

Роль и значение антигистаминных препаратов в лечении аллергического ринита и крапивницы

Профессор С.В. Рязанцев¹, профессор С.А. Артюшкин², Д.В. Сосновская²

¹ ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России, Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

Наиболее распространенным и самым проблемным проявлением аллергического ринита является отек слизистой оболочки носа, который блокирует носовое дыхание. Аллергический ринит довольно часто не диагностируется или диагноз устанавливается с большим опозданием, что, в свою очередь, приводит к неадекватной терапии и, как следствие, ее неэффективности. Основное внимание оториноларинголога направлено на диагностику и лечение аллергического ринита, но в подавляющем большинстве случаев при атопическом марше развитию аллергического ринита предшествует крапивница. В статье особое внимание уделено лечению данной аллергопатологии, включающему элиминацию действующего аллергена и рациональную медикаментозную терапию. В частности, приведены данные эффективности лечения аллергического ринита различной степени тяжести блокаторами H_1 -гистаминовых рецепторов второго поколения. Приводится обзор применения антигистаминного препарата второго поколения — эбастина (Эспа-Бастин®), который следует активно включать в рекомендуемые схемы лечения аллергического ринита и крапивницы как показавший высокую эффективность и безопасность в терапии данных заболеваний.

Ключевые слова: аллергический ринит, заложенность носа, лечение, антигистаминные лекарственные средства, H_1 -гистаминоблокаторы, эбастин.

Для цитирования: Рязанцев С.В., Артюшкин С.А., Сосновская Д.В. Роль и значение антигистаминных препаратов в лечении аллергического ринита и крапивницы // РМЖ. 2018. № 3(II). С. 71–75.

ABSTRACT

The role and importance of antihistamines in the treatment of allergic rhinitis and urticaria
Ryazantsev S.V.¹, Artyushkin S.A.², Sosnovskaya D.V.²

¹ St. Petersburg scientific research Institute of Ear, Nose, Throat and Speech

² North-western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

The most common and problematic manifestation of allergic rhinitis is the rhinodema, which blocks nasal breathing. Often, allergic rhinitis is not diagnosed or the diagnosis is established with a great delay, which, in turn, leads to inadequate therapy and, as a result, inefficiency of treatment. Otorhinolaryngologist focuses on the diagnosis and treatment of allergic rhinitis, but in the atopic march in most of cases the development of allergic rhinitis is preceded by urticaria. The article gives special consideration to the treatment of this allergopathology, which includes the elimination of the active allergen and rational drug treatment. In particular, the authors present the data concerning the effectiveness of the use of H_1 -histamine receptor blockers of the second generation for treating the patients with allergic rhinitis of varying severity. The article gives a review of the use of the antihistamine preparation of II generation - ebastine (Espa-Bastine®), which should be actively included in the recommended treatment regimens of allergic rhinitis and urticaria, which showed high efficacy and safety in the therapy of these diseases.

Key words: allergic rhinitis, nasal congestion, treatment, antihistamines, H_1 -histaminoblockers, ebastine.

For citation: Ryazantsev S.V., Artyushkin S.A., Sosnovskaya D.V. The role and importance of antihistamines in the treatment of allergic rhinitis and urticaria // RMJ. 2018. № 3(II). P. 71–75.

Во всем мире отмечен рост аллергических заболеваний, в т. ч. таких как аллергический ринит, конъюнктивит, атопический дерматит, крапивница, поллиноз, бронхиальная астма (БА), отек Квинке и др. Эти заболевания существенно снижают качество жизни больных и являются большой проблемой здравоохранения.

Развитие большинства аллергических реакций связано с гиперчувствительностью 1-го типа, в основе которой лежат иммуноглобулин-Е-зависимые реакции. При первичном контакте с аллергеном антигенпрезентирующие клетки активируют Т- и В-лимфоциты, последние отвечают за синтез иммуноглобулина Е (IgE). Fc-фрагментом IgE прикрепляются к базофилам и тучным клеткам. Повторное введение аллер-

гена вызывает его связывание с антителами и дегрануляцию клеток с выбросом медиаторов воспаления (гистамина, хемотаксических факторов, химазы, триптазы, гепарина, лейкотриенов, кининов, простагландинов). Гистамин возбуждает гистаминовые-1 рецепторы (H_1 -рецепторы) в коже (эпидермисе и дерме), слизистых дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), эндотелиальных клетках сосудов [1–7].

Нередко у детей отмечается аллергический марш — последовательное появление аллергических заболеваний. Первично возникает пищевая аллергия, затем атопический дерматит, в дальнейшем — аллергический ринит и БА. Длительная сенсibilизация к пищевым аллергенам может провоцировать развитие ингаляционной аллергии.

В результате возникают клинические симптомы ранней (гистаминозависимой) фазы аллергической реакции, развивающейся спустя 15–20 мин после контакта с аллергенами и продолжающейся 4–6 часов. При этом у больного отмечаются зуд, чиханье, ринорея, отечность.

В зависимости от дозы аллергена и индивидуальной чувствительности к нему у части больных аллергией через 6–12 часов развиваются проявления поздней (клеточной) фазы аллергической реакции. В слизистую оболочку носа в ответ на выработку химических медиаторов начинают проникать различные воспалительные клетки: активированные эозинофилы, базофилы, моноциты и лимфоциты, которые высвобождают другие медиаторы, вызывающие местный отек и повреждение тканей, а также поддерживают общий воспалительный процесс. Клинически поздняя фаза аллергической реакции характеризуется заложенностью и обструкцией носовых ходов. Аллергическое воспаление, возникшее в слизистой оболочке полости носа после контакта с аллергеном, сохраняется длительное время, т. е. имеются признаки персистирующего воспаления.

Клинические симптомы поздней фазы (хронического аллергического воспаления): хроническая обструкция носа, хроническая крапивница, гиперреактивность бронхов и затруднение дыхания, БА, зуд и шелушение кожи [3, 8].

Эпидемиология, этиология, классификация

Аллергический ринит обусловлен IgE-воспалительной реакцией, развивающейся в результате попадания аллергенов на слизистую оболочку полости носа. Он проявляется четырьмя основными симптомами: выделениями из носа, затруднением носового дыхания, чиханьем, зудом в полости носа.

Аллергический ринит — одно из самых распространенных заболеваний. Опросы здоровых людей, не страдающих аллергическим ринитом, показали, что не менее чем у 40% из них наблюдаются те или иные симптомы аллергического поражения полости носа. По данным различных авторов, распространенность аллергического ринита (почти у 90% больных он является дебютом БА) составляет 10–40%, что обуславливает важность адекватной терапии данной группы больных [3].

Аллергический ринит довольно часто не диагностируется или диагноз устанавливается с большим опозданием, что, в свою очередь, приводит к неадекватной терапии и, как следствие, ее неэффективности [9–12]. Одной из причин несвоевременной диагностики аллергического ринита является поздняя обращаемость больного к врачу, бессистемное применение препаратов, облегчающих симптомы [12]. Среднее время от появления первых признаков аллергического ринита до постановки диагноза составляет 8,0–8,5 года [11].

Аллергический ринит в зависимости от природы патогенетически значимого аллергена может иметь сезонный (при сенсибилизации к пыльцевым аллергенам) или круглогодичный характер (при сенсибилизации к бытовым аллергенам — клещам домашней пыли, грибам, тараканам и эпидермальным — перхоти животных). Однако различие между сезонным и круглогодичным ринитом можно определить не всегда и не во всех регионах, поэтому терминология была пересмотрена и теперь в зависимости от продолжительности симптомов выделяют

(по классификации ARIA 2008, 2010, а также EAACI 2013) интермиттирующий и персистирующий ринит. Для интермиттирующего аллергического ринита характерны симптомы менее 4-х дней в неделю или менее 4-х недель в год, для персистирующего — более 4-х дней в неделю и более 4-х недель в год.

С нашей точки зрения, при постановке диагноза следует придерживаться общепринятой классификации ARIA (интермиттирующий и персистирующий ринит), но в скобках добавлять: сезонный или круглогодичный. Указание на сезонность заболевания позволит уточнить этиологический фактор и некоторые аспекты элиминации.

До начала лечения необходимо уточнить форму заболевания (легкая, среднетяжелая, тяжелая), а также эпизодичность появления симптомов. При легкой форме у пациента имеются лишь незначительные клинические признаки болезни, не нарушающие дневной активности и сна. Пациент осознает наличие заболевания и хочет лечиться, но может обойтись и без лечения. При среднетяжелой форме симптомы нарушают сон пациента, препятствуют работе, учебе, занятиям спортом. Качество жизни существенно ухудшается. При тяжелой форме пациент не может нормально работать, учиться, заниматься спортом или досугом в течение дня и спать ночью, если не получает лечения [1–7].

Диагностика

Основное внимание оториноларинголога направлено на диагностику и лечение аллергического ринита, но в подавляющем большинстве случаев при атопическом маршеразвитию аллергического ринита предшествует крапивница. В определенном возрастном периоде и крапивница и аллергический ринит могут протекать совместно. В дальнейшем в основном имеет место та или иная форма алергопатологии.

Под крапивницей подразумевают дерматоз, сопровождающийся появлением волдырей на коже и слизистых оболочках. Крапивница является распространенным заболеванием: различные ее клинические варианты диагностируются у 15–25% людей в популяции, при этом четверть случаев приходится на хроническую крапивницу (ХК). Продолжительность заболевания у взрослых составляет в среднем от 3-х до 5 лет, при этом каждый пятый пациент с ХК отмечает периодическое появление волдырей на протяжении 20 лет. Кроме того, у каждого второго пациента с крапивницей регистрируется такое опасное для жизни состояние, как гигантская крапивница, или ангиоотек (отек Квинке).

ХК приводит к снижению качества жизни больных. Характерной чертой ХК являются безуспешность диагностических мероприятий и поиск этиологического триггера высыпаний, т. к. идиопатические формы составляют до 55% случаев, а аутоиммунные — 45% случаев заболевания.

Обычная (простая) крапивница — наиболее часто встречающаяся клиническая разновидность крапивницы. Клинически обычная крапивница проявляется волдырями, которые не имеют характерной локализации. По характеру течения обычная крапивница подразделяется на острую и хроническую. Под острой крапивницей понимают внезапное однократное под воздействием одного из провоцирующих факторов появление волдырей, которые держатся не более 24 часов. Хронической крапивницей называют состояние, когда ежедневно или почти ежедневно в течение 6 нед. и более появляются волдыри, каждый из которых живет не более 24 часов.

Гистамин является ключевым медиатором в патогенезе крапивницы, о чем свидетельствуют воспроизведение уртикарных высыпаний при внутрикожном введении гистамина, местная гистаминолиберация в коже больных крапивницей и клиническая эффективность антигистаминных препаратов [13].

Лечение

Терапия аллергического ринита и крапивницы подразделяется на три основных направления: элиминационную, иммунную и медикаментозную терапию.

Элиминационная терапия

Ее задача одинакова при аллергическом дерматите и крапивнице и состоит в устранении аллергенов (пыльцевых, пылевых и т. д.) и в контроле за состоянием окружающей среды. При атопическом заболевании меры по устранению аллергенов должны быть приняты в первую очередь. Они призваны уменьшить симптомы и развитие воспалительной реакции.

Специфическая иммунотерапия (СИТ)

Эффективность иммунотерапии — лечения аллергенами пыльцы трав, деревьев и кустарников, антигенами клещей домашней пыли и кошачьей перхоти — убедительно доказана соответствующими исследованиями. Тем не менее иногда наблюдаются тяжелые реакции, особенно у больных БА. В некоторых странах (Великобритании и Скандинавии) применение СИТ резко ограничено. Чтобы свести риск иммунотерапии до минимума и увеличить эффективность лечения, вопрос о целесообразности СИТ должен решать специалист-аллерголог или же клинический иммунолог.

Медикаментозная терапия

Гистамин — обязательный и ключевой медиатор в патогенезе аллергических реакций, псевдоаллергических и многих патологических состояний. Поэтому антигистаминные препараты являются важнейшими лекарственными средствами, ослабляющими реакцию на гистамин путем блокирования его рецепторов.

В руководстве ARIA (2008) выделяют три ступени терапии аллергического ринита [6]:

1. При обострении интермиттирующего аллергического ринита в случае легкого течения или периодически появляющихся симптомов используют быстродействующие блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов второго поколения, не обладающие седативной активностью. Среднетяжелое течение с выраженными проявлениями со стороны полости носа — показание для интраназального применения глюкокортикоидов (лечение назначают в начале сезона пыления) плюс антигистаминные средства второго поколения. При среднетяжелом течении с выраженными «глазными» симптомами показаны блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов второго поколения, не обладающие седативным эффектом, внутрь и/или глюкокортикоиды интраназально и натрия кромогликат глазные капли. При среднетяжелом интермиттирующем аллергическом рините возможно назначение комбинированного топического антигистаминного и топического кортикостероидного препарата в виде монотерапии, но на срок не более 1 мес.

Счастье жить без аллергии...

НАСТОЯЩЕ
НЕМЕЦКОЕ
КАЧЕСТВО



Регистрационный номер:
ЛП-003460 от 16.02.2016

ЭСПА-БАСТИН®

средство для лечения аллергии

- ☀ Антигистаминное действие начинается через 1 час
- ☀ Эффект сохраняется в течение 48 часов, а после 5-дневного курса в течение 72 часов
- ☀ Не оказывает седативного эффекта

115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 16, оф. 306.
Тел.: +7 (499) 579-33-70. Факс: +7 (499) 579-33-71
www.esparma.ru



НОВИНКА*

* Новый препарат в портфеле компании «Эспарма ГмбХ» в РФ.

Реклама

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО
ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ИЛИ ПОЛУЧИТЬ КОНСУЛЬТАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТА

2. При персистирующем аллергическом рините у взрослых, согласно рекомендациям ARIA, следует назначать интраназальную глюкокортикоиды при длительном воздействии аллергена на срок от 1 до 3-х месяцев. При обострениях персистирующего аллергического ринита добавляются блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов, не обладающие седативным эффектом. При тяжелых персистирующих аллергических ринитах возможно двукратное увеличение дозы топического глюкокортикостероидного препарата (до 400 мкг) на срок не более 1 мес. или добавление в схему лечения препарата монтелукаст на срок 20–30 дней.
3. При круглогодичном аллергическом рините у детей показаны блокаторы H_1 -гистаминовых рецепторов, не обладающие седативным эффектом. При неэффективности или длительном воздействии аллергена — интраназальные глюкокортикоиды.

Таким образом, антигистаминные препараты остаются основным средством контроля симптомов чиханья, зуда и насморка при легкой степени интермиттирующего ринита. Деконгестанты уменьшают назальную блокаду и особенно эффективны при использовании в комбинации с антигистаминными препаратами, но должны использоваться короткими курсами, не более 10 дней подряд. При рините умеренной тяжести и тяжелом наиболее эффективны интраназальные кортикостероиды [1–7].

H_1 -гистаминоблокаторы второго поколения рекомендованы в качестве базовой терапии первой линии при острой и хронической крапивнице. При необходимости длительного применения антигистаминных препаратов следует отдать предпочтение блокаторам H_1 -гистаминовых рецепторов второго поколения, которые не приводят к индукции печеночного метаболизма и их эффективность со временем не снижается. Лечение блокаторами H_1 -гистаминовых рецепторов для достижения стойкого эффекта должно быть длительным (4 нед. после исчезновения высыпаний). При отсутствии эффекта показано лечение системными глюкокортикостероидными препаратами [13].

Как видно из приведенных схем лечения аллергического ринита и крапивницы, на начальных этапах при легкой форме используют только антигистаминные препараты. При среднетяжелой и тяжелой формах аллергического ринита и крапивницы основное внимание уделяется кортикостероидной терапии (назальные топические стероиды и системные кортикостероиды при крапивнице).

Антигистаминные препараты

Были первыми из используемых в медицине противоаллергических средств. В 1957 г. Даниэль Бовэ получил Нобелевскую премию за открытие дифенгидрамина. С этого времени началась эпоха антигистаминных препаратов. В настоящее время антигистаминные препараты первого поколения отошли на второй план, т. к. обладают неблагоприятным терапевтическим профилем, применять их для лечения аллергического ринита и крапивницы не следует из-за выраженных седативного и антихолинергического побочных эффектов. Эти препараты нарушают когнитивные функции: снижают концентрацию внимания, память и способность к обучению. Помимо антигистаминных препаратов первого поколения уже более 20 лет широко используются препараты второго поколения (лоратадин, цетиризин, эбастин, рупатадин) и активные метаболиты антигистаминных препаратов (дезлоратадин, фексофенадин).

Особенности антигистаминных препаратов второго поколения:

- высокая афинность к H_1 -рецепторам;
- быстрое начало действия;
- достаточная продолжительность основного эффекта (до 24 часов);
- отсутствие блокады других типов рецепторов;
- низкая проходимость через гематоэнцефалический барьер в терапевтических дозах;
- несвязанность с приемом пищи, хорошая всасываемость из ЖКТ;
- отсутствие тахифилаксии;
- отсутствие сухости слизистых оболочек, ухудшения отхождения мокроты [13–17].

Эбастин

Одним из представителей антигистаминных препаратов второго поколения является эбастин. Он появился на фармакологическом рынке чуть позже своих предшественников второго поколения — лоратадина и цетиризина и оказался в их тени.

После появления антигистаминных препаратов в виде активных метаболитов второго поколения — дезлоратадина, левоцетиризина, фексофенадина эбастину уделялось незаслуженно мало внимания. Этим частично объясняется не столь значительное количество генериков эбастина, как у лоратадина и цетиризина. Один из генерических препаратов эбастина — Эспа-Бастин® (производство компании «Эспарма ГмБХ», Германия), представленный в виде таблеток 10 и 20 мг. Рекомендован к применению у взрослых и детей старше 12 лет.

Эбастин — антигистаминный препарат второго поколения с возможностью гибкого дозирования при полном отсутствии седативного эффекта. Блокирует гистаминовые H_1 -рецепторы, предупреждает вызываемые гистамином спазмы гладкой мускулатуры и повышение сосудистой проницаемости. Действие начинается через 1 час и сохраняется в течение 48 часов. Эбастин начинает абсорбироваться сразу после введения, причем концентрация активного метаболита в плазме достигает максимума через 4–6 часов после приема 5–40 мг. Свидетельством предсказуемости продолжительности и силы действия эбастина является отсутствие значимых различий по времени достижения максимальной концентрации между дозами. После достижения максимальной концентрации уровень каребастина в плазме начинает моноэкспоненциально снижаться. Приблизительно 83% эбастина всасывается в кишечнике. Не выявлено статистически значимых различий в максимальной концентрации, времени ее достижения, площади под кривой «концентрация в плазме — время», периоде полувыведения между двумя группами испытуемых: принимавших эбастин натощак и принимавших его не на голодный желудок. После 5-дневного применения антигистаминный эффект сохраняется в течение 72 часов за счет действия активного метаболита.

Как при лечении прочими антигистаминными средствами, следует соблюдать осторожность при назначении эбастина пациентам с удлинением интервала QT, гипокалиемией, а также при сочетании с лекарственными средствами, удлиняющими интервал QT (кетоканазол и эритромицин) или ингибирующими ферментную систему CYP3A4, такими как противогрибковые средства и макролидные антибиотики.

Следует отметить, что все перечисленные ниже исследования проводились на оригинальном препарате эбастина. По данным проведенного исследования, эбастин (10 мг

перорально) связывается приблизительно с 10% H_1 -рецепторов гистамина в головном мозге, редко вызывая седативный эффект, в то время как клорфенирамин связывается с 50% H_1 -рецепторов гистамина, что коррелирует с концентрацией хлорфенирамина в крови.

Антигистаминная активность. Как показали исследования эффективности разовой дозы, эбастин в дозе 10 и 30 мг значительно уменьшает по сравнению с плацебо индуцированные гистамином волдыри. Эбастин статистически значимо угнетал на 24 часа индуцированную гистамином реакцию в виде волдырей ($p < 0,001$) и гиперемии ($p < 0,002$) после приема дозы 10 мг [18, 19].

Существует прямая взаимосвязь между временем наступления антигистаминного действия после приема препарата и уровнем каребастина в плазме крови. Пик концентрации каребастина в плазме совпадает с максимальным подавлением волдырей и наступает через 2 часа после приема эбастина.

По результатам одного из исследований, эбастин и астемизол, применяемые 7 дней в дозе 10 мг/сут, в равной степени подавляют индуцированную гистамином реакцию на протяжении 24 часов, в то время как лоратадин, цетиризин и терфенадин в дозе 120 мг/сут продемонстрировали заметные колебания антигистаминного потенциала.

Кроме того, имеются данные о том, что эбастин обладает способностью предупреждать развитие бронхоспазма, индуцируемого гистамином [18, 19].

Антиаллергическая активность. Эбастин подавляет индуцируемые аллергенами реакции как при внутрикожных, так и при интраназальных провокационных пробах. При проведении внутрикожной пробы эбастин в дозе 1–10 мг оказался значительно эффективнее плацебо, его действие продолжалось 24 часа. При интраназальной пробе 20 мг эбастина повышали пороговую дозу пыльцы, вызывающей аллергическую реакцию, значительно эффективнее плацебо.

Антихолинергическая активность. Эбастин в дозе 50 мг (пятикратная терапевтическая) не оказывает влияния на артериальное давление, частоту сердечных сокращений и слюноотделение.

Влияние на активность ЦНС, психомоторные функции и возникновение седативного эффекта. Прием эбастина в суточной дозе 10–30 мг не влиял на способность управлять автомобилем, а в дозе 50 мг, по субъективной оценке, вызывал некоторое седативное действие по сравнению с приемом меньшей дозы эбастина 10 мг и плацебо [18, 19]. При сравнении разовых доз эбастина и клемастина оказалось, что 10 и 20 мг эбастина положительно отличаются от клемастина по своему действию на способность визуального слежения за целью, субъективную оценку сонливости и способности вызывать общий дискомфорт.

Эффективность и безопасность. Данные об эффективности и безопасности эбастина основываются на результатах более чем 20 клинических испытаний [18]. В двух из них оценивалась возможность длительного лечения эбестином при хронической крапивнице. Одно из них охватывало 211 больных и продолжалось 3 мес., другое включало 101 больного и предусматривало оценку в отдаленном периоде (до 1 года).

Несмотря на то что прочие антигистаминные средства рекомендованы для клинического применения в фиксированных дозах, эбастин в III фазе испытаний оценивали

в дозах 10 и 20 мг, что определялось результатами предварительных исследований по подбору оптимальной дозы и сравнению эффективности разных доз.

Приводим результаты исследований [18–21].

1. В пилотном исследовании по определению эффективной дозы при аллергическом рините 40 больных с аллергией на пыльцу получали разные (в пределах 10–40 мг) дозы эбастина в течение 4-х недель. Все больные отмечали значительное клиническое улучшение, причем значимое различие в отношении нежелательных эффектов отсутствовало.
2. В трех исследованиях, охватывавших 750 больных (два исследования включали 487 больных аллергическим ринитом, третье — 263 больных ХК) и продолжавшихся от 1 до 4-х недель, было показано преимущество суточной дозы эбастина 10 мг по сравнению с дозами 1 и 5 мг/сут.
3. В исследовании, включавшем 101 больного хроническим ринитом (17 из них страдали также хроническим конъюнктивитом), вызываемым пыльцой растений, не отмечалось дозозависимости побочного действия у больных, получавших в течение 7 нед. эбастин в дозах 10 и 20 мг/сут, обе дозы были эффективны.
4. Аналогичные данные получены в исследовании по определению дозы, включавшем 459 больных с аллергией на пыльцу амброзии, являвшейся строгим показанием к назначению эбастина. Оптимальной при сравнении с суточными дозами 1, 3, 10 и 30 мг оказалась доза 20 мг/сут. Она обеспечивала облегчение симптомов на протяжении 24 часов, не вызывая дозозависимых нежелательных эффектов.
5. Для оценки эффективности и безопасности эбастина в дозах 10 и 20 мг 1 раз в день для лечения круглогодичного аллергического ринита было предпринято 12-недельное плацебо-контролируемое мультицентровое исследование. Пациенты получали:
 - 10 мг эбастина 1 р./сут (88 больных);
 - 20 мг эбастина 1 р./сут (102 больных);
 - плацебо (100 больных).

Регистрировались четыре основных симптома: выделения из носа, заложенность носа, чиханье и зуд, а также глазные симптомы. Тяжесть симптомов оценивалась по шкале от 0 до 3-х баллов 2 раза в день в течение всех 12 нед. исследования.

И пациентами и врачами отмечалось значительное клиническое преимущество эбастина в обеих дозах перед плацебо. Серьезных побочных эффектов не наблюдалось. Все пациенты хорошо переносили лечение и показали низкий уровень побочных эффектов со стороны нервной системы и в виде головной боли. По результатам исследования был сделан вывод о том, что эбастин в дозах 10 и 20 мг быстро снижал симптомы круглогодичного аллергического ринита у взрослых и подростков; в дальнейшем были получены подтверждения дополнительных преимуществ дозы эбастина 20 мг [18–21].

Таким образом, антигистаминный препарат второго поколения — эбастин (и его генерики, в частности Эспа-Бастин®) следует активно включать в рекомендуемые схемы лечения аллергического ринита и крапивницы как показавший высокую эффективность и безопасность в терапии данных заболеваний.

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