поллинозного конъюнктивита показаны инстилляции препаратов хромоглициевой кислоты или олопатадина. И только при особо торпидном течении аллергического конъюнктивита назначают антигистаминные препараты системно: например, внутрь лоратадин или цетиризин по 10 мг 1 р./день либо хлоропирамин по 25 мг 3–4 р./день.

Прогноз поллинозного конъюнктивита в целом благоприятный. Однако у многих пациентов заболевание повторяется с очередным сезоном цветения причинных растений. В целях профилактики рецидива (или обострения) конъюнктивита перед наступлением сезона цветения пациент должен самостоятельно закапывать препарат хромоглициевой кислоты или олопатадина.

Крупнопиллярный (гигантососочковый) конъюнктивит представляет собой воспаление тарзальной конъюнктивы в ответ на длительный контакт с инородным телом с образованием крупных плоских сосочков. Наиболее частой причиной заболевания является длительное механическое раздражение конъюнктивы верхнего века контактной линзой (мягкой или жесткой), глазным протезом, неприкрытыми конъюнктивой узелками швов, отложениями кальция в роговице и др. Развивается в любом возрасте, в т. ч. у пациентов, не склонных к аллергии.

Клиническая картина развивается медленно: у больного появляются и постепенно нарастают ощущение инородного тела за верхним веком, зуд и слизистое отделяемое

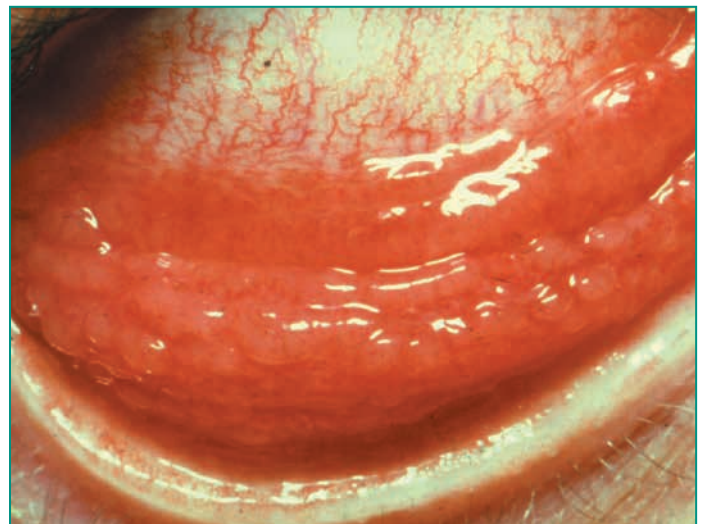


Рис. 1. Острый поллинозный аллергический конъюнктивит. Выраженный отек, гиперемия и фолликулез конъюнктивы нижнего свода



Рис. 2. Крупнопиллярный конъюнктивит верхнего века: веко вывернуто

Таблица 1. Местные противоаллергические препараты, наиболее широко используемые в офтальмологии

Фармакологическая группа	Механизм действия	Наименование	
		лекарственного вещества	активных ингредиентов
Антигистаминные препараты	Конкурентная блокада H ₁ -рецепторов	Азеластин (0,05%)	Гипромеллоза, Сорбитол
		Левакабастин (0,05%)	Гипромеллоза
		Лоратадин (1%)	ИФН–2b человеческий рекомбинантный
		Антазолин (0,05%)	Тетризолин
		Дифенгидрамин (0,1%)	Нафазолин, метилцеллюлоза
		Дифенгидрамин (1%)	Нафазолин, сульфат цинка
Антагонисты гистамина	Эффект, противоположный гистамину	Адреналин, другие симпатомиметики	–
Стабилизаторы мембран тучных клеток	Предупреждение дегрануляции тучных клеток и высвобождения гистамина	Кромогликат натрия (2%)	Сорбитол
		Лодоксамида трометамин (0,1%)	–
Стабилизаторы лизосомальных мембран макрофагов	Препятствие освобождению из сенсibilизированных клеток биологически активных веществ	Глюкокортикоиды [4]	–
		Нестероидные противовоспалительные препараты [4]	–
Препараты с комбинированным эффектом	Антигистаминный и мембраностабилизирующий эффекты	Олопатадина гидрохлорид (0,1%)	–
		Олопатадина гидрохлорид (0,2%)	–
	Антигистаминный и мембраностабилизирующий эффекты в сочетании с блокадой активации, инфильтрации и дегрануляции эозинофилов [7]	Кетотифен (0,025%)	–

из глаз. На гиперемированной конъюнктиве верхнего века определяются разнокалиберные (размером 1 мм и более) сосочки (рис. 2). Поражение роговицы не характерно.

Лечение крупнопиллярного конъюнктивита заключается в устранении раздражающего конъюнктиву инородного тела: временном отказе от контактных линз или глазного протеза, удалении неснятого ранее шва и т. п.

Больному закапывают прежде всего препараты кромоглициевой кислоты или олопатадина 2–3 р./день [6, 7]. Назначают препараты «искусственной слезы» [8]. Как правило, клинические признаки конъюнктивита вскоре купируются. Ношение контактных линз или глазного протеза возобновляют только после полного исчезновения воспалительной реакции и тщательного повторного подбора новых контактных линз или протеза.



Рис. 3. Выраженный хемоз у больного с острым аллергическим лекарственным конъюнктивитом

Лекарственный конъюнктивит представляет собой одно из наиболее распространенных проявлений аллергических заболеваний глаз и, по сути, является контактным аллергическим конъюнктивитом. Наиболее часто (90,1% случаев) он развивается в ответ на инстилляцию глазных капель, содержащих аллерген (обычно им является консервант), заметно реже (9,9%) — на системное применение медикаментозных препаратов [3].

Лекарственный конъюнктивит может протекать остро, подостро или хронически. Острый лекарственный конъюнктивит развивается в течение 1 часа после закапывания аллергена (рис. 3). Клиническая картина соответствует острому конъюнктивиту, лишь более выраженный отек (иногда имеющий стекловидный характер) и фолликулез конъюнктивы отличают это заболевание от острого конъюнктивита прочей этиологии. При этом характерен выраженный зуд за веками и наличие слизистого отделяемого в виде тонких тянущихся нитей.

Подострый конъюнктивит развивается в течение суток после контакта с аллергеном, а хронический (до 90% случаев лекарственного конъюнктивита) — после нескольких дней или недель, обычно на фоне длительной местной медикаментозной терапии. Характерны сосочковая гипертрофия конъюнктивы и выраженный фолликулез, в т. ч. бульбарной конъюнктивы и лимба, а также выраженный зуд за веками.

Лечение лекарственного конъюнктивита прежде всего заключается в отмене инстилляций препарата, возможного виновника аллергии. При обязательности применения такого препарата следует заменить его на бесконсервантную форму. Начинают местную терапию с инстилляций антигистаминных препаратов (Аллергодил®). Пациентам с подострым и хроническим течением конъюнктивита показаны препараты кромоглициевой кислоты или олопатадина. В обоих случаях эффективны инстилляционные дексаметазона, преимущественно в пониженной (до 0,01%) концентрации.

При затяжном течении заболевания целесообразно назначать антигистаминные препараты системно: например, внутрь лоратадин или цетиризин по 10 мг 1 р./день, хлоропирамин по 25 мг 3–4 р./день.

Весенний конъюнктивит (весенний катар, весенний кератоконъюнктивит) чаще встречается в детском возрасте (в 82% случаев в первом десятилетии жизни) и крайне редко у лиц старше 20–25 лет [9]. При этом у 95% детей в период полового созревания, к среднему и старшему школьному возрасту, заболевание постепенно регрессирует [10].

Заболеваемость среди мальчиков существенно выше, чем среди их сверстниц, и это различие уменьшается с возрастом [9, 11]. Если в Африке и на Ближнем Востоке им страдают 3–10% детей, то в Западной Европе — только 0,03%. Сегодня в Европе распространенность весеннего кератоконъюнктивита колеблется в диапазоне 1:30000 – 1:80000 [12]. Заболевание проявляется главным образом сезонно (в весенне-летний период), однако может быть многолетним, хроническим или протекать с частыми обострениями [9, 13].

Развивается двусторонний конъюнктивит (как правило, в сочетании с кератитом) с образованием характерных сосочков. Различают тарзальную, лимбальную и смешанную формы весеннего катара. Однако общими симптомами для всех форм являются нарастающий зуд, выраженная светобоязнь и слезотечение [13].

Большие сосочки различной формы и размера, обычно более 1 мм в диаметре, напоминающие на тарзальной конъюнктиве верхнего века «булыжную мостовую» (рис. 4), характеризуют соответственно тарзальную, а точки (узелки) Грантаса и инфильтраты на лимбе (рис. 5) — лимбальную форму весеннего катара. Для смешанной формы характерны одновременно все перечисленные симптомы в одном и том же глазу.

Поражение роговицы наблюдается почти у всех детей с весенним катаром. Оно имеет различную форму и выраженность: от поверхностной точечной кератопатии до язвы роговицы, локализующейся в верхних ее отделах у 3–11% таких больных [14]. Эта язва, называемая катаральной, весенней, щитовидной, связана как с непосредственным повреждением эпителия роговицы гигантскими сосочками тарзальной конъюнктивы верхнего века, так и с воспалительной нейропатией роговицы [14]. Обычным ее исходом служит стойкое помутнение передних слоев роговицы кольцевидной формы, соответствующей площади язвы.

Несмотря на то что в основе лечения больных с весенним катаром лежит медикаментозная терапия, большое значение имеет избегание контакта ребенка с аллергеном, а также с неспецифическими триггерами, которые могли бы утяжелить клиническое течение заболевания: с ярким солнечным светом, сильным ветром, пылью, загрязнителями воздуха и пр. Другим немаловажным аспектом лечения рассматриваемой патологии служат частые промывания конъюнктивальной полости индифферентными жидкостями в целях вымывания детрита и отделяемого, содержащего токсичные вещества.

Вместе с тем рассмотренные мероприятия служат лишь фоном для комбинированного применения местных лекарственных препаратов: антигистаминных (азеластин и др.) в сочетании со стабилизаторами мембран тучных клеток (кромогликат натрия) или препаратов с комбинированным эффектом (олопатадин, кетотифен). В случа-

ях торпидного течения заболевания лечение дополняют инстилляциями кортикостероидов и циклоспорина А [13]. Относительно пациентов, страдающих весенним катаром не один год, такая терапия должна планироваться заранее и начинаться ранней весной или продолжаться весь год, в зависимости от воздействия аллергена и продолжительности симптомов.

Инфекционно-аллергический кератоконъюнктивит, как правило, сопровождается перенесенное пациентом местное (конъюнктивит) или системное заболевание инфекционной природы: его провоцируют бактериальные, вирусные, грибковые и паразитарные аллергены [15]. Заболевание относят к аллергическим реакциям замедленного типа.

Характерно хроническое течение с выраженными субъективными симптомами, умеренным раздражением глазного яблока и наличием множественных фолликулов на тарзальной и бульбарной конъюнктиве. В процесс нередко вовлекается роговица: на лимбе формируются инфильтраты с тенденцией к слиянию, характерна легкая перикорнеальная или смешанная инъекция глазного яблока (рис. 6). Сходную, но более выраженную симптоматику



Рис. 4. Гигантские сосочки на тарзальной конъюнктиве вывернутого верхнего века у больного с весенним конъюнктивитом

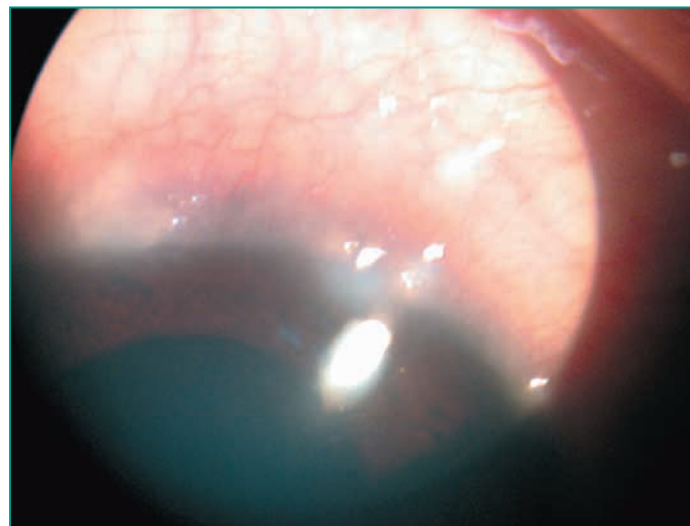


Рис. 5. Лимбальная форма весеннего конъюнктивита



Рис. 6. Перикорнеальная инъекция у ребенка с инфекционно-аллергическим кератоконъюнктивитом

имеет туберкулезно-аллергический фликтенулезный кератоконъюнктивит, что следует учитывать при лечении таких больных.

Лечение инфекционно-аллергического кератоконъюнктивита включает мероприятия по элиминации возбудителя инфекционного процесса (при его обнаружении) в сочетании с инстилляциями глазных капель с антигистаминным (азеластин и др.) и стабилизирующим мембраны тучных клеток (кромогликат натрия) эффектом. Терапию также можно начать с препаратов, обладающих комбинированным эффектом (олопатадин, кетотифен) [16–18].

Хронический аллергический конъюнктивит на сегодня составляет около 23% аллергических заболеваний глаз [3, 4]. Он более свойствен городским жителям, особенно женщинам молодого и среднего возраста. Часто такие больные страдают общими аллергическими заболеваниями, экземой, бронхиальной астмой. Причиной этой формы конъюнктивита служит систематический контакт с бытовыми аллергенами, к которым сенсibilизирован организм пациента. К ним относятся домашняя (особенно книжная) пыль, косметические средства, шерсть (пух) животных, перья (в подушках), корм для рыб, пыльца домашних растений, факторы холодовой аллергии. Имеют также значение пищевая аллергия, сенсibilизация к длительно применяемым лекарственным препаратам, средствам для обработки контактных линз, глазных протезов и т. п.

В патогенезе хронического аллергического конъюнктивита лежит аллергическая реакция замедленного (IV) типа.

Клиническая картина заболевания характеризуется упорным периодическим зудом и жжением в сочетании с минимальными объективными проявлениями: незначительным фолликулезом слегка гиперемированной тарзальной конъюнктивы, периодическим отеком конъюнктивы переходных складок. Течение такого конъюнктивита волнообразное, более выраженное зимой, однако с периодическими сезонными обострениями в весенне-летний период.

Лечение хронического аллергического конъюнктивита, прежде всего, традиционно заключается в максимально возможном ограничении контакта пациента с аллергеном. Местную терапию начинают с инстилляций кромогликатов, олопатадина или кетотифена. Лечение таких больных можно дополнить инстилляциями антигистаминных пре-

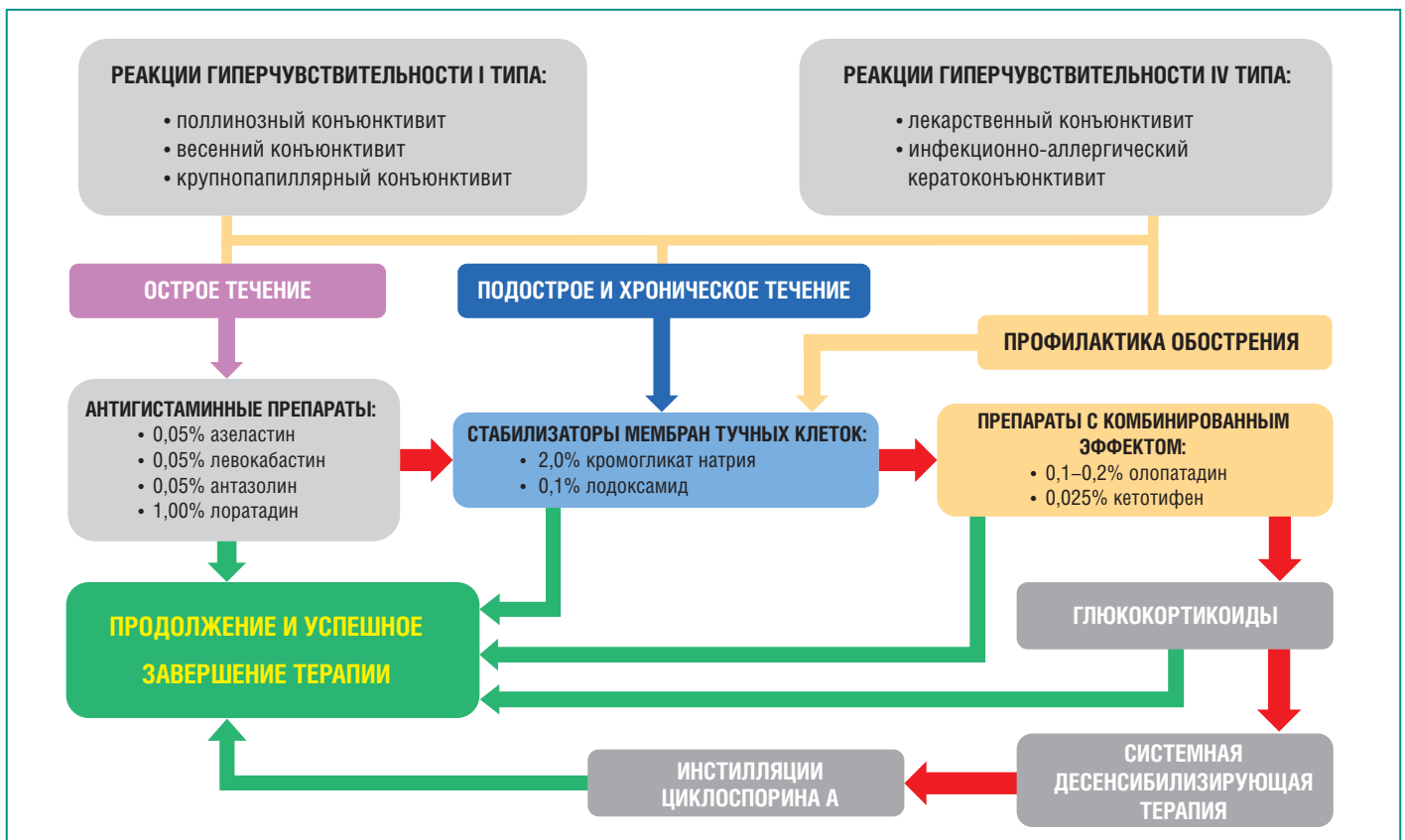


Рис. 7. Алгоритм назначения лечебных мероприятий больным с аллергическими конъюнктивитами (зелеными стрелками обозначен вариант эффективности лечения, красными — отсутствие эффекта проводимой терапии)

паратов, дексаметазона в пониженной (до 0,01%) концентрации. При затяжном течении заболевания целесообразно назначать антигистаминные препараты системно: внутрь лоратадин или цетиризин по 10 мг 1 р./день либо хлоропирамин по 25 мг 3–4 р./день.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, лечение больных с аллергическим конъюнктивитом предусматривает предотвращение контакта с аллергеном и инстилляции в конъюнктивальную полость противоаллергических глазных капель. Что же касается выбора конкретного препарата из достаточно большого их перечня, то он во многом определяется характером клинического течения аллергического конъюнктивита (рис. 7). Так, при его остром течении (поллинозный конъюнктивит, обострение инфекционно-аллергического, весеннего и хронического круглогодичного конъюнктивита) терапию начинают с инстилляций антигистаминных препаратов (Аллергодил® и др.).

При хроническом течении конъюнктивита препаратами первого ряда являются стабилизаторы мембран тучных клеток (кромогликат и др.) или глазные капли, обладающие комбинированным эффектом (олопатадин, кетотифен) [19].

Безусловно, в ходе лечения больных с различными клиническими формами аллергического конъюнктивита в ряде случаев представляется целесообразным комбинировать препараты различных групп, а в случаях торпидного течения заболевания — дополнять терапию инстилляциями кортикостероидов, циклоспорина А и системной терапией [20].

В целом рациональный выбор противоаллергических глазных капель из достаточно большого их арсенала лежит в основе успешного лечения таких больных.

Литература

- Хайтов Р.М., Игнатъева Г.А., Сидорович И.Г. Иммунология. М. 2000. 430 с. [Haitov R.M., Ignat'eva G.A., Sidorovich I.G. Immunologija. M. 2000. 430 s. (in Russian)].
- Егоров Е.А., Муратова Н.В. Аллергические заболевания глаз (клиника и лечение): справочное руководство. М. 1998. 62 с. [Egorov E.A., Muratova N.V. Allergicheskie zabolevanija glaz (klinika i lechenie): spravocnoe rukovodstvo. M. 1998. 62 s. (in Russian)].
- Нероев В.В., Вахова Е.С. Аллергические конъюнктивиты. Офтальмология: Национальное руководство / Под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошето-вой и др. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2018. С.442–456 [Neroev V.V., Vahova E.S. Allergicheskie konjunktivity. Oftal'mologija: Nacional'noe rukovodstvo / Pod red. S. Je. Avetisova, E. A. Egorova, L. K. Moshetovoj i dr. 2-e izd., pererab. i dop. M.: GJeOTAR-Media. 2018. S.442–456 (in Russian)].
- Майчук Ю. Ф. Синдром «красного глаза»: практическое руководство для врачей-офтальмологов. М. 2010. С.74–99 [Majchuk Ju.F. Sindrom «krasnogo glaza»: Prakticheskoe rukovodstvo dlja vrachej-oftal'mologov. M. 2010. S.74–99 (in Russian)].
- Егоров А.Е., Захарова М.А. Лечение пациента с аллергическим конъюнктивитом: рекомендации офтальмологу амбулаторного звена // РМЖ. Офтальмология. 2017. № 2. С.111–114 [Egorov A.E., Zaharova M.A. Lechenie pacienta s allergicheskim konjunktivitom: rekomendacii oftal'mologu ambulatornogo звена // RMZh. Oftal'mologija. 2017. № 2. S.111–114 (in Russian)].
- Майчук Ю. Ф. Опатадол (олопатадин 0,1%) — глазные капли двойного противоаллергического механизма действия // РМЖ. Клиническая офтальмология. 2007. № 2. С.63 [Majchuk Ju.F. Opatanol (olopatadin 0,1%) — glaznye kapli dvojnogo protivoo allergicheskogo mehanizma dejstvija // RMZh. Klinicheskaja oftal'mologija. 2007. № 2. S.63 (in Russian)].
- Майчук Ю. Ф. Глазные капли Опатанол (олопатадин 0,1%) в терапии аллергических заболеваний глаз // РМЖ. Клиническая офтальмология. 2007. № 3. С.114 [Majchuk Ju.F. Glaznye kapli Opatanol (olopatadin 0,1%) v terapii allergicheskikh zabolevanij glaz // RMZh. Klinicheskaja oftal'mologija. 2007. № 3. S.114 (in Russian)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Антигистаминный препарат МЕСТНОГО действия: начинает действовать сразу после использования^{1,2}

Спрей для носа помогает снять симптомы аллергии УЖЕ через 15 мин, а капли для глаз УЖЕ через 3 минуты^{1,2}

Доказано улучшает качество жизни пациентов с аллергическим и вазомоторным ринитом³



1. Инструкция по медицинскому применению ЛП Аллергодил® назальный спрей от 08.07.2015

2. Инструкция по медицинскому применению ЛП Аллергодил® глазные капли от 08.07.2015

3. Phil Lieberman et al. Open-label evaluation of azelastine nasal spray in patients with seasonal allergic rhinitis and nonallergic vasomotor rhinitis LIBRAPHARM LTD – Curr Med Res Opin 2005; 21(4)

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ по медицинскому применению препарата АЛЛЕРГОДИЛ® спрей назальный.

Регистрационный номер: П N012735/02 **Торговое название:** АЛЛЕРГОДИЛ® **Международное непатентованное название:** азеластин. **Лекарственная форма:** спрей назальный дозированный. **Состав:** азеластин гидрохлорид 0,140 мг в одной дозе. **Фармакотерапевтическая группа:** противоаллергическое средство – H1 гистаминовых рецепторов блокатор. **Фармакологическое действие:** Азеластин является противоаллергическим средством длительного действия; оказывает антигистаминное, противоаллергическое и мембраностабилизирующее действие. При местном применении системное действие незначительно. При интраназальном введении уменьшается зуд и заложенность носа, чихание и ринорея. Ослабление симптомов аллергического ринита отмечается начиная с 15 мин после применения и продолжается до 12 часов и более. Клинически значимое воздействие на QT (QTc) интервал отсутствует. **Фармакокинетика:** биодоступность после интраназального применения около 40 %. Максимальная концентрация (C_{max}) в крови достигается через 2–3 часа. Период полувыведения (T_{1/2}) азеластина – около 20 ч, его активного метаболита дезметилазеластина – около 45 ч. **Показания к применению:** лечение сезонного и круглогодичного аллергического ринита (в т.ч. сенная лихорадка) и риноконъюнктивита. Лечение симптомов вазомоторного (круглогодичного неаллергического) ринита, таких как заложенность носа, ринорея, чихание, постназальный синдром. **Противопоказания:** гиперчувствительность к азеластину и/или другим компонентам препарата; при аллергическом рините и риноконъюнктивите – детский возраст до 6 лет; при вазомоторном рините – детский возраст до 12 лет. Применение в период беременности и лактации; на животных не получено какого-либо свидетельства о тератогенном действии, но поскольку не имеется опыта применения азеластина у беременных и кормящих, использование не рекомендуется. **Способ применения и дозы:** интраназально аллергический ринит и риноконъюнктивит взрослым и детям 6 лет и старше – по одной дозе в каждой носовой ход два раза в день утром и вечером; при необходимости взрослым и детям старше 12 лет – по две дозы в каждой носовой ход два раза в день утром и вечером; до прекращения симптомов не более 8 недель непрерывного лечения. **Побочное действие:** часто – в результате неправильного способа введения, когда голова запрокинута назад, возможно появление горького вкуса во рту, что в редких случаях может вызвать тошноту. **Передозировка:** на настоящий момент неизвестно. Взаимодействие с другими лекарственными средствами не выявлено. **Форма выпуска:** спрей назальный дозированный 140 мкг/доза. **Условия хранения:** при температуре 8–25 °С в недоступном для детей месте. Срок годности 3 года. Вскрытые флаконы – 6 месяцев. **Условия отпуска из аптек:** без рецепта. Производитель МЕДА Фарма ГмбХ и Ко. КГ, Германия.

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ по медицинскому применению препарата АЛЛЕРГОДИЛ® капли глазные.
Регистрационный номер: П N012735/01 **Торговое название:** АЛЛЕРГОДИЛ® **Международное непатентованное название:** Азеластин. **Лекарственная форма:** капли глазные. **Состав:** Азеластин гидрохлорид. **Фармакотерапевтическая группа:** противоаллергическое средство – H1 гистаминовых рецепторов блокатор. **Фармакологические свойства:** Азеластин является сильным противоаллергическим средством длительного действия. При нанесении на слизистую глаза проявляются дополнительные противовоспалительный и мембраностабилизирующий эффекты. Клинически значимого воздействия на QT (QTc) интервал не выявлено. **Фармакокинетика:** максимальные концентрации азеластина в плазме крови очень низкие и выявляются на пределе или ниже предела измерений. **Показания к применению:** профилактика и лечение сезонного аллергического конъюнктивита; лечение сезонного (круглогодичного) аллергического конъюнктивита. **Противопоказания:** гиперчувствительность в отношении активного вещества или других компонентов препарата; возраст до 4 лет; I триместр беременности. **Применение при беременности и лактации:** применение в I триместре беременности не рекомендуется, а во II и III триместрах и при лактации возможно, если возможная польза для матери превышает риск для плода/ребенка. **Способ применения и дозы:** сезонный аллергический конъюнктивит: взрослым и детям от 4-х лет 2 раза в день по 1 капле в каждый глаз. При необходимости до 4-х раз в день по одной капле в каждый глаз. Препарат применяют до исчезновения симптомов, но не более 6 недель. **Несезонный (круглогодичный) аллергический конъюнктивит:** взрослым и детям от 4-х лет закапывать 2 раза в день по 1 капле в каждый глаз. При необходимости до 4-х раз в день по одной капле в каждый глаз. Длительность применения – не более 6 недель. **Побочные эффекты:** часто – преходящее затуманивание зрения, конъюнктивит. **Передозировка:** данные отсутствуют. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами: не выявлено. Особые указания: при применении не рекомендуется носить контактные линзы. **Форма выпуска:** капли глазные 0,05 %. **Условия хранения:** при температуре не выше 25 °С, в недоступном для детей месте. Срок годности 3 года. После вскрытия в течение 4-х недель. **Условия отпуска из аптек:** без рецепта. Производитель МЕДА Фарма ГмбХ и Ко. КГ, Германия. Март 2018 RU.ALL.18.03.09

*Подробная информация представлена в инструкции по медицинскому применению препарата

ООО «МЕДА Фарма», 109028, г. Москва, Серебрянская наб., 29, БЦ Серебряный город, 9 этаж.

Тел. (495) 660-53-03, ФС-99-02-003291 от 05.09.13. www.medapharma.ru

МЕДА
ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ