



# Барьерные методы терапии при аллергических заболеваниях

*Распространенность аллергических заболеваний неуклонно растет во всем мире. В связи с этим поиск новых средств для лечения таких заболеваний не утрачивает актуальности. Элиминация, или удаление причинно-значимых аллергенов, относится к этиопатогенетическим методам лечения аллергии, направленным прежде всего на создание барьера, препятствующего контакту аллергенов со слизистой оболочкой полости носа. Новым методам терапии и профилактики аллергических заболеваний, в том числе аллергического ринита, был посвящен симпозиум, организованный при поддержке компании «Биттнер Фарма» (г. Казань, 15 мая 2014 г.).*



Профессор  
И.С. Гуцин

**П**рофессор, член-корреспондент РАМН, д.м.н. Игорь Сергеевич ГУЦИН (Институт иммунологии ФМБА России, Москва) посвятил свой доклад крайне важной теме – механизмам развития аллергии и современным подходам к ее лечению. Он отметил, что в процессе эволюции возникла форма соединения двух видов реактивности – антиген-распознающего механизма в нозологических системах и реакции воспаления – универсальной реакции на различные повреждения организма. Имунная система получила возможность направлять активность данных механизмов против определенных молекул. В результате возникла реакция аллергенспецифической гиперчувствительности (аллергии), суть которой состоит в том, чтобы направлять воспалитель-

## Барьерные ткани – мишень противоаллергического лечения

ную реакцию против конкретных повреждающих молекул.

Таким образом, аллерген, проникнув во внутреннюю среду организма, фрагментируется в антигенпредставляющих клетках до упрощенных пептидов, которые впоследствии представляются этими клетками Т-клеткам-помощникам (Th-клеткам) с профилем Th<sub>2</sub>-клеток. Данный профиль характеризуется продукцией клетками таких цитокинов, как интерлейкин (ИЛ) 4, 13 и 5. Th<sub>2</sub>-клеточный профиль имеет отношение к гуморальному иммунному ответу и IgE-ответу. Th<sub>1</sub>-клеточный профиль характеризуется продукцией клетками интерферона (ИФН) гамма и ИЛ-2. Между Th<sub>1</sub>- и Th<sub>2</sub>-клетками существуют реципрокные отношения, и ИФН-гамма (цитокин Th<sub>1</sub>-клеток) сдерживает активность Th<sub>2</sub>-клеток, необходимых для осуществления IgE-ответа.

Образовавшиеся IgE-антитела фиксируются на имеющих с ними высокое сродство специализированных рецепторах, расположенных на тучных клетках слизистой оболочки и соединительной ткани. Так, вооруженные IgE-антителами, тучные клетки готовы распознавать аллерген, повторно проникающий во внут-

реннюю среду организма. При повторном поступлении аллерген связывается IgE-антителами, происходит активация тучных клеток. В результате из них секретируются медиаторы (гистамин, простагландин D<sub>2</sub>, лейкотриены C<sub>4</sub>, D<sub>4</sub>, E<sub>4</sub>), факторы активации тромбоцитов, в частности триптаза, вызывающие повышение сосудистой проницаемости и отек ткани, сокращение гладкой мускулатуры, гиперсекрецию слизистых желез, раздражение периферических нервных окончаний. Эти изменения составляют основу ранней фазы аллергической реакции, развивающейся в течение первых минут после воздействия аллергена. Помимо указанных действий высвобожденные медиаторы привлекают в зону аллергической реакции другие клетки-участники – базофилы, эозинофилы, моноциты, лимфоциты, нейтрофилы. В свою очередь эти клетки активируются и секретируют провоспалительные медиаторы. Действие данных клеток и их медиаторов формирует позднюю фазу аллергической реакции. Она обуславливает поддержание аллергического воспаления в ткани, хронизацию процесса, формирование и усиление аллергенспецифической тканевой гиперреак-



## Сателлитный симпозиум компании «Биттнер Фарма»

тивности. Последняя выражается в повышении чувствительности уже не только к конкретному аллергену, но и к разнообразным неспецифическим раздражающим воздействиям – дыму, газам, резким запахам.

По словам профессора И.С. Гущина, аллергия – вынужденная реакция организма на поступление в него аллергенов в определенном дозовом и временном режиме и при несостоятельности барьерных систем. Основные способы контроля аллергии:

- восстановление барьера и устранение воздействия аллергена;
- переключение иммунного ответа (аллергенспецифическая иммунотерапия – АСИТ);
- вспомогательное (симптоматическое) лечение – подавление активности клеток аллергического ответа и активности посредников.

Решающей формой предрасположенности к аллергии, определяющей, быть ее клиническому проявлению или не быть, является повышение проницаемости барьерных тканей к аллергенам. Это положение было сформулировано еще в 1970-е гг. Однако вопрос о генетических и средовых формах предрасположенности к аллергии на уровне тканевых барьеров актуален и сегодня. Состояние барьерной проницаемости – величина непостоянная. Она существенно изменяется под воздействием в том числе эндогенных

факторов. Так, нарушение барьерных функций слизистых оболочек, их повышенная проницаемость у пациентов, страдающих аллергией, – важнейшее звено формирования аллергического ответа, что делает применение барьерных методов терапии таких заболеваний, как аллергический ринит (АР), патогенетически обоснованным.

Сегодня на фармацевтическом рынке появилось новое средство, устраняющее не только симптомы, но и причину АР – спрей Превалин. Препарат обладает уникальным барьерным механизмом действия и блокирует попадание в организм воздушных аллергенов, запускающих аллергическую реакцию. Превалин не позволяет аллергенам внедряться в слизистую оболочку носа. Благодаря уникальной тиксотропной формуле Превалин распыляется как жидкость, однако при попадании на поверхность слизистой оболочки переходит в легкий гель, защищающий организм от проникновения аллергенов. Тиксотропия – способность субстанции уменьшать вязкость (разжижаться) от механического воздействия и увеличивать вязкость (сгущаться) в состоянии покоя (рис. 1).

Активные компоненты препарата Превалин (тиксотропная формула) – запатентованная комбинация масел и эмульгаторов, обеспечивающих уникальное свойство преобразования геля в жидкость, что облегчает применение препа-

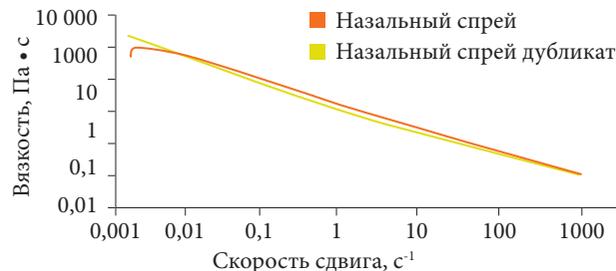


Рис. 1. Зависимость вязкости спрея от скорости сдвига

рата. В состав препарата входит бентонит (голубая глина), ксантановая камедь, глицерола стеарат, гидрофосфат калия, дигидрофосфат калия, глицерин, кунжутное масло, мятное масло, вода.

Все компоненты инертны и нетоксичны, не проникают в кровь, действуют только на слизистую оболочку носа. Именно поэтому Превалин не имеет побочных действий и противопоказаний и может применяться у детей и взрослых. Для детей 6–12 лет рекомендуется Превалин Кидс с теми же составом и свойствами, но вдвое меньшим количеством препарата при распылении.

Добавление Превалина к стандартной терапии среднетяжелого АР препятствует контакту слизистой оболочки полости носа с аллергеном, предотвращает деструктивное действие аллергенов на эпителий у сенсibilизированного больного, а также транспорт аллергена через эпителий, вовлеченный в аллергическое воспаление.

### Превалин – новый способ элиминации аллергенов у больных сезонным аллергическим ринитом

**А**ллергический ринит (АР) – хроническое заболевание, в основе которого лежит воспалительная IgE-опосредованная реакция, вызванная попаданием аллергенов на слизистую оболочку полости носа. Основными симптомами АР являются выделения из носа, затруднение носового дыхания, чихание, жжение в полости носа.

Симптомы носят необратимый характер и прекращаются только после экспозиции аллергенов или под действием лечения.

Доктор медицинских наук Элеонора Борисовна БЕЛАН (профессор кафедры иммунологии и аллергологии Волгоградского государственного медицинского университета) рассказала о новом способе элиминации аллергенов у больных АР.



Профессор Э.Б. Белан



## Международный форум «Клиническая иммунология и аллергология – междисциплинарные проблемы»

Она отметила, что в настоящее время АР – одно из самых распространенных заболеваний в структуре поражений верхних дыхательных путей. АР существенно снижает качество жизни больных, требует значительных экономических затрат, ассоциируется с высоким риском развития коморбидной патологии. Самолечение больных АР во всем мире стало возможно благодаря доступности фармакотерапевтических средств, в том числе антигистаминных препаратов. Однако нередко пациенты, занимаясь самолечением, не достигают контроля над симптомами болезни. Как следствие – ее течение ухудшается, развиваются осложнения. Основные задачи лечения АР – достичь контроля над симптомами заболевания и восстановить качество жизни больных. Именно поэтому новые безопасные безрецептурные фармакологические средства для лечения АР должны способствовать достижению целей терапии у пациентов с АР.

В 2001 г. на основании Согласительного документа Европейской академии аллергологии и иммунологии ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma – инициатива «Аллергический ринит и его влияние на течение бронхиальной астмы») предложено выделять следующие варианты АР:

- интермиттирующий (симптомы заболевания присутствуют менее четырех дней в неделю или четырех недель в году);
- персистирующий (симптомы заболевания присутствуют более четырех дней в неделю или четырех недель в году).

В зависимости от выраженности симптомов заболевания, степени его неблагоприятного влияния на сон, отдых, повседневную активность, профессиональную деятельность выделяют легкую,

среднетяжелую и тяжелую формы АР. Принятая классификация заболевания позволяет принимать дифференцированные терапевтические решения. Однако ранее принятая классификация, в том числе по временному критерию (сезонный, круглогодичный АР), сохраняет актуальность и отражает варианты течения болезни. Сезонный АР встречается у половины больных АР, причем значительная часть из них – пациенты с сочетанной патологией, включающей сезонный и круглогодичный АР. Дебют заболевания в 75% случаев выявляется у больных до 30 лет<sup>1</sup>.

Волгоградская область расположена в трех климатогеографических зонах – лесостепной, степной и полупустынной. Климатические условия региона способствуют длительному периоду пыления аллергенных растений. Растительность основных природных зон – степной и полупустынной представлена ассоциациями полыни, злаков, ромашки и ковыля. Самым распространенным среди населения аллергическим заболеванием считается сезонный АР. Основной этиологический фактор, приводящий к развитию сезонного АР у жителей Волгоградской области, – пыльца полыни, суммарный срок пыления 23 разновидностей которой составляет 150 дней в году (июнь – октябрь)<sup>2</sup>. Тактика лечения АР предусматривает элиминационные мероприятия, фармакотерапию (локальную и системную) и АСИТ. Однако если в отношении последних двух позиций разработано достаточное количество рекомендаций, основанных на множестве исследований с высоким уровнем доказательности, то в отношении элиминационных мероприятий подобные рекомендации отсутствуют. В связи с этим представляет интерес изучение до-

полнительных возможностей ограничения контакта больного с причинно-значимым аллергеном<sup>3</sup>.

Профессор Э.Б. Белан рассказала о результатах открытого проспективного рандомизированного исследования в параллельных группах, проведенного на базе кафедры иммунологии и аллергологии Волгоградского государственного медицинского университета и МУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 2» г. Волгограда. Целью исследования стало изучение эффективности препарата Превалин на фоне стандартной терапии сезонного АР, обусловленного сенсibilизацией к пыльце полыни. Барьерное действие Превалина обусловлено тиксотропной формулой – особой комбинацией масел и эмульгаторов, которая меняет агрегатное состояние при механическом воздействии. Во флаконе Превалин находится в состоянии геля, при активном встряхивании гель переходит в жидкость и легко распыляется на слизистую оболочку носоглотки, где снова становится гелем и формирует тончайший защитный слой.

Критерии включения в исследование:

- ✓ возраст 18–45 лет;
- ✓ персистирующий АР с сенсibilизацией к пыльце полыни (среднетяжелое/тяжелое течение) со стажем заболевания не менее двух лет;
- ✓ отсутствие терапии АР в течение не менее одного месяца;
- ✓ отсутствие круглогодичных симптомов;
- ✓ обращение за помощью к специалистам в июле или августе 2012 г.

Критерии исключения:

- ✓ наличие бронхиальной астмы;
- ✓ осложненное течение АР;
- ✓ наличие сопутствующих заболеваний верхних дыхательных путей и ЛОР-органов;

<sup>1</sup> Bousquet J. Allergy as a global problem: «think globally, act globally» // *Allergy*. 2002. Vol. 57. № 8. P. 661–662.

<sup>2</sup> Чехонина И.В. Иммунологические особенности течения аллергенспецифической иммунотерапии у детей, страдающих сезонным аллергическим ринитом, в условиях персистирующей естественной пыльцевой нагрузки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2009.

<sup>3</sup> Brozek J.L., Bousquet J., Baena-Cagnani C.E. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision // *J. Allergy Clin. Immunology*. 2010. Vol. 126. P. 466–476.



## Сателлитный симпозиум компании «Биттнер Фарма»

- ✓ проведение АСИТ;
- ✓ наличие острых инфекционных заболеваний или обострения хронической инфекции.

Все участники исследования страдали АР, обусловленным сенсibilизацией к пыльце полыни, и находились в Волгограде в течение всего периода наблюдения.

Всем больным (n = 49) была назначена фармакотерапия, включающая интраназальные глюкокортикостероиды (инГКС) по одной дозе в каждый носовой ход два раза в сутки и неседативный антигистаминный препарат один раз в сутки. В первую (основную) группу вошли 30 пациентов, получавших в дополнение к базисной терапии Превалин (одна доза в каждый носовой ход четыре раза в день). 19 пациентов второй (контрольной) группы получали только базисную терапию (инГКС – одна доза один раз в день и антигистаминный препарат).

Эффективность базисной терапии оценивали через 14 дней. После достижения полного эффекта ее объем уменьшался за счет снижения кратности использования инГКС и/или отмены антигистаминных средств (но увеличивался при возобновлении симптомов). Продолжительность наблюдения составила 30 дней. Врач осматривал больных при поступлении и на 7-й, 14-й и 30-й день наблюдения. Все пациенты самостоятельно на протяжении всего периода наблюдения оценивали выраженность симптомов (заложенность носа, ринорею, чихание, окулярные симптомы, головную боль) по десятибалльной шкале, потребность в деконгестантах – в количестве раз использования в сутки. В первой группе у пяти из 30 больных, получавших Превалин, симптомы АР исчезли в течение пяти дней. Эти пациенты самостоятельно отказались от базисной терапии, и у четверых из них симптомы отсутствовали до конца исследования. У одного пациента симптомы возобновились, и ему назначили инГКС. Один больной отказался

от дальнейшего участия в исследовании из-за трудностей с использованием деконгестантов. Среди 24 пациентов первой группы количество больных с симптомами на фоне приема Превалина достоверно уменьшалось уже начиная со следующего дня после начала исследования. Минимальная распространенность симптомов в целом в основной группе была достигнута на три дня раньше, чем в контрольной группе. После девятого дня терапии относительное количество больных с выраженными симптомами было минимальным в обеих группах и не различалось ( $p < 0,05$ ) до конца исследования. Доли больных с симптомами АР исходно были сопоставимы между группами, но динамика в контрольной группе началась позже и была более медленной (рис. 2).

Один из основных симптомов, с которым связано снижение качества жизни больных АР, – заложенность носа. Средний показатель тяжести заложенности носа в группе, получавшей Превалин, снижался быстрее и достигал минимального уровня на пять дней раньше, чем в контрольной группе.

Эффект достигался как за счет более быстрого подавления симптома у больных основной группы, так и за счет его меньшей выраженности на фоне приема Превалина.

Частота жалоб на чихание в динамике была сопоставимой в обеих группах при включении в исследование (31,6 против 41,6%,  $p = 0,46$ )

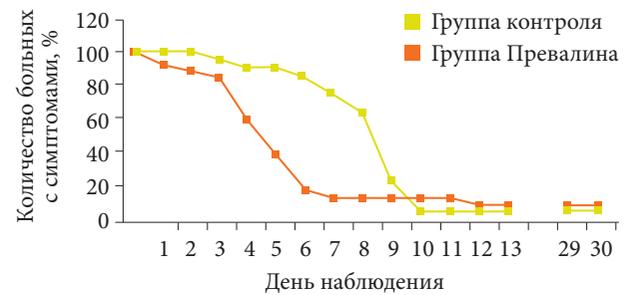


Рис. 2. Снижение симптомов аллергического ринита на фоне терапии Превалином

и на протяжении последующих 13 дней ( $p < 0,05$ ), однако выраженность симптома на фоне применения Превалина со второго по шестой день наблюдения была достоверно ниже по сравнению с контрольной группой. С 14-го дня ни один больной жалоб на чихание не предъявлял (рис. 3).

Окулярные симптомы были наиболее устойчивыми к лечению. В частности, у одного больного основной группы они сохранялись до конца наблюдения. Видимо, подавление назоокулярного рефлекса не позволяет достичь полного эффекта в отношении конъюнктивальных симптомов при прямой экспозиции слизистой оболочки конъюнктивы к пыльце. Однако в группе Превалина в течение четырех дней после начала лечения распространенность окулярных симптомов была достоверно ниже, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ), а ее минимальный уровень был достигнут на пять дней раньше. Динамика выраженности симптомов была сопоставимой в обеих группах

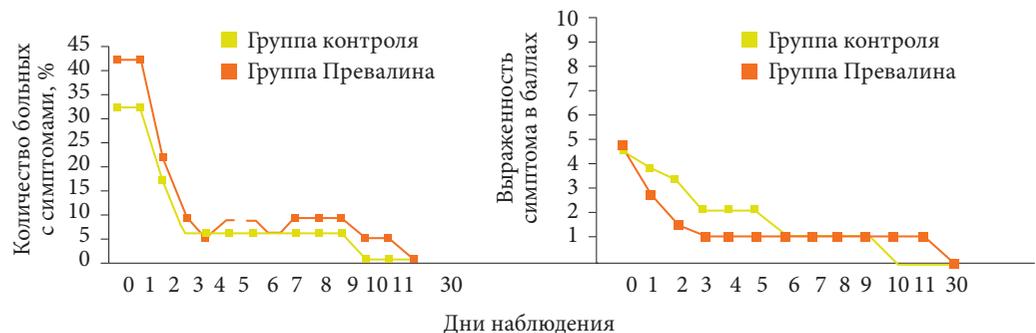


Рис. 3. Динамика чихания на фоне терапии Превалином



## Международный форум «Клиническая иммунология и аллергология – междисциплинарные проблемы»

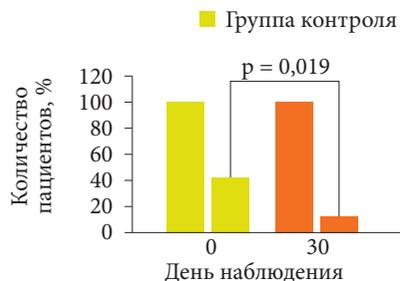


Рис. 4. Потребность в антигистаминных препаратах

на протяжении всего периода наблюдения.

К 30-му дню количество больных, получавших антигистаминные средства, в первой группе оказалось в 3,4 раза ниже (42,1 против 12,5%,  $p = 0,019$ ), а получавших инГКС – в 2,8 раза ниже (47,4 про-

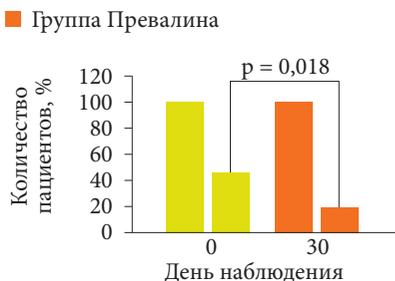


Рис. 5. Потребность в двукратном применении интраназальных ГКС

тив 16,7%,  $p = 0,018$ ), чем в группе контроля (рис. 4).

Таким образом, Превалин можно рассматривать в качестве метода этиопатогенетической терапии тяжелого и среднетяжелого сезонного АР. Применение Превалина способствует более быстрому на-

ступлению эффекта базисной терапии и позволяет снизить объем поддерживающей фармакотерапии, в том числе антигистаминных препаратов и инГКС. Добавление Превалина к стандартной терапии среднетяжелого АР препятствует контакту слизистой оболочки носоглотки с аллергеном, предотвращает деструктивное действие аллергенов на эпителий у сенсбилизированного больного, а также транспорт аллергена через эпителий, вовлеченный в аллергическое воспаление. Превалин препятствует развитию иммунологической стадии аллергической реакции и защищает слизистую оболочку верхних дыхательных путей от деструктивного действия аллергенов и триггеров.



Профессор  
Л.В. Лусс

Согласно Глобальной инициативе по борьбе с бронхиальной астмой (БА) (Global Initiative for Asthma – GINA) 2009 г. около 30% населения планеты страдают аллергическими заболеваниями. В мире насчитывается около 300 млн больных БА. Предполагается, что к 2025 г. эта цифра увеличится на 100 млн. Распространенность БА среди взрослого населения планеты составляет около 6% (1–8%), среди детей – 0–30%.

Доктор медицинских наук, профессор Людмила Васильевна ЛУСС (Институт иммунологии ФМБА России) подробно осветила вопро-

### Клиническая эффективность нового поколения препаратов с барьерным механизмом действия

сы патогенеза, лечения и профилактики аллергических заболеваний.

У лиц, предрасположенных к атопии, на протяжении жизни отмечается последовательное развитие аллергических заболеваний, получившее название аллергического, или атопического, марша. Первыми проявлениями аллергии у детей, как правило, становятся пищевая аллергия и атопический дерматит (АтД). Первые симптомы АтД обычно возникают в грудном возрасте и совпадают по времени с введением прикорма. Частота АтД и гастроинтестинальных проявлений пищевой аллергии с возрастом снижается. У детей старшего возраста и взрослых преобладают респираторные проявления аллергии (БА, АР). В процессе взросления ведущими становятся бытовые, эпидермальные, пыльцевые, инфекционные и другие аллергены. В основе всех атопических заболеваний лежит IgE-опосредованный тип гиперчувствительности. АР и БА характеризуются общим генетическим фоном, хотя имеются данные

о наличии генов, ответственных только за назальные симптомы, и о некоторых различиях в гаплотипах HLA-DR у больных БА и АР.

Аллергическое воспаление в слизистой оболочке носа и бронхов поддерживается сходной инфильтрацией, представленной эозинофилами, тучными клетками, Т-лимфоцитами и клетками моноцитарного ряда. В реализации аллергического воспаления слизистой оболочки носа и бронхов участвуют одни и те же провоспалительные медиаторы (гистамин, сульфидопептидные лейкотриены), цитокины Th<sub>2</sub>-лимфоцитов, хемокины, молекулы адгезии. Доказано, что у 60% больных АР выявляется гиперреактивность бронхов<sup>4</sup>.

Слизистая оболочка носа является пограничной зоной, которая подвергается воздействию различных факторов внешней среды. Необходимо учитывать, что в развитии любого местного клинического проявления со стороны слизистой оболочки носа задействованы все интегральные системы

<sup>4</sup> Bousquet J. Antihistamines in severe/chronic rhinitis // Clin. Exp. Allergy. 1998. Vol. 28. Suppl. 6. P. 49–53.



## Сателлитный симпозиум компании «Биттнер Фарма»

организма – иммунная, эндокринная, нервная и др.

Как известно, в основе АР лежит аллергическое воспаление, вызванное причинно-значимым аллергеном, а клиническими симптомами являются ринорея, чихание, зуд, назальная блокада. По словам профессора Л.В. Лусс, современная фармакотерапия АР предполагает использование препаратов разных фармакологических групп. И перечень таких средств постоянно расширяется. Вместе с тем эти препараты объединяет одно: они уменьшают выраженность воспаления или его симптомы после контакта организма с аллергеном, когда реакция аллергического ответа уже началась. Для лечения АР используют антигистаминные препараты первого и второго поколения, антигистаминные препараты с мембраностабилизирующим эффектом, фармакологически активные метаболиты, комбинированные препараты. Активно применяют глюкокортикостероиды системного и местного действия, антагонисты липидных медиаторов, бета-адренергических рецепторов, метилксантин и др. В России зарегистрировано свыше 25 000 наименований лекарственных средств для лечения аллергических заболеваний. Причем практически каждый препарат характеризуется побочными эффектами. Из-за высокого риска возникновения лекарственной аллергии, развития осложнений в популяции больных аллергическими заболеваниями особенно важна безопасность применяемых препаратов.

Один из методов борьбы с аллергическими состояниями – элиминация причинно-значимых аллергенов. Однако полностью устранить аллергены (домашнюю пыль, пыльцу, профессиональные аллергены) невозможно. Кроме того, специалисты не обладают исчерпывающей информацией о концентрации аллергена в воздухе. Аллергию можно рассматривать как следствие поражения гистогематических барьеров, опосредованного генетическими

и средовыми факторами, что приводит к развитию аллергенспецифической гиперчувствительности в виде аллергического воспаления. При аллергическом воспалении проницаемость естественных барьерных тканей (слизистых оболочек и кожи) для аллергена повышается. Это облегчает формирование аллергического процесса. Роль естественных барьеров в индукции аллергического ответа сложно переоценить. Именно поэтому особую актуальность приобретают методы, снижающие/предупреждающие нарушение проницаемости естественных барьеров для аллергенов и позволяющие предотвратить трансбарьерную сенсибилизацию и развитие (обострение) аллергической реакции на трансбарьерное разрешающее действие аллергена. Особое внимание барьерным методам лечения АР уделяется, когда имеются серьезные ограничения для приема фармакологических препаратов (беременность, лактация, детский возраст, занятия спортом, наличие лекарственной аллергии). Барьерные методы терапии – это методы, создающие препятствие на пути воздействия аллергена, предохраняющие организм от контакта с аллергеном и обострения аллергических заболеваний.

К барьерным методам терапии АР относится применение препаратов Назаваль и Превалин. Назаваль – защитное медицинское средство высокого класса безопасности, создающее естественный барьер для аллергенов. Микродисперсный порошок целлюлозы в спрее-дозаторе препятствует проникновению аллергенов и поллютантов в слизистую оболочку носоглотки. Превалин обладает уникальным тройным механизмом действия – блокирует попадание воздушных аллергенов в организм, захватывает уже попавшие в носовую полость аллергены и инактивирует их.

В Институте иммунологии ФМБА России в 2012 г. было проведено открытое рандомизированное исследование, целью которого стала

оценка клинической эффективности, переносимости и безопасности препарата Превалин у больных персистирующим АР.

В исследовании приняли участие 30 пациентов – 12 мужчин и 18 женщин в возрасте от 18 до 64 лет с диагнозом «круглогодичный АР» (КАР) легкой и средней степени. Период наблюдения за больными КАР составил 4–5 недель. Пациенты получали назальный спрей Превалин ежедневно в течение 21 дня по схеме одно впрыскивание в каждую ноздрю три раза в сутки.

Статистическая обработка предполагала вычисление средних арифметических значений соответствующего параметра и его стандартного отклонения. Группы сравнивали с помощью непараметрических критериев Вилкоксона, различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

Критерии включения в исследование:

- ✓ возраст 18–65 лет;
  - ✓ КАР в анамнезе в течение не менее двух лет;
  - ✓ наличие аллергологического анамнеза, указывающего на четкую связь между симптомами болезни и контактом с домашней и библиотечной пылью и/или домашними животными;
  - ✓ легкое течение болезни (наличие симптомов заболевания не более двух дней в неделю или суммарно не более четырех недель в году) и средняя степень тяжести КАР (более двух дней в неделю или суммарно более четырех недель в году);
  - ✓ положительные кожные пробы с бытовыми и/или эпидермальными аллергенами;
  - ✓ типичная клиническая картина АР;
  - ✓ полноценная контрацепция у женщин детородного возраста.
- Все пациенты дали информированное письменное согласие на участие в исследовании.
- Критерии исключения:
- ✓ беременность и лактация;
  - ✓ тяжелое течение АР (при полном исключении носового дыхания);

аллергология и иммунология



Таблица. Динамика гематологических показателей и ринопитограммы

Показатели	До лечения (n = 30): абс./%/ средние значения	После лечения (n = 30): абс./%/ средние значения
Эозинофилы в мазке	18/60/40,8 ± 21,4%	13/43,3/ 26,5 ± 19,7%
Эозинофилия	19/63,3/8,0 ± 3,1%	18/60/7,6 ± 2,4%

- ✓ инфекции дыхательных путей и придаточных пазух носа;
- ✓ сочетание воспалительного процесса век, конъюнктивы, роговицы;
- ✓ неаллергические формы конъюнктивитов;
- ✓ анатомические аномалии носа, значительно нарушающие носовое дыхание;
- ✓ глаукома;
- ✓ гиперчувствительность к любому из компонентов изучаемых препаратов;
- ✓ декомпенсированные заболевания или острые состояния, способные существенно повлиять на результаты исследования;
- ✓ одновременное применение препаратов, которые могут оказать влияние на динамику показателей, используемых для оценки эффективности терапии (системные и топические глюкокортикостероиды, системные и топические антигистаминные препараты, кромогликаты, системные деконгестанты и комбинированные препараты), менее чем за две недели до начала и во время исследования;
- ✓ участие в любом другом клиническом испытании в течение последних трех месяцев.

При аллергологическом обследовании у всех пациентов выявлено наличие атопии к бытовым аллергенам. При этом у 24 (80%) больных наблюдалась полисенсibilизация. У 12 (40%) пациентов с КАР выявлен положительный семейный аллергологический анамнез. До лечения все пациенты предъявляли жалобы на отсутствие или затруднение носового дыхания, выделения из носа, зуд в носу, чихание, отсутствие или снижение обоняния. У всех пациентов до начала лечения при передней риноскопии отмечались отечность слизистой

оболочки носа, слизистые, водянистые выделения из носа.

Положительный клинический эффект монотерапии Превалином получен у 22 (73,3%) пациентов. У восьми (26,7%) больных клинический эффект монотерапии Превалином отсутствовал, им потребовалась комбинация Превалина с другими противоаллергическими препаратами. Два (6,7%) пациента отмечали неприятные ощущения при использовании Превалина – стекание слизи по задней стенке глотки и образование корочек в полости носа. В ходе лечения отрицательная динамика показателей гемограммы и ринопитограммы у них не выявлена.

Носовое дыхание у пациентов с положительным эффектом лечения восстанавливалось в течение первой недели применения Превалина и сохранялось на протяжении всего курса лечения.

В ходе исследования, уже после первой недели приема препарата Превалин, показатели пиковой скорости вдоха через нос достоверно увеличивались.

### Заключение

Использование барьерных методов терапии при аллергических заболеваниях, в том числе АР, позволяет решить проблему прекращения контакта с аллергенами. Препарат Превалин защищает слизистую оболочку полости носа от контакта с причинно-значимыми аллергенами и может применяться в качестве монотерапии круглогодичного АР. В силу уникального профиля безопасности Превалин можно применять у беременных, кормящих матерей, детей. Благодаря исключительно местному действию и отсутствию проникновения в системный кровоток Превалин

Показатели гемограммы и ринопитограммы изучали у всех пациентов с КАР, получавших Превалин до и после лечения.

Изначально у 19 (63,3%) пациентов выявлена эозинофилия в периферической крови, средний показатель эозинофилии – 8,0 ± 3,1%. У 18 (60%) пациентов обнаружено повышенное содержание эозинофилов в ринопитограмме, средний показатель количества эозинофилов – 40,8 ± 21,4%. После применения Превалина результаты ринопитограммы показывали снижение случаев наличия эозинофилов в мазке (до лечения – у 18 (60%), после лечения – у 13 (43,3%) пациентов). У остальных пациентов количество эозинофилов в мазках снижалось до 26,5 ± 19,7%.

Таким образом, влияние Превалина на показатели ринопитограммы проявлялось в виде снижения уровня эозинофилов в мазке со слизистой носа (таблица). Однако влияние Превалина на показатели клинического анализа крови не выявлено.

Как показали результаты исследования, Превалин предохраняет слизистую оболочку полости носа от контакта с аллергеном и может быть рекомендован для лечения КАР различной степени тяжести.

не имеет противопоказаний, побочных действий и не вызывает привыкания. Это делает возможным длительное применение Превалина в период всего срока воздействия аллергена. Превалин не требует замены, его можно комбинировать с любыми другими препаратами системного и местного действия. Согласно результатам исследований, представленным на симпозиуме, Превалин эффективен в этиопатогенетической терапии аллергического ринита и обеспечивает достижение хороших результатов как при монотерапии, так и в составе комплексного лечения АР. 🌟