

Р.М. Файзуллина, Е.Д. Гусева

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Российская Федерация

# Эффективность терапии дезлоратадином детей с аллергическим ринитом

**Контактная информация:**

Файзуллина Резеда Мансафовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром БГМУ

Адрес: 450000, Уфа, ул. Ленина, д. 3, тел.: +7 (3472) 73-54-21, e-mail: Fayzullina@yandex.ru

Статья поступила: 24.09.2015 г., принята к печати: 28.10.2015 г.

Представлены результаты лечения детей в возрасте 7–15 лет с аллергическим ринитом в остром периоде заболевания. Сравнивали клиническую эффективность монотерапии дезлоратадином у детей с интермиттирующим сезонным аллергическим ринитом, персистирующим аллергическим ринитом, а также с персистирующим аллергическим ринитом и бронхиальной астмой вне обострения. Установлено изменение концентрации иммуноглобулинов в назальном секрете на фоне лечения у детей с сезонным аллергическим ринитом. Полученные результаты могут быть использованы при назначении лечения пациентам с аллергическим ринитом.

**Ключевые слова:** дети, аллергический ринит, иммуноглобулины, дезлоратадин, эффективность.

(Для цитирования: Файзуллина Р.М., Гусева Е.Д. Эффективность терапии дезлоратадином детей с аллергическим ринитом. Вопросы современной педиатрии. 2015; 14 (5): 597–599. doi: 10.15690/vsp.v14i5.1446)

**ВВЕДЕНИЕ**

Аллергический ринит — заболевание, сопровождающееся затруднением дыхания, нарушением сна, раздражительностью, снижением обоняния и всех компонентов качества жизни в целом [1, 2]. Болезнь часто сочетается с бронхиальной астмой (БА), причем симптомы аллергического ринита появляются значительно раньше, но пациенты обращаются к врачу, когда присоединяются приступы затрудненного дыхания или одышки. Заболевание манифестирует в среднем у детей в возрасте 2 лет, и чем больше длительность его анамнеза, тем больше вероятность сочетания аллергического ринита и БА [2, 3]. Кроме того, у 62% детей с персистирующим аллергическим ринитом (ПАР) обнаруживается гиперреактивность бронхального дерева при отсутствии приступов одышки. Для срав-

нения, у детей с БА подобные изменения наблюдают в 87%, при сочетании аллергического ринита и БА — в 93% случаев [3].

Патогенетически аллергический ринит представляет собой реактивный тип аллергической реакции с развитием аллергического воспаления [4]. Ключевым медиатором такого воспаления является гистамин, продуцируемый тучными клетками. Это служит основанием для использования в лечении таких больных препаратов, обладающих антигистаминным эффектом [1, 5, 6]. В ряде исследований продемонстрирован противовоспалительный эффект антигистаминных препаратов, особенно выраженный у препаратов нового поколения [7, 8]. По мнению Н.И. Ильиной и К.С. Павловой, противовоспалительное действие дезлоратадина может модулировать аспекты воспале-

R.M. Faizullina, Ye.D. Guseva

Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

## Efficacy of Desloratadine Treatment of Children with Allergic Rhinitis

The article describes the results of the treatment of children aged 7–15 with allergic rhinitis during the acute phase of the disease. It compares the clinical efficacy of desloratadine monotherapy in children with intermittent seasonal allergic rhinitis, persistent allergic rhinitis, and persistent allergic rhinitis with non-acute asthma. It was found that the immunoglobulin concentration in nasal secretions changes when treating children with seasonal allergic rhinitis. The results obtained can be used in assigning patients with allergic rhinitis to treatment.

**Key words:** children, allergic rhinitis, immunoglobulins, desloratadine, efficacy.

(For citation: Faizullina R. M., Guseva Ye. D. Efficacy of Desloratadine Treatment of Children with Allergic Rhinitis. *Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics*. 2015; 14 (5): 597–599. doi: 10.15690/vsp.v14i5.1446)

ния по другим механизмам, отличающимся от блокады  $H_1$ -гистаминовых рецепторов [7].

Ниже представлены результаты собственных наблюдений и оценки клинической эффективности дезлоратадина и его влияния на динамику некоторых иммунологических показателей, в частности на содержание иммуноглобулинов в назальном секрете у детей школьного возраста с аллергическим ринитом.

### РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

Под наблюдением находились 70 детей в острой фазе аллергического ринита в возрасте 7–15 лет, из них 24 (34,3%) пациента с интермиттирующим сезонным аллергическим ринитом (САР), 22 (31,4%) — с ПАР, и 24 (34,3%) — с ПАР + БА вне обострения. Всем детям было проведено клинико-лабораторное, аллергологическое и функциональное обследование в соответствии со стандартами, принятыми в аллергологии для верификации диагноза. Получено информированное согласие родителей на наблюдение болезни в динамике.

Эффективность лечения по динамике клинических симптомов (ринорея, заложенность носа, затруднение дыхания) оценивали пациенты и их родители на повторных осмотрах с интервалом 2 дня. При этом учитывали «полное купирование симптомов», «улучшение» или «состояние без изменений».

Всем детям проведено цитологическое исследование носового секрета со взятием мазков со средних отделов нижних носовых раковин, общеклиническое, аллергологическое обследование. Пациенты осмотрены оториноларингологом. Лабораторная оценка местных гуморальных факторов иммунитета слизистой оболочки носа включала анализ назальных смывов. Методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы «ИФА-БЕСТ-стрип» (ЗАО «Вектор-бест», Россия) до и после лечения определяли концентрации IgM, IgG, IgA, sIgA и IgE. За нормальные средние значения концентрации иммуноглобулинов брали результаты исследования назального секрета 30 здоровых детей (табл.).

Статистическая обработка результатов проведена с применением программы STATISTICA v. 6.0 (StatSoft Inc., США). До выполнения статистического анализа оценивали характер распределения каждого показателя на нормальность. Для описания количественных

показателей использовали описательную статистику (среднее арифметическое и стандартная ошибка при уровне значимости  $p < 0,05$ ). Анализ различий выполнен с помощью  $t$ -критерия Стьюдента для независимых выборок.

В качестве стартовой терапии все участники получали дезлоратадин (Эриус, Байер, Германия) в виде сиропа в дозе 5 мл 1 раз/сут детям в возрасте 7–12 лет или в форме таблеток по 5 мг 1 раз/сут детям старше 12 лет. Курс лечения составил 14 сут.

При лечении дезлоратадином у детей с САР полное купирование симптомов на 14-е сут лечения достигнуто в 14 (58%), улучшение клинических показателей — в 7 (29%) случаях. У детей с ПАР, а также при сочетании ПАР и БА купирование симптомов произошло у 15 (39%) и 9 (37%) детей, соответственно. В целом клиническая эффективность терапии дезлоратадином зафиксирована у 45 (64%) детей, причем лучшие результаты были достигнуты в группе детей с САР. В дальнейшем пациентам, у которых не было достигнуто клинического улучшения, дополнительно были назначены топические глюкокортикоиды интраназально.

Содержание иммуноглобулинов в назальном секрете у детей с аллергическим ринитом до и после лечения дезлоратадином представлено в табл. У всех пациентов исходно имела место гипериммуноглобулинемия всех классов с выраженным снижением значений показателей на фоне лечения дезлоратадином. Более значимые изменения происходили в содержании IgE, причем вне зависимости от формы аллергического ринита. При сравнении в динамике концентрации иммуноглобулинов в назальных смывах после терапии в зависимости от клинической формы ринита наиболее выраженные изменения зафиксировали у детей с САР (рис.).

### ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В исследовании Н. М. Ненашевой показана эффективность дезлоратадина при аллергическом рините [1, 2], в работе И. В. Макаровой и соавт. — при атопическом дерматите у детей уже со 2-й нед лечения [9]. Результаты рандомизированных плацебоконтролируемых исследований свидетельствуют о том, что применение дезлоратадина сопровождается уменьшением (по сравнению с плацебо) суммарного индекса

**Таблица.** Содержание иммуноглобулинов в назальных смывах у детей с аллергическим ринитом до и после лечения дезлоратадином

Аллергический ринит		IgM, мкг/мл	IgG, мкг/мл	IgA, мкг/мл	sIgA, мкг/мл	IgE, нг/мл
САР	До лечения	121,1 ± 39,2*	2183 ± 52*	966 ± 324*	1310 ± 123*	867 ± 322*
	Дезлоратадин	7,1 ± 3,2 <sup>†</sup>	646 ± 138* <sup>†</sup>	341 ± 82* <sup>†</sup>	926 ± 421*	41 ± 8* <sup>†</sup>
ПАР	До лечения	13,4 ± 8,6	2144 ± 95*	1163 ± 79*	985 ± 15*	512 ± 198*
	Дезлоратадин	10,6 ± 9,4	918 ± 112* <sup>†</sup>	714 ± 217* <sup>†</sup>	913 ± 124*	139 ± 98* <sup>†</sup>
ПАР + БА	До лечения	32,1 ± 21,5*	2311 ± 42*	2118 ± 87*	1548 ± 26*	393 ± 218*
	Дезлоратадин	18,2 ± 11,7	1544 ± 78* <sup>†</sup>	976 ± 263* <sup>†</sup>	1328 ± 221*	45 ± 18* <sup>†</sup>
Здоровые дети		4,1 ± 1,6	85 ± 32	146 ± 67	533 ± 31	0,24 ± 0,11

*Примечание.* САР — сезонный аллергический ринит; ПАР — персистирующий аллергический ринит; ПАР + БА — сочетание ПАР и бронхиальной астмы. \* —  $p < 0,05$  при сравнении с нормой (группа «Здоровые дети»), <sup>†</sup> —  $p < 0,05$  при сравнении с группами детей с другими формами ринита. Статистический анализ выполнен с помощью  $t$ -критерия Стьюдента для независимых выборок.

симптомов аллергического ринита, индекса назальных симптомов, улучшением назальной проходимости, снижением числа эозинофилов в смывах со слизистой оболочки носа [10]. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что эффективность дезлоратадина при аллергическом рините соответствует уровню доказательности 1А [10].

Результаты собственных наблюдений показали влияние дезлоратадина на клинические проявления аллергического ринита у детей, а также положительные изменения концентрации иммуноглобулинов в назальных смывах, что связано с противовоспалительной активностью препарата [8]. При сравнении результатов лечения детей с разными формами аллергического ринита нами установлено, что доля пациентов, у которых регистрировали полное купирование клинических симптомов ринита к концу двухнедельного курса лечения, была в 2,2 раза выше в группе пациентов с САР, и это сопровождалось статистически значимым снижением содержания иммуноглобулинов в назальном секрете, наиболее выраженным для IgE. Высокая клиническая эффективность дезлоратадина к концу 2-й нед терапии детей с аллергическим ринитом в целом зарегистрирована у 88% детей. Полученные результаты могут быть дополнительным обоснованием к проведению у детей монотерапии дезлоратадином, особенно в случае САР.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наши наблюдения свидетельствуют о высокой клинической эффективности дезлоратадина, особенно при

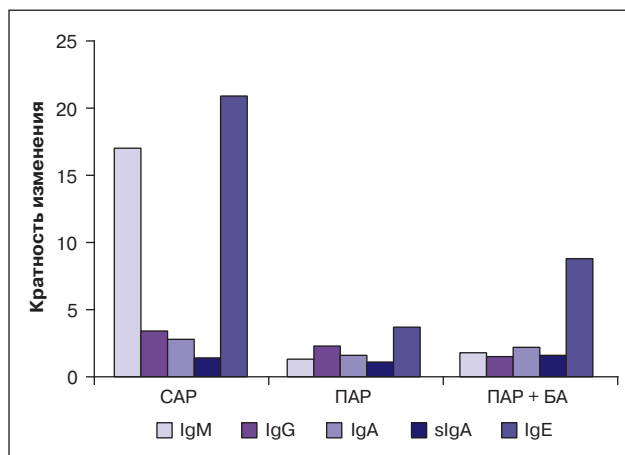
## КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Статья подготовлена при финансовой поддержке компании Bayer.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ненашева Н. М. Терапия аллергического ринита: какой антигистаминный препарат выбрать? *РМЖ. Аллергология*. 2015; 5: 1–5.
2. Ненашева Н. М. Бронхиальная астма и сопутствующие заболевания: в фокусе аллергический ринит. *Атмосфера. Пульмонология и аллергология*. 2014; 1: 2–8.
3. Тихонова Р.З., Файзуллина Р.М. Гиперреактивность бронхиального дерева у детей с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом. *Доктор.Ру*. 2015; 7 (108): 15–18.
4. Vashisht P, Casale T. Omalizumab for treatment of allergic rhinitis. *Exp. Opin. Biol. Ther.* 2013; 13: 933–945.
5. Вишнёва Е.А. Неседативные антигистаминные препараты при аллергических болезнях у детей. *Дезлоратадин. Педиатрическая фармакология*. 2009; 6: 70–74.
6. 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 Investig.* 2010; 30 (2): 109–122.

**Рис.** Изменение содержания иммуноглобулинов у детей с аллергическим ринитом на фоне лечения дезлоратадином



*Примечание.* Оценивали кратность изменения содержания иммуноглобулинов в сравнении с исходным значением при САР (интермиттирующий сезонный аллергический ринит), ПАР (персистирующий аллергический ринит), ПАР + БА (персистирующий аллергический ринит в сочетании с бронхиальной астмой).

сезонном аллергическом рините у детей, характеризующемся снижением содержания IgE в назальном секрете. Противовоспалительные эффекты дезлоратадина позволяют назначать его детям с аллергическим ринитом в острой фазе и без дополнительной фармакологической нагрузки достигать купирования симптомов болезни.

7. Ильина Н.И., Павлова К.С. Антигистаминные, противовоспалительные и противоаллергические свойства дезлоратадина. *Consilium Medicum*. 2015; 3: 3–6.
8. Canonica G.W., Blaiss M. Antihistaminic, anti-inflammatory, and antiallergic properties of the non-sedating second-generation antihistamine desloratadine: a review of the evidence. *World Allergy Organ. J.* 2011; 4 (2): 47–53.
9. Макарова И.В., Трусова О.В., Жиглинская О.В., Медведева Е.А., Галенко Л.А. Сравнение эффективности и переносимости применения препаратов дезлоратадина (раствор и сироп) в лечении атопического дерматита у детей раннего возраста. *Вопросы современной педиатрии*. 2015; 14 (2): 287–291.
10. Сайгитов Р.Т. Дезлоратадин в лечении аллергического ринита: результаты рандомизированных плацебоконтролируемых исследований. *Вопросы современной педиатрии*. 2008; 1 (7): 82–90.